



<b>1. Entidad:</b> Hospital del Sarare ESE	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> SIAU
---	--

**3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:**

- Aumentar la satisfacción del usuario
- Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios.
- Optimizar la gestión de los procesos del SGI.
- Mantener actualizados los sistemas de información
- Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.

4. Compromisos asociados al cumplimiento objetivo institucional	5. Medición de compromisos			
	5.1. Indicador	Valor esperado	Cumplimiento	5.3. Análisis del resultados
Implementar Call Center Para la Asignación de Citas telefónicas	Proceso documentado-Registro fotográfico	1	100%	Se realizó Implementación del Call Center en el primer trimestre.
Formular la Guía del Usuario hospitalario	Guía aprobada y publicada	1	100%	30/04/2021 Se inició su implementación y se documentó procedimiento se ubica en compartida \\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\03. PROCESOS DE APOYO\5.SIC- GESTION DEL SERVICIO AL CLIENTE\1.SIC-01-SIAU\5. Procedimientos



<p>Diseñar un protocolo general de entrega de información al usuario y a su familia al momento de ingreso al servicio. Que contenga: la identificación del personal referente en caso de necesidades de atención, horarios de visitas y restricciones, horarios de alimentación, Medidas de seguridad, detección de alarmas, conductas ante una posible evacuación, la secuencia de eventos e indicaciones acerca del manejo médico, Derechos y deberes, Servicio cubiertos y no cubiertos por el POS, direccionamiento en caso de no tener acceso a servicios POS, Ubicación en la habitación y del entorno, aclaración de dudas e inquietudes, causas de retrasos y tiempo máximo que debe seguir esperando, Medidas de seguridad que involucre usuario y familia, (reporte de situaciones de riesgo),</p>	Documento aprobado	1	100%	Se actualizó Procedimiento PQRSF, y procedimiento de solicitud de Historia clínica, y se actualmente se está elaborando Protocolo de atención al usuario hospitalario. SIC-01-T02
<p>Formular 1 indicador de gestión de errores en la entrega de resultados que me permitan hacer seguimiento.</p>	N° de indicadores formulados/proyectados *100 Informe semestral de seguimiento	100	100%	A través del formato de seguimiento muestra de patología SIC-01-F19, se realizó de seguimiento al indicador.
<p>Implementar filtro o mecanismos para la identificación de errores en la entrega de resultados.</p>	Procedimiento documentado	1	100%	Cerrado en primer seguimiento. A través del formato de seguimiento muestra de Laboratorios externos SIC-01-F20, se realizó de seguimiento al indicador.
<p>Capacitar al personal para dar información correcta y relevante a los usuarios sobre los tramites a realizar al momento de su salida.</p>	Actas de socialización SIAU	1	100%	Se formuló Protocolo de atención al usuario hospitalario. SIC-01-T02 el 17/12/2021 se realizó socialización al talento humano SIAU quienes apoyarán la socialización a líderes de diferentes servicios.

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso de SIAU logró un **100%** correspondiente a cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir mejorando para aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la oportunidad accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios para optimizar la gestión de los procesos del SGI.

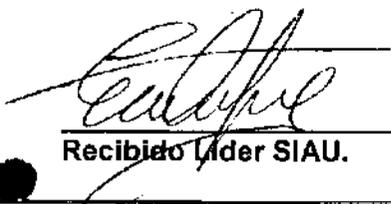
**8. Fecha: 18/01/2022**

**9. Firma:**



**GERALDINE REAL**

Profesional apoyo a Control interno



**Recibido Lider SIAU.**

1. Entidad: HOSPITAL DEL SARARE ESE					2. Dependencia a evaluar: CALIDAD
3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema único de Acreditación</li> <li>• PAMEC"</li> <li>• Sistema Único de Habilitación</li> <li>• Sistema Único de Información</li> </ul>					
4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional		5. Medición de compromisos			
	5.1. Indicador	Valor esperado	Cumplimiento	5.3. Análisis del resultados	
Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación según lo estipulado por la resolución 5095 de 2018.	Informe	SI	SI	Se evidencia autoevaluación para la vigencia 2021 con una calificación total en promedio de 1,17%.	
Elaborar PAMEC para la vigencia 2021.	Documento elaborado	SI	SI	Se evidencia Elaboración de PAMEC para la vigencia 2021, el 15/01/2021.	
Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas en el PAMEC	Numero de seguimientos	2	2	Se evidencia la realización de 2 informes de seguimiento en la vigencia 2021.	
Realizar mínimo 1 auditoria de cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de acuerdo a lo estipulado en la resolución 3100 de 2019; de Acuerdo al Plan de Auditoría Aprobado.	(Número de auditorias/número de servicios habilitados)*100	100%	100%	Se realizaron auditorias en 15 servicios habilitados.	
Realizar mínimo 1 seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorias.	(Número de Seguimientos/total de procesos auditados)*100	90%	100%	Se evidencian 12 seguimientos a planes de mejoramiento de auditorias en la vigencia 2021.	
Atender visitas de auditoría externas del SOGCS y apoyar la Formulación de Planes de Mejoramiento.	Planes de Mejoramiento Formulados/Total de Auditorías Externas.	95%	100%	En la vigencia 2021 se atendieron auditorias de Nueva EPS, Coosalud, Sanitas, Foscal y UAESA.	

