

## **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

---

### ***Construimos Confianza***

### **INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO 1-2017 DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

**Noviembre 4 de 2016 a Marzo 3 de 2017**

**CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS**  
Asesor de Control Interno

**MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO**  
Profesional Control Interno

**MARÍA CENOBIA MUÑETÓN JIMÉNEZ**  
Secretaria

Medellín  
2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**PRESENTACIÓN**

**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO 1-2017  
DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

**PERÍODO EVALUADO: 4 de noviembre de 2016 a 3 de marzo de 2017**

Carlos Uriel López Ríos  
Asesor de Control Interno

Fecha de elaboración: 14 de marzo de 2017.  
Fecha de publicación: 21 de marzo de 2017.

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones y en especial a lo dispuesto por el Decreto Nacional 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública; y el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 presenta el Informe cuatrimestral pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno del Hospital General de Medellín, correspondiente al período del 4 de noviembre de 2016 al 3 de marzo de 2017, en los módulos y el eje transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014,.

El presente documento es el resultado de la información proporcionada y validada con las áreas responsables en la Entidad.

Desde la Oficina de Control Interno, **Construimos Confianza**, para lo cual lideramos un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir, con el componente de Control, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

**INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL  
SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO. ....</b>	<b>4</b>
1.1.1. <i>Acuerdos, compromisos o protocolos éticos.....</i>	<i>4</i>
1.1.2. <i>Desarrollo del talento humano.....</i>	<i>4</i>
<b>1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO. ....</b>	<b>9</b>
1.2.1. <i>Planes programas y proyectos.....</i>	<i>9</i>
1.2.2. <i>Modelo de Operación por procesos.....</i>	<i>11</i>
1.2.3. <i>Estructura organizacional.....</i>	<i>18</i>
1.2.4. <i>Indicadores de Gestión.....</i>	<i>18</i>
1.2.5. <i>Políticas de Operación.....</i>	<i>19</i>
<b>1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.....</b>	<b>19</b>
1.3.1. <i>Políticas de Administración del Riesgo.....</i>	<i>19</i>
1.3.2. <i>Identificación del Riesgo.....</i>	<i>20</i>
1.3.3. <i>Análisis y valoración del Riesgo.....</i>	<i>20</i>
<b>2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.....</b>	<b>22</b>
2.1.1. <i>Autoevaluación del Control y gestión.....</i>	<i>22</i>
2.1.2. <i>Revisión por la Dirección.....</i>	<i>22</i>
<b>2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA.....</b>	<b>23</b>
2.2.1. <i>Auditoría Interna.....</i>	<i>23</i>
<b>2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.....</b>	<b>24</b>
2.3.1. <i>Plan de Mejoramiento.....</i>	<i>24</i>
2.3.2. <i>Evaluación y cumplimiento del Plan de Mejoramiento.....</i>	<i>25</i>
<b>3. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. COMPONENTE INFORMACIÓN.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. COMPONENTE COMUNICACIÓN.....</b>	<b>27</b>

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

## 1. MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

COMPONENTE	Elemento
1.1. TALENTO HUMANO	1.1.1. Acuerdos, compromisos y protocolos éticos. 1.1.2. Desarrollo del talento humano
1.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	1.2.1. Planes, programas y proyectos. 1.2.2. Modelo de operación por procesos. 1.2.3. Estructura organizacional. 1.2.4. Indicadores de gestión. 1.2.5. Políticas de operación.
1.3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	1.3.1. Políticas de administración del riesgo. 1.3.2. Identificación del riesgo. 1.3.3. Análisis y valoración del riesgo.

### AVANCES

#### 1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.

##### 1.1.1. Acuerdos, compromisos o protocolos éticos.

- **Código de Ética y Buen Gobierno.**

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno, el cual está asociado al proceso de Gestión de la Planeación; actualmente se está socializando toda su plataforma a través de los diferentes medios de comunicación, así como en las jornadas de calidad y en las campañas de las Olimpiadas de calidad.

El Código de Ética y Buen Gobierno está publicado en la Intranet para el conocimiento y consulta de todos los funcionarios.

##### 1.1.2. Desarrollo del talento humano.

- **Planta de cargo y manual de funciones.**

A marzo de 2017, el Hospital cuenta con 1.109 funcionarios, como se detalla en la tabla N°1: Tabla de cargos:

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

Planta de cargos		
Descripción	A diciembre 2016	A marzo de 2017
De período	2	2
De libre nombramiento y remoción	10	10
En carrera administrativa	291	290
Provisionales	440	439
Temporales	360	357
Trabajadores oficiales	11	11
<b>Total funcionarios</b>	<b>1.114</b>	<b>1.109</b>

Tabla Nro. 1. Planta de Cargos

- Para el año 2016, la entidad aprueba un incremento salarial del 6,5% para los funcionarios públicos y del 7% para los trabajadores oficiales.
- El Manual de Funciones se ajustó y fue aprobado por la junta directiva según Acta N° 27 del 19 de enero de 2017 y Acuerdo N° 158 de 2017.

### **Fortalezas**

- Con el ajuste del manual de funciones, se actualizaron las funciones reales que corresponden al cargo, así como ampliación de profesiones en los requisitos de formación establecidos en el Acuerdo 2484 de 2014, lo que permite aumentar las profesiones.
- La publicación en la intranet del manual permite que cada uno de los funcionarios consulte sus funciones; igualmente se tiene evidenciado los cargos y vacantes existentes para ser provistas.

### **Debilidades**

- Falta terminar el estudio que se tiene sobre capacidad instalada realizado por la Subgerencia Asistencial y ajustarlo con el instructivo de planeación de recurso humano que se realizó en Gestión Humana.

### ▫ **Plan Institucional de Capacitación – PIC.**

El presupuesto de capacitación para el año 2016 fue de \$350.368.434, de los cuales se ejecutaron \$207.127.619 alcanzando un 59% de cumplimiento; toda vez que se utilizaron los convenios docencia servicio para las capacitaciones.

El presupuesto asignado para el año 2017 es de \$473.671.053; a marzo la ejecución es de \$45.867.790, lo que representa un cumplimiento del 10%.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### Debilidades

- Los responsables de las áreas no tienen claro que las capacitaciones deben ser direccionadas desde el área de Proyección Humana para que estas puedan ser consolidadas y costeadas. Esta recomendación se ha reiterado con ellos en varios escenarios.

#### ▫ **Programa de Inducción y Reinducción.**

En el primer trimestre se realizó la inducción presencial a funcionarios y contratistas con una asistencia de 35 participantes.

Se tiene previsto contratar con la Fundación Guayacanes la actualización de los módulos que se utilizarán para la inducción virtual.

### Fortalezas

- Permite a los funcionarios, contratista y estudiantes conocer del Hospital antes de ingresar y con relación a la reinducción reforzar los temas y conocer los cambios presentados en la Institución.

### Debilidades.

- Actualmente la plataforma está desactualizada en todo lo concerniente al plan estratégico, además se han presentado dificultades ya que el espacio de visitas a la plataforma es muy reducido y debe ser limpiada cada vez que se llena, lo que genera en algunos casos pérdida de la información que ya se había diligenciado.

#### ▫ **Programa de Bienestar.**

El cumplimiento de las actividades programadas para el año 2016 fue de 98.97%. El presupuesto se cumplió en un 58%; por la situación de austeridad se redujeron algunas de las actividades programadas inicialmente. La participación en los eventos fue de 10.997 personas entre funcionarios y su grupo familiar.

