



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

INFORME DE AUDITORÍAS SEGUNDO TRIMESTRE 2024

OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA
Jefe Oficina de Control Interno
E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia

JUNIO 30 DE 2024



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO NORMATIVO.....	4
OBJETIVO.....	5
ALCANCE	5
CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS	6
EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS	7



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

INTRODUCCIÓN

La Auditoría Interna es una actividad que permite identificar errores y debilidades dentro de las organizaciones y, a su vez, enmendarlos, tomando medidas que permitan retomar el rumbo adecuado dentro de las empresas; puede ayudar a establecer medidas para llevar un buen control de las actividades.

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia busca, mediante la realización de las Auditorías Internas previstas en el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2024, velar por el cumplimiento de los objetivos institucionales y formular planes de mejoramiento en los procesos o áreas que presenten debilidades.

MARCO NORMATIVO

- Ley 87 de 1993
- Decreto 1826 de 1994
- Decreto 943 de 2014
- Decreto 648 de 2017
- Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017
- Norma ISO 19011 de 2018

OBJETIVO

Realizar las actividades de Auditoría y Seguimiento a las mismas en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia en aras de garantizar un mejor funcionamiento de la entidad, ayudando a cumplir los objetivos de esta y mejorando así los procesos realizados dentro de cada área de la E.S.E.

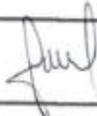
ALCANCE

Elaboración de auditorías, informes, planes de mejoramiento y seguimiento a los procesos y áreas de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia en busca de conseguir un mejor funcionamiento en la entidad.



CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS

A continuación, se puede evidenciar el Cronograma de Auditorías aprobado para la vigencia 2024, con el propósito de reflejar de manera detallada la fecha de realización de cada auditoría propuesta a realizar.

CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS AÑO: 2024			MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ÁREA o PROCESO	RESPONSABLE DEL ÁREA O PROCESO	EQUIPO AUDITOR										
URGENCIAS	ENFERMERAS	S - O										
AMBULANCIAS	HORACIO NAVARRO – CRISTIAN CAMACHO	S - O										
FARMACIA	DIANA RUEDA	S - O										
VACUNACIÓN	AUXILIAR DE ENFERMERIA DE VACUNACIÓN	S - O										
AREA CONTABLE Y FINANCIERA	TODA EL AREA	S - O										
FACTURACIÓN	ESTEBAN JAIMES GUERRERO	S - O										
PAMEC	CALIDAD	S - O										
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	GERENTE/CONTADOR/SUB	S										
CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL	DIRECTOR/ CONTROL INTERNO	S										
CONTRATACIÓN	OSCAR MELO	S										
SIAU	NOHEMA RUEDA MARQUEZ	S - O										
Colocar las iniciales de los responsables y del equipo auditor:												
Revisado: Oscar J. Melo	Firma: 	Fecha: 27/02/2024										
Aprobado: Miguel R. Tuta	Firma: 	Fecha: 27/02/2024										
Elaborado: Sandra Milena Plata	Firma: 	Fecha: 27/02/2024										



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS

1. AMBULANCIAS

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada en el área de Traslado Asistencial Básico el día 24 de abril de 2024.

	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo juntos		
	AUDITORÍA INTERNA	VERSION	FECHA
LISTA DE VERIFICACIÓN AMBULANCIAS			
RESPONSABLE DEL PROCESO		FECHA	
Horacio Navero Medina - Cristian Fernando Carracho Navero		24/04/2024	
AUDITOR		OSCAR JOSUE MELO SANABRIA	
ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Se cumplen con los protocolos de bioseguridad	X		
Existe inventario de medicamentos y dispositivos médicos	X		
Las condiciones eléctricas se encuentran en buenas condiciones	X		
Los quemadores cuentan con su respectiva calificación y se encuentran en buen estado	X		
Cuenta con equipos e implementos de seguridad en funcionamiento y ubicados en un sitio con fácil acceso (ejemplo: extintor)		X	Extintores vencidos
Los dispositivos médicos que hay dentro de la ambulancia se encuentran en buen estado	X		
Porte de la estación correspondiente	X		
Los vehículos se mantienen en condiciones adecuadas de conservación, limpieza e higiene	X		
Se cuenta con un registro de traslado asistencial	X		
Se cuenta con equipos biomédicos en buen estado	X		
Los luces de los vehículos se encuentran en buen estado		X	No cuentan con las condiciones eléctricas, ya que tienen varios faros vencidos
El vehículo cuenta con hoja de vida o record de mantenimiento		X	No cuentan con la hoja de vida, ya que cuando llevan a mantenimiento no reclaman el documento
Cuenta con inventario de medicamentos actualizados		X	
Observaciones: Se recomienda hacer mantenimiento en la ambulancia HISSAN con placa OBB 213, en los tapacodos y sillones donde se trasladan a los pacientes ya que ya un poco de incomodidad al paciente y acompañante, en segundo lugar las cerraduras de la puerta trasera y lateral se encuentran en mal estado.			

Cristian Fernando Carracho Navero
Funcionario que recibe auditoría

Horacio Navero Medina
Funcionario que recibe auditoría

[Signature]
Auditor



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Betulia Creando juntos			
AUDITORIA INTERNA		COD: FR-SIAU-04	
		VERSION: 01 FECHA: 07/SEPT/2021	
LISTA DE VERIFICACION AMBULANCIAS			
RESPONSABLE DEL PROCESO		FECHA	
Hosanna Navarro, Mestriz - Ciudadela Fernando Castaño (sevilla)		24/04/2024	
AUDITOR		OSCAR JOSUE RUILO SANABRIA	
ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Se verifica con los protocolos de bioseguridad	X		
Las conexiones eléctricas se encuentran en buenas condiciones		X	LE ESTA FALLANDO LA CUCHILLA DE CONTE
Los guantes, cuerdas con su respectiva rotación y se encuentran en buen estado	X		
Control con equipo e implementos de seguridad en funcionamiento y ubicados en un solo con fácil acceso (ejemplo: extintor)		X	EXTINTORES VENCIDOS
Los dispositivos médicos que hay dentro de la ambulancia se encuentran en buen estado	X		
Plomo de la estación correspondiente (cama) uniforme completo y apuro (arriba)	X		
Los vehículos se mantienen en condiciones adecuadas de conservación, limpieza e higiene	X		
Se cuenta con un registro de niveles asistenciales	X		
Se cuenta con equipos biomédicos en buen estado	X		
Las luces de los vehículos se encuentran en buen estado		X	
Cuenta con inventario de medicamentos actualizado	X		
Buen funcionamiento del aire acondicionado		X	NO FUNCIONA EL AIRE
El talento humano en salud cuenta con la autorización oportuna por la autoridad competente para ejercer la profesión u ocupación	X		
El vehículo cuenta con placa de vida o record de mantenimiento		X	NO, YA QUE CUANDO LLEVAN EL CARRO A MANTENIMIENTO NO LA RECLAMAN
El conductor y los enfermeros que hacen uso de la ambulancia para el transporte asistencial de pacientes cumplen con los protocolos de bioseguridad	X		

Observaciones:
Se recomienda realizar mantenimiento a los sistemas de aire acondicionado de las ambulancias DMAX con placa DGA 302 y la M55AN con placa DGB 213, pues este sistema no funciona ni en la cabina ni en el compartimento donde se transportan los pacientes.

Catharina del Cañacho
Funcionario que realiza auditoría

OSCAR JOSUE RUILO SANABRIA
Funcionario que realiza auditoría

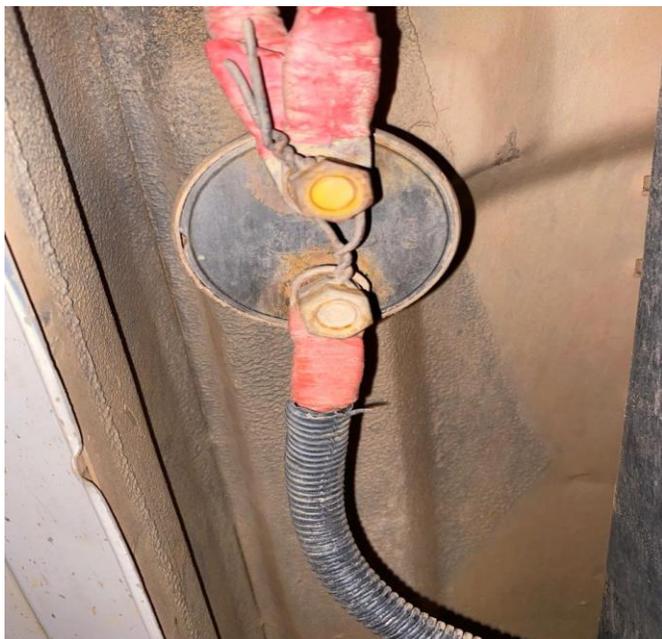
[Firma]
Auditor

1.1. Observaciones

A la fecha del 24 de abril de 2024, fecha de realización de la auditoría, se encuentran 5 observaciones. La primera son los extintores vencidos, la segunda las luces de los vehículos se encuentran en mal estado, la tercera el funcionamiento del aire acondicionado tanto en la cabina como en el convertidor,

la cuarta los vehículos no cuentan con la hoja de vida o récord. La quinta fallas en la cuchilla de corte. Según las observaciones se realizará un Plan de Mejoramiento.