Realizar Seguimiento a Planes de Mejoramiento de Auditoria Y comités Institucionales.	Seguimientos Realizados/Planes de Mejoramiento Formulados.	95%	100%	Se evidencia manual de SGI, DIR-00-M01 del 29/12/2021. Manual de indicadores y desempeño institucional, DIR-01-M04 del 29/12/2021. Y acta de socialización N°12 del 29/12/2021.
Realizar Seguimiento al Reporte Oportuno de Indicadores exigidos por la Normatividad legal Vigente.	Reportes generados/total de Reportes establecidos.	90%	100%	Se evidencia reporte mensual a través de correo electrónico de los indicadores a las diferentes EAPB y Reporte trimestral al ministerio a través de la plataforma SIHO.

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

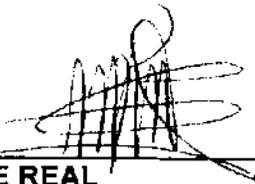
La ejecución de las actividades realizadas por el proceso logró un **100%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

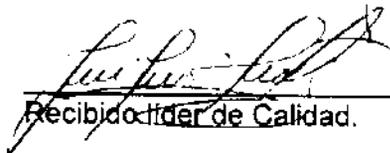
- Se recomienda seguir trabajando para la lograr el mejoramiento continuo y el cumplimiento de objetivos institucionales contemplados en el plan de acción de la vigencia correspondiente.

**8. Fecha: 24/01/2022.**

**9. Firma:**



**GERALDINE REAL**  
Profesional apoya a Control interno



Recibido Jefe de Calidad.

<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE		<b>2. Dependencia a evaluar:</b> FARMACIA		
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar la satisfacción del usuario</li> <li>-Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios.</li> <li>- Optimizar la gestión de los procesos del SIG</li> <li>-Mantener actualizados los sistemas de información.</li> <li>- Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.</li> </ul>				
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>	<b>5. Medición de compromisos</b>			
	<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Documentar el programa de Asesoría Farmacológica y reconciliación de medicamentos	Documento aprobado	1	1	Se evidencia el procedimiento de atención farmacéutica FMC-00-020.
Capacitar a líderes y coordinadores Misionales sobre el protocolo LASA (Señales de alarma y mecanismos para la separación de Medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración)	Nº de líderes y coordinadores capacitados/total de lideres	75%	100%	Se realizó mediante plataforma digital de YouTube, en el siguiente link: <a href="https://youtu.be/UbM9M7rTbWw">https://youtu.be/UbM9M7rTbWw</a>
Definir mecanismo de revisión y asignación de responsables en la revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos	Procedimiento documentado y socializado	75%	0%	No presenta evidencias.



Implementar la asesoría farmacología en polí pacientes medicados, Anticoagulantes y de control.	formato de asesoría farmacológica	1	1	Se evidencia el procedimiento de atención farmacéutica FMC-00-020.
---	-----------------------------------	---	---	--

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso logró un 75% correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para la lograr el mejoramiento continuo y el cumplimiento de objetivos institucionales contemplados en el plan de acción de la vigencia correspondiente.

**8. fecha: 24/01/2022**

**9. Firma:**

**GERALDINE REAL**  
Profesional apoya a Control interno

Recibido líder de Farmacia.



<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> ODONTOLOGIA
---	---

**3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:**

- Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.
- Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano.
- Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio.
- Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.

4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional.	5. Medición de compromisos			5.3. Análisis del resultados
	5.1. Indicador	Valor esperado	Ejecución	
Evaluar los mecanismos implementados para medir de adherencia al autocuidado que involucran al usuario como corresponsable de su cuidado oral.	Informe de evaluación de adherencia al usuario. Cada 3 meses.	1	100%	Se evidencia mediante informe de ADHERENCIA Y AUTOCUIDADO.
Formular 2 indicadores que permitan medir la efectividad del tratamiento y adherencia del pacientes del tratamiento oral.	N de indicadores formulados/proyectados *100 Informe semestral de seguimiento	1	100%	Se evidencia mediante informe de INDICADORES PARA MEDIR LA EFECTIVIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SALUD ORAL.