En el primer trimestre de 2017, se encuentran en trámite la contratación con Comfama para iniciar los eventos del año. A la fecha se han realizado actividades como la celebración del día del comunicador y del contador.

### Fortalezas

- La participación del grupo familiar de los funcionarios a las actividades programadas de bienestar.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Los beneficios del 50% en consultas médicas y ayudas diagnósticas para los funcionarios y su grupo familiar; el mayor porcentaje de servicios está en las consultas odontológicas y el laboratorio clínico.
- El Programa de Vivienda para los funcionarios en las diferentes modalidades: compra de vivienda, reforma y crédito hipotecario.

### **Debilidades**

- Se presenta en los funcionarios inconformidad con la demora de la iniciación de las actividades programadas, debido a trámites internos.

#### ▫ **Plan de Incentivos**

En este período no se han realizado actividades de este Plan.

#### ▫ **Evaluación del Clima Laboral.**

Este proceso se realizará con el apoyo de SURA en el próximo trimestre.

### **Fortalezas**

- Conformación de los grupos en las actividades realizadas para intervenir los hallazgos

### **Debilidades**

- Poco interés por parte de los directivos para participar en la elaboración de la encuesta.

#### ▫ **Acuerdos de Gestión**

El Gerente realizó los acuerdos de Gestión con cierre al 31 de diciembre de 2016 e inicio el proceso de concertación con los Directivos para el periodo 2017-2018.

### **Fortalezas**

- El compromiso de la Gerencia en el cumplimiento de las fechas para evaluar.

#### ▫ **Evaluación del desempeño.**

De 360 funcionarios temporales por evaluar se recibió información en la Dirección de Gestión Humana de 334 de ellos para un cumplimiento del 93%; un funcionario está incapacitado. Se realizó la concertación de compromisos para el período 2017-2018.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Se realizó la segunda evaluación parcial para el personal de carrera administrativa, así como la ponderación para la evaluación final.

De 291 funcionarios de carrera administrativa por evaluar se recibió información de 253 para un cumplimiento del 86%; los funcionarios incapacitados: 2. Se inició con la concertación de objetivos para el periodo comprendido 2017-2018.

#### **Fortalezas.**

- Iniciar con una plataforma de la Institución para la elaboración de las evaluaciones de los funcionarios de carrera y posteriormente se hará para los funcionarios temporales.

#### **Debilidades.**

- Los objetivos concertados y las evaluaciones realizadas por los responsables deben mejorar la objetividad en el marco de lo establecido por la ley.

#### ▫ **Entrenamiento en el puesto de trabajo.**

Se ajustó el procedimiento donde se incluirá el nuevo formato de entrenamiento en el puesto de trabajo y la necesidad de asignar un tutor que se encargue de todo el proceso en el puesto de trabajo y coordinar con las áreas en que momento las puede realizar, igualmente ya se han recibido de algunas áreas el formato diligenciado de entrenamiento el cual será utilizado cuando ingrese un funcionario a la dependencia.

Este formato ya fue utilizado para los entrenamientos de los directivos y profesionales y auxiliares que han ingresaron a la Institución en este trimestre.

#### **Fortalezas**

- Plantilla de entrenamiento por cargos que al ingreso de un funcionario ya se cuenta con las actividades en las cuales deben ser entrenados.

#### **Debilidades.**

- Se debe continuar con el control para garantizar que estos funcionarios o directores responsables realicen el entrenamiento y la entreguen al área de Gestión Humana para que reposen en sus historias laborales.
- Falta compromiso de parte de los directores para cumplir con esta función.



OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

**1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

**1.2.1. Planes programas y proyectos.**

▫ **Plan estratégico 2016 – 2027.**

El plan estratégico no tuvo variaciones en este período.

**Fortalezas**

- El proceso planificador para la formulación del plan estratégico 2016 - 2027 fue altamente participativo. Se tuvieron en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- Se cuenta con un tablero de mando que incluye los indicadores y las metas para realizar seguimiento al nivel de logro de la misión, visión, propuesta de valor, mega y objetivos estratégicos.

**Debilidades.**

- Se debe seguir fortaleciendo el despliegue del Direccionamiento Estratégico al personal de la Institución.

▫ **Plan de Desarrollo 2016 – 2019.**

El plan de desarrollo no tuvo variaciones en este período.

**Fortalezas**

- En la formulación y aprobación del Plan de Desarrollo 2016 -2019 hubo una participación muy importante de la Junta Directiva en el análisis y revisión de cada uno de los proyectos, adicionalmente la participación y sustentación ante la junta de cada uno de los responsables de los proyectos.
- Se nombró en provisionalidad un profesional universitario en la Oficina de Calidad y Planeación, especialista en gestión de proyectos y con la responsabilidad de apoyar la formulación de los proyectos del plan de desarrollo con los responsables y realizar el seguimiento a la ejecución.

**Debilidades.**

- Por las bajas proyecciones de recaudo por venta de servicios de salud y pensando en la sostenibilidad de la organización, la junta directiva no aprobó los recursos de inversión propuestos para la ejecución del plan, por lo cual se tuvo que ajustar el plan de

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

desarrollo 2016 -2019 a los recursos de inversión aprobados por valor de \$3.554 millones, lo que disminuyó el número de proyectos a ejecutar y su alcance.

- Se debe seguir fortaleciendo el despliegue del Direccionamiento Estratégico al personal de la Institución.

▫ **Plan de Acción 2016.**

La institución cuenta con un plan de acción 2016 período septiembre - diciembre aprobado por la junta directiva mediante Acuerdo 152 del 18 de noviembre de 2016, en el cual se establecieron 8 objetivos estratégicos desarrollados a través de 9 programas del Plan de Desarrollo 2016 - 2019, con sus correspondientes acciones y proyectos y gestión por procesos. A este Plan se le realizó un seguimiento sistemático por todo el equipo de trabajo de manera bimestral.

La ejecución del período septiembre - diciembre fue del 93,8% por programa del plan de acción es la siguiente:

Nro	Proyectos Plan de Desarrollo	Avance
1	Competitividad.	100,0%
2	Capital Humano.	90,9%
3	Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad.	98,7%
4	Modelo de Gobierno Corporativo Público.	98,0%
5	Investigación, Desarrollo e Innovación.	89,6%
6	Adecuación y Mejoramiento de la Infraestructura Física.	93,9%
7	Fortalecimiento de la Gestión tecnológica.	92,3%

Nro	Gestión por Procesos	Avance
1	Gestión Integral de la Calidad.	86,2%
2	Atención Integral en Salud.	99,7%
3	Gestión Humana.	84,9%
4	Gestión de Recursos Físicos.	95,3%
5	Gestión Financiera.	92,9%
6	Evaluación y Control de la Gestión.	100%

Se aprobó mediante Acuerdo de junta directiva No 153 del 16 de diciembre de 2016, el Plan de Acción 2017 de la institución, con base en los proyectos aprobados para el período en el plan de desarrollo 2016 -2019.

**Fortalezas**

- Seguimiento bimestral al plan de acción por el Comité Ampliado de Gerencia.

### **Debilidades.**

- Por la situación financiera del sector salud y por la situación de cartera y la incertidumbre en el recaudo por venta de servicios de salud se asignaron muy pocos recursos en el presupuesto de inversión para la ejecución de los proyectos del plan de acción 2016 septiembre - diciembre y el plan de acción 2017.