1.2. EVIDENCIAS





INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

1.3. Hallazgos

Se observa 6 hallazgos importantes

1.4. Plan de mejoramiento

	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA	GESTIÓN ESTRATÉGICA	
	PLAN DE MEJORAMIENTO	GAF-FO-02 Versión 1	Página 1 de 1 Abril de 2020

Área : Ambulancias
 Meta a lograr : Cumplir con el 100% de las acciones
 Responsable : Conductores

¿Qué? (Actividades a Realizar)	¿Quién? (Responsable de ejecución)	¿Cuándo?		¿Dónde? (Lugar donde se realiza la acción)	¿Por qué? (Propósito de la actividad)	¿Cómo? (Pasos para realizar la actividad)	Seguimiento Plan de mejoramiento
		Fecha Inicio	Fecha Finalización				
Extintores Vencidos	Ambulancias	24/4/2024	29/10/2024	Hospital	Esta actividad forma parte de un plan de mejora continua en la prevención de incendios, con el objetivo de minimizar los riesgos y garantizar la protección de las personas y de las instalaciones.	Realizar solicitud a gerencia para coordinar con un proveedor especializado.	Realizar una nueva auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.
Luces del Vehículo en mal estado	Ambulancias	24/4/2024	29/10/2024	Hospital	Al mejorar las luces del vehículo en mal estado, estamos contribuyendo a prevenir accidentes y a mantener un entorno vial más seguro para todos los usuarios.	Realizar solicitud a gerencia para coordinar.	Realizar una nueva auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.
Hoja de vida del vehículo y record de mantenimiento	Ambulancias	24/4/2024	29/10/2024	Hospital	Al contar con una hoja de vida del vehículo y un registro de mantenimiento actualizado, se facilita la planificación y la programación de los servicios de mantenimiento futuros.	Requerir siempre la hoja de vida de mantenimientos que se le hace a las ambulancias para llevar una programación de los servicios de mantenimiento a futuro.	Realizar una nueva auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.

Funcionamiento del aire acondicionado	Ambulancias	24/4/2024	29/10/2024	Hospital	El propósito de la actividad es mejorar el funcionamiento del aire acondicionado en las ambulancias, garantizando un ambiente adecuado y cómodo para los pacientes y el personal médico durante los traslados o atenciones en emergencias.	Es crucial establecer objetivos claros, realizar un mantenimiento preventivo periódico, seguir normativas de seguridad, suministrar la capacitación técnica especializada y contar con mantenimiento profesional cuando sea necesario.	Realizar una nueva auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.
Tapizados de la parte del convertidor, transporte de pacientes	Ambulancias	24/4/2024	29/10/2024	Hospital	Implementación de un sistema de control de calidad en el servicio de ambulancias, que permita evaluar de forma continua la satisfacción de los pacientes y identificar áreas de mejora en el servicio.	Es de suma importancia mejorar regulares horarios de las unidades de transporte, así como del personal especializado que labora en las mismas para proporcionar una mejor atención durante el proceso de transporte asistido de pacientes.	Realizar una nueva auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.
Las conexiones eléctricas se encuentra fallando la cuchilla de corte	Ambulancias	24/4/2024	29/10/2024	Hospital	Si las conexiones eléctricas están fallando, se podrían llevar a cabo las reparaciones necesarias para asegurar un funcionamiento seguro y eficiente.	Es crucial realizar inspecciones periódicas para identificar posibles anomalías en las conexiones eléctricas de la ambulancia.	Realizar una nueva auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.

Cristian Fernando Camacho Navarro
 Conductor

Horacio Navarro Medina
 Conductor



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

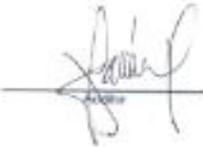
2. FACTURACIÓN:

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada en el área de facturación el día 23 de abril del 2024.

ACTIVIDAD		ESTADO DE CUMPLIMIENTO		EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE		
Representar y actualizar los datos del usuario, atendiendo al paciente para que proporcione los datos necesarios.		X		Área fotografía actúan de pacientes	
Verificar los aportes y definición del servicio, asegurándose que se encuentran todos los apartes, tales como: cita médica, orden médica, autorización para el servicio, fecha vigencia y que la autorización corresponde al servicio solicitado.		X		Área fotografía	
Liquitar las preferencias de los pacientes que fueron hospitalizados o a los que se les realizó algún procedimiento.		X		Área prefacturas liquidadas	
Liquidar e imprimir la factura.		X		Foto de facturas	
Pasar la factura.		X		Foto de facturas	
Verificar los aportes para la realización de los cuentes.		X		Área permisos de los aportes	
Entregar al área de contabilidad la facturación realizada.		X		Foto factura	
Enviar la facturación electrónica a la respectiva EPS.		X		Área permisos de las facturas electrónicas	
Verificar el estado de la factura electrónica en el sistema.		X		Foto estado electrónica	

Observaciones:


Funcionario que recibe auditoría


Auditor


Funcionario que recibe auditoría

A la fecha del 23 de abril de 2024, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

2.2. Evidencias

Las siguientes imágenes permiten observar las evidencias fotográficas de las actividades propuestas a evaluar en el desarrollo de la auditoría.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

SOCIAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

RECEPCIONAR PACIENTES

23/04/2024

Facturar Cargos Relación Pre-Fac

Hombre

Cita Atención de Pacientes

No.	Fecha	Numero Ide	Nombre	Ingreso Por	Contrato
67112	23/04/2024	6754292	RODRIGUEZ ORTIZ JOSE DELCARMEN	Ing Cita	SANITAS EPS SUBSIDIADO PYP
67113	23/04/2024	63510559	MAYORGA GALVIS MARIA LUISA	Ing Cita	NUEVA EPS SUBSIDIADO
67114	23/04/2024	5595040	ACADIO GOMEZ PEDRO PABLO	Ing Otros Serv	SANITAS EPS SUBSIDIADO SERV
67115	23/04/2024	5596067	MARQUEZ PLATA ALVARO	Ing Otros Serv	SANITAS EPS SUBSIDIADO PYP
67116	23/04/2024	6755890	MARQUEZ PLATA REINALDO	Ing Otros Serv	SANITAS EPS SUBSIDIADO SERV
67117	23/04/2024	6755384	SANCHEZ MARTINEZ LUIS FRANCISCO	Ing Otros Serv	SANITAS EVENTO SUBSIDIADO
67118	23/04/2024	28023462	RUEDA DERUEDA ELVIRA	Ing Otros Serv	SANITAS EPS SUBSIDIADO PYP
67119	23/04/2024	5595957	DIAZ ALVAREZ GERARDO	Ing Otros Serv	SANITAS EPS SUBSIDIADO SERV
67120	23/04/2024	28023482	RUEDA DERUEDA ELVIRA	Ing Otros Serv	SANITAS EVENTO SUBSIDIADO
67121	23/04/2024	63510559	MAYORGA GALVIS MARIA LUISA	Ing Cita	NUEVA EPS SUBSIDIADO

Factura Electrónica de Salud

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS D

NO. 00018791-0

Cliente: ELECTROFACORA DE SANTANDER SA SP

Concepto: Donde se realiza Examen de los índices prepagos AGP

Valor en Letras: MIL TRESCIENTOS Y CINCO PESOS

Valor Total: 300.000.00

IVA: 0.00

CMR: 0.00

CPAS: 0.00

RENTAS: 0.00

TOTAL: 300.000.00

Administración de Recursos Humanos

Nombre	Fecha	Activo	Estado	Observaciones
...

Factura Electrónica de Salud

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE DI

NO. 00018791-0

Cliente: ELECTROFACORA DE SANTANDER SA SP

Concepto: Donde se realiza Examen de los índices prepagos AGP

Valor en Letras: MIL TRESCIENTOS Y CINCO PESOS

Valor Total: 300.000.00

IVA: 0.00

CMR: 0.00

CPAS: 0.00

RENTAS: 0.00

TOTAL: 300.000.00

EPS Sanitas

CERTIFICACION DE RECEPCION

No.	Fecha	Activo	Estado	Observaciones
...



2.3. Hallazgos

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al servicio de facturación, correspondiente al trimestre II de 2024, no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

2.4. Conclusión de la Auditoria

En conclusión, la auditoría realizada al área de facturación de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar. Se espera que este servicio se siga prestando de la mejor manera, manteniendo la satisfacción del usuario y cumpliendo los requisitos del cargo.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

3. AREA CONTABLE Y FINANCIERA

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada en el área contable y financiera el día 26 de abril del 2024.

	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos	
	AUDITORIA INTERNA	COD: PL-GA-01 VERSION: 01 FECHA: 27-MAYO-2021

LISTA DE VERIFICACIÓN ÁREA CONTABLE	
RESPONSABLE DEL PROCESO Angelo Rueda	FECHA 26/4/2024
AUDITOR	OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NO APLICA	
Revisar que todas las transacciones contables estén debidamente respaldadas con la documentación correspondiente.	X			
Verificar que las cuentas contables estén correctamente clasificadas y registradas de acuerdo a las normas contables vigentes.	X			
Confirmar que los saldos de las cuentas contables concuerden con los registros contables.	X			
Revisar los movimientos de todas las cuentas bancarias y verificar su conciliación.	X			
Comprobar que las provisiones, depreciaciones y amortizaciones se encuentren debidamente registradas y calculadas.	X			
Verificar que los impuestos y retenciones se encuentren correctamente calculados y registrados.	X			

Revisar los estados financieros para asegurar su presentación adecuada y veracidad de la información.	X	
Evaluar el cumplimiento de las políticas de control interno y procedimientos contables.	X	
Revisar la gestión de activos fijos y su registro contable.	X	
Identificar posibles riesgos y oportunidades de mejora en el área contable.	X	

Hallazgos:

Funcionario que recibe auditoría

Auditor

3.1. Observaciones

A la fecha del 26 de abril de 2024, momento de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de esta.