**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso de urgencias logró un **100%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

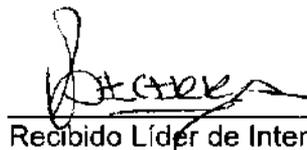
- Se recomienda seguir trabajando para aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida, generando una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano en el hospital del Sarare.

**8. Fecha: 26/01/2022.**

**9. Firma:**



**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno



Recibido Líder de Internación:



<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE		<b>2. Dependencia a evaluar:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b> -Aumentar la satisfacción del usuario -Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios. - Optimizar la gestión de los procesos del SIG -Mantener actualizados los sistemas de información - Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>	<b>5. Medición de compromisos</b>			
	<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Formular instrumentos de medición del clima de seguridad.	Instrumento formulado documentado	1	1	Se creó instrumento de medición mediante encuesta virtual y se documentó procedimiento GCL-00-POX.
Documentar el programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación de eventos adversos que incluya procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejore la actuación de los profesionales y mecanismos que involucre los paciente y sus allegados en su seguridad.	Documento aprobado	1	1	Se evidencia manual de programa de seguridad del paciente GCL-00-RO1.
Actualizar el plan de prevención y control de infecciones del hospital del Sarare donde se definan metas precisas que abarque todas las estrategias definidas para la prevención y mitigación de infecciones que puedan ser medidas en el tiempo.	Documento actualizado	1	1	Se evidencia el manual de prevención y control de infecciones GCL-00-M0X del 14/06/2021.
Actualizar el protocolo de aislamiento	Documento actualizado	1	1	Se evidencia protocolo de aislamiento GCL-00-POX del 30/11/2021.



Realizar 1 evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento en el servicio de hospitalización.	informe de seguimiento	100%	100%	Se realizó evaluación mediante link: <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegtI3O8ddU6aGoYIHKK4yQJCDFwyGN3Byh-RVX2R3LerWvkQ/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegtI3O8ddU6aGoYIHKK4yQJCDFwyGN3Byh-RVX2R3LerWvkQ/viewform</a>
Formular el Plan de acción de Seguridad del paciente.	Plan de acción formulado con ejecución del 80%	80%	100%	Se evidencia mediante la formulación del plan de seguridad del paciente.
Actualizar el protocolo de Fugas que incluya: • Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. * Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes. * Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente. * Designación de un responsable de la búsqueda. * Contacto con la Policía y la familia del paciente.	documento actualizado	1	1	Se evidencia PROTOCOLO PARA LA MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE FUGA O PERDIDA DE PACIENTES del 09/12/2021.
Realizar análisis de la mortalidad Hospitalaria.	Número de Casos Analizados en el respectivo comité /total de Casos	100%	100%	Se realiza análisis e informe mensual de mortalidad hospitalaria.
Documentar el protocolo de gestión al duelo.	documento aprobado	1	1	Se evidencia el SEI-02-T01/ PROTOCOLO DE GESTIÓN DEL DUELO Y CUIDADO PALIATIVO del 27/04/2021.
Documentar el protocolo de Dolor y cuidado paliativo.	documento aprobado	1	1	Se evidencia el SEI-02-T01/ PROTOCOLO DE GESTIÓN DEL DUELO Y CUIDADO PALIATIVO del 27/04/2021.



Documentar el programa de Humanización (tener en cuenta los criterios de acreditación)	documento aprobado	1	1	Se evidencia programa de humanización SEI-02-R01 del 20/04/2021.
Formular el Plan de acción de Humanización	Plan de acción aprobado	1	1	Se evidencia plan de acción de humanización 2021.

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- De acuerdo a la autoevaluación presentada por el proceso de Seguridad del paciente la ejecución fue del 100%. Se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

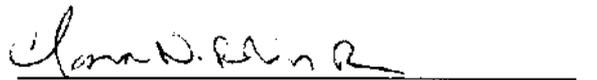
**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- ✓ Seguir trabajando articuladamente con los procesos transversales para lograr la mejora continua y el cumplimiento de objetivos institucionales.

**8. fecha: 27/01/2022.**

**9. firma:**

  
**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a control interno

  
Recibido del líder de seguridad del paciente.