#### **1.2.2. Modelo de Operación por procesos.**

##### **▫ Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.**

Se realizó la planeación, ejecución y seguimiento del programa manejo integral de los residuos hospitalarios, manejo seguro de sustancias químicas y uso eficiente de los recursos.

Se realizó el proyecto Plan Maestro de Gestión Ambiental 2017, que incluye el Programa de Control de Emisiones Atmosféricas, Compras sostenibles y Valoración económica ambiental.

Se inició el convenio entre la Corporación Nacional de Producción Más Limpia y el Área Metropolitana enfocada a los dos últimos programas. Se realizaron las caracterizaciones de agua potable, agua residual y fuentes fijas. Se inició el acompañamiento con un asesor que está apoyando el tema de agua residual. También se realizó la auditoria del Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001.

### **Fortalezas**

- El resultado de la visita de certificación en la norma ISO 14001 fue satisfactorio con dos hallazgos menores. El Hospital continúa con la certificación.
- Se logró contar con un convenio con el corredor de seguros, quien proporciona la asesoría y participación de un ingeniero ambiental para los diferentes componentes del sistema.
- Las auditorias de cumplimiento de requisitos legales y del sistema de gestión bajo la norma ISO 14001.
- La cultura que ha ido adquiriendo el personal de la institución en el uso eficiente de los recursos y conocimiento adquirido en la clasificación de residuos y de sustancias químicas.

##### **▫ Sistema de Gestión / Salud y seguridad en el trabajo.**

Se realizó la planeación, ejecución y seguimiento de la promoción y prevención fortaleciendo los estilos de vida saludable, gestión del riesgo psicosocial, gestión del ausentismo, gestión de la accidentalidad, gestión de la Bioseguridad, del cuidado osteomuscular, de la radiación ionizante y el control operacional.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Se continuo con el fortalecimiento de la cultura del cuidado y la estrategia para el control de la accidentalidad "Visión cero", con la ARL.

Se avanzó en la implementación del SGSST con un compromiso gerencial y de los líderes de los diferentes procesos; además se logró impactar a la baja la tasa de accidentalidad, se implementó y se está fortaleciendo el programa violencia en el lugar de trabajo.

### **Fortalezas**

- Certificación en la norma NTC OHSAS 18001 y auto-revaluación del Decreto 1072 del 2015 con un porcentaje de 90.6% de implementación.
- Fortalecimiento de la cultura del cuidado y la implementación de la estrategia para el control de la accidentalidad "Visión cero", de la ARL.
- Avances en la implementación del SG SST con un compromiso gerencial y de los líderes de los diferentes procesos.
- Se ha logrado desarrollar y fortalecer programas de cambio cultural que promuevan estilos de vida saludable en temas relacionados con alimentación saludable, actividad física.

#### ▫ **Sistema de Gestión / Responsabilidad Social.**

Se está consolidando el informe de responsabilidad social del año 2016, el cual tiene plazo de elaboración el 31 de marzo de 2017.

### **Fortalezas**

- El nuevo programa define acciones concretas, cuantificables los cuales se tienen sus respectivos indicadores.

### **Debilidades**

- Fortalecer la divulgación de la definición de responsabilidad social a los trabajadores de modo tal que facilite la identificación de acciones en lo cotidiano y poder asimilar el concepto teórico en la práctica, monitorear y hacer seguimiento a su comprensión.

#### ▫ **Sistema de Gestión / Modelo Estándar de Control Interno – MECI.**

Con respecto a lo establecido en el plan de trabajo del equipo MECI para el año 2016, durante este periodo se realizaron las siguientes acciones:

- En el Módulo de Planeación y Control, componente Talento Humano, Acuerdos, compromisos y protocolos éticos: Se continúa con el despliegue de la política y el programa de cultura organizacional en el cual se hace énfasis en los valores y principios institucionales, a través de talleres lúdicos denominados "Leyendas de la cultura".

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Para medir la apropiación de los funcionarios al programa de cultura organizacional se realizó una encuesta con los aspectos a destacar de la identidad. Entre algunos de los resultados se tiene que el 91% de los funcionarios identifican la misión y visión del Hospital; el 97% tiene conocimiento de la identidad cultural; y el 97% se apropia de los valores de la cultura.
- En el componente de desarrollo del talento humano se continúa con la estructuración de los formatos de entrenamiento en el puesto de trabajo, se aplica el formato al personal que ingresa de nuevo a la institución.
- En el componente de información y comunicación se realizó el proceso de planeación y preparación para la rendición de cuentas de la vigencia 2016, para la comunidad hospitalaria y demás partes interesadas.

### **Fortalezas**

- La articulación del sistema integrado de gestión del Hospital que tiene al MECI como uno de sus elementos, lo que favorece que no se realicen esfuerzos aislados en componentes que son transversales a todos los elementos del sistema.

### **Debilidades**

- Fortalecer el acompañamiento del equipo MECI, para la ejecución de las actividades definidas en el plan de acción.

#### ▫ **Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema Único de Habilitación.**

Se realizó la autoevaluación de las condiciones de habilitación de los 89 servicios habilitados en la institución. Se autoevaluaron los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros asistenciales e interdependencia de servicios.

De los estándares evaluados y según hallazgos se formularon acciones para el cumplimiento del criterio, en el estándar de procesos prioritarios se revisaron y actualizaron las guías de práctica clínica e instructivos del servicio de UCI pediátrica, se actualizaron los instructivos del servicio de laboratorio de patología y el proceso de esterilización, en el estándar de infraestructura se realizaron las adecuaciones para cumplir con el filtro para los acompañantes en la UCI Adultos del segundo piso, UCI Neonatal y se adecuaron los cuartos sucios y limpios que estaban pendientes en UCI C Adultos, UCI Pediátrica y UCE Adultos.

### **Fortalezas**

- En el estándar de infraestructura se está realizando un plan de trabajo en las UCIS, para cumplir con el filtro para los acompañantes, ambientes de trabajo limpio y ambientes de trabajo sucio.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- La institución en términos generales tiene un cumplimiento óptimo de las condiciones de habilitación
- **Sistema de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.**

Acorde a lo establecido en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, específicamente en lo relacionado con la ejecución de las actividades definidas para dar cumplimiento a las etapas de la ruta crítica del PAMEC, durante este periodo se realizaron actividades para las siguientes etapas de la ruta crítica del PAMEC:

- Medición del desempeño de los procesos: Para esta etapa se aplican las siguientes estrategias de las 8 definidas: auditorías internas, visitas de calidad con un cumplimiento en la ejecución de compromisos del 93%, medición de adherencia a guías e instructivos con un cumplimiento del 91%, paciente trazador, y auditorías externas. No se tenía programado la ejecución de la autoevaluación del sistema único de acreditación, actividad realizada en el período anterior.
- Plan de mejoramiento: Durante este periodo se realizaron todas las reuniones de los grupos de mejoramiento para hacer seguimiento a los respectivos planes. La proporción de ejecución del plan de mejoramiento institucional para este período fue del 97,52%.
- Aprendizaje organizacional: Durante este período todos los grupos de mejoramiento de segundo nivel, presentaron ante la comunidad hospitalaria, los avances y cierres de ciclo de cada grupo durante la vigencia 2016.