3.2. Evidencias

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA Nit: 00800212070 - 8 BETULIA		AÑO	MES	DÍA	COMPROBANTE GENERAL	Pág
			2024	04	25	No: CG 24-00227	Con: 1 1
Beneficiario: CC: 00063334582 - 8 - FONQUE GAMBOA SONIA PATRICIA (CARFUPELL)							
CP 24-00215, CD 24-00154, MANO DE OBRA MANTENIMIENTO AMBULANCIA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2024							
LIQUIDACIONES							
Detalle del Concepto	Valor Débito	Valor Crédito	Detalle del Concepto	Valor Débito	Valor Crédito		
Valor de la cuenta sin IVA	2,295,000.00	0.00	Retención en la fuente	0.00	138,000.00		
Rate ICA	0.00	20,655.00					
CONTABILIZACIONES							
No	Detalle	Código Contable	Imputación Presupuestal	Fondo	Valor Débito	Valor Crédito	Base
1	Adquisición de bienes y servicios ? Otro	036190	2.4.5.02.08.05	R002	2,295,000.00	0.00	0.00
2	Adquisición de bienes y servicios ? Otro	035190			0.00	2,295,000.00	0.00
3	Generales	73620201			2,295,000.00	0.00	2,295,000.00
4	Servicios en general 6%	24360501			0.00	138,000.00	2,295,000.00
5	Tarifa 9x1000	24362725			0.00	20,655.00	2,295,000.00
6	Bienes y Servicios	24010101			0.00	2,136,345.00	2,295,000.00
TOTALES \$					4,590,000.00	4,590,000.00	

ANGELO

Elaboró

Aprobó

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA DEPRECIACIÓN EQUIPO DE TRANSPORTE AÑO 2024							
EQUIPO DE TRANSPORTE		AMBULANCIA NISSAN FRONTIER					
MODELO AMBULANCIA		2024					
CLASE AMBULANCIA		TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO					
No. CHASIS		3N6AD35U2ZK454744					
COLOR		BLANCO					
SERVICIO		OFICIAL					
PLACA		MYT 666					
VIDA UTIL		10 AÑOS					
VALOR TOTAL		\$ 269.850.000,00					
MÉTODO DE DEPRECIACIÓN		LINEA RECTA					
PERIODO	COSTO ADQUISICIÓN	DEPRECIACIÓN MENSUAL	DEPRECIACIÓN ACUMULADA	SALDO EN LIBROS	ADICIÓN	VIDA UTIL (MENSUAL)	VIDA UTIL (ANUAL)
00	\$ 269.850.000,00	\$ -	\$ -	\$ 269.850.000,00	\$ -	120	10,00
01	\$ 269.850.000,00	\$ 2.248.750,00	\$ 2.248.750,00	\$ 267.601.250,00	\$ -	119	9,92
02	\$ 269.850.000,00	\$ 2.248.750,00	\$ 4.497.500,00	\$ 265.352.500,00	\$ -	118	9,83
03	\$ 269.850.000,00	\$ 2.248.750,00	\$ 6.746.250,00	\$ 263.103.750,00	\$ -	117	9,75
04	\$ 269.850.000,00	\$ 2.248.750,00	\$ 8.995.000,00	\$ 260.855.000,00	\$ -	116	9,67

ENERO 2024
FEBRERO 2024
MARZO 2024
ABRIL 2024

ESTADOS FINANCIEROS MES DE ENERO

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA				COMPROBANTE GENERAL		Pag		
				2024		01		
Beneficiario: CC 8180282457 - D. ECHEBERRIA CARDENAS LADY ROCIO CP 24-0254 02-24 8896 PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LA CORRECCION PARA LA PLANTA ELÉCTRICA MARCA KPCOR MODELO RSE-USTAFS DE PROPIEDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA				R# 0000312010 - 4		Betulia		
Detalle del Concepto				Valor Débito	Valor Crédito	Detalle del Concepto	Valor Débito	Valor Crédito
Tipo de la cuenta por las				6.350.000,00	0,00	Retención en la fuente	0,00	16.000,00
Tipo de				0,00	16.000,00			
CONTABILIZACIONES								
No	Detalle	Código Contable	Ingestión Presupuestal	Fecha	Valor Débito	Valor Crédito	Base	
1	Adquisición de bienes y servicios T Qto	608-16	6.111.000,00	02/01/2024	6.350.000,00	0,00	6,35	
2	Adquisición de bienes y servicios T Qto	602-16			0,00	6.000,00	6,00	
3	Mantenimiento	311-1-30			6.350.000,00	0,00	6.350,00	
4	Compras de bienes y servicios (Incluyendo)	340-30			0,00	10.000,00	4.165,00	
5	Tarifa de luz	340-30			0,00	95.000,00	6.900,00	
6	Salario y servicios	340-30			0,00	5.994.700,00	5.994,70	
7	Servicio de ingeniería	340-30			0,00	14.000,00	2.000,00	
				TOTALES	12.700.000,00	12.000,00		

3.3. Hallazgos

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al servicio contable y financiera, correspondiente al trimestre II de 2024, no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

3.4. Conclusión de la auditoría

En conclusión, la auditoría realizada al área contable y financiera de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

4. PAMEC

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área del PAMEC el día 16 de abril del 2024.

E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos					
AUDITORÍA INTERNA			COD: PL-GA-01		
VERSION: 01			FECHA: 27-MAYO-2021		
LISTA DE VERIFICACIÓN FARMACIA					
RESPONSABLE DEL PROCESO			FECHA		
Calidad			16/4/2024		
AUDITOR			OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA		
RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	ASPECTO CHEQUEABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD					
El alcance del mejoramiento de la calidad de la E.S.E. debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas:					Se evidencia un cumplimiento satisfactorio en el alcance del mejoramiento de la calidad de la E.S.E. Al revisar los elementos establecidos, se confirma que se ha orientado el esfuerzo hacia el Sistema Único de Acreditación y se han implementado acciones concretas para mejorar los resultados de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad. Además, se ha fortalecido la gestión del riesgo en los procesos misionales, garantizando la seguridad del paciente mediante el cumplimiento de las buenas prácticas recomendadas en la Guía Técnica.
1. Sistema Único de Acreditación					
2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad					
3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales		X			
4. Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente					
En todo caso, el PAMEC debe ser superior al cumplimiento de estándares de habilitación.					
Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el PAMEC.					
RUTA CRÍTICA DEL PAMEC					
1. AUTOEVALUACIÓN					

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

Evidencia del análisis de la siguiente información, como base de inicio del PAMEC.					
<p>Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación (SUA):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las conformaciones de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares. 2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA. 3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación. 4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa. 			X		<p>Se ha demostrado un cumplimiento adecuado de los criterios establecidos en el Sistema Único de Acreditación (SUA). La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares se realizó de manera efectiva, garantizando un enfoque colaborativo y multidisciplinario. La metodología implementada para llevar a cabo la autoevaluación está alineada con los estándares del SUA, lo que permite una revisión exhaustiva y objetiva de los procesos. Además, se han adoptado formatos adecuados para la realización de la autoevaluación, facilitando la recopilación y análisis de datos pertinentes. Los resultados obtenidos en la autoevaluación reflejan un compromiso con la mejora continua y la búsqueda de la excelencia en la atención al cliente, lo que se evidencia en el análisis de los indicadores reglamentarios e institucionales. En el momento nos encontramos en la fase de planeación del ciclo PHVA.</p>
<p>Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejan el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.</p>			X		
<p>Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad.</p>					
2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR					
<p>Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen.</p>			X		<p>Se evidencia cumplimiento satisfactorio en la preparación para la acreditación bajo el PAMEC. La correlación entre los grupos de estándares de acreditación y los procesos del mapa de procesos de la entidad está claramente documentada, demostrando el compromiso institucional con la implementación de estándares de calidad superiores. Cada proceso seleccionado muestra una alineación precisa con los requisitos de calidad establecidos, lo que asegura un enfoque sistemático hacia la mejora continua y la excelencia en la atención. La entidad también ha justificado adecuadamente al listado de procesos elegidos para mejorar, en concordancia con el diagnóstico inicial y la autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC, reflejando una estrategia de mejora sólida y bien fundamentada.</p>
<p>Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC.</p>			X		

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS					
Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y sub grupos de estándares de acreditación. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.			X	Nuestro enfoque cumple con los estándares de habilitación y acreditación por lo tanto estamos comprometidos con el mejoramiento continuo de nuestra institución, de lo contrario se proponen planes de mejoramiento que nos ayuden a llegar a nuestra meta propuesta durante la vigencia del 2024.	
Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito.			X		
4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA					
Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar en él, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el periodo de implementación de dicho PAMEC.			X	Se evidencia que el alcance del PAMEC está alineado con las expectativas establecidas, reflejando una preparación adecuada para la acreditación. En la documentación revisada, se puede observar claramente el nivel de calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que se espera alcanzar durante el periodo de implementación del PAMEC.	
Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia, así: 1. Si el alcance es el mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir. 2. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar. 3. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en las Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado.			X	Además, se ha delineado de manera explícita las metas a cumplir en el mejoramiento de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, el fortalecimiento de la gestión del riesgo en los procesos misionales, y el fortalecimiento del Programa de Seguridad del Paciente. Esta claridad en los objetivos y metas, junto con una adecuada planificación, demuestra un compromiso con la mejora continua y la calidad en la atención.	
5. CALIDAD OBSERVADA					
Listado de las auditorías planeadas de la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación.				X	Se ha elaborado un listado detallado de las auditorías planeadas para la vigencia del PAMEC, lo que permite proyectar cómo se avanzará en su implementación. Asimismo, se ha documentado la autoevaluación de los estándares de acreditación correspondiente al periodo, lo que sirve de base para evaluar la efectividad de las futuras acciones y el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. Esta planificación adecuada y el seguimiento de las auditorías, junto con la evaluación anticipada de los resultados de la autoevaluación, demuestran un compromiso claro hacia la mejora continua y la preparación para la acreditación.
Si el enfoque es la preparación para la acreditación, además de lo anterior, evidencia de los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación si en el periodo se realizó la misma.				X	



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA			
Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad.		X	Se cuenta con evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento orientados a alcanzar la calidad esperada, en cumplimiento del enfoque del PAMEC hacia la acreditación. Los planes de mejoramiento están desarrollados para cada grupo de estándares de acreditación, incluyendo direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial, gerencia de la información, talento humano, ambiente físico, gestión de tecnología y mejoramiento de la calidad.
7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA			
Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada.			X Dado que las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramiento han sido implementadas satisfactoriamente, este criterio no aplica en este momento.
8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA			
Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada.		X	Dado que se ha realizado un seguimiento adecuado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento, este criterio se cumple satisfactoriamente.
9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL			
Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad.			X Dado que el PAMEC se encuentra en proceso de ejecución y aún no se ha completado el periodo de implementación definido, este criterio no es aplicable en este momento. Se recomienda realizar el análisis correspondiente una vez finalizado el periodo de implementación para identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad.