<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE				<b>2. Dependencia a evaluar:</b> CIRUGIA	
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.</li> <li>• Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano.</li> <li>• Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio.</li> <li>• Optimizar la gestión de los procesos del SGI.</li> <li>• Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.</li> </ul>					
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>			<b>5. Medición de compromisos</b>		
		<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Implementar el turno quirúrgico en el hospital del Sarare.		Documento aprobado	1	100%	Se evidencia la implementación del turno quirúrgico.
Documentar las recomendaciones de los procedimientos faltantes en el servicio de quirófano.		Documento aprobado	1	100%	Se documentaron los siguientes protocolos en el servicio de quirófano: - CIX-01-T01= Protocolo custodia pertenencia de pacientes. - CIX-01-T01= protocolo de admisión y preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico. - CIX-01-T01=normas de actuación en quirófano. - CIX-01-T01= protocolo de preparación pre quirúrgica de la piel.
Formular 1 indicador de diligenciamiento de consentimiento informado.		Informe de seguimiento y reporte trimestral	1	100%	Se evidencia informe de indicador consentimiento informado.
Formular 1 indicador de rechazo de muestras de patología.		Informe de seguimiento y reporte trimestral	1	100%	Se evidencia informe de seguimiento del indicador de rechazo de muestras patológicas.
Actualizar el protocolo de muestra de patología.		Protocolo actualizado	1	100%	Se evidencia CIX-01-P05/ PROCEDIMIENTO DE TOMA EMBALAJE Y ENVIO DE LA MUESTRA DE PATOLOGIA.



<p>Medir la oportunidad en la realización de apendicetomía</p>	<p>Numero de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se le realizo apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/Total, de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia del objeto de evaluación</p>	<p>90%</p>		<p>Indicador 14 Resolución 408 de 2018:</p> <p>- Informe Oportunidad en la Realización de Apendicetomía - Año 2021.</p>
--	--	------------	--	---

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso logró un **100%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para lograr incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio de cirugía en el hospital del Sarare.

**8. Fecha: 27/01/2022.**

**9. Firma:**

**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno

**Recibido Líder de Cirugía**

<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE		<b>2. Dependencia a evaluar:</b> GESTIÓN DE LA INFORMACION.		
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b> -Mantener actualizados los sistemas de información. -Aumentar la satisfacción del usuario. -Subcomponente de Rendición de Cuentas. -Política de Seguridad Digital.				
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>		<b>5. Medición de compromisos</b>		
	<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>ejecución</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Formular un campo en la historia clínica para la evaluación e identificación de necesidades de salud de cada paciente de acuerdo a las poblaciones específicas.	Evidencia de habilitación de modulo en dinámica	100%	0%	NO INICIADO
Garantizar mecanismo para que todos los resultados de patologías de laboratorios externos sean ubicados dentro de los sistemas de información institucional.	Guía rápida de ubicación de laboratorios externos	100%	100%	Se evidencia en: *192.168.1.3- Patologías. *192.168.1.3- laboratorios especializado.
Implementar un sistema de información remota en los puestos de salud y la móvil	Evidencia documentada de sistema de información remota en los puestos de salud y la móvil	100%	100%	Se evidencia contrato CD-128 Advitel, para servicio internet en Puestos de Salud y convenio con Movistar.
Formular el plan de contingencia en caso de falla de los sistemas de comunicación	Documento Aprobado	100%	100%	Se evidencia GAP-00-P13/ Procedimiento Contingencia Falla en el Sistema De Información, del 20/11/2021.
Definir y asignar un líder con perfil para el proceso de comunicaciones	Contrato del profesional	100%	100%	Contrato laboral del profesional de comunicaciones N° 1638 del 02/02/2021.
Realizar y Monitorear la Publicación de Información establecida en el ITA	Publicaciones Realizadas/ Publicaciones Establecidas por la Ley	80%	100%	Se evidencia mediante publicaciones en la página web:



*Evaluamos pensando en Usted*

Realizar 1 programa de radio en vivo y transmitido en Facebook live, con periodicidad semanal a partir del mes de Febrero, para brindar participación a la población del municipio y su área de influencia	Programas de Radio Realizados /Programas de Radio proyectados	9	100%	Se realizaron 108 programas en la vigencia 2021.
Actualizar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI), de acuerdo con el marco de referencia de Arquitectura Empresarial del Estado	Documento Actualizado y Publicado	SI	SI	El plan estratégico de tecnologías de información publicado en la página web tiene vigencia 2019-2022.
Realizar y aprobar plan de comunicaciones, basado en necesidades de comunicación tanto internas como externas, definiendo los canales de comunicación oficiales, alineado a lo requerido por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y la Supersalud	Documento Actualizado y Aprobado	100%	0%	NO INICIADO

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso de gestión de la información logró un **77%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para mantener actualizados los sistemas de información y dar cumplimiento a las políticas de seguridad digital en el hospital del Sarare.