### Fortalezas

- Estrategias para el mejoramiento institucional aplicadas de manera sistemáticas.
- Ejercicios de autoevaluación sistemáticos, interdisciplinarios y participativos que generan acciones para la mejora.
- Mayor sistematicidad de la aplicación del modelo de mejoramiento por parte de los grupos de segundo nivel.

### Debilidades

- Débil cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales.
- **Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema de Información para la Calidad – SIC**

El sistema de Información del Hospital tiene 3 componentes estructurados, necesidades de información, gestión documental y gestión de datos. Dentro de este último se contemplan los indicadores considerados por el sistema de información de la calidad en la Resolución 256 de 2016, que ha sido implementado y se tiene un tablero de mando para monitoreo, sistema de reporte a PISIS – Plataforma de Intercambio de Información en Salud, con la obtención de archivos planos a partir del uso de Business Intelligent (BI).

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

### **Fortalezas**

- Se cuenta con un equipo de trabajo interdisciplinario liderado y un plan de acción del sistema de información que permite el direccionamiento del desarrollo de los componentes del mismo.

### **Debilidades**

- El sistema de información aún tiene procesos manuales que pueden afectar la calidad de la información. Se hacen esfuerzos para la automatización de información a partir de BI.
- **Sistema de gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Sistema Único de Acreditación.**

Para lograr el mantenimiento de la condición de hospital acreditado en el marco del Sistema de Gestión Integral de Calidad se realizaron las siguientes actividades:

- Se realizó la autoevaluación cuantitativa y cualitativa de los 158 estándares del Sistema Único de Acreditación en sus tres dimensiones y 10 variables para el cuarto ciclo de acreditación. Este ejercicio se realizó con los grupos de mejoramiento de segundo nivel y con el acompañamiento metodológico del asesor externo de acreditación. El resultado de la evaluación cuantitativa para cada grupo de estándares es el siguiente: Direccionamiento: 4.6; Gerencia: 4.4; Cliente asistencial: 4.3; Gerencia del talento humano: 4.2; Gerencia de la información: 4.3; Ambiente físico: 4.4; Gestión de la tecnología: 4.5; Mejoramiento: 4.3
- Se termina de estructurar la matriz de consolidación para los 158 estándares de acreditación, la matriz incluye en su diseño, el grupo de estándares, el estándar y sus criterios, el código con base en el manual de estándares de la Resolución 0123 de 2012, el enfoque asociado en el mapa de procesos, estrategias de despliegue y los indicadores. Para estos últimos se utilizaron como fuentes el tablero de indicadores, visitas de calidad, paciente trazador, encuestas de satisfacción tanto de cliente interno como de cliente externo, indicadores de la matriz del ICONTEC, etc. Se actualiza la matriz con corte al mes de diciembre como insumo para el informe del nuevo cuarto ciclo.
- Durante este periodo se realizaron todas las reuniones programadas de los grupos de mejoramiento de segundo nivel y algunos de primer nivel como: laboratorio y patología, hospitalización, UCIS, ambulatorio y Sysoma. En este último se acompañó en el ejercicio de agrupación por afinidad, priorización, análisis causal, definición de acciones de mejora y seguimiento al plan de mejoramiento, derivado del informe de las auditorías

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

internas del sistema de gestión ambiental, salud y seguridad en el trabajo y cumplimiento legal. Con corte al 31 de diciembre se tiene un plan de mejoramiento institucional con 242 acciones de mejora de las cuales 236 fueron ejecutadas, y 6 quedaron en proceso, para un cumplimiento de acciones de mejora cerradas del 97.5%, resultado por encima de la meta establecida del 90%.

- Se realizó reentrenamiento a todos los grupos de mejoramiento de segundo nivel y algunos de primer nivel en la redacción de las fortalezas y oportunidades de mejora para el informe del nuevo cuarto ciclo de acreditación. Para el entrenamiento se utilizó como estrategia metodológica un taller en el cual se entregó material de apoyo para el ejercicio. Se realizó acompañamiento metodológico a los diferentes grupos y responsables de la elaboración del informe.

Con corte al 3 de marzo de 2017, se tienen los siguientes avances con relación al informe del nuevo cuarto ciclo de acreditación:

- Informe de autoevaluación, parte 1 para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias. Visita de nuevo ciclo (Perfil 1). Estructurado al 100%, enviado el 3 de febrero al Icontec.
- Informe autoevaluación parte 2 IPS hospitalaria. Visita de nuevo ciclo: 100% de estructuración de las oportunidades de mejora y de los estándares de cliente asistencial y de apoyo: direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y gerencia de la información, enviado el 03 de febrero al Icontec.

El plan de referenciación comparativa se ejecutó en un 83% según lo programado de cuyos informes se identificaron 55 acciones de mejora, de las cuales se ejecutaron 45, es decir el 82%, algunas de las no ejecutadas se encuentran en proceso y otras requerían inversión, por lo tanto no fue posible ejecutarlas.

A continuación se relacionan algunas de las mejoras implementadas y aprendizajes organizacionales derivados de los ejercicios de referenciación:

- Fortalecimiento de la estrategia IIAMI – Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.
- Ajuste del proceso de activos fijos.
- Estructuración de la matriz de correlación de los componentes del SGIC.
- Reactivar la estrategia de certificación por competencias del personal.
- Estandarización del instructivo de evaluación de los costos beneficios de la relación docencia servicio.
- Estructuración del proyecto de gestión de riesgos bajo la norma NTC ISO 31000
- Nombramiento del coordinador de riesgos de la institución
- Avances en la estructuración de un catálogo de riesgos institucional, partiendo del mapa de riesgos por proceso actual.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Durante el período septiembre - diciembre de 2016, se recibieron 16 visitas de referenciación para diferentes procesos organizacionales, obteniéndose un promedio de satisfacción con el ejercicio de 4.9.

Se terminan de estructurar las matrices de evaluación para los siguientes ejes: Atención centrada en el usuario, Modelo de atención, eje de humanización, eje de gestión de la tecnología y eje de transformación de la cultura. El eje de gestión excelente y segura se evalúa a través de los indicadores definidos en el programa de seguridad del paciente y que son gestionados de manera sistemática por el comité gerencial de seguridad del paciente, el eje de gestión de riesgos se evalúa a través de las matrices de gestión de riesgos estructuradas para cada proceso y el de responsabilidad social, a través de los indicadores GRI.

El seguimiento de los indicadores asociados a cada eje, se realiza en los diferentes comités o grupos de mejoramiento asociado.

- Gestión clínica excelente y segura: Comité gerencial de seguridad del paciente y tiene como indicadores transversales de su gestión: índice de eventos adversos y cultura del reporte.
- Atención centrada en el usuario y su familia y responsabilidad social, actualmente se evalúan en el grupo de segundo nivel de direccionamiento y gerencia.
- Humanización de la atención: Grupo de humanización.
- Gestión de la tecnología en el grupo de segundo nivel de gestión de la tecnología.

De los 7 ejes 6 cumplen la meta establecida mayor al 90%.

Se comunicó al personal de la institución en la jornada realizada el 3 de marzo de 2016 los avances y cierres de ciclo de los grupos de mejoramiento, lo anterior hace parte del aprendizaje organizacional.

### **Fortalezas**

- Mantenimiento de la condición de institución acreditada por parte del ente evaluador.
- Ejercicios de autoevaluación sistemáticos, interdisciplinarios y participativos que generan acciones para la mejora.
- Mayor conocimiento y entendimiento por parte de los integrantes de los grupos de mejoramiento, de la intencionalidad de los estándares y criterios del sistema único de acreditación.
- Mayor sistematicidad de la aplicación del modelo de mejoramiento por parte de los grupos de segundo nivel.