Karen Sofia Ariza S.
Funcionario que recibe la auditoria


Auditor

4.1. Observaciones

A la fecha del 16 de abril de 2024, momento de realización de la auditoría, se observa que se cumplen casi todas las actividades propuestas para el desarrollo de esta.

4.2. Evidencias

- Juego de viaje a la humanización:



- Campaña lúdica juego de las sonrisas:



ACCIONES DE MEJORAMIENTO ARTICULADAS AL PAMEC

1. LA HUMANIZACIÓN DE LOS ESPACIOS



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



CRECIENDO JUNTOS

INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
CRECIENDO JUNTOS			
	INFORME PAMEC 2023	COD: AC-GDE-01	
		VERSION: 03	FECHA: 15-FEBRERO-2023

PERIODO:	CRITERIOS	Cumple	No cumple	Muestra
1. Comunicación y relación interpersonal				
	¿Cómo calificaría la comunicación del personal médico y de enfermería con usted/familiar?			0
	¿El personal fue claro y comprensible al explicar el plan de tratamiento y los procedimientos?			0
	¿Hubo suficiente tiempo dedicado a responder sus preguntas y preocupaciones?			0
2. Accesibilidad y tiempo de espera				
	¿Cómo calificaría el tiempo que pasó esperando para recibir atención médica o para recibir respuestas a sus necesidades?			0
	¿Hubo suficiente disponibilidad de personal para atender sus requerimientos de forma oportuna?			0
3. Cuidado y confort				
	¿Cómo calificaría la limpieza y comodidad de las instalaciones?			0
	¿fue respetado el horario de ducha?			0
	¿fue respetado el horario de visitas?			0
	¿fue respetado el horario de uso de televisor y radio?			0
	¿le permitieron deambular por el parque de la institución?			0
4. Seguridad y prevención de riesgos				
	¿Se sintió seguro/a durante su estancia en términos de prevención de infecciones y seguridad general?			0
	¿Cómo calificaría la administración de medicamentos y otros procedimientos médicos en términos de seguridad?			0
5. Coordinación del cuidado				
	¿Cómo calificaría la coordinación entre diferentes especialidades (enfermería-fisioterapeuta-psicóloga) médicas durante su tratamiento?			0
	¿Hubo una comunicación efectiva entre el equipo médico y de enfermería respecto a su plan de atención?			0
6. Información y participación del paciente				
	¿Se le proporcionó suficiente información sobre su condición médica, procedimientos y opciones de tratamiento?			0
	¿Se le dio la oportunidad de participar en decisiones relacionadas con su atención médica?			0
7. Posterior a la hospitalización				
	¿Recibió información adecuada sobre cuidados post-hospitalarios,			0

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
CRECIENDO JUNTOS			
	INFORME PAMEC 2023	COD: AC-GDE-01	
		VERSION: 03	FECHA: 15-FEBRERO-2023

5. Coordinación del cuidado					86%
¿Cómo calificaría la coordinación entre diferentes especialidades (enfermería-fisioterapeuta-psicóloga) médicas durante su tratamiento?	6	1	7		86%
¿Hubo una comunicación efectiva entre el equipo médico y de enfermería respecto a su plan de atención?	6	1	7		86%
6. Información y participación del paciente					64%
¿Se le proporcionó suficiente información sobre su condición médica, procedimientos y opciones de tratamiento?	6	1	7		86%
¿Se le dio la oportunidad de participar en decisiones relacionadas con su atención médica?	3	4	7		43%
7. Posterior a la hospitalización					43%
¿Recibió información adecuada sobre cuidados post-hospitalarios, medicación y citas de seguimiento?	3	4	7		43%
TOTAL					72%

NOMBRE DEL INDICADOR DE RESULTADO	PUNTO DE PARTIDA	AVANCE	META
Aumentar en un 30% la experiencia en la atención del usuario y su familia durante la estancia hospitalaria	85%	98%	>96%

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



COD: FR-SIAU-04

INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA: Corresponde a la calificación numérica que se asigna al grado de avance hacia la calidad esperada en el cumplimiento del estándar que se determina con base en la HOJA RADAR definida por el Ministerio de salud y protección social:

HOJA RADAR					
VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
DEFINICIÓN: Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistemática y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito establecido en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD: Ejecución de acciones disciplinada que abarca todas las áreas, no se sistematiza y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no se sistematiza y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se direcciona, se actualiza.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas clave.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relación con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos contextos del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PREVALENCIA: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.	Los enfoques son mayoritariamente reactivos.	Existen indicios de transición de la reacción a la prevención de problemas.	El enfoque es mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de calidad.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su implementación.	La información orientada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Existen de algunos hechos y datos desarticulados.	El mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas clave que abarcan la mayoría de los estándares.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
IMPLEMENTACIÓN: Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplica y a los clientes o usuarios internos o externos.					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN: Grado en que se ha implementado el enfoque y se consolida en los distintos servicios o procesos de la organización.	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas, actividades o sistemas brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas clave o con brechas no grandes respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir brechas y responde al enfoque definido en todas las áreas clave.
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO: Grado en que el enfoque se despliega (dentro o fuera de la organización) y se aplica al enfoque, según la naturaleza y propósito del estándar.	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implementación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es médicamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

República de Colombia		FORMATO PARA PRIORIZACIÓN DE PROCESOS DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.	CÓDIGO	M-GS-RG-483
Gobernación de Santander			VERSIÓN	2
		FECHA DE APROBACIÓN	17/02/2021	
		PÁGINA	3 DE 3	
MUNICIPIO:	BETULIA			
NIT DEL MUNICIPIO:	890 382 3211			
NOMBRE DE ENTIDAD:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			
NIT DE LA ENTIDAD:	860 212 870-8			
REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD:	MIGUEL RENE TUTA FREDA			
				Regresar
ESTÁNDAR / COMPETENCIA	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZACIÓN		
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN TOTAL
Estándar 1: La institución es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atención.	Estándar 1: La institución es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atención.	5	4	4 60
Estándar 2: En la institución para todos sus servicios habilitados en las diferentes modalidades se realizan análisis e investigan los riesgos globales e individuales y se definen e implementan las acciones oportunas, eficientes y efectivas para prevenirlos.	Institucionalizar la estrategia de detección, diagnóstico, atención y manejo de problemas de hipertensión.	5	3	5 75
Estándar 3: La institución realiza un seguimiento de la demanda atencional en todas las fases de atención desde de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo y muerte digna, con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta.	Evaluar las estrategias implementadas para medir el impacto en la demanda atencional en el servicio de valoración que permita aumentar la captación.	3	3	5 45
Estándar 4: La institución informa a la comunidad sobre sus servicios, naturaleza de atención y cómo obtener atención integral y evalúa a los pacientes para identificar su necesidad de atención en salud, acorde con la misión y los recursos de la organización.	Institucionalizar las estrategias de comunicación de la institución "creciendo juntos" que contribuya al logro del plan institucional y al fortalecimiento de la accesibilidad de los usuarios a los canales de atención.	4	4	5 60
Estándar 5: La institución define criterios, medidas específicas, estrategias de seguimiento permanente y acciones de mejora.	Establecer un modelo de evaluación de la oportunidad de citas de los servicios de odontología y asegurar que le permita a la institución generar estrategias de atención oportuna a los usuarios que lo requieren.	3	3	5 45
Estándar 6: La institución facilita el acceso y recordo del usuario, familia, acompañante o cuidador por sus intervenciones.	Establecer y publicar rutas internas de atención en salud que le permitan al usuario el acceso dentro de la institución y organizando el acceso (estrategia, señalización y distribución).	2	4	5 40
Estándar 7: La institución tiene definido un proceso estandarizado de evaluación inicial multidimensional para identificar las necesidades de atención de todos los pacientes desde de un enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria.	Estandarizar un programa para la atención de las principales necesidades de la comunidad identificadas, vinculando a todos los niveles y de esta manera poder generar un mayor impacto a nivel social y comunitario.	3	3	5 45
Estándar 8: La institución garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica, así como la emisión de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública.	Institucionalizar la estrategia y metodología para el diagnóstico, tratamiento oportuno y adecuado de los casos de anemia por deficiencia de hierro, y la aplicación de medidas preventivas en las personas expuestas a plaguicidas que genere autoconciencia en los habitantes del municipio de Betulia.	4	4	5 60
Estándar 9: Cuando la institución brinda servicios de apoyo diagnóstico cuenta con un proceso e planeación de la atención que incluye la realización del procedimiento, procesamiento, análisis y reporte de resultados según los servicios.	Vincular al cronograma la evaluación de la correlación entre los resultados de exámenes, procedimientos y los diagnósticos de carácter clínico por medio de las unidades primarias y GPC.	2	4	5 40



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

4.3. Hallazgos

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al área del PAMEC, correspondiente al trimestre II de 2024, no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

4.4. Conclusión de la auditoria

En conclusión, la auditoría realizada al área de PAMEC de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

5. URGENCIAS

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de urgencias el día 24 de mayo del 2024.

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE		
Cuenta con los respectivos cuadros de turnos. De registrar y firmar los cambios de personal en los turnos.	X			
El personal asistencial porta correctamente tanto el uniforme como el carnet.	X			
El personal aplica las normas de seguridad necesarias durante la atención a los pacientes.	X			
El personal asistencial utiliza las medidas de protección personal.	X			
El/a auxiliar cumple con mantener sus uñas cortas y sin esmalte.	X			
El parto de parto de encuentro salido.	X			
La muestra de verificación de una del parto de parto cordón. Lista de chequeo, caso de parto, Acta de parto de parto de parto y Acta de apertura de parto de parto.	X			
Se cuenta con el listado de verificación de medicamentos del parto de parto de parto.	X			
Los medicamentos cuentan con fecha de vencimiento vigente.	X			
Las respaldas para cortapuntas guardados en el Gable y los ritos debidamente diligenciados.	X			
El agua potable cuenta con fecha de apertura y de cambio.	X			
El alcohol gelificado de los habitaciones cuenta con fecha de apertura y de cambio.	X			
Los dispositivos y paquetes de esterilización cuentan con fechas de vencimiento vigentes.	X			
Existen los protocolos de atención normal con historia clínica actualizada.	X			
Los ordenes medicas para la realización de procedimientos de administración de medicamentos están debidamente diligenciados.	X			
Los procedimientos realizados en emergencias registradas en las prestaciones de enfermería.	X			
Los procedimientos pendientes por realizar quedan registrados en los libros de enfermería.	X			
El personal utiliza y aplica las leyes de atención dirigidas por la institución después la entrega de turnos.	X			
Cuenta con la respectiva verificación.	X			
Atendido estado de los equipos biomédicos.		X		MONITOR DE TRABAJO ESTA FALLANDO, LAS CASCAS DE LA BALANA NO FUNCIONANDO LOS PEDALES.

Cuenta con respaldas necesarias para la gestión de los residuos y cumplir con las características correspondientes.

X

Hallazgos: Se hace la observación sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos especialmente el Monitor de trabajo y los casacas de la balanza no funcionan los pedales.

Fallecimiento que recibe asistencia

5.1. Observaciones

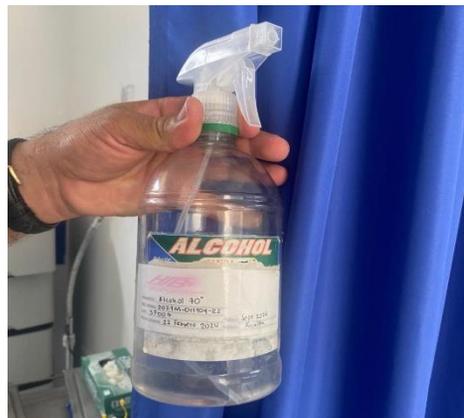
A la fecha del 24 de mayo de 2024, momento de realización de la auditoría, se observa que se cumplen casi todas las actividades propuestas para el desarrollo de esta; sólo 1 de ellas no se cumple y da lugar a hallazgo y por consiguiente a plan de mejoramiento.

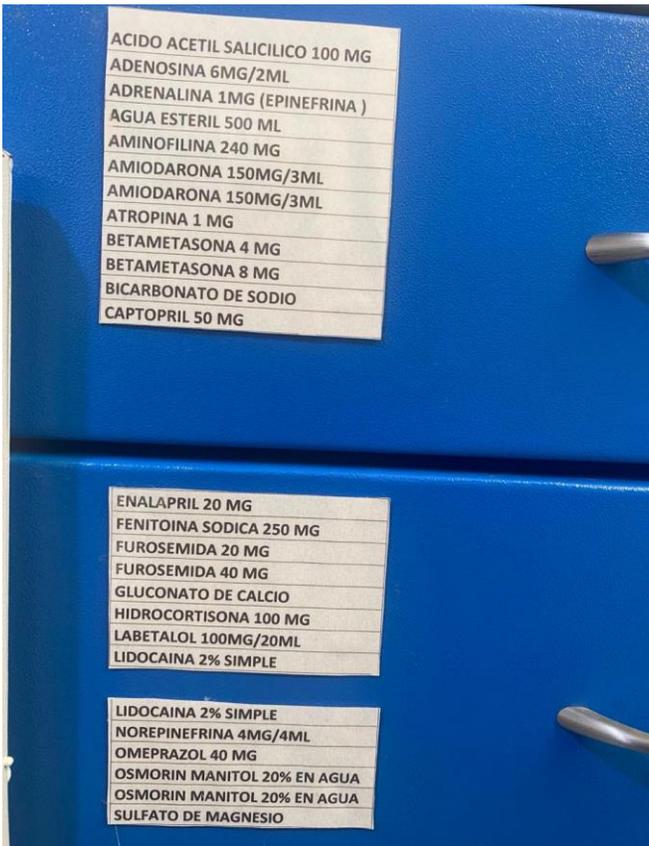
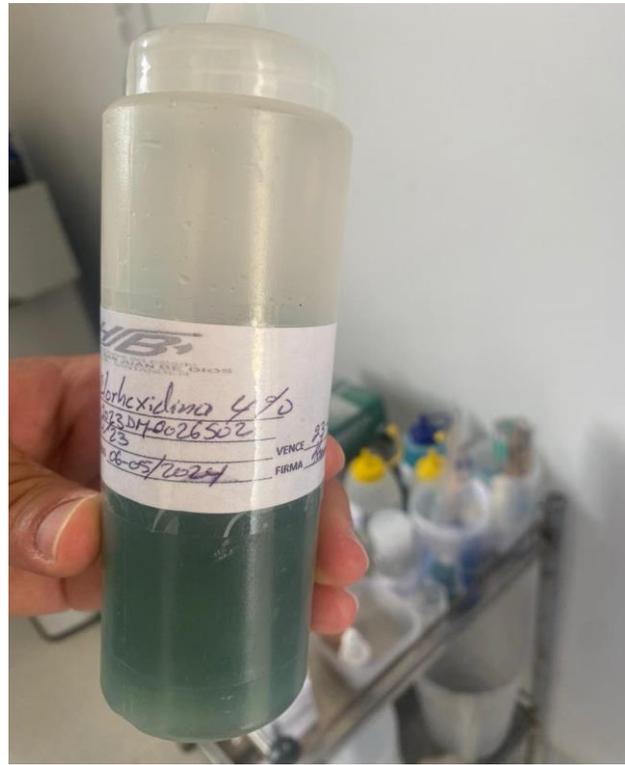
5.2. Evidencias

Las siguientes imágenes permiten observar las evidencias fotográficas de las actividades propuestas a evaluar en el desarrollo de la auditoría. De igual manera, permite observar la actividad que no se cumplía al momento del desarrollo de la auditoría y que dio lugar al plan de mejoramiento.



Fecha	24/05/2024	Hora	07:10:52	Profesional	CARRILLO BRICEÑO ROSALBA	Unidad	HOSPITALIZACION
Nota	07:00 RECIBO PACIENTE EN LA UNIDAD DORMIDA SE DESPIERTA CON FACILIDAD, CON LE.V PERMEABLES PASANDO A 70 C.C. POR HORA LA CUAL ESTÁN PENDIENTES LABORATORIOS DE CONTROL PARA DARLE SU SALIDA						
Firma Electronica				Firma			
CARRILLO BRICEÑO ROSALBA				GOMEZ VELANDIA MERCEDES			
ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR				Identificación CC 28400554			
Nota: Este documento es estrictamente confidencial, cumpliendo con los parámetros legales de la Resol. 1995 de 1999 y ley 23 de 1981							
NOTA DE ENFERMERIA							
Fecha	24/05/2024	Hora	06:57:35	Profesional	JAIMES GUERRERO ESTEBAN	Unidad	HOSPITALIZACION
Nota	06:54 QUEDA PACIENTE EN UNIDAD DESPIERTA ALERTA CONSCIENTE EN COMPAÑIA DE CUIDADOR, PENDIENTE TOMA DE LABORATORIO HEMOGRAMA IV Y VALORACION MEDICA LIQUIDOS ENDOVENOSOS MSI A 70 CC HORA						
Firma Electronica				Firma			
JAIMES GUERRERO ESTEBAN				GOMEZ VELANDIA MERCEDES			
ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR				Identificación CC 28400554			
Nota: Este documento es estrictamente confidencial, cumpliendo con los parámetros legales de la Resol. 1995 de 1999 y ley 23 de 1981							
NOTA DE ENFERMERIA							
Fecha	24/05/2024	Hora	06:54:09	Profesional	JAIMES GUERRERO ESTEBAN	Unidad	HOSPITALIZACION





5.2 Hallazgos

En la realización de la auditoría al área de urgencias se observó un hallazgo importante y es que el monitor de triaje esta fallando. Dicho hallazgo, por la relevancia, da lugar a plan de mejoramiento.

5.3 Plan de Mejoramiento

	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA	GESTIÓN ESTRATÉGICA	
	PLAN DE MEJORAMIENTO	GAF-FO-02 Versión 1	Página 1 de 1 Abril de 2020

Área : Urgencias

Meta a lograr : Cumplir con el 100% de las acciones

Responsable : Auxiliar de enfermería

¿Qué? (Actividades a Realizar)	¿Quién? (Responsable de ejecutarla)	¿Cuándo?		¿Dónde? (Lugar donde se realiza la acción)	¿Por qué? (Propósito de la actividad)	¿Cómo? (Pautas para realizar la actividad)	Seguimiento Plan de mejoramiento
		Fecha Inicio	Fecha Finalización				
Monitor de triaje esta fallando	Auxiliar de enfermería	24/5/2024	20/7/2024	Área de Urgencias.	Este enfoque busca reducir la variabilidad a través de la reducción de fallos en la entrega de productos o el servicio al cliente, así como asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a urgencias.	Mantener informado al equipo reduce las posibilidades de resistencia al nuevo proceso y fomenta la colaboración en la implementación de las mejoras.	Realización de una nueva auditoría para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento


Auxiliar de enfermería

6. CONTRATACIÓN

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de contratación el día 23 de mayo de 2024.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

H.S.E. Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos		COD: PL-GA-01	
PLAN ANUAL DE AUDITORIAS		VERSION: 01	FECHA: 27 MAYO 2021
LISTA DE VERIFICACIÓN CONTRATACION			
RESPONSABLE DEL PROCESO César Jesús Melo Sambrino		FECHA 23/05/2024	
AUDITOR Sandra Milena Plata Diaz			
ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
ETAPA PRECONTRACTUAL			
Los procedimientos contractuales adoptados por la entidad están de acuerdo a los lineamientos establecidos por las disposiciones legales y al manual de contratación.	X		
Verificar que los clientes tengan los requisitos habilitantes para contratar	X		
Verificar que los Certificados de Disponibilidad Presupuestal, Certificados de Registro Presupuestal, estén acorde con el Estatuto Orgánico del Presupuesto.	X		
Ejecutar revisión de Los Estudios Previos que encuentren debidamente estructurados y fundamentados.	X		
Verificar que los proponentes que participaron en los procesos no hayan incurrido en las causas de inhabilidad y/o incompatibilidad previstas en la Ley.	X		
ETAPA CONTRACTUAL			
Verificar que los pagos efectuados concuerden a lo pactado y aseguren que el objeto contractual y el plazo cumplan los fines o propósitos que dieron origen a su contratación.	X		
Verificar que los números de los contratos, objeto, fecha de iniciación y terminación, constitución y aprobación de la garantía única contractual, la existencia del registro presupuestal, sean requisitos necesarios para iniciar su ejecución.	X		
Comprobar que los informes de ejecución, informes de supervisión y demás documentos comprueban el cumplimiento del objeto contractual.	X		