**8. Fecha: 27/01/2022.**

**9. Firma:**

**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno.

**Recibido de gestión de la información.**

<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> LABORATORIO
---	---

**3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:**

- Aumentar la satisfacción del usuario
- Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios.
- Optimizar la gestión de los procesos del SGI.
- Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.

4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional	5. Medición de compromisos			
	5.1. Indicador	Valor esperado	Ejecución	5.3. Análisis del resultados
Socializar el estándar con el servicio de laboratorio	Acta de socialización y formulación de plan de mejora	1	100%	Se socializo el estándar 28 y 35 laboratorio clínico-acreditación el 27/04/2021.
incluir los laboratorios especializados (externos) a la historia clínica del paciente como acción integral del manejo del paciente	Evidencia de ruta de ubicación de laboratorios externos en dinámica	1	100%	Se realizó mediante INSTRUCTIVO DE ACCESO A RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS DE LABORATORIOS EXTERNOS EN DINAMICA GERENCIAL.
Realizar seguimiento a los laboratorios externos.	Formato de seguimiento	1	100%	Se evidencia mediante formato de seguimiento diario.



**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso fue un **100%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia que se realizaron las actividades del plan de acción.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para optimizar la gestión de los procesos del SGI, Mejorando la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios del hospital del Sarare.

**8. Fecha: 26/01/2022.**

**9. Firma:**

**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno

**Recibido:**

**Líder de laboratorio**

<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE		<b>2. Dependencia a evaluar:</b> TALENTO HUMANO		
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano.</li> <li>• Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.</li> <li>• Mantener actualizados los sistemas de información.</li> <li>• Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.</li> </ul>				
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>		<b>5. Medición de compromisos</b>		
	<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Implementar en los procesos de inducción y reinducción el código de ética e integridad.	Formato de inducción actualizado	1	100%	Se realiza mediante video de inducción del área de Humanización.
Documentar el Manual de previsión de recurso humano (teniendo en cuenta: Mejoramiento de la seguridad del paciente, humanización, Gestión del riesgo y tecnología, relación a la demanda del servicio y portafolio.)	Documento Aprobado	1	0%	No iniciado.
Capacitar al Talento Humano relacionada con docencia e investigación para las prácticas formativas.	# de funcionarios capacitados/Total de funcionarios con relación directa de docencia	50%	100%	Se evidencia mediante acta de capacitación del 15/07/2021 a 12 estudiantes de ESEDCO que ingresaron a realizar prácticas como Aux. Enfermería a la institución.
Documentar la relación de Docencia y servicio	Documento Aprobado	1	100%	Se evidencia procedimiento THS-00-P13 (01/06/2021)
Documentar los mecanismos de supervisión en las prácticas formativas	Documento Aprobado	1	100%	Se evidencia procedimiento THS-00-P10 (01/06/2021)
Documentar el Numero de practicantes en formación por número de usuarios y/o capacidad instalada de la institución y por programa.	Documento Aprobado	1	100%	Se evidencia procedimiento THS-00-P12 (01/06/2021)



Crear el comité de investigación institucional que garantice el respeto de los derechos de los usuarios y los principios éticos en los procesos de investigación que se realice.	Acto administrativo de conformación de comité	1	100%	Se evidencia mediante Resolución N°27 del 31 de mayo de 2021.
Formular y ejecutar Plan de Capacitación Institucional	Numero de Capacitaciones Programadas/ Número de Capacitaciones Ejecutadas	90%	90%	Se evidencia mediante soportes.
Formular y ejecutar Plan de Bienestar Institucional	Número de Acciones Programadas/ Número de Acciones Ejecutadas	90%	70%	Se evidencia mediante soportes.

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso logró un **86%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios en la institución.