### **Debilidades.**

- Poca adherencia de los grupos de primer nivel al modelo de mejoramiento institucional.
- No diligenciamiento oportuno del seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento por parte de los responsables.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Débil cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales y de la comunicación del mejoramiento.

### 1.2.3. Estructura organizacional.

En el periodo evaluado no hubo cambios en la estructura organizacional, sigue vigente la aprobada por la Junta Directiva.

### 1.2.4. Indicadores de Gestión.

#### ▫ Indicadores Institucionales.

Se ha iniciado conjuntamente con el área de TI el desarrollo de indicadores a partir de BI, se tienen tableros con indicadores de asistenciales, urgencias, eventos adversos, cartera, costos, facturación; en proceso de desarrollo la información del área de cirugía y Ginecoobstetricia.

#### Fortalezas

- La posibilidad de desarrollos directos en la institución, contar con un consultor dedicado a la programación y la disposición de las áreas para el desarrollo de estos.

#### Debilidades.

- Indicadores del tablero de mando que a la fecha no ha sido posible incluir, dado el proceso de priorización que se tiene y la limitación de recursos; actualmente los tableros se manejan en excel generando riesgos de pérdidas de información.

#### ▫ Indicadores Institucionales – Sistema de Información para la Calidad.

Se desarrolla el Sistema de Información para la calidad acorde a la Resolución 256 de 2016, acción ejecutada conjuntamente con las áreas asistenciales, el área de TI y Estadística, logrando obtener la información directamente desde el sistema BI.

#### Fortalezas

- El trabajo en equipo logrado con las áreas y la disposición para que la norma pudiera ser implementada con apoyo tecnológico.

#### Debilidades.

- Se tienen algunos procesos manuales que aún no ha sido posible automatizar y sobre los cuales se viene interviniendo para lograr concluir el proceso de desarrollo completo.

### 1.2.5. Políticas de Operación.

#### ▫ Modelo de operación.

En el período evaluado no se aprobaron nuevas políticas de operación en la institución. Actualmente se cuenta con 19 políticas institucionales.

- 01 Política de seguridad del paciente.
- 02 Política de información.
- 03 Política de humanización.
- 04 Política de docencia servicio.
- 05 Política de información y atención al usuario.
- 06 Política de cultura organizacional.
- 07 Política de gestión de la tecnología e innovación.
- 08 Política de responsabilidad social.
- 09 Política de estilos de vida saludable.
- 10 Política de gestión de riesgos.
- 11 Política de medicamentos.
- 12 Política de investigaciones.
- 13 Política de no reúso.
- 14 Política de gestión humana.
- 15 Política estrategia IAMI.
- 16 Política del silencio.
- 17 Política de tratamiento de datos personales.
- 18 Política cero papel.
- 19 Política editorial y de actualización de contenidos web.

### 1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

#### 1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo.

#### ▫ Lineamientos de Política.

Entre las actividades se tienen:

- La política de gestión del riesgo adoptada por la entidad.
- El Gestor de Riesgos y OC realizó diplomado en Riesgos en cumplimiento del requerimiento de la Circular 009 de 2016 - SARLAFT en la cual se debe acreditar conocimiento en Administración de Riesgos.
- En las reuniones administrativas semanales de las áreas, se han venido realizando despliegues del Programa y la Política de Administración de Riesgos.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### **Fortalezas**

- Compromiso de la alta dirección en la gestión de los riesgos.
- Gestión de los riesgos alineado a la estrategia.
- Las certificaciones, premios y referenciaciones como impulsores del mejoramiento organizacional.

### **Debilidades**

- Para la evaluación y valoración de los riesgos es importante tener un registro de materialización de eventos de riesgo y de las lecciones aprendidas que hemos tenido de la materialización de esos riesgos.
- Es necesario fortalecer las estrategias de información, comunicación, divulgación y recordación de la importancia de la gestión de los riesgos en la entidad, aumentando la concientización en dicho tema a todos los niveles de la institución (cultura prevención del riesgo - autocontrol).

### **1.3.2. Identificación del Riesgo.**

Con base en los riesgos identificados por los líderes de los procesos, la gestora de riesgos construyó el catálogo de riesgos con el objetivo de facilitar la identificación de los riesgos por todos los funcionarios de la institución, este es un entregable del proyecto de Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos), que debe ser revisado y aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno.

### **Fortalezas**

- Ejecución proyecto de Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos), con un responsable de su ejecución.

### **Debilidades.**

- El riesgo es definido de manera distinta en los diferentes niveles de la organización, unificar el lenguaje en el tema de riesgos

### **1.3.3. Análisis y valoración del Riesgo.**

#### ▫ **Análisis del riesgo.**

Se realizó el análisis de los riesgos en cada uno de los procesos misionales, de apoyo, estratégicos y de control.

Se realizó la valoración de la probabilidad de ocurrencia del riesgo en términos de frecuencia y su potencial impacto sobre personas, procesos, estructura, imagen y recursos del Hospital.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**Fortalezas**

- Involucramiento de personal operativo (grupos primarios de mejoramiento)

**Debilidades**

- Fortalecer la apropiación de roles y responsabilidad en la gestión de riesgos.

▫ **Evaluación del riesgo**

Se realizó la evaluación anual de los riesgos con los responsables de los 39 procesos de la institución y se incluyó ensayos clínicos y el Programa de Protección Renal.

**Fortalezas**

- Se realiza anualmente la valoración y el seguimiento del riesgo a nivel de toda la organización.

**Debilidades.**

- Fortalecer la apropiación de roles y responsabilidad en la gestión de riesgos

▫ **Monitoreo y revisión.**

En primera instancia el seguimiento se lleva a cabo por el responsable del proceso (director, jefe, líder); el segundo momento corresponde al seguimiento por parte del subgerente (procesos asistenciales, procesos administrativos y financiero).

**Fortalezas**

- Gestión de riesgos como fuente sistemática del modelo de mejoramiento institucional.

**Debilidades.**

- Fortalecer el seguimiento a la matriz de riesgos por proceso y que este sea sistemático y oportuno por parte de los líderes del proceso.

▫ **Mapa de riesgo.**

Se cuenta actualmente con mapa de riesgos institucional con 205 riesgos. Se crearon indicadores cada uno de los riesgos identificados en cada proceso

### Fortalezas

- El mapa de riesgos ha permitido monitorear el desempeño en la administración de los riesgos y establecer un comparativo anual.

### Debilidades

- Realizar priorización de riesgos críticos que afecten el logro de los objetivos organizacionales.

## 2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO

#### MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE	Elemento
2.1. AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL	2.1.1 Autoevaluación del control y gestión
2.2. AUDITORÍA INTERNA	2.2.1. Auditoría interna.
2.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	2.3.1. Plan de mejoramiento

### AVANCES

#### 2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.

##### 2.1.1. Autoevaluación del Control y gestión.

- **Enfoque de autoevaluación.**

Durante el periodo no se tenía programada la realización de la autoevaluación del sistema único de acreditación.

##### 2.1.2. Revisión por la Dirección.

Se realiza de manera bimestral seguimiento al plan de acción y la gestión realizada en cada uno de los procesos. Adicionalmente dentro del modelo de mejoramiento institucional existe un

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

grupo de mejoramiento sistémico de tercer nivel donde participa la alta dirección, en este grupo se realiza seguimiento a la eficacia de los grupos de mejoramiento de segundo y primer nivel

### **Fortalezas**

- La institución tiene implantando una cultura de seguimiento sistemático al resultado de la gestión en los diferentes procesos.

## **2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA.**

### **2.2.1. Auditoría Interna**

#### **▫ Auditorías Independientes.**

El programa anual de auditoría 2016 se cumplió en un 100%, previamente había sido ajustado con aprobación del Comité Coordinador de Control interno y de la Junta Directiva; estas mismas instancias también aprobaron el Plan Anual de Auditoría Interna basado en riesgos 2017. El seguimiento al Plan de Mejoramiento de estas auditorías internas muestra un cumplimiento del 65% promedio.

En el último trimestre del año anterior y en los inicios de este se realizaron las auditorías internas al proceso de gestión de la adquisición de bienes y servicios y al modelo de mejoramiento institucional; adicionalmente se iniciaron las auditorías internas a los procesos de gestión de tesorería y al proceso de atención en clínicas quirúrgicas.

Se presentó al Comité Coordinador de Control Interno, al Gerente, a la Presidente de la Junta Directiva de la Entidad la propuesta de Plan de Desarrollo 2016 – 2019 “Construimos Confianza” de la Oficina de Control Interno.

Se suplió la vacante del profesional para realizar las auditorías internas de los procesos misionales.

### **Fortalezas**

- El cumplimiento de auditorías en el tiempo previsto.
- Generación de valor agregado a través de las oportunidades de mejora identificadas.
- Los lineamientos del plan de trabajo 2016 - 2019.

### **Debilidades**

- Poco personal para el cumplimiento del Plan de Auditorías y en general para el cumplimiento de las funciones de aseguramiento y consultoría.
- Baja cobertura del universo auditable.
- Demora de los líderes de procesos y unidades auditadas para elaborar el plan de mejoramiento.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

▫ **Auditorías de certificación externas.**

La institución recibió en el mes de noviembre de 2016 la visita de seguimiento para la certificación de los sistemas de gestión ambiental ISO 14001 y sistema de seguridad y salud ocupacional OHSAS 18001 de parte del Icontec. El resultado fue satisfactorio con dos hallazgos menores y el mantenimiento de las certificaciones.

**Fortalezas**

- La institución dentro de su plataforma estratégica tiene establecido la calidad y el mejoramiento continuo, para ello formuló dos proyectos estratégicos en el plan de desarrollo 2016 -2019: Gestionar la acreditación con excelencia y la Consolidación del sistema de gestión integral de calidad

**Debilidades.**

- La articulación de los sistemas de gestión.

**2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.**

**2.3.1. Plan de Mejoramiento.**

Durante este periodo se realizaron todas las reuniones de los grupos de mejoramiento de segundo nivel, en las cuales se hace el seguimiento al plan de mejoramiento establecido para cada uno de ellos y que juntos constituyen el plan de mejoramiento institucional.

A partir del mes de noviembre se inició con la consolidación del informe para el cuarto ciclo de acreditación, el cual fue enviado el tres de febrero de 2017.

A continuación se describen los resultados por grupos de mejoramiento para este periodo:

1. Grupo de mejoramiento de direccionamiento y gerencia: 100% de ejecución de las acciones de mejoramiento programadas.
2. Grupo de mejoramiento cliente asistencial: 96,3%, de ejecución de las acciones de mejoramiento programadas.
3. Grupo de mejoramiento gerencia del ambiente físico: 100% de ejecución de las acciones de mejoramiento programadas.
4. Grupo de mejoramiento gerencia del talento humano: 96,3% de ejecución de las acciones de mejoramiento programadas.
5. Grupo de mejoramiento gestión de la tecnología: 100% de ejecución de las acciones de mejoramiento programadas.
6. Grupo de mejoramiento gerencia de la información: 100 % de ejecución de las acciones de mejoramiento programadas.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

7. Grupo de mejoramiento SYSOMA (Gestión de la salud y seguridad en el trabajo y gestión ambiental): 98,8% de ejecución de las acciones de mejoramiento programadas.

#### **Fortalezas**

- Mayor sistematicidad en la ejecución de las reuniones de los grupos de mejoramiento y en la adherencia al modelo.
- Modelo de mejoramiento referente en el medio.
- Ninguna acción de mejora definida en el plan se encuentra sin avance.

#### **Debilidades**

- Débil cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales.
- Fortalecer la adherencia del modelo por parte de los grupos de primer nivel.

#### **2.3.2. Evaluación y cumplimiento del Plan de Mejoramiento**

Se realizó seguimiento al Plan de Mejoramiento de las Auditorías Internas con un total de 234 hallazgos dando como resultado un avance del 65%. En dos de las auditorías realizadas (Gestión Jurídica y Contrato de Apoyos Industriales) no se ha elaborado el Plan de Mejoramiento, presentándose un incumplimiento en este sentido.

Los hallazgos del Plan de Mejoramiento, de acuerdo a su nivel de riesgo se clasifican así: 33 hallazgos (14%) tienen nivel de riesgo alto, 147 hallazgos (63%) tienen nivel de riesgo medio y 54 hallazgos (23%) tienen un nivel de riesgo bajo.

El cumplimiento con respecto a las 19 auditorías realizadas (16 del año 2016 y 3 de años anteriores) es el siguiente: dos cerraron todos sus hallazgos y las 17 restantes muestran un avance en el plan entre 65% y un 92%.

Entre el mes de diciembre del 2016 y enero del 2017 se realizó la auditoría al Modelo de Mejoramiento Institucional con 5 hallazgos y 21 recomendaciones.

#### **Fortalezas**

- Se han realizado 14 Planes de Mejoramiento en respuesta a las 16 auditorías independientes realizadas.

#### **Debilidades**

- La afectación a los procesos de mejoramiento por la falta de personal en las dependencias. Dos de las auditorías no han elaborado el Plan de Mejoramiento.

### 3. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

#### INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO

#### EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

#### ELEMENTO

3.1. Información y comunicación interna.

3.2. Información y comunicación externa.

3.3. Sistemas de información y comunicación

#### AVANCES

##### 3.1. COMPONENTE INFORMACIÓN.

###### ▫ Sistemas de Información.

Se activó la funcionalidad del software de HGM DESK para movilidad, de esta forma los agentes de mesa de ayuda, verifican los incidentes asignados a través de sus celulares y les permite mayor agilidad para la atención de los casos asignados y su oportuno cierre en el software.

Salió a producción la mesa de ayuda para el proceso de Estadística, se configuró de acuerdo al portafolio de servicios que ellos brindan y con los tiempos de respuesta comprometidos para cada tipo de requerimiento.

Salió a producción el tablero estratégico asistencial con los siguientes indicadores: Egresos, Promedio Día Estancia, Porcentaje Ocupacional, Morbimortalidad, Promesa de Servicio en Urgencias, Decreto 2193 (Egresos, Estancias, Camas Ocupadas y Camas Disponibles).

Se terminaron de implementar en el tablero estratégico administrativo: Saldos de CxP y Saldos de CxC, pero el tablero también tiene: Facturación, Recaudo de cartera y Glosa.

Se construyó el tablero de costos que tiene las siguientes opciones: Costos Unitarios y Rentabilidad.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Salió a producción la primera fase de evaluación de desempeño en la que se implementó la fijación de objetivos para el personal. También salió a producción la primera fase de ensayos clínicos, que permitirá ingresar los pacientes que participan de investigaciones en humanos al sistema SAP para que sus atenciones puedan ser facturadas a los responsables de los contratos.

Se sacan a producción 42 tickets para el mejoramiento y mantenimiento de la plataforma SAP, pago acumulado a diciembre de 2016 por concepto de consultoría SAP fue de \$1.352.549.270. El pago de consultoría a 28 de febrero de 2017 es \$ \$205.119.670.

### **Fortalezas**

- Conciencia en el grupo directivo y operativo de la importancia del sistema de información para la operación diaria y para la toma de decisiones.

#### ▫ **Desarrollo tecnológico.**

Se gestionaron los contratos para el mantenimiento y soporte SAP; además se capacitó a usuarios del sistema a través de aula virtual y presencial; y se realizó gestión a la infraestructura y al canal de conectividad y de backup.

La disponibilidad de los servidores en SAP fue del 100%, el cumplimiento de las promesas de servicio para la atención de incidentes de la mesa de ayuda fue del 97% en noviembre, 94% en diciembre, 95% en enero y 97% en febrero. Se continúan contestando más del 80% de las llamadas a la mesa de ayuda en 20 segundos.

La entidad cuenta con 836 computadores, de los cuales 125 son alquilados.

### **Fortalezas**

- Equipo de mesa de ayuda y gestión de infraestructura consolidado y comprometido a pesar de ser tercerizado.

## **3.2. COMPONENTE COMUNICACIÓN.**

#### ▫ **Comunicación Interna.**

- **Información a la comunidad hospitalaria.**

La información a la comunidad hospitalaria se brinda a través de varios medios como el sistema de carteleras, compuesto por carteleras informativas y educativas; en las informativas se tienen dos carteleras digitales en los ascensores cuya distribución de contenidos fue de un 66.5% informativas y en un 33.5% educativas; y 10 carteleras generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleras de los servicios.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Igualmente se brindó información a través del correo electrónico y de la intranet; al 3 de marzo de 2017 había alcanzado 387.230 visitas que representa un aumento del 34%; en el periodo se presentaron 8,857 usuarios de acuerdo con las estadísticas de google analytics para 204,409 visitas a las diferentes secciones y un 7,4% fueron usuarios nuevos.

Se realizó la edición del Boletín Interno “Pensamiento General” del mes de diciembre; en el 2017 no se ha realizado dado que está pendiente la contratación del diseño. En el periodo se realizaron 10 entregas de “Novedades Institucionales” con noticias de la institución.

#### - **Campañías.**

Se mantuvo la etapa de sostenimiento de la campaña del Plan Estratégico con la permanencia de móviles, rompe tráfico, afiches, descansa pantallas, entre otras.

#### - **Eventos institucionales.**

Se acompañó la realización de la Exaltación a los mejores y la presentación del nuevo gerente; así como el acompañamiento a la Corporación Damas Voluntarias en sus eventos de celebración de 60 años, y en la entrega de regalos de navidad a los niños hospitalizados.

#### - **Corazones Responsables.**

Se ha hecho difusión por diferentes canales de tips de promoción de hábitos saludables.

### **Fortalezas**

- La actualización permanente de los canales de comunicación.
- El mejoramiento en la satisfacción de los usuarios con la señalización.
- Los alcances de las publicaciones a través de redes sociales como Facebook.
- El canal de televisión para entregar información a los usuarios.

### **Debilidades**

- Falta contrato de diseño, que no ha sido autorizado para iniciar el proceso.
- Falta de personal profesional en comunicaciones para manejar el canal de televisión y con conocimiento en periodismo digital para mejorar el uso de estos canales.

#### ▫ **Comunicación externa.**

#### - **Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad**

De 4 de noviembre al 3 de marzo se realizaron 4 jornadas, el año 2016 se cerró con un total de 22 jornadas con 3.399 personas atendidas y un cumplimiento del 103% de lo presupuestado, de las cuales el 29% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99,5 %.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### - **Canales de comunicación: carteleras digitales.**

- Se mantienen las tres carteleras digitales para usuarios en sala de espera del segundo piso y en ginecología con contenidos segmentados para ellos son un 66.5% informativas y en un 33.5 % educativas.
- La página web es actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización del 97% con 64.120 usuarios en el periodo de acuerdo con las estadísticas de google analytics para 150.961 visitas a las páginas de los cuales el 26,5% son nuevos visitantes.
- El Canal de televisión con dos emisiones diarias de lunes a viernes con contenidos del hospital.
- El Perfil en Facebook al 3 de marzo se tenían 9.899 fans

### - **Relacionamiento con usuarios y comunidad en general.**

- A 107 pacientes se les entregado tarjeta de cumpleaños en el periodo y en el año 2016 a 306.
- Patrocinios Auditorio: \$10.870.000.
- Citas web asignadas a los pacientes en el periodo de 4 de noviembre al 3 de marzo fueron de 39, con una promesa de servicio de menos de un día 0,87 días, en total el 56% de las citas solicitadas fueron asignadas. Los indicadores de citas web para el año 2016 fueron de proporción de citas asignadas: 67,4%, oportunidad de la asignación: 3 días, tiempo mínimo de asignación de citas es cero días y satisfacción 97 %.
- En el Chat en el periodo se atendieron 605 personas, para el año 2016 se atendieron 1.506 chat con un satisfacción del 92% con el servicio.

### - **Relacionamiento medios de comunicación.**

- Se atendieron 48 requerimientos de medios de comunicación, un 54 % más que en el periodo noviembre de 2015 a marzo de 2016.
- En todo el 2016 se diligenciaron 138 requerimientos de medios de un 62%.

### - **Señalización.**

- Se realizó la señalización nueva de Salud Ocupacional normatividad, Aislamientos, urgencias y ginecologías.

### ▫ **Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos.**

El HGM cuenta con el proceso estratégico SIAU que tiene como objetivo canalizar las manifestaciones de los usuarios buscando gestionarlas dando respuesta en los términos de ley.

Uno de los procedimientos es la gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos, el cual consiste en la captura de la información por medio de los diferentes canales (buzones, áreas, correos electrónicos, líneas telefónicas, escritos). Con la herramienta

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Eurodoc se genera el radicado para el envío a responsables, seguimiento, cierre final; y luego se realiza la consolidación de la información para la posterior generación de informes.

En el período evaluado se recibieron 1.178 manifestaciones clasificadas como 586 reclamos, 251 sugerencias, 277 agradecimientos y 64 felicitaciones. El seguimiento se realiza mediante los indicadores: Índice Combinado de Satisfacción con un promedio para el período de 16,56; Índice de reclamaciones con un promedio de 8,69 por cada 1000 usuarios atendidos; Promedio de tiempo de respuesta a Reclamos y Sugerencias con 7,76 días; Reclamaciones respondidas dentro de los tiempos 82,23%; Calidad de la respuesta a Reclamos y Sugerencias período evaluado 2016-1 con una satisfacción del 67,72%

### **Fortalezas**

- El proceso está normalizado, caracterizado como proceso estratégico y constituido como una de las fuentes del modelo de mejoramiento institucional.

### **Debilidades**

- A pesar de utilizar todos los canales institucionales posibles para promover el proceso y de haberse implementado la estrategia de la visita personalizada a pacientes hospitalizados, aún se evidencia en las diferentes auditorías que el proceso no es recordado por los usuarios.