Verificar si se han presentado modificaciones, adiciones o prórrogas en el desarrollo del proceso contractual, si se han realizado adiciones y están soportadas por la disponibilidad presupuestal respectiva, y se ha dado amplexo a la cobertura de la garantía única de cumplimiento. (Ampliación de Póliza).	X		
Evidenciar si se dio cumplimiento al contrato, o por el contrario, hubo alguna circunstancia que afectara su ejecución.	X		
Evidenciar que los valores de los comprobantes de pago obedecen a los valores estipulados en el contrato.	X		
ETAPA POSTCONTRACTUAL			
Evidenciar si los contratistas ejecutaron el objeto del contrato conforme a los términos pactados cumpliendo con las obligaciones derivadas del mismo.	X		
Verificar si la liquidación de los contratos se realizaron dentro de los términos establecidos por la Ley.	X		
Para todas las etapas de los contratos, verificar si se revisó la oportunidad en la publicación en SECOP II de los documentos contractuales de acuerdo a la modalidad de contratación.	X		
Evidenciar si los comprobantes de los pagos parciales de los contratos se registran los correspondientes documentos por concepto de impuesto y estampillas, verificando el pago de estos y de los.	X		
Verificar mediante el análisis de actas de intervenciones o supervisiones, informes y certificaciones, se constata la oportunidad en la ejecución y terminación del contrato.	X		

Observaciones


Sandra Milena Plata D.
 Funcionario que recibe auditoría

6.1 Observaciones

A la fecha del 23 de mayo de 2024, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

6.2 Evidencias

A continuación, se presentan las evidencias fotográficas del cumplimiento de las actividades propuestas a evaluar:

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

Pág. 1 de 1



REPUBLICA DE COLOMBIA
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA
NIT 800.212.070-6

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Nro:24-00018

EL SUBDIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E.
CERTIFICA

Que en el presupuesto de gastos de la vigencia fiscal, existe disponibilidad en los siguientes rubros:

Sección o Unidad Ejecutora	ESE ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA	Código rápido: 240229
Código de presupuesto	: 2.1.2.02.02.008.03.04	
Fondo / Fte de Financiación	: R002 VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	
2	: GASTOS	
2.1	: FUNCIONAMIENTO	
2.1.2	: ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	
2.1.2.02	: Adquisiciones diferentes de activos	
2.1.2.02.02	: Adquisición de Servicios	
2.1.2.02.02.008	: SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	
2.1.2.02.02.008.03	: Remuneración servicios Técnicos - Admon	
2.1.2.02.02.008.03.04	: Otros servicios administrativos	

Valor CDP \$ 18,801,120.00
Saldo antes del CDP \$ 63,665,880.00 Nuevo saldo \$ 44,864,760.00

Para PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO PARA EL PROCESO DE AGENDAMIENTO DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN EN SUS DIFERENTES MODALIDADES EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA Y EL MANEJO DE LAS BASES DE DATOS PARA LOS DIFERENTES REPORTES DE INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA 2024

Por la suma de DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL CIENTO VEINTE PESOS m/cte. (\$18,801,120)*****

Dado en el día Enero 02 de 2024

Elaboró: ANGELO



REPUBLICA DE COLOMBIA
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA
NIT 800.212.070-6

REGISTRO PRESUPUESTAL No: 24-00034

CRUCE CON EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD No: CD : 24-00018

Sección o Unidad Ejecutora	ESE ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA	Código rápido: 240229
Código de presupuesto	: 2.1.2.02.02.008.03.04	
Fondo / Fte de Financiación	: R002 VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	
2	: GASTOS	
2.1	: FUNCIONAMIENTO	
2.1.2	: ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	
2.1.2.02	: Adquisiciones diferentes de activos	
2.1.2.02.02	: Adquisición de Servicios	
2.1.2.02.02.008	: SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	
2.1.2.02.02.008.03	: Remuneración servicios Técnicos - Admon	
2.1.2.02.02.008.03.04	: Otros servicios administrativos	

Valor Registro \$ 18,801,120.00

Para CD 24-00018. PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO PARA EL PROCESO DE AGENDAMIENTO DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN EN SUS DIFERENTES MODALIDADES EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA Y EL MANEJO DE LAS BASES DE DATOS PARA LOS DIFERENTES REPORTES DE INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA 2024

NIT: 01099674770 - 4 GOMEZ RODRIGUEZ ANDREA CAROLINA

Por la suma de DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL CIENTO VEINTE PESOS m/cte. ***** (\$18,801,120.00)*****

Dado en el día Enero 05 de 2024

Elaboró: ANGELO

ETAPA CONTRACTUAL

<p>Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER</p>	<p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA-SANTANDER</p>
	<p>ADMINISTRATIVA</p>

CONTRATO N° 2024-049 CELEBRADO ENTRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE BETULIA (SANTANDER) Y MARIA CAMILA ORTIZ CARRILLO C.C. 1.1930124.365

Contrato No.:	2024-049
Nombre del contratante:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE BETULIA (SANTANDER)
NIT:	800.212.070-8
Nombre del Representante Legal:	MIGUEL RENE TUTA RUEDA
Identificación:	C.C. N° 1.095.938.833 DE GIRÓN
Contratista:	MARIA CAMILA ORTIZ CARRILLO
Nit o C.C.	1.193.124.365
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA COORDINACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC - SEGÚN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 091 DE 2024 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE BETULIA Y LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA
Valor del contrato:	\$ 3.800.000,00
Plazo de ejecución	CINCUENTA Y CUATRO (54) DÍAS
Fecha de iniciación:	08 DE MAYO DE 2024
Fecha de terminación	30 DE JUNIO DE 2024
Lugar y ejecución del contrato:	BETULIA (SANTANDER)

<p>Creando juntos</p>	<p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA-SANTANDER</p>
	<p>ADMINISTRATIVA</p>

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 005

INFORME N°	005
FECHA DEL INFORME	MAYO 31 DE 2024
CONTRATO N°	2024-006
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA
CONTRATISTA	ADRIANA ARGÜELLO DÍAZ C.C. 1.999.874.455 DE BETULIA
VALOR TOTAL INICIAL	DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL CIENTO VEINTE PESOS (\$ 18.801.120.00) M.CTE
SUPERVISOR	OSCAR JOSUE MELO SAABARIA Subdirector Administrativo
DURACIÓN	TRESCIENTOS SESENTA Y DOS (362) DÍAS
FECHA DE INICIO	05 DE ENERO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024
PERIODICIDAD DEL PAGO	MESES
PERIODO DE PAGO	MAYO 01 A MAYO 31 DE 2024
	MES VALOR
	5 \$ 1.566.760,00

Con base en el Informe de actividades N°05, presentado por ADRIANA ARGÜELLO DÍAZ identificada con la cédula de ciudadanía N°1.999.874.455 DE BETULIA respecto a las actividades ejecutadas y correspondientes al contrato de prestación de servicios de apoyo los procesos administrativos que demandan los usuarios N° 2024-006 y como requisito para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Betulia Santander, para la financiación del contrato y teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Que la ESE Hospital San Juan de Dios de Betulia, celebró con la señora ADRIANA ARGÜELLO DÍAZ, identificada con la cédula de ciudadanía N°1.999.874.455 DE BETULIA el Contrato de Prestación de Servicios N° 2024-006, cuyo objeto es: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA.

1. Que el contratista dio inicio a la prestación de servicio, de la ESE y se han venido ejecutando sus labores de apoyo, de acuerdo a los requerimientos hechos por la gerencia de la entidad contratante.
2. Que se realizó la presentación de los documentos requeridos para la contratación, se observó el avance en la ejecución del contrato y se autoriza el desembolso correspondiente.
3. Que de acuerdo a lo anteriormente expuesto y una vez realizado el giro autorizado en el Acta Parcial de Pago 05 de 2024, observamos el siguiente balance financiero del contrato 2024-006.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021



Certificación de Pago

Se certifica que la empresa, identificada con CC-1099674808 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CODIGO ENTIDAD	NET	NOMBRE ADMINISTRADORA	POR. AFILIADOS	DIAS MORA	COTERCIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo generación: 2024-01	236201	805220739	PROTECCION	1	0	243,200	0	243,200
Periodo actual: 2024-01	EP9002	80110094	NUOVA E.P.S. S.A.	1	0	190,000	0	190,000
Planilla No.: 2004-017-0001	14-05	805220126	COLMBIA	1	0	37,100	0	37,100
Código de sustento: 1	SINCCP	0	SIN CCP	1	0	0	0	0
Fecha cancelación: 2024-01-29	PAUSAA	80800004	SENA	0	0	0	0	0
Banco: BANCO ALBANY	PACCBP	80800006	CBP	0	0	0	0	0
Transacción: 80000000	PACCLAP	80800004	ESAP	0	0	0	0	0
	PAMED	80800001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 470.300

Mis procesos

Últimos modificados

2024-052 MARIA MONICA DE LO...

DOCS PROCESO PUBLICADOS

Contratación régimen especial
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORIA EN SA...

UC: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

Fecha límite: ,Publicado:13/06/2024 10:14 AM

0

2024-051 FÉLIX EDUARDO PLAT...

DOCS PROCESO PUBLICADOS

Contratación régimen especial
SUMINISTRO DE MATERIALES, ELEMENTOS E INSUMOS DE FERRET...

UC: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

Fecha límite: ,Publicado:13/06/2024 9:29 AM

0

2024-050 LEIDY YASMÍN MUÑOZ...

DOCS PROCESO PUBLICADOS

Contratación régimen especial
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA J...

