

Hoja de Tramite Interno - DG N° 001280

Doc. Ingreso: OFICIO 145-2017-OCI-HEP-MINSA Fch. Registro: 03-ago-2017

Doc.Solicitado: Exped. N° :

Procede : Órgano de Control Institucional

Titular : ABOG. YULIANA MAMANI CARDENAS Dirigido: MC. FERNANDO RAMOS NEY

Asunto : REMISION DE ANEXO N° 02 FORMATO PARA LA PUBLICACION DE RECOMENDACIONES DEL INFOR

Solicitado a :

Observaciones

RMPIYSR
RPT
04 AGO 2017

2.6
2.6
04 AGO 2017

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS
M.C. FERNANDO W. RAMOS NEYRA
C.M.P. 18741
DIRECTOR GENERAL

Ult. Fecha Mov. : 03-ago-2017

Ult. Movimiento : Despacho DG

Clave (motivo de Pase)

- | | | |
|-----------------|------------------------|--------------------------|
| 1. Aprobación | 6. Por Corresponder | 11. Acción inmediata |
| 2. Atención | 7. Para Conversar | 12. Preparar respuesta |
| 3. Conocimiento | 8. Segun lo Solicitado | 13. Proyectar resolución |
| 4. Opinión | 9. Segun lo coordinado | 14. Ver Observaciones |
| 5. Informe | 10. Archivar | 15. Escanear |

Registrado: NATALAYA

HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS
RESP. ELAB. y ACT. PORTAL TRANSPARENCIA
RECIBIDO
Fecha: 07/08/17 Hora: 12:44h
Firma: [Signature] Pol: 05

HEP-DG 05



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de
Emergencias Pediátricas

ÓRGANO DE CONTROL
INSTITUCIONAL



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

La Victoria, 3 de Agosto de 2017

OFICIO N° 145- 2017-OCI/HEP-MINSA

Doctor
FERNANDO RAMOS NEYRA
Director General
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
Presente.-



Asunto : Remisión de Anexo n.º 02 : "Formato para la Publicación de Recomendaciones del Informe de Auditoría Orientadas a Mejorar la Gestión de la Entidad", período Enero – Junio 2017.

Referencia: Resolución de Contraloría n.º 120-2016-CG, que aprueba la Directiva n.º 006-2016-CG/GPROD "Implementación y Seguimiento a las recomendaciones de los Informes de Auditoría y su publicación en el portal de transparencia estándar de la entidad"

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a su vez remitirle adjunto al presente el Anexo N.º 02: "Formato para la Publicación de Recomendaciones del Informe de Auditoría Orientadas a Mejorar la Gestión de la Entidad", período Enero – Junio 2017, en tres (3) folios, para que sea publicado en el Portal Institucional de la Entidad, conforme a lo dispuesto en la mencionada Directiva.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

ATOG. YULIANA AREN MAMANI CÁRDENAS
JEFA(E) DEL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL

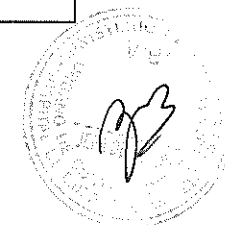
YKMC/lpdm
C.c.: Archivo

Anexo N° 2: FORMATO PARA PUBLICACIÓN DE RECOMENDACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA ORIENTADAS A MEJORAR LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD

ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME DE AUDITORÍA ORIENTADAS A LA MEJORA DE LA GESTIÓN	
Directiva N° 120-2016-CG/GPROD "Implementación y seguimiento a las recomendaciones de los informes de auditoría y publicación de sus estados en el Portal de Transparencia de la entidad", y Decreto Supremo N° 070-2013-PCM que modifica el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 072-2003-PCM	
Entidad:	Hospital de Emergencias Pediátricas
Periodo de seguimiento:	Primer Semestre Enero - Julio 2017

N° DEL INFORME DE AUDITORÍA	TIPO DE INFORME DE AUDITORÍA	N° DE RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN	ESTADO DE LA RECOMENDACIÓN
001-2013-2-3789	Informe Largo Administrativo	ASP 1 - REC 1	<p>Que el Departamento de Ayuda al Diagnóstico en coordinación con los funcionarios responsables de la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Estadística e Informática y el Departamento de Enfermería, formulen e implementen procedimientos formalmente aprobados por la Dirección General, que incluyan mecanismos de supervisión y monitoreo de su cumplimiento, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que todas las solicitudes e informes de los Exámenes concernientes a los Servicios del Departamento de Ayuda al Diagnóstico, se presenten en los formatos establecidos para ello en la "Norma Técnica de Gestión de Historia Clínica", conteniendo como mínimo, la información allí determinada, además de la identificación del hospital y sobre el archivamiento en la historia clínica. • Que, sin excepción, se le elabore un informe del resultado de todo examen auxiliar realizado; y que todas las Solicitudes e Informes de Exámenes Auxiliares, se archiven en la Historia Clínica correspondiente, inmediatamente después de emitidos los resultados. • Que se desarrolle un aplicativo informático para el registro de las Solicitudes e Informes de exámenes auxiliares, consignando la información establecida en la Norma Técnica de la Historia Clínica, incluyendo lo concerniente a su remisión a la Historia Clínica; que permita procesar dicha información y emitir reportes para fines de supervisión y monitoreo, tales como exámenes solicitados por médico tratante y por servicio, exámenes realizados por médico o tecnólogo médico, exámenes no realizados, informes o resultados no entregados o no archivados en la historia clínica, tiempos transcurridos entre la solicitud, realización del examen y entrega del resultado , etc. Estableciendo las medidas de seguridad informática para la conservación e intangibilidad de dicha información. • Que se regule el contenido de los registros manuales de atención de pacientes, que resulten necesarios para el control de la solicitud de exámenes, emisión de informes y entrega de los mismos; debiendo contener la información prevista en la Norma Técnica de la historia clínica y otros datos que se consideren pertinentes, que permitan su revisión, contrastación y control posterior. 	En Proceso

N° DEL INFORME DE AUDITORIA	TIPO DE INFORME DE AUDITORIA	N° DE RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN	ESTADO DE LA RECOMENDACIÓN
		ASP 1 - REC 2	<p>Que el Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnostico, adopte las acciones que resulten necesarios para asegurar que todos los médicos del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, incluyendo el Jefe del mismo, cumplan con su función de informar sin excepción, todo tipo de estudios por imágenes realizados en el Servicio; identificando de ser el caso, necesidades de actualización o entrenamiento adicional el cabal cumplimiento de dicha obligación, adoptando las acciones pertinentes de capacitación para superar tal limitación en un plazo breve y determinado. Igualmente, en coordinación con los Directores de la Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina de Economía, evaluar la situación de las solicitudes de exámenes anatomopatológicos de las piezas quirúrgicas enviadas al Servicio de Anatomía Patológica que no son procesadas por falta de pago; a fin de establecer un mecanismo para superar tal limitación y realizar el examen en tales casos. En tal sentido considerar la viabilidad de incluir su precio en la tarifa de la cirugía o en su facturación; dado que dicho examen es inherente a la cirugía, porque toda pieza operatoria debe ser remitida a dicho Servicio para ser estudiada.</p>	En Proceso
		ASP 2 - REC 3	<p>Que el Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnostico, en coordinación con los Directores de la Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina de Logística adopten las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se identifique y cuantifique los insumos próximos a vencer y los que se encuentran en sobrestock del Servicio de Patología Clínica (incluyendo el depósito sito en los altos de la Av. Grau N° 898 A), que, de acuerdo al consumo proyectado y las fechas de expiración, devendrán en saldos caducos; para que, en el marco de las disposiciones legales aplicables, adopten las acciones necesarias para evitar pérdidas. • Que el Servicio de Patología Clínica conserve las cantidades de insumos necesarios para su operatividad inmediata (considerando como tal un periodo a ser técnicamente determinado), siempre y cuando dicha provisión no esté expuesta a condiciones inadecuadas de conservación; procediendo al retorno del excedente al Almacén. 	En Proceso
		ASP 2 - REC 3	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifiquen y cuantifiquen con el debido sustento técnico, las necesidades mensuales, trimestrales, semestrales y anuales de insumos y demás bienes de consumo para la realización de los exámenes en el Servicio de Patología Clínica, igualmente se determine el stock mínimo y máximo de tales bienes en el Almacén. • Que se establezca un abastecimiento periódico de insumos del Almacén al Servicio de Patología Clínica, para tal fin este Servicio deberá efectuar una programación de sus requerimientos, cuyas cantidades no deberán exceder las necesidades operativas inmediatas del Servicio, considerando el periodo establecido como tal, ni rebase su capacidad su capacidad de custodiarlos en condiciones adecuadas. • Que establezcan registros internos del consumo de insumos en el Servicio de Patología Clínica y parámetros e indicadores para relacionar la cantidad de insumos utilizados con la producción de exámenes esperada y realizada, incluyendo los exámenes sin resultado por error técnico. 	En Proceso



Nº DEL INFORME DE AUDITORÍA	TIPO DE INFORME DE AUDITORÍA	Nº DE RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN	ESTADO DE LA RECOMENDACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> • Que periódicamente, el Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico, en cumplimiento de sus funciones de supervisión y control, evalúe la racionalidad del requerimiento y consumos de insumos del Servicio de Patología Clínica, considerando su operatividad, producción y condiciones de conservación de los mismos, efectuando los ajustes necesarios. • Establecer condiciones de contratación de suministro periódico de insumos, orientados a reducir los costos de almacenamiento y minimizar los stocks, acorde a la capacidad de almacenamiento del Hospital y las necesidades operativas de los Servicios. <p>Las acciones adoptadas deberán ser formalizadas normativamente como procedimiento del Servicio de Patología Clínica y de la Oficina de Logística, según corresponda a sus competencias funcionales.</p>	
		ASP 5 - REC 6	<p>Que el Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, adopte las acciones necesarias para que se efectúe el Inventario Físico y Ambiental que refleje la real situación patrimonial de los ambientes muebles de la entidad, aplicando los procedimientos técnicos previstos, cautelando su cumplimiento. Asimismo, en coordinación con el Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico, a través del Director de la Oficina de Logística y el Jefe del Servicio de Patología Clínica, determinen documentadamente, la situación patrimonial de los equipos médicos y bienes muebles en general que se encuentran en el área física que ocupa el Servicio de Patología Clínica y en los registros patrimoniales; identificando los que son propiedad de la Entidad y de terceros: en el caso de los primeros, establecer el estado de conservación, esclarecer las inconsistencias evidenciadas en el presente informe de control, procediendo a su adecuado registro y de ser el caso adoptar los actos de disposición patrimonial que correspondan, en cuanto a los segundos, con el concurso de la Oficina de Asesoría Jurídica, esclarecer su situación legal y las acciones que ello</p> <p>deriven. Del mismo modo, en coordinación con la Oficina de Servicio Generales y Mantenimiento, se efectuó una evaluación del equipamiento médico del Servicio de Patología Clínica y se adopten las acciones necesarias para lograr la plena operatividad de los mismos.</p>	En Proceso
		ASP 6 - REC 7	<p>Que el Director del Departamento de Ayuda al Diagnóstico, en coordinación con los Jefes de los Servicios a su cargo, actualicen sus respectivos Manuales de Procedimientos y con el debido detalle, incluyan todos los sub procesos y actividades en las que intervienen. Asimismo, elaboren e implementen los demás instrumentos de gestión técnico administrativo y técnico asistencial que resulten necesarios para brindar un servicio eficiente y eficaz, tales como: normas del servicio, registros de control de documentos y archivos, de indicadores de producción y de la calidad, de quejas y no confirmadas, de supervisión control y evaluación de actividades, manual de bioseguridad, manual y registro de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, plan de gestión de riesgos, entre otros.</p>	En Proceso
001-2016-2-3789	Informe de Auditoría de Cumplimiento	REC 5	Disponer que las Oficinas de Economía y Planeamiento Estratégico, implementen un registro de documentos que ingresan y salen de las áreas de Control Previo, Tesorería y Presupuesto, respectivamente.	En Proceso