**8. Fecha: 25/01/2022.**
**9. Firma:**
**GERALDINE REAL**  
 Profesional apoyo a Control interno.



**Recibido de Talento Humano.**



<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE					<b>2. Dependencia a evaluar:</b> JURIDICA
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b> - Garantizar la Sostenibilidad Legal de la Institución.					
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>	<b>5. Medición de compromisos</b>				
	<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>	
Definición y Contratación de Pólizas para el amparo del Hospital del Sarare.	Pólizas adquiridas	1	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Póliza de todo riesgo.</li> <li>• Póliza de responsabilidad civil.</li> <li>• Póliza de seguro manejo sectorial.</li> </ul>	
Realizar la Contratación de un abogado externo, como apoyo en la representación Judicial de los Procesos que se encuentran en Curso contra la entidad en la vigencia 2021	Contrato de Profesional	1	100%	Se evidencia contrato de la abogada Mónica Moreno Mauro N°CD-032 del 04/01/2021.	
Realizar reunión Periódica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Procesos Judiciales	# de Reuniones Programadas /Número de Reuniones Realizadas	75%	100%	Se evidencian 11 actas de reunión, realizadas en la vigencia 2021.	
Realizar Capacitaciones al personal asistencial, en temas relacionados con la política de defensa Jurídica	# de Reuniones Capacitaciones /Número de Capacitaciones Realizadas	75%	100%	Se evidencia acta de capacitación del 25/11/2021.	
Realizar Informe del Estado de Procesos Judiciales en Contra de la Entidad	Documento Informe	1	100%	Se evidencia el informe publicado en la página web: <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/JURIDICA/2021/RELACION-DE-DEMANDAS-CONTRA-LA-ENTIDAD.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/JURIDICA/2021/RELACION-DE-DEMANDAS-CONTRA-LA-ENTIDAD.pdf</a>	
Documentar el proceso de diligenciamiento de consentimiento informado	Documento aprobado	1	100%	Se evidencia protocolo de consentimiento informado GCL-00-T07 del 16/11/2021.	



Documentar el proceso de monitorización, seguimiento y auditoria a todos los proveedores de servicios contratados	Documento aprobado	1	100%	Se evidencia protocolo de monitorización seguimiento y supervisión de 11/011/2021.
---	--------------------	---	------	--

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

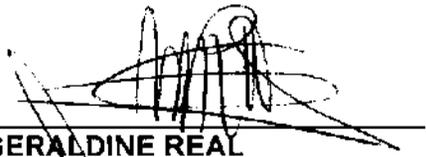
- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso logró un 100% correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para garantizar la sostenibilidad legal de la institución.

**8. Fecha: 28/01/2022**

**9. Firma:**



**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno

**Recibido de Juridica.**

<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE		<b>2. Dependencia a evaluar:</b> GESTION AMBIENTAL.		
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b>				
- Mejorar las prácticas ambientales, que permitan al Hospital del Sarare la minimización de los aspectos e impactos ambientales.				
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>		<b>5. Medición de compromisos</b>		
	<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Ejecución</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Realizar 2 campañas sobre el buen uso de recursos de la institución.	N° de campañas ejecutas/campañas programadas*100 - Informe ejecutivo	75%	100%	Se desarrolló Campaña uso racional de Agua y campaña uso racional de energía, Se reciben soportes de ejecución y seguimientos.
Actualizar la política y objetivos de la Gestión Ambiental Alineadas con el direccionamiento estratégico.	Política actualizada y socializadas con las partes interesadas	1	100%	Se actualizó política de gestión ambiental mediante resolución N° 71 del 23/03/2021, se socializo en comité ambiental y se publicó en la página web del hospital del Sarare.
Documentar el Programa de Cultura Ecológica institucional.	Documento Aprobado	1	100%	Se formuló Programa de cultura ecológica institucional AFT-04-R08.
Documentar el Programa de reciclaje institucional	Documento Aprobado	1	100%	Se formuló programa de reciclaje institucional AFT-04-R05.
Formular la matriz de riesgo y/o impactos ambientales.	Documento Aprobado	1	100%	Se formuló matriz de aspectos e impactos ambientales AFT-04-F38.
Documentar el Programa de Uso racional de Recursos ambientales (luz, agua, etc.)	Documento Aprobado	1	100%	Se formuló programa de uso racional del agua AFT-04-R06 y de energía AFT-04-R07.
Formular el programa de conservación del medio ambiente institucional.	Documento Aprobado	1	100%	Se formuló Programa de conservación de medio ambiente institucional AFT-04-R04.
Diseñar formatos, indicadores de evaluación de gestión ambiental.	Documento Aprobado	1	100%	Se presentó Matriz de indicadores de gestión ambiental.

Realizar cronograma de capacitación al personal asistencial sobre disposición final de residuos Hospitalarios.	Cronograma de capacitación <b>PROYECTADO:</b> N° de capacitaciones formuladas/N° de capacitaciones realizadas x 100	75%	100%	Se presentan soportes de asistencias a capacitaciones, se realizaron 17 capacitaciones en el año 2021.
--	---	-----	------	--

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso de Internación logró un **100%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

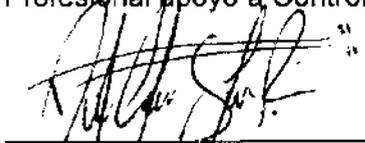
- Se recomienda seguir mejorando las prácticas ambientales en el hospital del Sarare que permitan la minimización de los aspectos e impactos ambientales generados en la institución.