UC: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

Fecha límite: ,Publicado:15/05/2024 4:09 PM

0

2024-049 MARIA CAMILA ORTIZ ...

DOCS PROCESO PUBLICADOS

Contratación régimen especial
PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA COORDI...

UC: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

Fecha límite: ,Publicado:15/05/2024 9:13 AM

0

2024-048 LUIS GONZALO SERR...

DOCS PROCESO PUBLICADOS

Contratación régimen especial
PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO COND...

UC: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

Fecha límite: ,Publicado:15/05/2024 8:46 AM

0

2024-047 ANA MILENA ARDILA R...

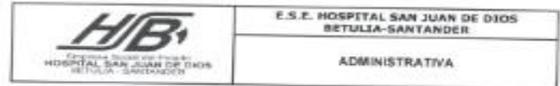
DOCS PROCESO PUBLICADOS

Contratación régimen especial
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA J...

UC: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

Fecha límite: ,Publicado:9/05/2024 8:59 AM

0



ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN

Contrato No.:	2024-034
Nombre del contratante:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE BETULIA (SANTANDER)
NT:	806.212.059-8
Nombre del Representante Legal:	MIQUEL RENE TUTA RUEDA
Identificación:	C.C. N° 1.095.938.833 DE GIRÓN
Contratista:	LUIS GONZALO SERRANO DIAZ
NI e C.C.:	1.095.210.936 DE BETULIA
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO CONDUCTOR DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA
Valor del contrato:	\$ 1.890.000,00
Plazo de ejecución:	VEINTINUEVE (29) DIAS
Fecha de iniciación:	01 DE FEBRERO DE 2024
Fecha de terminación:	29 DE FEBRERO DE 2024
Lugar y especie del contrato:	BETULIA (SANTANDER)

A los veintinueve (29) días del mes de febrero de 2024, se reunieron en la oficina de administración de la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA, los señores: Por el HOSPITAL: el Dr. MIGUEL RENE TUTA RUEDA, identificado con la cédula de ciudadanía No.1.095.938.833 del Girón, quien actúa en su condición de Gerente de la ESE; El Subcontratista Administrativo OSCAR JOSUE MELO SANABRIA C.C. 5.7956.554, como Supervisor del Contrato; y por otra parte LUIS GONZALO SERRANO DIAZ, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.095.210.936 DE BETULIA, en su condición de contratista con el fin de elaborar la presente acta de TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN de común acuerdo en mérito, previa las siguientes:

CONSIDERACIONES

Que el pasado 01 de Febrero de 2024 se suscribió el contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión No. 2024-034 cuyo objeto es PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO CONDUCTOR DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA, entre LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA, representado por el Dr. MIGUEL RENE TUTA RUEDA y el señor LUIS GONZALO SERRANO DIAZ.

Que se ha venido verificando por parte del supervisor del contrato, el cumplimiento de las responsabilidades del CONTRATISTA, mediante la revisión de informes de actividades y el levantamiento de los correspondientes informes, adjuntos al contrato.

Que se controló el porcentaje de ejecución del mismo, verificando el 100% de ejecución de las actividades acordadas, igualmente se cumplieron los términos de tiempo VEINTINUEVE (29) DIAS y presupuesto ejecutado.

Que mediante informe de Supervisión con fecha 29 de febrero de 2024, emitido por la supervisión del contrato se evidencia el cumplimiento de las actividades a la fecha.

Calle 11 Carrera 6 Esquina Tel: 0259377 HospitalBetulia@gsnet.com Betulia - Santander

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS

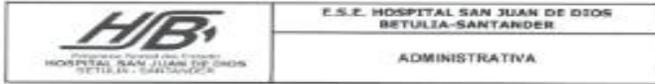


INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021



TERCERO: Las partes se declaran mutuamente a PAZ Y SALVO de las obligaciones contractuales, en virtud de lo establecido en el contrato 2024-034, celebrado entre las partes.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

A los veintinueve (29) días del mes de febrero de 2024, los suscritos el Dr. MIGUEL RENE TUTA RUEDA, representante legal y OSCAR JOSUE MELO SANABRIA (supervisor del contrato) por parte de la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA, y LUIS GONZALO SERRANO DIAZ, identificado con la cédula de ciudadanía N° 11.905.210.936 DE BETULIA, en su condición de contratista del citado contrato; hacen constar, que se encuentran de común acuerdo para suscribir la presente acta de terminación y liquidación, verificando que a la fecha se ha recibido y ejecutado el objeto contractual de conformidad con lo establecido en el contrato 2024-034.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que intervinieron, en el municipio de Betulia, a los veintinueve (29) días del mes de febrero de 2024.

Miguel Rene Tuta Rueda
MIGUEL RENE TUTA RUEDA
Gerente - ESE Hospital San Juan de Betulia

Oscar Josue Melo Sanabria
OSCAR JOSUE MELO SANABRIA
Subdirector Administrativo

Luis Gonzalo Serrano Diaz
LUIS GONZALO SERRANO DIAZ
Contratista

COMPROBANTE DE EGRESO		No
DINERIA		
A:		
Señor (es)		
NANCY RODRIGUEZ MARQUEZ		
C.C. No NR		28.024.131
DEBE LA SUMA DE:		1.800.000,00
POR CONCEPTO DE:		
EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NUMERO 2024-040 CUYO OBJETO ES "PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO EN LOGISTICA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE BRIGADAS DE SALUD A REALIZADA EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 20-2001 CELEBRADO ENTRE ICAZEN S.A Y LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA, PARA LA VIGENCIA 2024 Y TRASLADO DE BIOLÓGICOS DEL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES -PAI-"		1.800.000,00
VR. FACTURA NUMERO 12 ABRIL 30 DE 2024		
DESCUENTO RETENCION EN LA FUENTE 4%		72.000,00
DESCUENTO RETENCION DE IND. Y COMERCIO 8 X 1000		14.400,00
SON		1.713.600,00
UN MILLON SETECIENTOS TRECE MIL SEISCIENTOS PESOS		
E.S.E.		
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		

6.3 Hallazgos

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al servicio de contratación, correspondiente al trimestre II de 2024, no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

6.4 Conclusión de la Auditoria

En conclusión, la auditoría realizada al área de contratación de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

7. SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA DEPARTAMENTAL

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada en el área de Plan De Mejoramiento Contraloría Departamental el día 21 de mayo del 2024.

E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos			
PLAN ANUAL DE AUDITORIAS		COD: PL-04-01	FECHA: 21 MAYO 2024
LISTA DE VERIFICACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA			
RESPONSABLE DEL PROCESO		FECHA	
General Contraloría Subdirección Administrativa		21/05/2024	
AUDITOR		Sandra Milena Alzate	
ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Se evidencian cargas de documentación trimestral a la plataforma de la SIC Departamental.	X		
Existen evidencias del cumplimiento en las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.	X		
Se evidencian acciones de seguimiento y acciones de mejora contempladas en el Plan de Mejoramiento.	X		
Existen evidencias de la corrección de los hallazgos encontrados.	X		
Revisar el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Mejoramiento.	X		
Evaluar el avance en la implementación de las acciones correctivas propuestas.	X		
Establecer reuniones periódicas con el equipo responsable del plan para el seguimiento.	X		
¿Se evidencia el cumplimiento del 100% de las actividades propuestas en el Plan de Mejoramiento?		X	NO SE EVIDENCIA LA IMPLEMENTACION DE LA TOMA DE INVENTARIOS DE LOS ACTIVOS FISICOS Y SEGUIMIENTO A LOS MISMOS.
Observaciones:			

Funcionario que recibe la auditoría

Diana J. Melo S.
Funcionario que recibe la auditoría

Funcionario que recibe la auditoría

Sandra Milena Alzate
Auditor

7.1. Observaciones

A la fecha del 23 de mayo de 2024, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de esta.



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

7.2. Hallazgos

En el marco de la realización de la auditoría efectuada al servicio de Plan de Mejoramiento De la Contraloría Departamental, correspondiente al trimestre II de 2024, no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

7.3. Conclusión de la auditoría

En conclusión, la auditoría realizada al área de Plan de Mejoramiento De la Contraloría Departamental de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

8. FARMACIA

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de farmacia el día 26 de junio de 2024.

		E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos		
Creado: 2020		AUDITORIA INTERNA	CCD: PL-SIAU-01	
		VERSION: 01	FECHA: 27 JUNIO 2021	
LISTA DE VERIFICACIÓN FARMACIA				
RESPONSABLE DEL PROCESO		FECHA		
Diana Elisavinda Rodríguez		26/06/2024		
AUDITOR		OSCAR JOSUE MELO SANABRIA		
ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE		
Revisar y verificar los procedimientos de dispensación de medicamentos para asegurar que se están siguiendo correctamente.	X			
Verificar que los medicamentos se estén almacenando adecuadamente de acuerdo con las normas de seguridad y calidad.	X			
Revisar los registros de control de inventario para asegurar que se esté llevando un inventario preciso y actualizado.	X			
Verificar que el personal de la farmacia esté correctamente capacitado y certificado para realizar sus funciones.	X			
Revisar los procedimientos de atención al cliente para asegurar que se esté brindando un servicio de calidad y que se esté cumpliendo con todas las normativas.	X			
Revisar las políticas y procedimientos de seguridad en la farmacia para garantizar la protección de los datos del paciente y la seguridad de los medicamentos.	X			
Verificar que se estén siguiendo los procedimientos de limpieza y desinfección en todas las áreas de la farmacia.	X			
Revisar los registros de incidentes y quejas para identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas.	X			
Verificar que se estén cumpliendo con todas las regulaciones y normativas vigentes en materia de farmacia.	X			
Revisar la documentación y registros necesarios para asegurar la trazabilidad de los medicamentos desde su recepción hasta su dispensación.	X			
Observaciones:				