#### ▫ **Rendición de cuentas.**

Durante este periodo se estructuró y publicó en la página web de la Institución, en el link de transparencia y acceso a la información pública, el informe de gestión Enero - Octubre y Enero - Diciembre.

Se presentó el informe de gestión ante la junta directiva; el informe de ejecución de plan de acción del período Enero - febrero de 2017 se encuentra en construcción para la respectiva publicación.

Se publicó la "Novedad institucional" con información para los clientes internos sobre la ejecución del plan de acción, bimestres: Septiembre - Octubre y Noviembre - Diciembre de 2016.

La audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia 2016 se encuentra en fase de planeación.

### **Fortalezas**

- Compromiso permanente de la alta dirección para cumplir con la norma.
- Publicación oportuna de los informes en diferentes medios.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Amplia convocatoria a todas las partes interesadas para la audiencia pública de rendición de cuentas.

### **Debilidades**

- Asistencia mínima y poca respuesta a la convocatoria para la audiencia pública de rendición de cuentas.
- **Gestión documental.**
  - **Radicación de documentos.**
    - Se radicaron 9.154 documentos sin inconsistencias y se radicaron 55 documentos con inconsistencias; lo que representa un 0,62%
  - **Distribución de documentos.**
    - La documentación externa e Interna fue de 25.158 documentos.
  - **Servicio de consulta y/o préstamo de documentos.**
    - La documentación consultada fue de 124.
  - **Derechos de petición.**
    - Se tramitaron 2.136 derechos de petición con respuesta oportuna y 34<sup>o</sup> sin respuesta oportuna.

### **Fortalezas.**

- El bajo porcentaje de documentos con inconsistencias en la radicación del 0,62%
- El acompañamiento personalizado a los gestores documentales en los siguientes temas:
  - Gestión y trámite de facturas, facturas eventos y horas, radicados referencia, radicación de documentos de los procesos asistenciales.
  - Gestión y trámite de CNR - Correspondencia No Radicable.
  - Gestión y trámite de comunicaciones oficiales internas y externas.
  - Tarjeta triple
  - Gestión del incidente: 132 personas
- Seguimiento al procedimiento de radicación de cada uno de los documentos, con las correcciones requeridas.

### **Debilidades.**

- Inoportunidad en cierre de los workflow y subutilización de la herramienta.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Alta impresión de memorandos.
- Falta establecer responsables de recibir la documentación oportunamente en todas las áreas.
- Baja observancia de los horarios establecidos para las rutas de entrega y recepción de documentos.
- Falta ordenador de citas electrónico para atención en la taquilla única de Gestión Documental en el primer piso.
- Bajo nivel de cultura de la consulta en la sala destinada para ello, en el área de Gestión Documental.

- **Plan de comunicaciones.**

Las actividades del Plan de comunicaciones se informan en los elementos de comunicación interna y comunicación externa.

- **Transparencia y Lucha contra la Corrupción.**

En cuanto a la ley de transparencia y acceso a la información la página web estuvo actualizada en el período de 4 de noviembre al 3 de marzo en un 92%.

### **Fortalezas.**

- El seguimiento desde comunicaciones a la actualización de la página web.

### **Debilidades.**

- La falta de compromiso de los responsables de la información para entregarla a tiempo.

- **Participación ciudadana.**

Se promueve permanentemente por los diferentes medios Institucionales: programación Institucional en el canal cerrado de tv, escrito publicado en el reverso del formato de Gestión de reclamos y sugerencias, guía de información y orientación al usuario y de forma personalizada, se invita a los usuarios a hacer parte de la asociación de usuarios.

Se realiza acompañamiento a los diferentes espacios de participación que por norma corresponden a las IPS como el Comité de Ética Hospitalaria y Asociación de Usuarios, ambos debidamente constituidos.

### **Fortalezas**

- Disposición y compromiso institucional para facilitar y promover los mecanismos de participación ciudadana.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### Debilidades

- 
- Escasa respuesta de los usuarios ante el llamado e invitación a participar de los diferentes espacios y actividades que se promueven para la comunidad

## CONCEPTO GENERAL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

### NORMATIVIDAD

El Decreto Nacional 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, establece:

- Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias:

Artículo 2.2.21.2.5. Evaluadores, en su literal e) establece: “Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana”.

- Capítulo 3. Unidad Básica del Sistema Nacional de Control Interno, dispone lo siguiente:

Artículo 2.2.21.3.4. Planeación. Establece: “a) (sic) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces: Evalúa el proceso de planeación, en toda su extensión; implica, entre otras cosas y con base en los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores definidos, un análisis objetivo de aquellas variables y/o factores que se consideren influyentes en los resultados logrados o en el desvío de los avances. La identificación de estas variables, su comportamiento y su respectivo análisis permite que la formulación de las recomendaciones de ajuste o mejoramiento al proceso, se realice sobre soportes y criterios válidos y visibles fortaleciendo así la función asesora de estas oficinas”.

Artículo 2.2.21.3.5 Organización. Establece: “b) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces: Evalúa que estén claramente definidos los niveles de autoridad y responsabilidad y que todas las acciones desarrolladas por la entidad se enmarquen dentro de este contexto”.

Artículo 2.2.21.3.6 Ejecución. Establece: “b) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, Evalúa los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad,

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional”.

Artículo 2.2.21.3.7 Evaluación. Establece: “d) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces debe evaluar el sistema de control interno de la entidad, con énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman y presentar informes a la Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno de la entidad, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema”.

## CONCEPTO

Con fundamento en la información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes de los módulos y el eje transversal que sirvieron de base para la elaboración del presente Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno, del período del 4 de noviembre de 2016 al 3 de marzo de 2017, se puede conceptuar que:

1. El Hospital General de Medellín, cuenta con un Sistema de Control Interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes.
2. El proceso de planeación está claramente definido pero se encuentra afectado en su cumplimiento, por las restricciones presupuestales, el cumplimiento de los programas y proyectos que hacen parte del Plan Estratégico Institucional.
3. La Entidad tiene definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en sus procesos.
4. Los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional.
5. La evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes periódicos requeridos, debe fortalecerse para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías independientes a los procesos y que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema.
6. Se deben adoptar las decisiones necesarias para que la elaboración de los Planes de Mejoramiento se realicen oportunamente.

Finalmente el presente Informe, incluye las debilidades observadas en cada uno de los componentes lo que muestra el interés de la entidad por procurar su mejoramiento continuo.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**FUENTES**

1. Información diligenciada por los responsables en el formato base informe cuatrimestral pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno del período 4 de noviembre de 2016 a 3 marzo de 2017.
2. Informe de Avance Plan de Acción 2016 y 2017.
3. Informe de Auditorías 2016.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento 2016 y 2017.

**ELABORACIÓN**

Participaron en la elaboración del presente Informe:

**MARIA CENOBIA MUÑETÓN JIMÉNEZ.**

Secretaria

**MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO.**

Profesional de Control Interno.

**CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS.**

Asesor de Control Interno.

Nota: Agradecemos muy especialmente la colaboración del funcionario Heriberto Vargas Lema, Profesional de Control Interno, quien desde el pasado 8 de marzo de 2017, ha sido encargado de la Dirección de Apoyo Logístico de la entidad.

Oficina de Control Interno.  
Hospital General de Medellín  
Medellín, Marzo de 2017.