**8. Fecha: 18/01/2022**

**9. Firma:**



**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno.



Recibido Líder de gestión ambiental

1. Entidad: <b>HOSPITAL DEL SARARE ESE</b>		2. Dependencia a evaluar: <b>UNAP</b>		
3. objetivos institucionales relacionados con la dependencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar la gestión de los procesos del SGI.</li> <li>• Mantener actualizados los sistemas de información.</li> <li>• Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE</li> </ul>				
4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional	5. Medición de compromisos			
	5.1. indicador	Valor esperado	Resultado	5.3. Análisis del resultados
Realizar 3 actividades de promoción y prevención en la sede A.	Informe ejecutivo	1	100%	Se realizaron actividades en la sede A. Jornada 1 el 18/09/2021, jornada 2 el 25/09/2021, jornada 3 el 23/10/2021.
Implementar grupo hospitalario para las actividades de PYP durante la internación	Informe de actividades realizadas en el área hospitalaria	1	100%	Se recibió informe de actividad donde se evidencia las actividades de PyP realizadas por el grupo hospitalario.
Documentar lo que constituyen un mecanismos para los pacientes consultas crónicas y donde se formule acciones de control y seguimiento.	Documento Aprobado	1	100%	Se recibe Instructivo CEX-01-NO1 INSTRUCTIVO DE IDENTIFICACIÓN DE CONSULTADOR CRÓNICO.
Fortalecer el acceso a la Salud, mediante la operación de al menos 2 equipos Interdisciplinarios de Salud Extramural en la zona rural. Incluyendo jornadas en los puestos de Salud Habilitados	Equipos Extramurales en funcionamiento /2 equipos programados	2,0	100%	Durante el año 2021 funcionaron dos unidades extramurales cubriendo el área rural y urbana, se evidencia mediante el cronograma de actividades.
Fortalecer el acceso a la Salud Rural mediante la puesta en Funcionamiento del Puesto de Salud de Puerto Ileras.	Número de Puestos de Salud en funcionamiento	5,0	100%	El puesto de salud de puerto Ileras está en funcionamiento desde 07/09/2020, fue el primer puesto de salud en abrir, durante el año 2021 se dio apertura a los demás puestos de salud, se encuentran funcionando 7 (siete) puestos de salud.

Realizar gestión del riesgo en Salud a través del fortalecimiento de Estrategias de Atención Primaria, ajustadas las Rutas de Mantenimiento de la Salud y Materno-Perinatal	≥70% de Cumplimiento de las Metas Contratadas	70%	72%	Se evidencia Cumplimiento del 72% de las metas con NUEVA EPS.
---	---	-----	-----	---

**6. evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

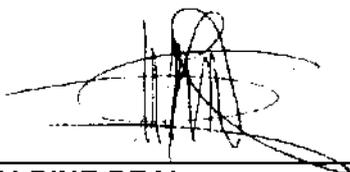
- La ejecución de las actividades realizadas en la UNAP (Unidad de Atención Primaria) logró un **95%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

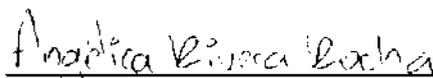
- Se recomienda seguir mejorando para aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y mantener actualizado los sistemas de información.

**8. fecha: 19/01/2022**

**9. firma:**



**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno



Recibido líder de UNAP



<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE					<b>2. Dependencia a evaluar:</b> PLANEACIÓN
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios.</li> <li>• Optimizar la gestión de los procesos del SIG.</li> <li>• Mantener actualizados los sistemas de información</li> </ul>					
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional</b>		<b>5. Medición de compromisos</b>			
		<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Realizar y Publicar los Planes pertenecientes al Área de Planeación Contenidos en el Decreto 612 de 2018		Documentos Aprobados y Publicados	SI	SI	Se evidencia mediante publicación en página web: <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planeaci%C3%B3n.html">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planeaci%C3%B3n.html</a>
Hacer Seguimiento Cuatrimestral de los Planes		Seguimientos realizados /Seguimientos Programados	4	4	Se realizó seguimiento cuatrimestral en la vigencia 2021.
Realizar la evaluación de MIPG a través de FURAG.		Formulario diligenciado.	100%	100%	Se evidencia formulario diligenciado en el link <a href="https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZGE2">https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZGE2</a>
Socializar la política de Gestión de Riesgos		Líderes y Coordinadores socializados/total de Líderes	90%	100%	Se evidencia actualización en la plataforma del SUIT
Actualizar los trámites del Hospital del Sarare ESE. en el aplicativo Sistema Único de Información de Trámites - SUIT		Trámites Actualizados/total de trámites que requieren Actualización	100%	0%	NO INICIADO.