Funcionario que recibe auditoría

Auditor



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

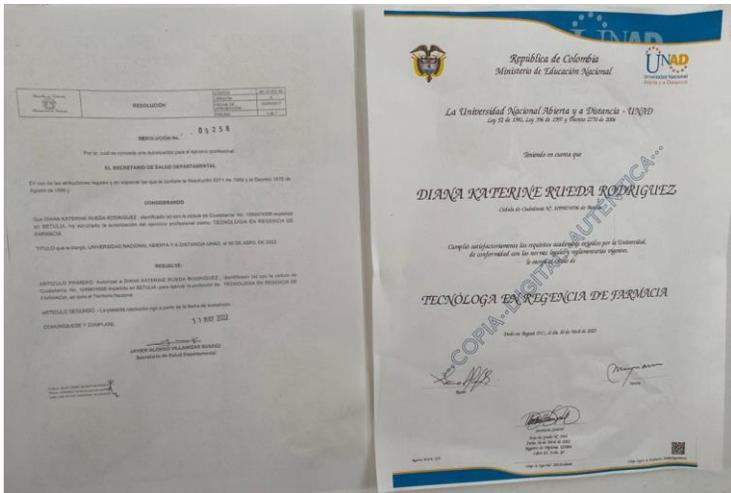
FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

8.1. Observaciones

A la fecha del 26 de junio de 2024, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

8.2. Evidencias

A continuación, se presentan las evidencias fotográficas del cumplimiento de las actividades propuestas a evaluar:



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA CRECIENDO JUNTOS										
REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION								COMIENZO DE LA FECHA	FIN DE LA FECHA	
FECHA	INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	
04 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
05 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
06 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
07 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
08 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
09 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
10 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
11 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
12 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
13 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
14 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
15 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
16 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
17 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
18 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
19 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
20 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
21 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
22 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
23 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
24 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
25 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
26 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
27 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
28 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
29 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana
30 JUN 20	Fanny A	Farmacia	Farmacia	X	X	Hipoclorito	11	11	Diana	Diana





INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

8.3. Hallazgos

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al servicio de farmacia, correspondiente al trimestre II de 2024, no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

8.4. Conclusión de la Auditoria

En conclusión, la auditoría realizada al área de farmacia de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar. Se espera que este servicio se siga prestando de la mejor manera, manteniendo la satisfacción del usuario y cumpliendo los requisitos del cargo.

9. SIAU

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de SIAU el día 25 de junio de 2024.

	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo juntos	
	AUDITORIA INTERNA	COD: FR-SIAU-04 VERSION: 01 FECHA: 27-MAYO-2021

LISTA DE VERIFICACIÓN SIAU		
RESPONSABLE DEL PROCESO	FECHA	
Niñema Rueda Marquez AUDITOR	25/06/2024 OSCAR JOSUE MELO SANABRIA	

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Se cuenta con resolución interna y dentro de las funciones está: la promoción, divulgación y apropiación de los derechos y deberes.	X		
Realización de encuestas de satisfacción por lo menos al 10% de los usuarios que asisten a la E.S.E en los diferentes servicios.	X		
Realización del análisis de los resultados de las encuestas realizadas.	X		
Formulación de acciones de mejora basadas en las quejas y reclamos.	X		
Buen estado del buzón de PQRIS.	X		
Realización del análisis de los consolidados de PQRIS mensuales.	X		
Realización del debido proceso de investigación y solución de la queja en los tiempos permitidos por ley.	X		
Se cuenta con soporte de actas de apertura de los buzones de sugerencias.	X		
Se cuenta con soporte de actas de comité SIAU.	X		
Realización de la apertura semanal del buzón de sugerencias.	X		
Existencia de una política de trato digno y atención al ciudadano.	X		Si se cuenta con la política y tiene por nombre "Política de Trato Humanizado".
Existencia de un manual o documento donde se indican las estrategias para promover el trato digno y sin discriminación a los pacientes de la institución.	X		
Existencia de un manual o documento donde se encuentran definidos los derechos y deberes de los usuarios.		X	No se encontraron publicados los Deberes y Derechos de los usuarios ya que no se encuentra la cartelería.

Observaciones: Se encuentran en remodelación las instalaciones de atención al usuario, es crucial que todo quede reflejado dicha información para garantizar la transparencia y la trazabilidad de los Derechos y Deberes.

Funcionario que recibe auditoria

Auditor

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

ACTA DE REUNION

COD: AC-ODE-01
VERSION: 01
FECHA: 16-FEBRERO-2021

Observaciones que afectan el trato digno y humanizado en la atención en salud: No se realizaron observaciones.

Estrategias para la promoción de derechos y deberes: Como estrategia para la promoción de derechos y deberes se reparten folletos educativos y se le brinda educación mensual y constante en derechos y deberes, además de que en los computadores y televisores se comparten información mensual en derechos y deberes. Los funcionarios anexan un folleto de derechos y deberes en los resultados de laboratorio, citas y ordenes de medicamentos. Se realiza encuesta al comité de ética sobre los derechos y deberes en salud.

Seguimiento a planes de mejoramiento:

CIERRE

Los 4:00 de la tarde del día 30 de ABRIL de 2024 se da por cerrado el comité de ética hospitalaria.

IMÁGENES

TAREAS	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA

REGISTRO DE ASISTENCIA

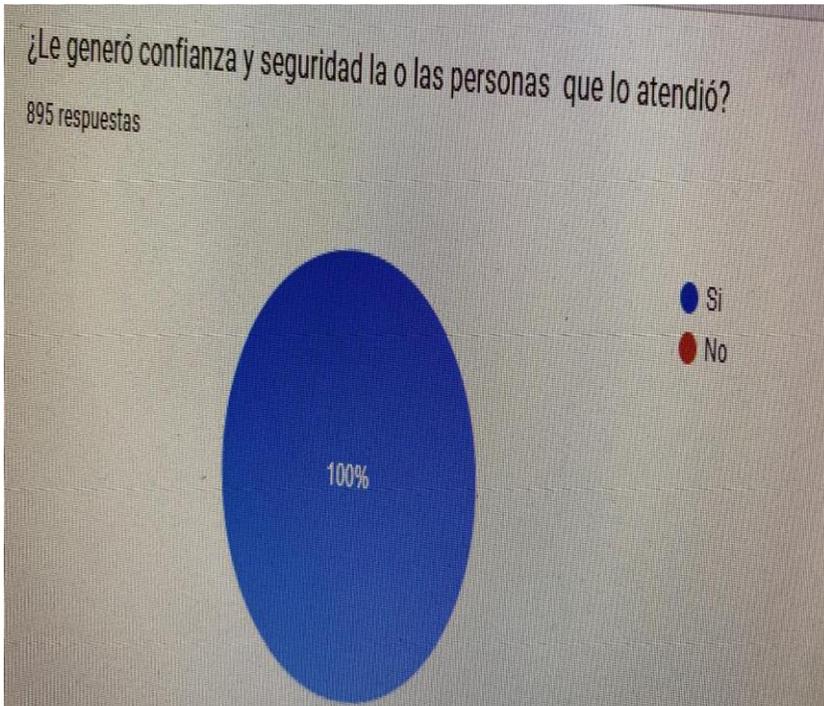
Shelia Gómez	28014770	Secretaria
Carolee Flores de Gomez	28423705	tesorera
Saulo Haris Diaz Gomez	63484378	Presidente

FECHA DE APERTURA	HORA	LIDER DEL SIAU	TESTIGOS POR LOS TRABAJADORES	TESTIGOS POR LOS USUARIOS
01-03-2024	10:00Am	Nohema Rueda	Andrei Gomez 3124051629 3124054606	Luis Sosa 3127338465 31202045123 Roi meque
05-03-2024	10:00Am	Nohema Rueda	Sandra Milena Plata 302229539 Lina A 322216096	3212309247 Carmen Rodriguez 3122258863 Leonor Rueda Plata
06-03-2024	10:Am	Nohema Rueda	Nohema Rueda 315041549 Roi meque 3102550839	31442111 Liberto Rueda 316-509.6991 Angela Sosa de Jairo
				3022098906 Diana Sosa de Jairo

FIRMA DE ASISTENTE DE APERTURA DE REUNION

FECHA DE APERTURA	HORA	LIDER DEL SIAU	TESTIGOS POR LOS TRABAJADORES	TESTIGOS POR LOS USUARIOS
02-04-2024	10:00	Nohema Rueda	Rubela Duarte Serrano 3142379042	3142379042 Rubela Duarte Serrano 3163224524 Angela Sosa de Jairo
03-04-2024	10:00	Nohema Rueda	Maquel Rueda Marquez 3142379042 Rubela Duarte Serrano	3142379042 Marta Calderon Lina Diana Heredia 3092745473
04-04-2024	10:00	Nohema Rueda	3142379042 31330913543	3142379042 Lina Diana Heredia 3142379042 3142379042
09-04-2024	10:00	Nohema Rueda	Diana Rueda 3142379042 Rubela Duarte Serrano	3142379042 Lina Diana Heredia 3142379042 3142379042

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA
NIT: 80202070-8 DIRECCIÓN: Calle El Carrero 5 Espino TELÉFONO: 31238550 CORREO: hospitalbeta@gmail.com



Respuesta a Queja Ese San Juan de Dios de Betulia.

SIAU ESE BETULIA <hospitalbetulia.siau@gmail.com>
para moncapato@hotmail.com, gerencia

Buenas tardes

Cordial saludo

Ajuntó a la presente envío respuesta a su queja presentada en el buzón de sugerencias de la Ese San Juan de Dios de Betulia del día 12 de abril de 2024.

Gracias por su atención

Atentamente,

Nohema Rueda Márquez
LÍDER SIAU
ESE Hospital San Juan de Dios Betulia Santander
Tel: 3124714338

vie, 26 abr, 4:09 p.m.



INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021

9.3. Hallazgos

En el marco de la realización de la auditoría efectuada al servicio de SIAU, correspondiente al trimestre II de 2024, no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

9.4. Conclusión de la Auditoría

En conclusión, la auditoría realizada al área de SIAU de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar. Se espera que este servicio se siga prestando de la mejor manera, manteniendo la satisfacción del usuario y cumpliendo los requisitos del cargo.

OSCAR JOSUE MELO SANABRIA
Jefe de Control Interno
E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Betulia