



Radicado: HGM 009 00000000002016000314

Fecha: 14.10.2016 Hora: 15:49:56

Sociedad: P HGM Hospital General de Medellín

### I. REGISTRO INICIAL DE VARIABLES

Acta No : HGM-009-2016000314 2016-3 Año : 2016

GRUPO O COMITE: ACTAS COMITE CONTROL INTERNO

FECHA: 20160927 LUGAR: Sala de Juntas DURACIÓN: 2 Horas

### II. PARTICIPANTES Y AUSENTES

Nombres y Apellidos (Participantes)

Cargo

Adriana Fontalvo Restrepo Subgerente Administrativo (E)

Marta Sepúlveda Valderrama Subgerente Asistencial (E)

Gustavo Hernández Giraldo Jefe de Calidad y Planeación

Carlos Uriel López Ríos Jefe Oficina Control Interno

Nombres y Apellidos (Ausentes)

Motivo

Jesús Eugenio Bustamante Cano Otros compromisos institucionales

### III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN.

Lectura y Aprobación del acta anterior:

Se revisó el acta anterior y con los ajustes sugeridos, se aprueba el acta.

### VERIFICACIÓN DE COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA ANTERIOR REUNIÓN.

Rad - N°Pos	COMPROMISOS	RESPONSABLES	ESTADO
-0			0 %

Actividades realizadas en la reunión actual:

#### ORDEN DEL DÍA

Se presenta y se aprueba el siguiente orden del día:

1. Orientación y Direccionamiento estratégico de la Oficina Control Interno.
2. Informe de Auditoría al Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
3. Seguimiento al Plan de Mejoramiento 2016.
4. Avance del Plan de Auditorías 2016 - Principales hallazgos y recomendaciones.
5. Fortalecimiento Oficina Asesora de Control Interno # Estructura.

#### DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

1. Orientación y Direccionamiento Estratégico.



Radicado: HGM 009 00000000002016000314

Fecha: 14.10.2016 Hora: 15:49:56

Sociedad: P HGM Hospital General de Medellín

El Jefe Oficina Asesora de Control Interno, presenta los elementos sobre los cuales se está estructurando el Plan de Trabajo de la Oficina, cargo al cual llegó el pasado 9 de agosto de 2016.

El Plan denominado "Construimos Confianza", ya fue socializado con el Gerente, el Comité Ampliado de Gerencia y la Junta Directiva. Dado que todos los integrantes del Comité Ampliado de Gerencia se presenta de manera general, dejando claro que desde la Oficina de Control Interno se liderará un "Conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir, desde el Control, a la consolidación y afianzamiento de los propósitos de la entidad, en el marco de la Mega definida para el año 2027

En este sentido se trabajará en dos líneas: 1. Control Interno Innovador y 2. Control Interno Certificado. En la primera se hará énfasis en los Puntos de Control y en la segunda en los Referentes Globales. Se deja expresado que se buscará trabajar armónicamente con la Ala Dirección manteniendo la independencia en el actuar como el corresponde a la Oficina.

## 2. Informe de Auditoría de Evaluación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Se presentan los avances del Plan al 31 de agosto de 2016 en los siguientes aspectos:

### COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN (I).

# CULTURA DE RIESGOS: En las reuniones de despliegue semanales se viene socializando los siguientes aspectos: política de riesgos, la gestión integral de riesgos incluidos los riesgos de corrupción y el Plan de anticorrupción y de atención al ciudadano. Además el tema de riesgos se trabaja desde MECI.

# GESTOR DE RIESGOS: En el mes de agosto de 2016 la Junta Directiva aprobó el nombramiento del Gestor de Riesgos, para coordinar la Gestión integral de riesgos, incluido el sistema de riesgos del lavado de activos y financiación del terrorismo, los riesgos de corrupción y de fraude. Dentro de sus prioridades está la integración de los riesgos de corrupción a los procesos más vulnerables, donde se pueden materializar dichos riesgos o desde los procesos en que se pueda identificar su ocurrencia.

# CONCEPTO RIESGOS DE CORRUPCIÓN. La Oficina de Control Interno de manera independiente y ejerciendo el control de segundo orden evalúa los riesgos de corrupción y conceptúa que éstos mantienen un riesgo residual bajo para la Institución.

# PUNTOS DE CONTROL. Se recomienda definir estrategias específicas de seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la mitigación de nuevos riesgos.

### COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.

# INDICE DE MADUREZ DEL RIESGO INSTITUCIONAL. La medición de un nuevo índice de madurez del riesgo institucional está pendiente de ejecución.



Radicado: HGM 009 00000000002016000314

Fecha: 14.10.2016 Hora: 15:49:56

Sociedad: P HGM Hospital General de Medellín

# CITAS A TRAVÉS DE LA WEB. Se diseñó un formulario para solicitar citas a través de la web con médico especialista. Se inició en el mes de abril de 2016 y hasta el mes de agosto se habían recibido 108 solicitudes; además se tiene un banner en la página web y la portada de Facebook con la promoción del servicio.

# ENCUESTA PARA MEDIR SATISFACCIÓN. Igualmente se implementó una encuesta para medir la satisfacción del canal de asignación de citas con especialista vía web.

# ACTUALIZACIÓN TRÁMITES. Los nueve servicios que registro el Hospital en el Sistema Único de Información de Trámites # SUIT siguen vigentes, no se ha requerido ninguna actualización.

#### COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS

§ PLANEACIÓN DE LA RENDICIÓN. Se realizó reunión de planeación de la rendición de cuentas del informe de gestión, según acta del 10-02-2016, se recopiló toda la información necesaria para las audiencias públicas de rendición de cuentas según los públicos de interés. La presentación se publicó en la página web, en los tiempos establecidos. Esta disponible en el siguiente enlace: <http://www.hgm.gov.co/index.php/gestion-institucional/planeacion-gestion-y-control/informes-de-gestion>.

§ PROMOCIÓN DE LA RENDICIÓN. Se promovió la rendición a través de correo electrónico, perfil Facebook, página web y se entregaron volantes en invitación personalizada. Se ubicaron, además afiches en carteleras Institucionales y lugares públicos, se publicó en la página de la Supersalud, la fecha, hora y lugar de la audiencia pública en los tiempos establecidos, la audiencia pública se realizó y con la respectiva evaluación de ésta.

§ PRESENTACIÓN DE LA RENDICIÓN. La presentación sistemática de los avances de los diferentes proyectos del plan de acción por parte de los líderes se realiza en las fechas establecidas, de las audiencias públicas no se presentaron oportunidades de mejora que deban ser objeto de seguimiento.

§ INFORMACIÓN. Se cuenta con una carpeta compartida de Calidad donde reposa la información con la ruta, para evidencias de todas las acciones que hacen parte del proceso de rendición de cuentas.

#### COMPONENTE 4. ATENCIÓN AL USUARIO

# DOTACIÓN OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO. Se hizo la adecuación y dotación garantizando condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención.

# INFORMACIÓN SIAU. Se envía, en los términos establecidos, la información consolidada a las diferentes partes interesadas, para su gestión y articulación con el modelo de mejoramiento institucional. Se envía semanalmente el informe del SIAU a directores y líderes de procesos.

# INDICADORES DE OPORTUNIDAD. Se realiza seguimiento mensual a estos indicadores en la respuesta a quejas y reclamos, el cual viene mostrando un mejoramiento permanente, el indicador de oportunidad en el bimestre de julio-agosto de 2016 fue del 92% de oportunidad.

# CONTACTO CIUDADANO. Para facilitar la comunicación de los usuarios en tiempo real se puso en funcionamiento un chat, el cual al 31 de agosto se habían recibido 1.057 chat de los cuales 939 fueron efectivos es decir hubo retroalimentación, esto representa que el 89% de los chat son exitosos. 18% de los Chat nos retroalimentan sobre el servicio y de estos el 92% lo calificaron como bueno o excelente. 50% de los Chat obedecen a temas misionales.



Radicado: HGM 009 00000000002016000314

Fecha: 14.10.2016 Hora: 15:49:56

Sociedad: P HGM Hospital General de Medellín

# FERIA DE LA HUMANIZACIÓN. Para favorecer a los funcionarios y estimular una atención al usuario humanizada, se realizó esta Feria el día 22 de agosto de 2016, la cual tuvo como objetivo principal instaurar el día de la humanización y promover la participación de los funcionarios en la sensibilización y búsqueda de estrategias para hacer del proceso de atención una experiencia más humana. Se presentaron 19 propuestas que fueron exhibidas durante todo el día y evaluadas por un jurado externo con una premiación a los tres primeros lugares.

# PLAN DE CAPACITACIÓN. En desarrollo del Plan de Capacitación se continúa fortaleciendo la atención al ciudadano con temas como: comunicación asertiva del personal de admisiones y facturación con el apoyo de Protección, a la fecha se han capacitado 20 auxiliares administrativas (Facturadores), 4 camilleros, 2 técnicas área salud (trabajadoras sociales). El SENA actualmente se encuentra certificando por competencias 54 Auxiliares de enfermería y formando a 19 Auxiliares Administrativas en la Tecnología de Gestión por proceso Administración en Salud con un módulo de "Atención y Orientación al Usuario".

# SATISFACCIÓN DEL USUARIO. Se revisó y ajustó el procedimiento de medición de la satisfacción del usuario; se actualizó la muestra representativa por servicio y la encuesta con base en la información solicitada por la resolución 256 de 2016 (Sistema de información para la calidad). Cada mes se envía el informe de satisfacción a las partes interesadas. Durante el mes de agosto de 2016 la satisfacción del usuario fue del 98,35%.

## COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

# PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN. Se elaboró y se envió a los responsables, desde la Oficina de Calidad y Planeación, la matriz con la información a publicar. Se creó en la página web la sección de "Transparencia y Acceso a la información pública", de acuerdo con cronograma. URL: <http://www.hgm.gov.co/index.php/transparencia-y-acceso-a-la-informacion>. La información publicada tiene un indicador del 100%. De acuerdo al Decreto 103 de 2015, Artículo 52 el Hospital tiene publicado en la página web el informe consolidado de solicitudes a la entidad en el cual se detallan las solicitudes recibidas, las trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información. Este informe es publicado cada seis meses, es decir, el 30 de enero y el 30 de julio de cada año.

# INVENTARIO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN. Se tiene actualizado el inventario de activos de información relacionado con la parte documental. Se está revisando la normatividad para ajustar el informe. Se realizarán ajustes relacionados con la norma ISO 27000 seguridad de la información. El inventario de activos de información (archivos documentales - Central) se tiene actualizado a la fecha y el proceso de hacer de manera sistemática a medida que se van realizando las transferencias documentales.

# ATENCIÓN TELEFÓNICA. Se valida el funcionamiento para el servicio de la comunidad la línea telefónica 384 73-00 extensión 1813, disponible en horas hábiles, la línea gratuita nacional 01 8000 411124, disponible 24 horas, la línea telefónica local, disponible 24 horas, están registrando la información de quejas y reclamos, se ha verificado el cumplimiento del proceso de quejas y reclamos de la institución. Adicionalmente los siguientes correos electrónicos están disponibles y han sido utilizados por nuestros usuarios: [atencionalusuario@hgm.gov.co](mailto:atencionalusuario@hgm.gov.co), [contacto@hgm.gov.co](mailto:contacto@hgm.gov.co)



**Radicado:** HGM 009 00000000002016000314

**Fecha:** 14.10.2016 **Hora:** 15:49:56

**Sociedad:** P HGM Hospital General de Medellín

### 3. Seguimiento al Seguimiento Plan de Mejoramiento 2016.

Se presenta el estado de avance de las actividades del Plan. Ver Anexo N° 1.

### 4. Avance Plan de Auditorías 2016

El avance del Plan de Auditorías va en un 53%, en razón a la decisión de la Administración de trasladar un Auditor de la Oficina, que aún no se reemplaza, se entrará a evaluar la necesidad de modificar el Plan Anual de Auditoría. Ver Anexo N° 2.

Los principales hallazgos de las Auditorías Internas 2016 son los siguientes:

#### a. Auditoría a la Unidad Neonatal- Atención en Hospitalización

« Hallazgo: El frecuente ausentismo exige la rotación de personal entre los servicios afectando la calidad de la atención, la productividad, genera inestabilidad y afecta el clima laboral.

« Recomendación: Con el área de Gestión Humana, analizar de manera sistemática el ausentismo laboral en el personal Auxiliar de Enfermería de la Unidad Neonatal, teniendo en cuenta el indicador de incapacidades.

« Recomendación: Es importante el acompañamiento de Seguridad y Salud en el Trabajo, a la Coordinación de Enfermería para seguimiento y adaptación laboral del personal reubicado y adherirse a lo dispuesto en el instructivo de Reintegro Laboral.

#### b. Auditoría Programa de Seguridad del Paciente.

« Hallazgo: Es de resaltar que la institución ha venido realizando acciones de gestión del riesgo, pero de forma desarticulada, lo que no permite visualizar los avances en la minimización del riesgo.

« Recomendación: Es importante que el Programa de Seguridad del Paciente evolucione con las tendencias mundiales e incluir en el programa un enfoque predictivo, es decir basado en la gestión del riesgo.

« Recomendación: Se recomienda una orientación hacia la gestión del riesgo de forma integral al interior del hospital, que permita revisar de forma crítica las realidades alrededor de los diferentes procesos institucionales.

« Recomendación: Una de las formas para medir el impacto del programa de Seguridad del paciente, es evidenciando la efectividad de medidas tomadas y prácticas seguras implementadas. Es importante evaluar indicadores de resultado como disminución de la mortalidad, disminución de la readmisión de pacientes, disminución de demandas por malas praxis, menores costos, optimización en la utilización salas quirúrgicas, tiempos de ocupación, estancias hospitalarias, capacidad resolutive, entre otros.

« Recomendación: Evidenciar las acciones de mejoramiento formuladas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados, que ayude a medir el impacto del programa de seguridad del paciente en las áreas con mayor ocurrencia de eventos adversos como son: Urgencias, Cirugía, Unidad Neonatal y UCI 2 Sur.

#### c. Auditoría a Gestión Documental.



**Radicado:** HGM 009 00000000002016000314

**Fecha:** 14.10.2016 **Hora:** 15:49:56

**Sociedad:** P HGM Hospital General de Medellín

« Hallazgo: La auditoría logra evidenciar el aumento en los volúmenes de información electrónica en la institución, la ausencia de compatibilidad entre sistemas (SAP, WINLAB, PACS, RIS y todavía SERVINTE, entre otros) la falta de estándares archivísticos, la ausencia de esquemas técnicos para la clasificación y organización de la información electrónica, y los riesgos de pérdida de ésta, a causa de factores como el rápido cambio tecnológico, la obsolescencia del hardware y software y la vulnerabilidad de los medios de almacenamiento.

« Recomendación: Se recomienda implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo # SGDEA que garantice la normalización, correcta gestión, salvaguarda, integridad y preservación de los documentos electrónicos durante su ciclo de vida y plazos establecidos en las Tablas de Retención Documental # TRD.

« Recomendación: Es importante elaborar e implementar lineamientos para la conversión o migración de los documentos electrónicos de archivos, en el marco del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo # SGDEA.

#### d. Gestión disciplinaria

« Hallazgo: Verificado el cumplimiento de la resolución número 310 de agosto 3 de 2010, por medio de la cual se crea la unidad de control interno disciplinario, se encuentra que no se ha dado cumplimiento al artículo tercero numeral 3, que define "Recomendar a la Gerencia, la adopción de un Reglamento para el funcionamiento de la Unidad".

« Recomendación: Se recomienda fortalecer la función enunciada en el numeral 7 del artículo tercero de la resolución 310 de agosto 3 de 2010 que dice "Implementar acciones para la prevención de las conductas disciplinarias y responsabilidades de los servidores públicos".

« Recomendación: Es importante propiciar una pedagogía institucional en el comportamiento de los servidores públicos del Hospital, acorde con sus responsabilidades, con el compromiso respecto de la función pública a su cargo y con la finalidad de la mejor prestación del servicio. Adoptar mecanismos y estrategias tendientes a prevenir conductas que constituyan faltas disciplinarias, llevando y publicando, entre otras estrategias, un control estadístico de esas conductas y sus resultados.

« Recomendación: Brindar capacitación a los servidores públicos, sobre las conductas que pueden ser constitutivas de falta disciplinaria y las consecuencias que éstas acarrearán.

« Hallazgo: Durante el proceso auditor se evidenció la necesidad de tener un aplicativo que permita realizar control y seguimiento a los expedientes disciplinarios de manera más rápida y efectiva.

« Recomendación: Adelantar gestiones frente a la líder de sistemas para que se asesore en el desarrollo e implementación de un aplicativo para el manejo y control de los mismos. Evaluar la posibilidad técnica de ingresar la gestión documental del proceso por Eurodoc. El alto nivel de manualidad es un riesgo alto importante de considerar.

« Hallazgo: Recientemente se ha materializado el riesgo de pérdida de información en el equipo que se tiene asignado al abogado de procesos disciplinarios por jackeo externo,

« Recomendación: Mantener activo un programa de back up de información.





Radicado: HGM 009 00000000002016000314

Fecha: 14.10.2016 Hora: 15:49:56

Sociedad: P HGM Hospital General de Medell

« Hallazgo: Durante el proceso auditor se evidencio la necesidad de asegurar recursos al proceso, tales como, tecnología de grabación para adelantar procesos verbales, aplicativo que permita realizar control y seguimiento a los expedientes disciplinarios, espacios para garantizar la privacidad durante las diferentes audiencias, entre otros.

« Hallazgo: Revisada la matriz de riesgos del proceso se observa que se ha materializado el riesgo de terminación del proceso por vencimiento de términos (prescripción) caso del proceso con radicado número 2009-015 y radicado 2010-003, la auditoría advierte riesgo alto por posible prescripción de los siguientes radicados: 2010-001, 2010-004, 2010-005, 2010-007, 2010-009, 2011-002, 2011-004, 2011-005

« Recomendación: Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo # SGDEA que garantice la normalización, correcta gestión, salvaguarda, integridad y preservación de los documentos electrónicos durante su ciclo de vida y plazos establecidos en las Tablas de Retención Documental # TRD, dentro del proceso se materializó un riesgo de pérdida de información que era grabada en CDs. En procesos disciplinarios llevados a cabo por funcionario abogado que actualmente no está en la institución.

« Hallazgo: De acuerdo con la base de datos suministrada se observa que a la fecha de la auditoria tenían un total de 88 procesos, siendo la conducta más recurrente en más de un 80% el incumplimiento de funciones, inasistencia injustificada o mal trato.

« Recomendación: para lo cual se recomienda estudiar la posibilidad de aplicar con mayor proporción el proceso disciplinario verbal para obtener mayor celeridad, de tal manera que el proceso fortalezca credibilidad y confianza institucional.

#### e. Proceso de Esterilización - Atención en Clínicas Quirúrgicas.

« Recomendación: Definir e implementar un procedimiento de transporte tanto de recepción como de entrega de material en la CEyE. Es importante para el transporte de los elementos por fuera de la Central de Esterilización, utilizar carros cerrados debidamente marcados para el traslado seguro, que permitan el aislamiento del paquete de los factores externos que puedan afectar su esterilidad.

« Hallazgo: La auditoría logra evidenciar en la orden de solicitud de instrumental por el área quirúrgica, aunque existen parámetros para diligenciar en el formato de quien solicita y de quien entrega, no está quedando registro de los responsables de estas actividades, cuando se requiere el instrumental o dispositivos médicos por los funcionarios del área de cirugía.

#### f. Proceso de Esterilización (CEyE)- Atención en Clínicas Quirúrgicas.

« Recomendación: Fortalecer el control de entrega de instrumental y dispositivos médicos de la Central de Esterilización al servicio de Cirugía y a los demás servicios que aplique, que permita hacer trazabilidad de quien entrega y quien recibe. La información obtenida puede ser utilizada también como insumo para la planificación del servicio.

« Hallazgo: Revisando los costos de la CEyE, observa que el procedimiento de esterilización que utiliza Plasma de peróxido de hidrogeno, tiene un costo/ciclo más elevado, debido al elevado precio del agente esterilizante.



Radicado: HGM 009 00000000002016000314

Fecha: 14.10.2016 Hora: 15:49:56

Sociedad: P HGM Hospital General de Medellín

« Recomendación: Tener en cuenta la importancia de los llenados óptimos, para que el proceso de esterilización resulte eficiente, para rentabilizar la carga de cada uno de los esterilizadores, porque cuanto mayor sea la carga (llenado óptimo), más económico será el costo/litro.

« Recomendación: Es importante explorar la posibilidad de implementar un modelo de optimización de costos, con el fin de buscar el costo mínimo de una combinación de tecnologías de esterilización a baja temperatura y a vapor, de acuerdo con el volumen recibido para esterilizar en la Central de Esterilización. Además, es necesario evaluar los costos y los riesgos de tener o no tener equipos de back-up o respaldo en caso de contingencias.

#### g. Atención en Servicios Ambulatorios 2016 (Consulta Externa - Fisioterapia).

« Hallazgo: Para este servicio están asignadas siete (7) Auxiliares de Enfermería de lunes a viernes, pero debido a frecuentes incapacidades, frecuentemente permanecen sólo tres (3).

« Recomendación: Evaluar las causas de ausentismo en general del personal de este servicio y explorar la posibilidad de disponer de actividades alternas como fortaleciendo de los programas de promoción y prevención, que sean una alternativa para fortalecer la productividad del servicio.

« Hallazgo: A pesar de que está definido el riesgo de la subutilización de la capacidad instalada, de los diferentes servicios ofrecidos en el área de consulta externa (poco aprovechamiento de la infraestructura disponible en el área de Fisioterapia), no se tiene implementado un control específico, ni se tienen planteadas estrategias de mercadeo, que permitan mitigar este riesgo.

« Recomendación: Evaluar la posibilidad de implementar controles o estrategias efectivos que permitan impactar el riesgo de subutilización de la capacidad instalada.

#### h. Gestión del Presupuesto

« Hallazgo: No se evidencia conciliación mensual del módulo de presupuesto con otros módulos como la tesorería, validando la exactitud e integridad de la información, dejando constancia del control por escrito. Se recomienda proceder a revisar y definir la pertinencia de las respectivas conciliaciones de manera periódica.

« Recomendación: Revisar el concepto 21415 imagenología, ya que en los últimos cinco años presenta un promedio de ejecución de 475 millones y la ejecución de este concepto mostrada en el año 2015 es solo de \$ 95.971.277, con una disminución en la ejecución presupuestal del último año del 80%.

« Recomendación: Para mantener una adecuada segregación de funciones y roles se recomienda revisar los roles, actualizarlos y mantener un control sobre estos, FMOPER y FMIR son transacciones sensibles en tanto que permiten abrir y cerrar periodos presupuestales, estos roles los tienen adicionalmente el profesional de presupuestos y los funcionarios, Fidel de J. Castro, Natalia Gallego, Gladys Elena Usma y Natalia Arias.

« Hallazgo: La auditoría evidencia debilidad en la adherencia al instructivo AP-GFI-PR001I01, planificación del presupuesto por unidad estratégica de negocios (unidad funcional), cuyo objetivo es establecer pautas metodológicas para el cálculo de los diferentes rubros presupuestales acorde a las necesidades específicas de cada área.

#### i. Gestión Jurídica





**Radicado:** HGM 009 00000000002016000314

**Fecha:** 14.10.2016 **Hora:** 15:49:56

**Sociedad:** P HGM Hospital General de Medel

« Recomendación: Desde la prevención del daño jurídico debe la oficina de asesoría jurídica mantener un programa de capacitación institucional para los servidores públicos, sobre las conductas que pueden ser constitutivas de demanda, cómo prevenirlas desde lo que estamos documentando y las consecuencias que éstas acarrearán.

« Hallazgo: No se evidencian en el sistema de gestión documental Eurodoc todas las actas del Comité de Conciliaciones, por gestión documental, formalidad y trazabilidad es importante documentar toda la gestión por este medio.

« Hallazgo: Se observa que el hospital pagó durante el año 2015, \$ 107.975.990, por concepto de pago de intereses de mora, en su mayoría por reliquidaciones de procesos ejecutivos. Se recomienda aplicar intervenciones efectivas para evitar el pago de intereses de mora ya que involucran un riesgo fiscal.

« Hallazgo: La auditoría advierte un riesgo alto por incumplimiento en los tiempos de respuesta a los derechos de petición conforme lo establece la ley 1755 de 2015, dado que en un porcentaje alto llegan a diferentes áreas de la institución sin que se tenga el control de los tiempos ni el control centralizado por parte de la Oficina Jurídica. Como ejemplo se mencionan los siguientes: derecho de petición con radicado número 2016001639 del 22 de febrero de 2016, sin radicado referencia (sin respuesta por Eurodoc), igual situación se presenta con los radicados números 2016001645, 2016001646, 2016003517, se recomienda garantizar respuesta por Eurodoc al 100% de los derechos de petición.

« Recomendación: Deberá definirse un reglamento interno de manejo de los derechos de petición con control centralizado por la oficina jurídica de la institución.

#### j. Gestión Activos Fijos.

« Recomendación: Dar cumplimiento estricto al Artículo cuarto de la resolución 184 con respecto a que el ingreso de los activos fijos en comodato al inventario, parágrafo dos, los bienes o equipos en consignación, comodato, leasing o donados, no ingresarán a la Institución sin antes haberse legalizado el contrato respectivo, igualmente al Artículo quinto, de la revisión, verificación y actualización del inventario de activos fijos se efectuará una vez por año, de tales revisiones se levantarán las actas correspondientes en las que se registrarán las novedades encontradas, las cuales harán posible el posterior ajuste del inventario de manera que se pueda obtener en él la información precisa y actualizada sobre la identificación, ubicación, estado y persona a cargo de todos y cada uno de los activos fijos e insumos del Hospital.

« Hallazgo: En el momento de la auditoría se encontró equipo en comodato sin legalizar desde hace seis meses. En la vigencia del presente año no se han actualizado contratos de comodato.

« Recomendación: Se recomienda realizar una depuración total de los diferentes activos en comodato existentes, con el fin de actualizar el sistema de información y cruzarlo con la información de contabilidad.

« Hallazgo: La auditoría encuentra que en el hospital no se ha realizado inventario del instrumental quirúrgico desde hace tres años. Informan de la central de esterilización que actualmente se tiene una cantidad importante de instrumental, inclusive nuevo que no se usa.



**Radicado:** HGM 009 00000000002016000314

**Fecha:** 14.10.2016 **Hora:** 15:49:56

**Sociedad:** P HGM Hospital General de Medel

« Recomendación: Programar la realización de un inventario de control sobre el instrumental quirúrgico de la institución y garantizar un debido control sobre éstos elementos de alto valor para la institución.

« Hallazgo: Al momento de la auditoría se observa que aún está pendiente por entregar la cartera de activos fijos de los servicios de sistemas, mantenimiento y cirugía, servicios que poseen un número importante de activos. Se recomienda acelerar la entrega de esta cartera.

« Hallazgo: La auditoría observa que no se tiene elaborado un cronograma de control de inventario año 2016, para darle cumplimiento al objetivo de revisar, verificar y realizar toma física de los inventarios de cada una de las áreas. De acuerdo con la resolución gerencial 184G de 2010, la verificación y actualización del inventario de activos fijos se debe efectuar cada año.

« Hallazgo: Se observa que la resolución gerencial 184 G de 2010 la cual reglamenta el manejo y custodia de los activos fijos en la institución, se encuentra desactualizada en la definición de responsabilidades y en la denominación de cargos. Se recomienda actualizarla y redefinir nuevas responsabilidades y mayor compromiso institucional en el control de los activos fijos.

#### k. Gestión Banco de Sangre.

« Hallazgos: El clima laboral de las campañas de donación de sangre está afectado por dificultades de comunicación puede llegar afectar la imagen de la institución, por la actitud de un funcionario, situación que no es nueva para la organización; se recomienda una intervención inmediata en este tema con aclaración específica de funciones y generación de compromiso institucional.

« Hallazgo: Para el servicio de transfusión sanguínea, en el estándar de Talento Humano la norma de Habilitación, establece que "Todo el personal debe contar con certificado de formación para el manejo de transfusión sanguínea".

« Recomendación: El Hospital debe garantizar la capacitación en medicina transfusional y hemovigilancia a todo el personal médico y de enfermería profesional que ingresa nuevo a la institución, asegurando que tenga la respectiva certificación.

« Hallazgo: La auditoría encuentra que dentro del Banco de Sangre existen equipos en la modalidad de comodato funcionando y que no tiene contrato vigente.

« Hallazgo: La auditoría encuentra que del 3 y el 13 Junio del 2016 hay dos solicitudes de actualización de contratos de equipos en comodato para el Banco de Sangre, sin embargo en este momento (30 agosto de 2016) aún no están listos los contratos de Abbott y Biocientífica; generando riesgo de cumplimiento y débil control de inventarios de comodatos.

« Recomendación: Se recomienda mantener actualizados estos contratos.

« Hallazgo: Revisado el Plan Institucional de Capacitación publicado en la intranet, específicamente en lo relacionado con el servicio de Banco de sangre, se observa que la programación allí planteada no se ha cumplido, según informa el personal del Banco de Sangre.



Radicado: HGM 009 00000000002016000314

Fecha: 14.10.2016 Hora: 15:49:56

Sociedad: P HGM Hospital General de Medellín

« Recomendación: Dar cumplimiento a circular del Instituto Nacional de Salud que hace recomendaciones sobre capacitación del personal de Bancos de Sangre, la cual debe hacerse visible en el plan de capacitación institucional, con la respectiva evidencia de su cumplimiento en archivos de Gestión Humana. Es importante incluir dentro de las capacitaciones el tema de Reactivovigilancia.

« Recomendación: Explorar la posibilidad de implementar el diligenciamiento de la encuesta del donante por medio electrónico y avanzar en implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo # SGDEA que garantice la normalización, correcta gestión, salvaguarda, integridad y preservación de los documentos electrónicos durante su ciclo de vida.

#### I. Contrato programa Protección Renal.

« Recomendación: Revisar limitantes de infraestructura física, por ser una construcción antigua, tiene mayor vulnerabilidad. (incluye redes de gases e hidrosanitarias).

« Recomendación: Estandarizar y documentar el procedimiento de referencia y contrarreferencia, que permita la coordinación y continuidad del proceso de atención del usuario.

« Recomendación: Definir qué medidas de seguridad alternativas, se van a implementar para impactar riesgos de hurto y seguridad general del personal.

« Recomendación: Realizar el inventario documental, implementar las tablas de retención documental (TRD).

#### 5. Fortalecer la Oficina Asesora de Control Interno.

Se presenta un comparativo, el mismo que presentó a la Junta Directiva, sobre la necesidad de fortalecer la Oficina de Control Interno. Se recuerda que desde el 12 de agosto fue trasladada a la Oficina de Calidad y Planeación una Auditora para asumir los riesgos de la entidad y el Sarlaft.

Hoy la dependencia cuenta con el jefe de la oficina, un profesional de Control Interno y una Secretaria, supernumeraria, que no está todo el tiempo. Se informa que se le presentó a la Junta una solicitud para fortalecer el equipo de auditoría con otros profesionales, así: Un profesional: Auditor interno para procesos financieros, Un profesional: Auditor interno para procesos de Tecnología y Sistemas de Información; Un Tecnólogo: Auxiliar de auditoría. Además: Reemplazar el cargo dejado por la funcionaria asignada a SARLAFT, para los Procesos Asistenciales y mantener la Secretaria permanentemente.

Estamos pendientes de una decisión al respecto. Se informa que estamos pendientes de las decisiones en este sentido para solicitar, de ser necesario, una modificación al Plan de Auditoría 2016.

#### IV. PROPOSICIONES Y VARIOS

1. Se informa que algunos de los procesos auditados en el año 2016, no han formulado el Plan de Mejoramiento; son ellos: Atención Banco de Sangre, Gestión Jurídica, Gestión de Activos Fijos y Programa de Protección Renal, razón por la cual se solicita a las Subgerentes Administrativa y Asistencial que les recuerden a los líderes de los procesos respectivos ponerse al día con este compromiso.



**Radicado:** HGM 009 00000000002016000314

**Fecha:** 14.10.2016 **Hora:** 15:49:56

**Sociedad:** P HGM Hospital General de Medel

2. El doctor Gustavo Hernández, Jefe Oficina de Calidad y Planeación le recuerda al Jefe Oficina de Control Interno tener en cuenta la auditoría al Proceso de Mejoramiento Institucional, para lo cual este dice que revisará el asunto.

#### V. COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA REUNIÓN ACTUAL

N°	COMPROMISOS	RESPONSABLES	PLAZO
01	Solicitar la formulación de los Planes de Mejoramiento de los siguientes procesos: Atención Banco de Sangre, Gestión Jurídica, Gestión de Activos Fijos y Programa de Protección Renal	MARTA CECILIA SEPULVEDA VALDERRAMA	21.10.2016
02	Solicitar la formulación de los Planes de Mejoramiento de los siguientes procesos: Atención Banco de Sangre, Gestión Jurídica, Gestión de Activos Fijos y Programa de Protección Renal	ADRIANA MARCELA FONTALVO RESTREPO	21.10.2016
03	Determinar la realización de Auditoría al Proceso de Mejoramiento Institucional	CARLOS URIEL LOPEZ RIOS	21.10.2016

Fecha próxima reunión: 20161115

Coordinador

CARLOS URIEL LOPEZ RIOS  
Secretario