Realizar la formulación de proyectos de inversión.	proyectos aprobados por el ministerio de salud.	1	1	Se recibe concepto de Aprobación del Proyecto "RENOVACIÓN DE TECNOLOGIAS BIOMEDICAS PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CIRUGIA GENERAL E IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL DEL SARARE DEL MUNICIPIO DE SARAVERA DEPARTAMENTO DE ARAUCA", a través del Radicado MSPS 202142301945922; el proyecto es viabilizado por valor de \$ 13.495.278.300
--	---	---	---	--

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- De acuerdo a la autoevaluación presentada por el proceso de Seguridad del paciente la ejecución fue del **83%**. Se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para optimizar la gestión de los procesos del SIG y mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad de los servicios del hospital del Sarare.

**8. fecha: 28/01/2022.**

**9. firma:**

**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno

**Recibido Asesor de Planeación.**



<b>1. Entidad:</b> HOSPITAL DEL SARARE ESE		<b>2. Dependencia a evaluar:</b> INTERNACION		
<b>3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.</li> <li>• Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano.</li> <li>• Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio.</li> <li>• Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.</li> </ul>				
<b>4. Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional.</b>		<b>5. Medición de compromisos</b>		
	<b>5.1. Indicador</b>	<b>Valor esperado</b>	<b>Ejecución</b>	<b>5.3. Análisis del resultados</b>
Implementar el turno quirúrgico en el hospital del Sarare	Documento aprobado	1	100%	Se evidencia la implementación del turno quirúrgico.
Documentar las recomendaciones de los procedimientos faltantes en el servicio de quirófano	Documento aprobado	1	100%	Se documentaron los siguientes protocolos en el servicio de quirófano: - CIX-01-T01= Protocolo custodia pertenencia de pacientes. - CIX-01-T01= protocolo de admisión y preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico. - CIX-01-T01=normas de actuación en quirófano. - CIX-01-T01= protocolo de preparación pre quirúrgica de la piel.
Formular 1 indicador de diligenciamiento de consentimiento informado	Informe de seguimiento y reporte trimestral	1	100%	Se evidencia informe de indicador consentimiento informado.
Formular 1 indicador de rechazo de muestras de patología	Informe de seguimiento y reporte trimestral	1	100%	Se evidencia informe de seguimiento del indicador de rechazo de muestras patológicas.
Actualizar el protocolo de muestra de patología	Protocolo actualizado	1	100%	Se evidencia CIX-01-P05/ PROCEDIMIENTO DE TOMA EMBALAJE Y ENVIO DE LA MUESTRA DE PATOLOGIA.

<p>Medir la oportunidad en la realización de apendicectomía</p>	<p>Numero de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se le realizo apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación/Total, de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia del objeto de evaluación</p>	<p>90%</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencia informe de oportunidad en la realización de apendicectomía.</p>
<p>Actualizar los consentimientos informados de (NO RCP, NO REMISIÓN, y finalización de NO TRATAMIENTO).</p>	<p>Consentimientos actualizados</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencian los siguientes consentimientos:          - GCL-00-F01= Consentimiento o disentimiento.          - GCL-00-F02= Revocación del consentimiento o disentimiento.          - GCL-00-F03= Retiro voluntario.</p>
<p>Medir la oportunidad de respuesta oportuna y efectiva de las interconsultas</p>	<p>Informe semestral</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencian 2 informes semestrales de enero a mayo y de junio a diciembre del 2021.</p>
<p>Implementar indicador que mida el tiempo que dura el paciente en el egreso hospitalario incluido los procesos de facturación</p>	<p>Indicador: Tiempo transcurrido entre la orden medica de alta / hora en que sale el paciente del hospital.</p>	<p>50%</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencia indicador que mide el tiempo que dura el paciente en el egreso hospitalario incluyendo los procesos de facturación.</p>
<p>Realizar medición del Indicador del Reingreso por la misma causa al Servicio de Hospitalización antes de los 15 días.</p>	<p>Numero de Mediciones realizadas /Numero de mediciones programas</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>Se evidencia reporte indicador mensual al área de calidad, mediante ruta: \\192.168.1.20_INDICADORES_256_REPORTE DE INDICADORES_INDICADORES_2021.</p>

**6. Evaluación de la oficina de control interno a los compromisos de la dependencia:**

- La ejecución de las actividades realizadas por el proceso de urgencias logró un **100%** correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

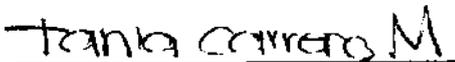
**7. Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:**

- Se recomienda seguir trabajando para mejorar los procesos de la entidad y la atención al usuario.

**8. Fecha: 31/01/2022.**

**9. Firma:**

  
**GERALDINE REAL**  
Profesional apoyo a Control interno

  
Recibido Líder de Internación: