

**HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**  
*Atención excelente y calidad de vida*

**OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA**  
*Construimos Confianza*

# Informe Cuatrimestral N° 8-2019

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL  
SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

Período: Noviembre 4 de 2018 a marzo 3 de 2019

Medellín  
Marzo 12 de 2019



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

## PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial lo dispuesto por el Decreto 648 de 2017 en su artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes, al 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 N° 8-2019 del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín**, correspondiente al período del **4 de noviembre de 2018 al 3 de marzo de 2019**

El Sistema Institucional de Control Interno<sup>1</sup> está integrado por “el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos, y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad”.

El presente informe se ha estructurado conforme a lo dispuesto en la dimensión 7, de Control Interno del Decreto Nacional 1499 de 2017 que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG., que contempla los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno para verificar y evaluar el Sistema Institucional de Control Interno - SICI.

Desde la Oficina de Auditoría Interna, **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.

---

<sup>1</sup> Artículo 8° del Decreto 648 de 2017 que modifica el artículo 2.2.21.3.1. del Decreto 1083 de 2015.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza  
**TABLA DE CONTENIDO**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.....</b>                                       | <b>7</b>  |
| <b>1.1. Dimensión N°1. Talento Humano.....</b>                                      | <b>7</b>  |
| 1.1.1. Código de Ética y Buen Gobierno.....   | 7         |
| 1.1.2. Planeación del talento humano.....   | 7         |
| 1.1.3. Planta de cargos y manual de funciones.....                                  | 8         |
| 1.1.4. Plan Institucional de Capacitación – PIC.....                                | 9         |
| 1.1.5. Programa de Inducción y Reinducción.....                                     | 9         |
| 1.1.6. Programa de Bienestar.....   | 9         |
| 1.1.7. Plan de Incentivos.....  | 9         |
| 1.1.8. Acuerdos de Gestión.....   | 9         |
| 1.1.9. Evaluación del desempeño laboral.....  | 9         |
| 1.1.10. Entrenamiento en el puesto de trabajo.....                                  | 10        |
| 1.1.11. Aplicación "Ley de Cuotas".....   | 11        |
| 1.1.12. Declaración de Bienes y Rentas.....   | 11        |
| <b>1.2. Dimensión N° 2. Direccionamiento estratégico y planeación.....</b>          | <b>12</b> |
| <b>Dimensión N° 6. Gestión del Conocimiento y la Innovación.....</b>                | <b>12</b> |
| <i>Elemento: Planes.....</i>  | <i>12</i> |
| 1.2.1. Plan Estratégico 2016 – 2027.....  | 12        |
| 1.2.2. Plan de Desarrollo 2016 – 2019.....  | 12        |
| 1.2.3. Plan de Acción 2019.....   | 13        |
| 1.2.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.....                             | 14        |
| 1.2.5. Plan Anual de Adquisiciones.....   | 14        |
| 1.2.6. Plan de Movilidad Sostenible.....  | 15        |
| 1.2.7. Plan de Austeridad.....  | 15        |
| 1.2.8. Control Interno Contable.....  | 16        |
| 1.2.9. Presupuesto 2019.....  | 16        |
| 1.2.10. Plan Anual de Auditorías Independientes – PAAI.....                         | 16        |
| <i>Elemento: Programas.....</i>   | <i>17</i> |
| 1.2.11. Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.....               | 17        |
| 1.2.12. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.....                              | 17        |
| 1.2.13. Programa 3. Competitividad.....   | 17        |
| 1.2.14. Programa 4. Capital Humano.....   | 18        |
| 1.2.15. Programa 5. Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad..... | 18        |
| 1.2.16. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.....                     | 18        |
| 1.2.17. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.....                       | 19        |
| 1.2.18. Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.....        | 19        |
| 1.2.19. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.....                  | 19        |

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

|   |           |
|---|-----------|
| Elemento: Proyectos.....  | 20        |
| 1.2.20. Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente. ....  | 20        |
| 1.2.21. Proyecto 2. Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas. ....   | 20        |
| 1.2.22. Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen. ....  | 21        |
| 1.2.23. Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos. ....  | 21        |
| 1.2.24. Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias. ....   | 22        |
| 1.2.25. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional. ....  | 22        |
| 1.2.26. Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad. ....  | 23        |
| 1.2.27. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia. ....  | 23        |
| 1.2.28. Proyecto 9. Gobierno Digital. ....  | 23        |
| 1.2.29. Proyecto 10. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos). ....  | 24        |
| 1.2.30. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación. ....  | 24        |
| 1.2.31. Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario. ....   | 25        |
| 1.2.32. Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos. ....   | 26        |
| 1.2.33. Proyecto 14. Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro-diagnóstico. ....                                   | 26        |
| 1.2.34. Proyecto 15. Adecuación del Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur. ....  | 27        |
| 1.2.35. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental. ....   | 27        |
| 1.2.36. Proyecto 17. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial. ....   | 28        |
| 1.2.37. Proyecto 18. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información). ....   | 28        |
| 1.2.38. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática. ....  | 29        |
| Elemento: Políticas. ....   | 30        |
| Política de Gestión Presupuestal. ....  | 30        |
| 1.2.39. Gestión de Cartera. ....  | 30        |
| 1.2.40. Proceso de Facturación. ....  | 31        |
| <b>Dimensión N° 3. Gestión con Valores para Resultados. ....</b>  | <b>31</b> |
| 1.2.41. Estructura organizacional. ....   | 31        |
| 1.2.42. Modelo de Operación por procesos. ....  | 32        |
| 1.2.43. Sistema de Gestión / Gestión Ambiental. ....  | 32        |
| 1.2.44. Sistema de Gestión / Salud y seguridad en el trabajo. ....  | 32        |
| 1.2.45. Sistema de Gestión / Responsabilidad Social. ....   | 33        |
| 1.2.46. Sistema de Gestión / Modelo Estándar de Control Interno – MECI. ....  | 33        |
| 1.2.47. Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema Único de Habilitación. ....                                    | 33        |
| 1.2.48. 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. .... | 34        |
| 1.2.49. Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema de Información para la Calidad – SIC. ....                     | 34        |
| 1.2.50. Sistema de gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Sistema Único de Acreditación. ....                                     | 35        |
| 1.2.51. Procesos de Conciliación. ....  | 35        |
| 1.2.52. Defensa Jurídica. ....  | 36        |

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

|   |           |
|---|-----------|
| <b>II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.....</b>                                      | <b>36</b> |
| 2.1. <i>Lineamientos de Política.....</i>   | 36        |
| 2.2. <i>Identificación del riesgo.....</i>  | 37        |
| 2.3. <i>Análisis del riesgo.....</i>  | 37        |
| 2.4. <i>Evaluación del riesgo.....</i>  | 37        |
| 2.5. <i>Monitoreo y revisión.....</i>   | 37        |
| <b>III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.....</b>                                    | <b>37</b> |
| 3.1. <i>Indicadores Institucionales.....</i>  | 37        |
| <b>IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....</b>                                 | <b>38</b> |
| <b>Dimensión N° 5. Información y Comunicación.....</b>                                | <b>38</b> |
| 4.1. <i>Sistemas de Información.....</i>  | 38        |
| 4.2. <i>Desarrollo Tecnológico.....</i>   | 38        |
| 4.3. <i>Derechos de Autor de Software.....</i>  | 38        |
| 4.4. <i>Comunicación interna.....</i>   | 39        |
| 4.5. <i>Comunicación externa.....</i>   | 40        |
| 4.6. <i>Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU.....</i>         | 41        |
| 4.7. <i>Rendición de cuentas.....</i>   | 42        |
| 4.8. <i>Gestión documental.....</i>   | 42        |
| 4.9. <i>Plan de comunicaciones.....</i>   | 44        |
| 4.10. <i>Transparencia y lucha contra la corrupción.....</i>                          | 44        |
| 4.11. <i>Participación ciudadana.....</i>   | 44        |
| <b>V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.....</b>                                    | <b>45</b> |
| <b>Dimensión N° 4. Evaluación de Resultados.....</b>                                  | <b>45</b> |
| <b>Dimensión N° 7. Control Interno.....</b>   | <b>45</b> |
| 5.1. <i>Evaluación del Clima Laboral.....</i>   | 45        |
| 5.2. <i>Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento.....</i>                       | 45        |
| 5.3. <i>Seguimiento al Plan de Austeridad.....</i>                                    | 45        |
| 5.4. <i>Enfoque de autoevaluación.....</i>  | 46        |
| 5.5. <i>Revisión por la Dirección.....</i>  | 46        |
| 5.6. <i>Informe cumplimiento Control Interno Contable.....</i>                        | 46        |
| 5.7. <i>Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna.....</i>                         | 47        |
| 5.8. <i>Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación.....</i>            | 47        |
| 5.9. <i>Auditoría NTC 14.001.....</i>   | 48        |
| 5.10. <i>Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001.....</i> | 48        |
| 5.11. <i>Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.....</i>                  | 49        |
| 5.12. <i>Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.....</i>                  | 49        |
| 5.13. <i>Plan de Mejoramiento Archivístico.....</i>                                   | 49        |
| 5.14. <i>Plan de Mejoramiento Institucional.....</i>                                  | 50        |

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

|  |    |
|--|----|
| 5.15. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna .....               | 50 |
| 5.16. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín ..... | 51 |
| 5.17. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.....                 | 51 |

**VI. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO. ....53**

|                     |    |
|---------------------|----|
| 6.1. Normativa..... | 53 |
| 6.2. Concepto ..... | 54 |

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

Estructura del Informe Pormenorizado Cuatrimestral.

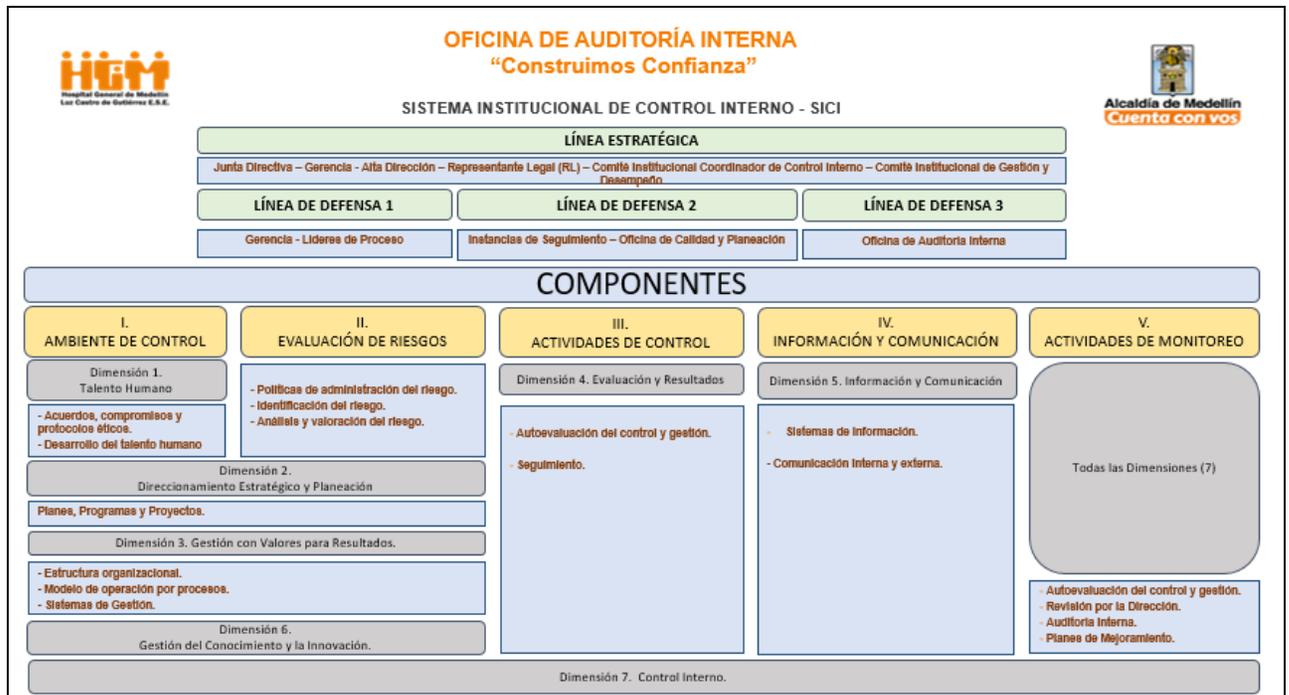


Diagrama elaborado por la Oficina de Auditoría Interna.  
Fuente: Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG del DAFP.

## I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.

### 1.1. Dimensión N°1. Talento Humano.

#### 1.1.1. Código de Ética y Buen Gobierno.

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno; la versión 2, se encuentra publicada en la plataforma de la entidad, desde el 21 de febrero de 2016. Página 1 de 20.

#### 1.1.2. Planeación del talento humano.

En la página web del Hospital [www.hgm.gov.co/](http://www.hgm.gov.co/) Transparencia y acceso a la información pública/Integración planes MIPG, se encuentran publicados, los siguientes planes:

- Plan Anual de Vacantes. Código: AP-GHU-AP001D03.
- Plan de Previsión de Recurso Humano. Código: AP-GHU-AP001D01.
- Plan Estratégico de Recurso Humano. Código: AP-GHU-AP001D02.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Plan de Estímulo e Incentivos. Código: AP-GHU-BL001D02.
- Plan de Capacitación. Código: AP-GHU-EC001D01.
- Plan de Bienestar. Código: AP-GHU-BL001D01.

### 1.1.3. Planta de cargos y manual de funciones.

El Hospital cuenta con una planta de cargos de 1340 plazas, clasificadas así:

- 881 plazas de cargos de carrera administrativa.
- 459 plazas de la planta temporal.

Entre las actividades de fortalecimiento institucional se tiene:

- Mediante Acuerdo 193 diciembre de 2018 de la Junta Directiva, se aprueba la creación del cargo del Profesional Universitario 1 en el área de riesgos, con sus respectivas funciones; se modifica la planta de cargos y el manual de Funciones.
- Se expide la Resolución 555 de 2019 de la Gerencia de la entidad, mediante la cual se incrementa el salario de los funcionarios públicos y trabajadores oficiales.

### Movimientos de cargos en la Alta Dirección.

En el período se presentaron los siguientes cambios:

- Renuncia del Subgerente de procesos Asistenciales.
- Renuncia Jefe de Oficina de Calidad y Planeación.
- Nombramiento del Director de Ayudas Diagnosticas en la vacante de la Subgerente de Procesos Asistenciales.
- Nombramiento de la Jefe de Oficina de Calidad y Planeación.

### Fortalezas:

- Publicación del Manual en la Intranet y le permite al funcionario realizar consulta de las funciones de los cargos en planta del Hospital.
- Vinculación de personal idóneo y competente.

### Debilidades:

- No tener una plataforma donde se registren las novedades generadas y que hacen parte del movimiento de la planeación del recurso humano; además que esta información se lleva de forma manual en una plantilla de Excel.
- No poder realizar ajustes al Manual de funciones hasta tanto no se tenga definido el proceso de la convocatoria Nivel Nacional (CNSC).

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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

Entre las actividades se tienen la publicación de la Resolución que establece el Plan anual de capacitación.

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

Entre las actividades está la generación del Certificado de Inducción, expedido a través de la plataforma. El Hospital no cuenta con una Política de Retención.

### **1.1.6. Programa de Bienestar.**

Se elabora el plan anual de Bienestar 2019 que fue aprobado por Gerencia a través de la Resolución N° 1567 diciembre de 2018.

### **Fortalezas.**

- Indicadores de Capacitación (Indicadores Institucionales) 2018.

### **1.1.7. Plan de Incentivos.**

Dentro del cronograma de bienestar se tiene programado para el mes de agosto de 2019.

### **1.1.8. Acuerdos de Gestión.**

### **Evaluación Vigencia 2018.**

El Gerente del Hospital para el periodo 2018 realizó la evaluación de acuerdo de gestión para cada uno de los directivos del Hospital.

### **Elaboración Acuerdos de Gestión 2019.**

La gerencia, así mismo procedió con la concertación de los compromisos de los acuerdos para el período 2019.

### **1.1.9. Evaluación del desempeño laboral.**

### **Metas por dependencias 2019.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- La oficina de calidad y planeación entrega a las dependencias el consolidado de la evaluación por áreas, la cual se constituye en un insumo importante para la evaluación de desempeño. Es importante anotar que a partir de la entrada en vigencia de la evaluación anual del periodo 2018 dicha evaluación se omitirá.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Se comparte con las áreas los tres compromisos institucionales que sirven de insumo para la concertación de objetivos de la vigencia 2019:
  - Contribuir a la gestión adecuada de los recursos institucionales, mediante una gestión basada en procesos, incrementando la eficiencia y la calidad en el desempeño de los mismos.
  - Aumentar los niveles de satisfacción, oportunidad y calidez en el servicio, mediante el acompañamiento integral que se traduzca en una fidelización y confianza de nuestros clientes, y un referente como empresa líder en el sector salud.
  - Fortalecer la cultura de la calidad, mediante la participación activa en los sistemas de gestión institucional, promoviendo buenas prácticas ambientales, de salud y seguridad en el trabajo y de calidad en la prestación del servicio que aporten al desarrollo organizacional y de la región.

### **Fortalezas**

- El proceso de evaluación de personal de la ESE Hospital general de Medellín se encuentra alineado con los requisitos normativos.

### **Concertación de compromisos.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizó evaluación del desempeño para todos los funcionarios del Hospital para el periodo 2018-2019, para lo cual a la fecha han reportado a Gestión Humana 87% de las evaluaciones realizadas.
- Igualmente se inició con el proceso de la concertación de compromisos en la plataforma implementada por la CNSC.

### **Fortalezas**

- Poder realizar las evaluaciones en plataforma de sistemas de la Institución mucho más amigable.

### **Debilidades.**

- Falta compromiso por parte de algunos funcionarios responsables a evaluar para la entrega de la información oportunamente al área de Gestión Humana.

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

Se realizaron entrenamientos a los funcionarios y contratistas que ingresaron a la Institución y se diligenciaron las plantillas correspondientes para cada proceso.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas**

- Acompañamiento de los profesionales del Hospital que hacen parte de los procesos de los funcionarios que ingresan a la institución.

**Debilidades.**

- Dificultad con los entrenamientos de los directivos aunque se tiene definida una semana para realizar su entrenamiento no se respetan los tiempos programados, lo que dificulta que ellos terminen el proceso.

**1.1.11. Aplicación "Ley de Cuotas".**

Con corte a septiembre de 2018, el hospital no está dando cumplimiento a la Ley de Cuotas. El total de cargos de nivel directivo que son 11, se distribuyen así:

- Máximo Nivel Decisorio: 3 cargos: 1 mujer y 2 hombres.
- Otros Niveles Decisorios: 8 cargos: 1 mujer, 6 hombres y una vacante.

**Debilidades.**

- A la fecha de su reporte la institución no cumple con el 30% exigido.

**1.1.12. Declaración de Bienes y Rentas.**

Los funcionarios Hospital diligenciaron la declaración de Bienes y rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega a 31 de julio del presente 2018. De 1045 funcionarios vinculados el 97% de estos se cumplió con la entrega de actualización de su declaración de bienes y rentas

**Fortalezas.**

- Informe sistematizado en la plataforma virtual a nivel nacional por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Funcionarios que tienen dificultad en realizar el trámite de actualización por no tener conocimiento de ingreso a la plataforma, por lo cual lo deben realizar en el formato físico.

**Observación de Auditoría Interna.**

- La entidad debe requerir a los funcionarios que faltan por diligenciar e iniciar trámite disciplinario por incumplimiento de mandato legal.

**1.2. Dimensión N° 2. Direccionamiento estratégico y planeación.**

**Dimensión N° 6. Gestión del Conocimiento y la Innovación.**

**Elemento: Planes.**

**1.2.1. Plan Estratégico 2016 – 2027.**

El plan estratégico 2016 -2027 se ejecuta en el largo plazo, a través del plan de desarrollo 2016 -2019, el cual se ejecuta en el mediano plazo, a través de los planes de acción que se ejecutan en el corto plazo de un año, actualmente se han ejecutado las vigencias 2016, 2017 y 2018. Se encuentra en curso la vigencia 2019.

**Fortalezas**

- El direccionamiento estratégico del HGM está alineado con el plan de desarrollo de la alcaldía "Medellín Cuenta con Vos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.

**Debilidades.**

- La estructura organizacional de HGM no es la adecuada para el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo.

**Observación de Auditoría Interna.**

- Se ha recomendado a la administración, en diferentes instancias y oportunidades, priorizar la revisión y/o actualización de la actual estructura organizacional.

**1.2.2. Plan de Desarrollo 2016 – 2019.**

El plan de desarrollo 2016-2019 se ejecuta mediante los planes de acción anual. Dichos planes de acción tiene un seguimiento bimensual, con el fin de garantizar su cumplimiento.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **Fortalezas**

- El Plan de Desarrollo 2016-2019 del HGM está alineado con el plan de desarrollo de la alcaldía "Medellín Cuenta con Vos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.

### **Debilidades.**

- La estructura organizacional de HGM no es la adecuada para el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo.

### **Observación de Auditoría Interna.**

- Se ha recomendado a la administración, en diferentes instancias y oportunidades, priorizar la revisión y/o actualización de la actual estructura organizacional.

### **1.2.3. Plan de Acción 2019.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- El plan de acción se ejecuta en el corto plazo (12 meses). Se compone de la ejecución de programas y proyectos estratégicos y de la ejecución de los procesos del HGM.
- Se realiza seguimiento de manera bimestral (6 seguimientos al año). La profesional de proyectos se reúne con los responsables de los proyectos y de los procesos. Se solicitan los entregables como evidencia de la realización de las actividades programadas, se levantan actas de seguimiento a los cronogramas de los proyectos.

### **Fortalezas**

- El Plan de acción 2019 está alineado con el plan de desarrollo del HGM y de la alcaldía "Medellín Cuenta con Vos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.

### **Debilidades.**

- La estructura organizacional de HGM no es la adecuada para el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo.

### **Observación de Auditoría Interna.**

- Se ha recomendado a la administración, en diferentes instancias y oportunidades, priorizar la revisión y/o actualización de la actual estructura organizacional.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### 1.2.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- El plan anticorrupción fue diligenciado y reportado de manera oportuna con corte a diciembre 31 de 2018, así como el cronograma de ejecución del mismo para el año 2019.
- Se cuenta con una oficina de atención al usuario la cual es de fácil acceso y ubicación para los usuarios, un proceso claramente descrito y socializado con el personal de la Institución.
- Se cuenta con diferentes canales para la recepción y trámite de las manifestaciones de los usuarios.

#### **Fortalezas**

- La Institución cumple con los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
- Los instructivos Institucionales son funcionales y permiten la gestión adecuada del proceso.

#### **Debilidades.**

- El espacio de la oficina de atención al usuario es estrecho, allí laboran 2 personas, se cuenta con una practicante permanente y los integrantes de la asociación de usuarios permanecen también allí.
- Por lo anterior, no se garantiza la privacidad del usuario en el momento de ser atendido.

### 1.2.5. Plan Anual de Adquisiciones.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Conformación de un grupo interdisciplinario entre la Dirección Financiera y la Dirección de Apoyo Logístico.
- Estructuración del Plan de Trabajo y metodología a implementar.
- Socialización con las áreas.
- Recolección de la información.
- Elaboración y codificación del plan anual de adquisiciones para el 2019.

#### **Fortalezas**

- El plan anual de adquisiciones, permite identificar y justificar el valor total de recursos requeridos por la entidad para compras y contratación.
- Sirve como referente inicial para evaluar el nivel de ejecución del presupuesto.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Permite pronosticar la demanda de bienes y servicios de la entidad durante el año referido en el Plan.

#### 1.2.6. Plan de Movilidad Empresarial Sostenible - MES.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Revisión de los términos de referencia para la elaboración del plan MES de acuerdo a la guía de formulación e implementación.
- Asistencia al taller de capacitación integral (diagnóstico y formulación del plan
- Adquisición de usuario y clave para acceso a plataforma PMES-SIM
- Recopilación de información para el diagnóstico preliminar
- Diligenciamiento de formato encuesta de evaluación de sitio en la plataforma del AMVA – Área Metropolitana del Valle de Aburrá.
- Gestión con el área de comunicaciones estrategias de comunicación.
- Referenciación con el comité de clínicas y hospitales sobre el tema
- Revisión de la encuesta de movilidad de trabajadores.
- Se definió dentro del proyecto Plan maestro de sostenibilidad ambiental como una de sus actividades a ejecutarse en el 2019.

#### **Fortalezas**

- Compromiso de las Directivas con la implementación del programa.

#### **Debilidades.**

- Insuficiente recurso humano que se empodere del programa.

#### 1.2.7. Plan de Austeridad.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se envía memorando a los directores y líderes de proceso solicitando los conceptos en los cuales van a aplicar austeridad en el gasto para el 2019.
- Se genera reporte con los costos y gastos más relevantes y que pueden ser objeto de control para reducir el gasto, pero aún no se ha socializado con las directivas.

#### **Fortalezas**

- Crear participación activa de los involucrados en el consumo de recursos, para que sean conscientes de los costos incurridos y en los que pueden ahorrar.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Falta de compromiso de los involucrados en la contención de costos y gastos.

**1.2.8. Control Interno Contable.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se hace cierre contable de la vigencia 2018 en aplicación de las instrucciones emitidas por la Contaduría General de la Nación
- Se presenta informe CHIP a la Contaduría General de la Nación
- Se presenta informe en cumplimiento de la Resolución 2193 de 2004 - SIHO
- Se presenta informe de cuentas por pagar Circular 016 de 2016 - Supersalud

**Fortalezas.**

- El software disponible -ERP SAP- de carácter transaccional aloja la actividad económica y financiera del negocio y permite extraer información de manera oportuna y sincrónica con la operación, facilitando el envío de reportes a los diferentes entes de control.

**Debilidades.**

- Falta de documentación de algunas actividades que se deben vincular en la Gestión de la Contabilidad.

**Observación de Auditoría Interna.**

- Se recomienda definir un plazo para superar la debilidad descrita, ya que la misma es reiterativa.

**1.2.9. Presupuesto 2019.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Elaboración y sustentación anteproyecto de presupuesto 2019.
- Liquidación Presupuesto 2019 y cierre presupuestal 2018.

**1.2.10. Plan Anual de Auditorías Independientes – PAAI.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se presenta para revisión y aprobación el Plan anual de auditoría 2019 al Comité Coordinador de Control Interno.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Se presenta para aprobación de la Junta Directiva el plan anual de auditoría 2019.
- Se socializa el plan anual de auditoría interna año 2019 al comité ampliado de Gerencia.

### **Fortalezas**

- Elaboración del plan anual de auditoría con metodología basada en riesgos.

### **Elemento: Programas.**

#### **1.2.11. Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se crea el modelo de mejoramiento que está centrado en el usuario y su familia y que tiene 7 ejes.
- Monitorizar sistemáticamente la matriz de acuerdos de servicio establecida entre los procesos, que permita a los líderes ajustar las condiciones, controlar su cumplimiento y retroalimentar sistemáticamente a sus equipos en beneficio de sus clientes.

#### **1.2.12. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se comenzó la medición de la adherencia a GPC y el cumplimiento de las metas propuestas de los indicadores.
- Se oferta los servicios del proyecto a las entidades contratantes y en las reuniones con Metrosalud para las pacientes de Saviasalud.
- Se diseñó un Excel para seguimiento de actividades; se entregó formato básico a Sistemas para evaluar posibilidad de creación en SAP.
- Reformas en Consulta Externa para las actividades del programa.
- Se adquirieron los ecógrafos 3D/4D.
- Se solicita a arquitectura las adecuaciones en segundo piso.
- Se solicita a comunicaciones diseño e impresión de portafolio de servicios.
- Se solicita a comunicaciones el plan de medios del programa COMPARTO.
- Se tramitó recursos para recursos humanos del programa (especialista obstetra y psicóloga).

#### **1.2.13. Programa 3. Competitividad.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se recibió capacitación en un modelo integral de mercadeo que se realizó en el Comité Ampliado de Gerencia.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Se inició la evaluación de costos individuales, por servicios, permitiendo este el ajuste de tarifas en Imagenología y consulta externa, llevando a niveles de competitividad en el mercado.
- Compras con formalidades plenas a través de convocatorias públicas y privadas.
- Capacitación a un grupo estratégico que permitirá redireccionar el sistema de costos del Hospital ajustándolo a las realidades del Mercado.
- Reuniones con equipo de mercadeo.

#### **1.2.14. Programa 4. Capital Humano.**

Se relaciona algunas anotaciones sobre el Programa Capital Humano: Implementar un modelo de gestión por competencias y Fortalecimiento de la cultura organizacional.

#### **Fortalezas**

- El presente programa se alinea, por consiguiente, con el eje de transformación permanente de la cultura organizacional, cuya meta es lograr un compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personas que laboran en el HGM y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.

#### **1.2.15. Programa 5. Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realizaron las actividades previstas en el plan de acción 2018 - 2019 y el plan de trabajo específico para este componente del Sistema de Gestión Integral de Calidad.
- Acompañamiento a los grupos para correr el modelo de mejoramiento institucional.
- Acompañamiento a los grupos de mejoramiento en la ejecución de las acciones derivadas del plan de mejoramiento institucional y en su seguimiento sistemático.

#### **1.2.16. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se garantiza que en la página web se publica todos los enlaces a las entidades públicas.
- Se publica en la página web los planes integrados del modelo MIPG.
- Se realizó visita al Hospital Manuel Uribe para el tema de ventanilla Única.
- Se referenció con el Hospital Pablo Tobón Uribe para el tema del laboratorio clínico y virtualización.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **Fortalezas.**

- Mejoramiento al sistema de seguridad de la información alineado a las mejores prácticas internacionales.

### **1.2.17. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.**

Las actividades realizadas en este Programa se relacionan en los proyectos:

- Generar Capacidades de Innovación.
- Consolidación del HGM como un hospital universitario.
- Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.

### **1.2.18. Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se entregó en el mes de enero el plan de mantenimiento de la infraestructura física a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, como requisito legal siempre solicitado mediante circular para tener el dato del mantenimiento preventivo y predictivo que hace el Hospital.
- Contratos con otros terceros para mantenimiento de la infraestructura física del hospital.
- Se programa con la empresa Tecmedic, como encargada del mantenimiento en el hospital, los trabajos a ejecutar según el cronograma.

### **Fortalezas.**

- Buen estado de la infraestructura física del Hospital.
- Empresa especializada contratada el año anterior con vigencias futuras hasta el 31 de diciembre de 2019

### **Debilidades.**

- Posibles casos de falta de materiales por parte del contratista.
- No entrega de las habitaciones en los pisos, para realizar el mantenimiento pertinente.

### **1.2.19. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realizó la totalidad de las actividades planeadas en el Proyecto 18 Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información).

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Se ejecutaron 7 proyectos para dar cumplimiento al Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática:
  - Proyecto 19.1: Implementación GRD's
  - Proyecto 19.4: Implementación Software Laboratorio clínico en SAP
  - Proyecto 19.5: Implementación facturación electrónica. (Decreto 1349 de 22 de agosto de 2016).
  - Proyecto 19.6: Desarrollar Sistema de Información del proceso de gestión de la relación Docencia Servicio
  - Proyecto 19.7: Migración de Sistema de Correo
  - Proyecto 19.8: Código de Barras en el Almacén General
  - Proyecto 19.10: Usabilidad y Apropiación

### **Fortalezas.**

- Se da cumplimiento a la normatividad requerida para el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
- Se Implementan nuevos desarrollos en la institución optimizando procesos, tales como: Facturación electrónica, Laboratorio clínico, plataforma de correo electrónico con múltiples herramientas colaborativas, GRD's y el nuevo software para docencia servicio.

### **Debilidades.**

- Para el Proyecto 19.8: Código de Barras en el Almacén General, se presenta un inconveniente con el consultor el cual no continúa con el proyecto.

### **Elemento: Proyectos.**

#### **1.2.20. Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se modificó el nuevo modelo de atención del HGM, basado en el flujo de pacientes.
- Se integró la línea materno-fetal y de alta complejidad a la RIAS: Ruta Integral de Salud.

#### **1.2.21. Proyecto 2. Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se comenzó la medición de la adherencia a GPC y el cumplimiento de las metas propuestas de los indicadores.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Se oferta los servicios del proyecto a las entidades contratantes y en las reuniones con Metrosalud para las pacientes de Saviasalud
- Se diseñó un Excel para seguimiento de actividades.
- Se entregó formato básico a Sistemas para evaluar posibilidad de creación en SAP.
- Reformas en Consulta Externa para las actividades del programa.
- Se adquirieron los ecógrafos 3D/4D
- Se solicita a arquitectura las adecuaciones en segundo piso
- Se solicita a comunicaciones diseño e impresión de portafolio de servicios
- Se solicita a comunicaciones el plan de medios del programa COMPARTO
- Se tramitó recursos para el talento humano del programa (obstetra y psicóloga).

### **1.2.22. Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realiza diplomado en gestión de costos a los directivos y líderes de procesos y a los profesionales del área financiera, con el fin de nivelar conocimientos y prepararlos para el inicio del proceso de revisión.
- Se determina que se debe realizar el proceso de contratación de la consultoría, para analizar el proceso de gestión de costos
- Se revisará y ajustará el sistema de medición del proceso de costos
- Se planeará, monitoreará y controlará la intervención de la consultoría.

### **Fortalezas.**

- Directivos y líderes con conocimientos en metodología de costos para acompañar y avalar el proceso realizado por la consultoría.

### **Debilidades.**

- Alta rotación del personal.

### **1.2.23. Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- 
- Gestión de Cartera y facturación con las entidades.
- Gestión descuento por pronto pago y se ajustó la política.
- Plan de Austeridad se continúa con cumplimiento y se ajusta el plan anual de adquisiciones.
- Se integra el área de Auditoría Médica, cartera y facturación para gestionar las glosas y devoluciones.
- Se han gestionado acuerdos de pago y conciliaciones con las diferentes entidades.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### 1.2.24. Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Intervenciones:
  - Población impactada: 440 Empleados HGM.  
En una hora de intervención cada 15 días se trabaja en ambos grupos formación teórica y práctica; desarrollando los siguientes módulos:
    - Módulo I: Materia de las emociones
    - Módulo II: Automotivación Gestión de las Emociones
    - Módulo III: Competencias
    - Módulo IV: Impacto e Influencia
- Capacitación.
  - Población Impactada: 654 Empleados HGM.  
Trabajo dinámico y participativo normativo de las competencias. Cada 15 días interviene uno de los proyectos. (1 Hora)  
Programa “Zona Cero y Mente-Competente” se articula con los programas de Violencia en el lugar de trabajo y Habilidades para la vida.
- Uno – Uno.
  - Población Impactada: 123 Empleados HGM.

#### **Fortalezas.**

- Asimilación del concepto de competencias blandas en los funcionarios de la institución, dentro del marco normativo de perfiles profesionales a través del decreto 2539 de 2005, con relación a las Competencias como servidores públicos para el desarrollo del personal (Administrativo, asistencias, profesional, entre otros)

### 1.2.25. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- En la semana de Acreditación, se impactaron 130 personas en diferentes servicios con el tema de cultura a través de la importancia del tema de las Competencias.
- Lanzamiento de la campaña del proyecto de Cultura; se hace entrega a todos los funcionarios y colaboradores un Kit (termo y vaso).

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **Fortalezas.**

- Identificación y consideración de las posibles necesidades de cada servicio al proceso de planes de mejoramiento y diseño de métodos propicios para la transformación cultural.

### **Debilidades.**

- Coordinar con otros profesionales, que están implicados en dar el respaldo de los cronogramas para poder intervenir en las sesiones.

### **1.2.26. Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Obtención de la recertificación en ISO 14001.
- Implementación del Sistema de Salud y seguridad en el trabajo.

### **Fortalezas.**

- Equipos de trabajo comprometidos.

### **1.2.27. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- El ICONTEC entrega certificado de acreditación en Salud por 4 años.

### **Fortalezas.**

- Compromiso de todas las áreas de la organización

### **1.2.28. Proyecto 9. Gobierno Digital.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se completó la nueva herramienta de autodiagnóstico de MIPG., de los cuales al 31 de julio de 2018 quedan publicados en la página WEB los diferentes planes articulados.
- Se definen los planes de acción para intervenir y cumplir a cabalidad lo dispuesto por MIPG.
- Se participa en todos los eventos brindados por MINTIC tanto presencial como virtual.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **Fortalezas.**

- Mejoramiento al sistema de seguridad de la información alineado a las mejores prácticas internacionales.

### **1.2.29. Proyecto 10. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos).**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realiza análisis y monitoreo de los riesgos de la Institución.
- Medición índice de madurez de riesgos.

### **Debilidades.**

- Actualmente no se cuenta con el profesional de riesgos. Se encuentra en proceso de contratación.

### **1.2.30. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.**

Entre las actividades realizadas están:

- Análisis, ideación e inteligencia competitiva de las soluciones a partir de las necesidades identificadas: se han realizado cuatro informes.
- Elaboración y construcción de conceptos de solución de los proyectos priorizados: se han elaborado dos proyectos.
- Reunión del Comité Coordinador del Laboratorio de Cocreación para la Innovación en Salud HGM-CES-EIA.
- Actualización del flujograma del Proceso de Gestión de la Innovación, y de tres instrumentos asociados al Proceso.
- Diseño y formulación del Plan de Acción vigencia 2019.

### **Fortalezas.**

- Proceso Gestión de la Innovación estructurado.
- Fortalecimiento del Procedimiento Gestión del Portafolio de Proyectos de Innovación.

### **Debilidades.**

- Continúan siendo débiles los procedimientos relacionados con la transferencia de tecnología y explotación de los resultados.

### **Observación de Auditoría Interna.**

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Se recomienda analizar esta situación y adoptar una medida que supere esta situación reiterativa.

### 1.2.31. Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario.

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Fortalecimiento del Grupo de Investigación: se han incorporado dos nuevos Investigadores al Grupo de Investigación Clínica HGM-CES: un Médico Internista y una Psiquiatra.
- Se continúa participando en la Convocatoria 833-2018 de Colciencias: Medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación. Esta convocatoria se cierra en junio 2019.
- El Comité de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación I+D+i del HGM se ha reunido ordinariamente en enero-febrero-marzo 2019; se han Aprobado hasta la fecha (última reunión 05-03-2019) 5 proyectos nuevos para ser ejecutados en el HGM.
- Participación del Grupo de Investigación Clínica HGM-CES en el Simposio de Investigación Alcaldía de Medellín 12 febrero 2019 Plaza Mayo con dos ponencias y un poster.
- Comienzo de la operación del Sistema de Información de la Relación Docencia Servicio ATENEA.
- Desarrollo de Actividades Académicas: Noviembre - Diciembre 618 actividades programadas con un 97 % de ejecución y un 3% de actividades canceladas.
- Diseño y formulación del Plan de Acción vigencia 2019.

### **Fortalezas.**

- Incremento notable de la producción del Grupo de Investigación Clínica HGM-CES.
- Eficiencia en la relación docencia servicio con las Instituciones Educativas a través del aplicativo ATENEA.

### **Debilidades.**

- Insuficiente difusión y despliegue de las actividades y logros del Grupo de Investigación Clínicas HGM-CES.
- Sin aclararse aún los asuntos relacionados con la Protección de la Propiedad Intelectual que puedan ser aplicables al Sistema de Información de la Relación Docencia Servicio ATENEA.
- Pendiente la definición e inicio del contrato de mantenimiento y soporte del aplicativo ATENEA.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **Observación de Auditoría Interna.**

- Se recomienda analizar la situación con respecto de la protección de la propiedad intelectual que es reiterada y adoptar una medida que la supere.

### **1.2.32. Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Contratación del nuevo Coordinador Médico del Centro de Ensayos Clínicos.
- Aprobación por la Gerencia de la Contratación de una nueva Coordinadora de Ensayos Clínicos, en reemplazo de una renuncia.
- Aprobación por la Gerencia de la Contratación de una Asesoría para el montaje y operación del Comité de Ética en Investigación en Humanos propio del HGM; se trata de una asesoría con un horizonte temporal de 8 meses.
- Diseño y formulación del Plan de Acción vigencia 2019.
- Firma de dos contratos nuevos con la Industria Farmacéutica (MSD; BAYER).

### **Fortalezas.**

- Relacionamiento con la Industria Farmacéutica.
- Relacionamiento con la Universidad CES.
- Personal del CEC comprometido con su función y sus roles.

### **Debilidades.**

- Tiempos de revisión y suscripción de los contratos con la Industria aún demasiado prolongados.
- Algunas respuestas del Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES son inoportunas.

### **Observación de Auditoría Interna.**

- Se recomienda analizar esta situación que es reiterada y adoptar una medida que la supere.

### **1.2.33. Proyecto 14. Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro-diagnóstico.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Estudios previos terminados y entregados a la oficina de contratación para su revisión, los mismos ya pasaron por comité de contratación.
- Proceso iniciado con la oficina de contratación para contar la interventoría externa

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas.**

- Resolución de aprobación por parte del Ministerio entregada al Hospital.
- Presupuesto aprobado.
- Aprobaciones por parte de la junta directiva y del comité de contratación.

**1.2.34. Proyecto 15. Adecuación del Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Propuesta conjunta con el personal asistencial para realizar un rediseño arquitectónico completo de los espacios donde se ubican los neonatos.

**Fortalezas.**

- Apoyo del equipo asistencial y administrativo para el rediseño del proyecto

**Debilidades.**

- Se depende de la mejora en otro servicio, para poder reubicar temporalmente la unidad neonatal mientras se realiza la intervención física al espacio

**1.2.35. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Gestión de residuos: 34 inspecciones y 639 capacitaciones, auditoria a la empresa gestora, permanente dotación de diferentes insumos para su manejo.
- Gestión Químicos: 69 inspecciones, 844 capacitaciones, se continuó con la implementación del sistema globalmente armonizado. Se realizó el SVE para formol y medición ambiental de esta sustancia en patología.
- Gestión Emisiones Atmosféricas: Medición de huella carbono 2017, instalación de medidores de gas natural en las calderas, realización del plan de contingencias para hidrocarburos, diagnóstico para identificación de fuentes fijas, verificación cumplimiento transporte de sustancias peligrosas.
- Diligenciamiento y envío de información a entes de control.
- Programa Uso eficiente de los recursos: se capacito 215 personas, caracterización del sistema de agua potable y residual, se realizó 699 rutinas al sistema de agua potable y 330 inspecciones a los tableros eléctricos, implementación de buenas prácticas pa el tema de químicos y vertimientos, Gestión con proveedores para consultorías y asesorías en temas de vertimiento.
- Estos son resultados totales año 2018. En 2019 se realizó además, la planificación de las actividades y se han realizado inspecciones de manera general.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **Fortalezas.**

- Disponibilidad de presupuesto asignado.
- Certificación en el sistema de Gestión.

### **Debilidades.**

- Insuficiente recurso humano que se empoderara de los programas, falta mayor compromiso de funcionarios y usuarios.

### **1.2.36. Proyecto 17. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se han capacitado 338 personas en el uso seguro de la tecnología.
- Se realizó mantenimiento preventivo a 1873 equipos de 1501 programados, y se ha realizado control metrológico a 748 equipos de 686 programados.

### **1.2.37. Proyecto 18. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información).**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Durante los meses de noviembre y diciembre se finaliza con el total de proyecto y el proveedor realiza la entrega de los diagnósticos.
- Se publica la actualización del PETI de acuerdo a MIPG.
- Se publica la actualización de Plan de Seguridad de la Información de acuerdo a MIPG.
- Se publica la actualización del Plan Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información de acuerdo a MIPG.
- Participación en los eventos presenciales y virtuales brindados por Mintic
- Intervención hallazgos identificados por la consultoría.

### **Fortalezas.**

- Mejoramiento al sistema de seguridad de la información alineado a las mejores prácticas internacionales.

### **Debilidades.**

- Falta de control a los lineamientos del manual de seguridad identificado en los hallazgos de la auditoría.
- Compromiso con los funcionarios para cumplir las políticas institucionales.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### 1.2.38. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

#### **Proyecto 19.1. Implementación GRD's:** Se tiene los siguientes avances:

- Se inició el cargue de datos en las plantillas del CMBD 1, 2, 3; iniciando desde el mes de enero, haciendo validación de datos y adicional se dio inicio a la carga de datos globales de costos, se hace seguimiento a las variables en la plataforma desde argentina y se hacen los requerimientos de ajuste al aplicativo desarrollado en el Hospital.
- Se recibió retroalimentación de referenciación de las entidades participantes Benchmarking, se recibe informe, se hace procesamiento y análisis de la información cargada al mes de octubre, a diciembre el Hospital estaba haciendo cargue del mes de noviembre.

#### **Proyecto 19.4. Implementación Software Laboratorio clínico en SAP.** Se tiene los siguientes avances:

- Proyecto 19.4: Implementación Software Laboratorio clínico en SAP.
- Se realizaron las pruebas integrales del proyecto, se cuenta con la documentación de estas. La salida en vivo fue el día 24 de noviembre. Se realizaron las capacitaciones al personal de laboratorio, la metodología implementada fue teórico práctica y ya los médicos cuentan con la capacitación en la visualización de resultados.

#### **Proyecto 19.5. Implementación Facturación Electrónica.** Se tiene los siguientes avances:

- Se realizó pruebas en el ambiente de QAS de la DIAN, el cual presento algunos inconvenientes en las últimas semanas del mes de diciembre. Se desarrolló toda la documentación de implementación del proyecto.

#### **Proyecto 19.6. Implementación Desarrollar Sistema de Información del proceso de gestión de la relación Docencia Servicio.** Se tiene los siguientes avances:

- Se realizaron las pruebas de acuerdo a la metodología implementada en el proyecto SCRUM.
- Se realiza la capacitación a todos los coordinadores, secretarías y área de docencia servicio de las instituciones educativas. Internamente, se realiza capacitación al personal del proceso. Se pone en operación el sistema el día 10 de diciembre, para que las universidades empiecen a cargar la información para el siguiente proceso.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

**Proyecto 19.7. Migración de Sistema de Correo.** Se tiene los siguientes avances:

- Se realizó con la configuración y la migración de la plataforma, se ejecutó la capacitación programada con la asistencia de 280 personas, de lo cual asistieron un total de 100 funcionarios, para suplir la falencia de la capacitación se envían tips sobre el manejo de la herramienta. Se sale a productivo el día 27 de diciembre.

**Proyecto 19.8. Código de Barras en el Almacén General.** Se tiene los siguientes avances:

Se adquiere una terminal de radiofrecuencia para la realizar la configuración y pruebas del sistema. Se realizaron los desarrollos y configuraciones del modulo WM.

**Proyecto 19.10. Usabilidad y Apropiación.** Se tiene los siguientes avances:

- Se finalizó el proyecto con la implementación y medición de la usabilidad en los módulos de HCM, ISH-PM y FI

### **Fortalezas.**

- Se da cumplimiento a la normatividad requerida para el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Se Implementan nuevos desarrollos en la institución optimizando procesos, tales como: Facturación electrónica, Laboratorio clínico, plataforma de correo electrónico con múltiples herramientas colaborativas, GRD's y el nuevo software para docencia servicio.

### **Debilidades.**

- 1. Para el Proyecto 19.8: Código de Barras en el Almacén General - se presenta un inconveniente con el consultor el cual no continúa con el proyecto.

### **Elementos: Políticas.**

#### **Política de Gestión Presupuestal.**

#### **1.2.39. Gestión de Cartera.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se generaron estados de cartera, actualización de saldos, participación activa en las mesas de trabajo Circular 030 de 2013.
- Se generaron Actas de depuración de cartera entre las partes, actas de acuerdos de pago con tiempos establecidos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas.**

- Cumplimiento a cronograma establecido para mesas de trabajo, Circular 030 de 2013.

**Debilidades.**

- Incumplimiento en los acuerdo de depuración de cartera. 2. Suministro de información que en ocasiones no corresponde o actualización de datos de aseguradores.

**1.2.40. Proceso de Facturación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Reestructuración del área de afiliaciones con el fin de dar mayor cobertura a las afiliaciones de todos los recién nacidos, para dar cumplimiento al decreto 2353 de 2015.
- Implementación del nuevo proceso de asignación de citas, admisión, programación, y facturación del nuevo contrato con UROCLIN.

**Fortalezas.**

- Garantía de plena afiliación oportuna de recién nacidos en el HGM, evitando tramites externos a la madre.
- Equipo trabajo con capacidad integral para garantizar la calidad de la facturación y oportunidad en el nuevo proceso con UROCLIN.

**Debilidades.**

- Se observa poca colaboración de las madres del recién nacido en la gestión para la afiliación, población migrante en estado de irregularidad, sin gestión personal para legalizarse que dificulta para identificar el ente pagador.
- Dependencia del tercero en cuanto al proceso de asignación de citas.

**Dimensión N° 3. Gestión con Valores para Resultados.**

**1.2.41. Estructura organizacional.**

El proyecto orientado a la modificación de la estructura organizacional se encuentra priorizado para su ejecución en el año 2019

**Debilidades.**

- Los cambios suscitados a partir de la convocatoria de carrera administrativa

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Como parte del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en lo que respecta a la Dimensión Gestión con Valores para Resultados, se continúa con la implementación de la política de servicio ciudadano y se promueve la participación ciudadana.
- Implementación de la política de gestión documental, garantizando el adecuado uso, mantenimiento, retención, acceso y preservación de la información.
- Apoyo a todas las áreas de la organización en la actualización y normalización de los documentos que hacen parte del sistema de gestión documental.

#### **Fortalezas**

- Sistema de información Eurodoc

#### **Debilidades**

- Desconocimiento del MIPG por parte de la mayoría de los funcionarios de la organización

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Migración de la norma 14001 versión 2004 a la versión 2015.

#### **Fortalezas.**

- Hospital certificado en la norma.
- Ingresa un ingeniero ambiental por prestación de servicios para apoyar toda la gestión ambiental.

#### **Debilidades.**

- Falta aún empoderamiento de los diferentes líderes de los procesos de apoyo y misionales, asistenciales para la coordinación del sistema en su área.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Se realiza la autoevaluación final 2018 de cumplimiento de los estándares de cumplimiento del Decreto 1072 del 2015, bajo los lineamientos de la Resolución 1111 del 2017, hoy Resolución 0312 del 2019.
- Se calificó con un cumplimiento del 95%, muy satisfactoria para lo presupuestado por el Ministerio. Esta calificación demuestra avances en la organización, planeación, ejecución, evaluación y mejora en todos los estándares que componen el Sistema de Gestión de seguridad y Salud en el trabajo.
- El enfoque de la documentación y el desarrollo de los programas cumple, con los objetivos de prevención e intervención de la accidentalidad, la enfermedad profesional y el cumplimiento normativo con un enfoque de riesgos para la organización.

### **Fortalezas.**

- La evaluación muestra en la Institución una preparación adecuada para manejar la salud ocupacional de los trabajadores con una metodología de proceso y bajo un sistema que permite evaluaciones y mejora continua.

### **Debilidades.**

- Falta aún empoderamiento de los diferentes líderes de los procesos de apoyo y misionales, asistenciales para la coordinación del sistema en su área y para que sirvan como puntos de control en el que hacer de SST.

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

Para este periodo no se tiene adelantos en el tema. Se planea la construcción de la memoria de sostenibilidad, y de los Indicadores GRI

### **Fortalezas.**

- El Hospital General de Medellín es pionero en el programa Pymes para el Mundo lo que contribuye a la comparación de estándares GRI a nivel mundial referenciados.

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

Los productos de los diferentes elementos asociados a los módulos de planeación y gestión, evaluación y seguimiento así como al eje transversal de información y comunicación, se encuentran descritos en los diferentes módulos de esta herramienta.

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

Durante el periodo evaluado no se presentaron novedades de habilitación ante la Secretaría de Salud; tampoco se presentaron visitas del ente territorial para verificación del SUH. En el

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

año 2019 se planea una nueva autoevaluación del SUH una vez se promulgue la nueva normatividad al respecto.

#### **1.2.48. 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 las siguientes:

- Se terminan de definir acciones de mejora para las oportunidades que ingresan al plan, se realiza el análisis causal para la oportunidad de mejora priorizada del grupo de direccionamiento y gerencia, se definen nueva acciones de mejora para la oportunidad agrupada relacionada con riesgos.
- Las acciones de mejora son ejecutadas por los diferentes grupos de mejoramiento a los cuales fueron asignadas y se realiza seguimiento sistemático en las reuniones ordinarias de los mismos y en el seguimiento al plan de acción. Los resultados de la ejecución del plan de mejoramiento se presentan en el ítem de plan de mejoramiento de este instrumento.
- Se reportan en la plataforma de la Supersalud los resultados de la medición anual

#### **Fortalezas**

- La acreditación en Salud del HGM favorece enormemente el cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC

#### **1.2.49. Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema de Información para la Calidad – SIC**

Se hace el reporte de la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 al Ministerio de Salud y Protección Social, correspondiente al segundo semestre 2018, el mismo se obtiene en archivo plano desde BI en forma automática, se corre en PISIS, plataforma de validación y cargue del Ministerio de Salud.

Dentro del contexto del sistema de información para la calidad se tiene igualmente el reporte de la producción a partir del Decreto 2193 de 2004, informe cargado en la plataforma del SIHO con información del 4o Trimestre 2018, reporte generado en forma automática desde BI, no hay manipulación de datos, se valida en plantilla diseñada por la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, quien hace 2a. Validación antes de liberar reporte al Ministerio de Salud.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas**

- Como fortaleza se tiene el trabajo mancomunado de las áreas de sistemas y Estadística, al momento de la entrega de reportes y se consideran los indicadores como parte de la evaluación de gestión que se realiza bimestralmente, se genera retroalimentación permanente para la mejora del sistema de extracción de datos para cada uno de los informes.

**Debilidades.**

- La generación de algunos informes en formato excel, como cancelación de cirugías en la Resolución 256 y el informe de vacunación en la 2193, antes de la generación del reporte en BI hace en algunos casos se tenga un riesgo de calidad del dato.

**1.2.50. Sistema de gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Sistema Único de Acreditación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se obtiene por parte del Icontec de la certificación como Institución acreditada
- Dentro del contexto del sistema de información para la calidad se tiene igualmente el reporte de la producción a partir del decreto 2193 de 2004, informe cargado en la plataforma del SIHO con información del 4o Trimestre 2018, reporte generado en forma automática desde BI, no hay manipulación de datos, se valida en plantilla diseñada por la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, quien hace 2a. Validación antes de liberar reporte al Ministerio de Salud.

**Fortalezas**

- Los equipos de mejoramiento dispuestos para la implementación de planes de mejora derivados de la visita de acreditación

**1.2.51. Procesos de Conciliación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Análisis de los casos prejudiciales y judiciales, con los respectivos riesgos jurídicos.
- Informes de trabajo como soporte previo a cada sesión del comité de conciliación, en el que se detalla el resumen ejecutivo del caso, las pretensiones y la posición jurídica.

**Fortalezas**

- Apoyo del personal asistencial para el estudio de los casos de reparación directa.
- Estudio pormenorizado de la normatividad y jurisprudencia aplicable a cada

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Incremento de solicitudes de conciliación en materia Laboral.

**1.2.52. Defensa Jurídica.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realiza proceso de verificación y seguimiento de cada uno de los procesos a cargo de la oficina jurídica, revisión que consta de la validación en los archivos de la institución, carpetas físicas, página de la rama judicial, y herramienta de litigio virtual. en la cual se procede a ingresar el 100% de los procesos al aplicativo
- Durante este periodo se ha presentado un pico histórico en el aumento de las tutelas, relacionadas con temas de aseguramiento para la población Venezolana, exoneración de copagos, solicitud de autorizaciones y asignaciones de citas, situaciones administrativas que la responsabilidad esta en cabeza de las entidades aseguradoras en salud y los entes territoriales, dando como resultado 86 tutelas en el periodo tramitadas por la dependencia.
- Aumento de resoluciones de pago, conciliaciones, conceptos, reconocimiento de créditos judiciales, tramite de pago a peritos, Informes y apoyo jurídico a las áreas.

**Fortalezas**

- Personal idóneo para asumir la defensa del interés Institucional.
- Herramientas de litigio virtual y SAP/EUROC para los trámites a cargo de la dependencia.
- Equipamiento con asistencia técnica y trabajo en equipo.

**Debilidades.**

- Aumento de la carga laboral en los últimos años, directamente relacionado con el aumento de procesos.
- Ausencia de plan de capacitación para el personal adscrito a la oficina jurídica.

**II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

**2.1. Lineamientos de Política.**

Como herramienta para la gestión de riesgos en la institución se dispone de 40 matrices de riesgo, en cada proceso se han ido depurando los riesgos identificados, partiendo de dichas matrices se actualiza el inventario institucional del riesgos; estos riesgos han sido categorizados en riesgos estratégicos, financieros, operativos, riesgos de azar o asegurables, estas categorías nos permiten agruparlos los distintos tipos de riesgos para facilitar su gestión

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Las áreas deben fortalecer el reporte de la información relacionada con los riesgos institucionales y fortalecer su gestión

**2.2. Identificación del riesgo.**

Cada uno de los 39 procesos cuenta con su matriz de riesgos, donde se ha realizado una valoración de probabilidad e impacto para los posibles eventos de riesgos que impiden el logro del objetivo del proceso y se determina el riesgo residual. Cada dueño de proceso o propietario de los riesgos (NTC ISO 31000), tienen la responsabilidad de socializar los riesgos identificados con su equipo de trabajo y realizar el seguimiento a los controles implementados para mitigar dichos riesgos.

**2.3. Análisis del riesgo.**

Cada uno de los líderes realiza la evaluación de los riesgos con corte a 31 de Diciembre de 2018.

**2.4. Evaluación del riesgo**

Se dispone del Informe Autoevaluación de Índice de madurez de la Gestión del Riesgo de AON.

**2.5. Monitoreo y revisión.**

Se encuentra actualizado y publicado el mapa de riesgos, en dicho mapa están incluidos los riesgos de corrupción, allí se vincularon a los procesos más vulnerables de materializarse dichos riesgos y que son transversales en la institución.

Y en cada proceso podemos ver el mapa de riesgos individual con su perfil de riesgo (conjunto o panorama de riesgos por proceso con su ubicación dentro de la gráfica).

**III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.**

**3.1. Indicadores Institucionales.**

Se tienen tableros de mando en formato excel que contienen los indicadores institucionales de gestión por proceso, en el periodo se terminó la actualización del manual de indicadores, está pendiente su publicación por parte del área de calidad, área responsable del tema.

Dentro del presupuesto del área de sistemas, se tiene proyectado migrar los tableros de indicadores a otra alternativa tecnológica que genere seguridad como Power BI.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

Igual en la institución se tiene un desarrollo en BI de tableros de indicadores institucionales por proceso,

### **Fortalezas**

- A partir del nuevo manual de indicadores se podrá obtener unos nuevos tableros de mando, con estructuras tecnológicas avanzadas. La versatilidad de SAP permite mejorar el sistema de información institucional con el desarrollo de nuevos tableros estratégicos y tácticos para la toma de decisiones. El trabajo se hizo en conjunto con el equipo de gerencia de la información.

### **Debilidades.**

- Los tableros de mando que actualmente tiene el hospital están en formato Excel, los cuales no garantizan la seguridad de la información.
- El desarrollo de los tableros a partir de la plataforma BI requiere de inversiones costosas, por lo que se ha optado para 2019 tener como alternativa tecnológica el aplicativo Power BI para el desarrollo y modernización de los tableros de indicadores institucionales.

## **IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

### **Dimensión N° 5. Información y Comunicación.**

#### **4.1. Sistemas de Información.**

Las actividades se describieron en el numeral 1.3.12. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

#### **4.2. Desarrollo Tecnológico.**

Las actividades se describieron en el numeral 1.3.12. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

#### **4.3. Derechos de Autor de Software.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se presenta el informe de Derechos, el cual es registrado en la página [www.derechosdeautor.gov.co](http://www.derechosdeautor.gov.co), aquí se consigna la información básica solicitada como el número de equipos en la institución los cuales son 645 y los controles que se tienen implementados como: Se han aplicado políticas dentro del controlador de dominio de modo tal que solamente las personas de soporte técnico sean las

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- autorizadas para la instalación de software en los equipos, Instalación de software sólo puede realizarse a través de una solicitud directa al grupo de sistemas.
- Adicionalmente, se solicita la verificación de los acuerdos de licencia del Software por parte del analista de inventario para aprobar o denegar la instalación de un nuevo software solicitado. Adicionalmente al momento de dar de baja al equipo, también se da de baja al sistema operativo, ya que este es único a la máquina, las licencias de office quedan disponibles para ser utilizadas en otras máquinas ya que el licenciamiento es por volumen, y estas pueden ser usadas en otros equipos siempre y cuando la versión se encuentre registrada en la página de Microsoft a nombre del Hospital General.
  - Del mismo modo, se realiza la liberación de las licencias de los demás software comercial que así lo requiere, tales como: Antivirus, Nitro PDF, Adobe Acrobat Professional, entre otros.

#### 4.4. Comunicación interna.

- **Información a la comunidad hospitalaria:**

El público interno del Hospital se informa a través del sistema de carteleras que está compuesto por carteleras informativas y educativas; en las informativas se tienen dos carteleras digitales en los ascensores cuya distribución de contenidos fue de un 70% informativas y en un 30% educativas; y 10 carteleras generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleras de los servicios. Igualmente, se mantuvo informado al personal a través del correo electrónico y de la intranet que en el periodo tuvo 9.129 usuarios y 96.300 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de google analytics.

El público interno del Hospital se informa a través del sistema de carteleras que está compuesto por carteleras informativas y educativas; en las informativas se tienen dos carteleras digitales en los ascensores cuya distribución de contenidos fue de un 70% informativas y en un 30% educativas; y 10 carteleras generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleras de los servicios. Igualmente, se mantuvo informado al personal a través del correo electrónico y de la intranet que en el periodo tuvo 6.129 usuarios y 204.974 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de google analytics.

- **Campañas:**

Fortalecimos el proceso de cultura organizacional a través de la campaña, Tus competencias suman, fue así como entregamos diferentes elementos de marca corporativa como los botilitros, mug institucional y manilla corporativa; de igual forma se hizo la presentación de un performance para todos los servidores resaltando aquellos hechos más notorios que se suceden en el cotidiano devenir de las actividades diarias. También se llevó a cabo la recolección de los regalos para los niños en navidad, logrando recoger un monto

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

de 1.200.000 en efectivo y la donación de regalos por parte de los servidores que fueron entregados a los niños hospitalizados en la época de navidad. Desplegamos también la campaña de logros 2018 donde le comunicamos a todos los servidores las metas cumplidas para el año 2018 y las proyecciones para el año 2019

#### ▫ **Eventos institucionales:**

También se llevó a cabo la socialización de la encuesta de percepción Ética por parte de la Oficina de Auditoría interna, de igual manera se realizó la rendición de cuentas a la comunidad hospitalaria y a los medios de comunicación de todos los logros alcanzados. También se llevó a cabo la presentación del Video institucional en presencia de más de 700 servidores que se congregaron en el auditorio de la Salud.

#### ▫ **Medición de la apropiación del mensaje:**

El indicador promedio de la comprensión de la información institucional se lleva cada mes teniendo diferentes fuentes de dato como son las listas de chequeo de visitas de calidad de direccionamiento y gerencia, gerencia de la información, Syso y medio ambiente, practicas seguras, y ambiente físico. El promedio de este indicador a octubre 31 es de 83% 3 puntos porcentuales por encima de la meta.

### 4.5. Comunicación externa.

#### ▫ **Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad:**

Durante el periodo se realizaron 4 jornadas, se atendieron 558 personas atendidas, de las cuales al 16% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99%.

#### ▫ **Canales de comunicación: Carteleras digitales**

Se mantienen las tres carteleras digitales para usuarios en sala de espera del segundo piso y en ginecobstetricia con contenidos segmentados para ellos son un 70% informativas y un 30% educativas. Página web actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización de 86% al 31 de octubre. Con un total de 101.919 usuarios y 221.279 visitas a las diferentes secciones de la página durante el periodo de acuerdo con las estadísticas de google analytics. Perfil en Facebook al 3 de noviembre se tenían 14.894 fans y en el perfil de twitter 154 seguidores.

#### ▫ **Relacionamiento con usuarios y comunidad en general:**

A 414 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños durante este periodo. Igualmente se solicitaron al 28 de febrero 1.124 citas web de medicina especializada y 51 citas de ayudas diagnósticas. En el Chat se atendieron 461 personas durante el periodo. Con la Fundación Doctora Clown se realizaron tres jornadas lúdico recreativas para los niños hospitalizados y con la Sala Familiar y Palabras que Acompañan se realizó la celebración de Halloween.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

▫ **Relacionamiento con medios de comunicación:**

Durante el periodo se enviaron tres boletines de prensa y dos comunicados a 60 periodistas para su difusión en los medios de comunicación. Los temas fueron: Cierre de cafetería segundo piso, Contraloría fenecimiento, Balance de gestión 2018 presentación de logros y el ingreso de menor de 3 años con trauma cráneo-encefálico, envío de correos nocivos para la gestión desde correos institucionales

▫ **Señalización:**

Se firma contrato con la firma Zerial y se inicia el proceso de señalética en algunas áreas del Hospital donde se detectó deficiencias en la misma. En la actualidad se viene trabajando muy fuerte en las áreas de hospitalización y urgencias, colocando los samblasting en las puertas y las carteleras de triage en las unidades de Urgencias y Ginecobstetricia. Se tiene ya en marcha el diseño de los mapas de rutas de evacuación.

**4.6. Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Una vez escuchadas las manifestaciones y son clasificadas como PQRS, se procede a recibirlos y, mediante un aplicativo a radicarlos, reclasificarlos y enviarlos a la instancia pertinente para establecer las medidas correctivas o tomar las decisiones necesarias.
- Se recibe la gestión realizada por los responsables, se verifica la calidad y oportunidad en la respuesta y se procede al cierre final.
- Con toda la información obtenida se exporta desde el aplicativo para alimentar una base de datos, la cual se encuentra semaforizada, contiene gráficos y tablas que evidencian el comportamiento de cada variable como responsable, servicio, dirección, entre otras.
- Se generan informes para seguimiento semanal a manifestaciones, indicadores, plan de acción, etc.

**Fortalezas**

- El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), está normalizado y establecido como proceso estratégico y cuenta con un aplicativo para consolidar la información y generar reportes a los que se le realiza seguimiento mediante los indicadores;
- El proceso SIAU se constituye en uno de los insumos del modelo de mejoramiento institucional, en sus diferentes niveles de operación;

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- El proceso SIAU es reconocido por funcionarios y colaboradores desde el ingreso a la institución, ya que es un tema de la inducción como parte del entrenamiento del puesto de trabajo.

### **Debilidades**

- A pesar de utilizar todos los medios institucionales para promover el proceso como mecanismo de participación, ha sido difícil lograr que los usuarios lo conozcan y hagan uso de él.

### **Observación de Auditoría Interna.**

- Se recomienda analizar esta situación que es reiterada y adoptar una medida que la supere.

### **4.7. Rendición de cuentas.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se definió como fecha para la audiencia pública de rendición de cuentas correspondiente al periodo 2018, el 20 de Marzo de 2019 a las 7:30 de la mañana en el auditorio de la Salud.
- Se publica informe de gestión en la página web del Hospital oportunamente.
- Convocatoria a la comunidad en general, EAPB, IPSs, instituciones educativas, proveedores, asociaciones y grupos comunitarios, COPACO, Asociación de usuarios del HGM, entre otros.
- Se realiza de manera independiente rendición de cuentas para: medios de comunicación, asamblea departamental y comunidad hospitalaria.

### **Fortalezas**

- La Institución cumple con los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
- Se cuenta con el compromiso de la gerencia para el cumplimiento del requisito normativo y permitir la expresión de la comunidad.

### **Debilidades**

- La respuesta a la convocatoria es pobre a pesar de la utilización de medios masivos y personalizados de difusión.

### **4.8. Gestión documental.**

- **Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición.**

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Número de derechos de petición sin respuesta oportuna en el cuatrimestre: 195 que corresponde al 19% de los 1.001 derechos de petición recibidos.

Número de derechos de petición con respuesta oportuna: 806 que corresponde al 81% de los 1.001 derechos de petición recibidos.

#### ▫ **Aplicación de Tablas de Retención Documental.**

Se recibieron por transferencias primarias documentales dando cumplimiento al cronograma:

|                   |          |
|-------------------|----------|
| - Tesorería       | 451      |
| - Banco de Sangre | 147      |
| - Comunicaciones  | <u>2</u> |
| - Total unidades: | 600      |

#### ▫ **Aplicación de Tablas de Valoración Documental.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó la clasificación a diez cajas X 300 de egresos que cumplieron el tiempo de retención, las cuales se encontraban en custodia externa y fueron retiradas; de las unidades documentales se extrajeron los documentos pertenecientes a liquidaciones parciales y totales de la planta de cargos los cuales se incorporaron a las historias laborales correspondientes completando de esta manera esta serie documental que tiene larga conservación.
- También se separan algunas unidades que contienen pagos por prestación de servicios para conservación total; el acta que contiene los demás documentos se presentan al Comité Interno de Archivo para que apruebe su eliminación.

### **Fortalezas**

- El software de Gestión Documental EURODOC, fue dotado de alarmas que avisan el vencimiento de términos para la respuesta a los derechos de petición, a cada uno de los gestores documentales del HGM, con el fin de contribuir a mejorar la oportunidad en el cumplimiento del indicador.
- El Indicador de Cumplimiento del cronograma de transferencias documentales, con el respectivo análisis.
- La disminución del pago de custodia a documentos que terminan su tiempo de retención y conformación del Archivo Histórico del Hospital.

### **Debilidades.**

- Algunas de las respuestas a los derechos de petición se están realizando al tope del tiempo establecido, lo que implica que en muchas ocasiones no se cumple con la

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

entrega dentro de los términos del tiempo y deben hacerse pagos honerosos por dichos incumplimientos, de parte del HGM.

- Falta de personal en los archivos de gestión para realizar las transferencias primarias oportunamente y cumpliendo con los requisitos archivísticos.
- No aplicación oportuna de la tabla de valoración lo que implica el pago por custodia de documentos que cumplieron el tiempo de retención.

#### **4.9. Plan de comunicaciones.**

Aplica la información de los ítems de comunicación interna y externa.

#### **4.10. Transparencia y lucha contra la corrupción.**

Se publica y se mantiene actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos e idiomas. Al 28 de febrero se tenía el 86% de la información actualizada.

#### **4.11. Participación ciudadana.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La organización cuenta con la política SIAU y el proceso estandarizado de atención al usuario.
- La asociación de usuarios se reúne ordinariamente por lo menos una vez al mes. Apoya la recolección de manifestaciones depositadas en el buzón de sugerencias. Apoyan la socialización del proceso con los pacientes que llevan más de un día de internación.

#### **Fortalezas**

- Contar con una política
- Compromiso de los actuales integrantes de la asociación de usuarios.

#### **Debilidades.**

- Si bien se ha fortalecido la asociación de usuarios, es necesario contar con mayor número de miembros y mayor participación.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

**V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.**

**Dimensión N° 4. Evaluación de Resultados.**

**Dimensión N° 7. Control Interno.**

**5.1. Evaluación del Clima Laboral.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Para el mes de diciembre se aplicó la encuesta de satisfacción del cliente interno con un total de participantes de 306 entre funcionarios y contratistas.
- Se clasificaron por procesos con sus respectivos resultados.

**Fortalezas**

- Que los funcionarios y colaboradores puedan expresar libremente sus opiniones lo que le permite al Hospital establecer acciones de mejora.

**5.2. Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento.**

Para el periodo 2017-2018 se realizó la evaluación final para el personal de carrera administrativa con un porcentaje de cumplimiento del 98%.

**Fortalezas.**

- Contar con la Plataforma EVADES más amigable.

**Debilidades**

- Falta compromiso por parte de algunos funcionarios responsables a evaluar para la entrega de la información al área de Gestión Humana.

**Observación de Auditoría Interna.**

- Se recomienda analizar esta situación que es reiterada y adoptar una medida que la supere.

**5.3. Seguimiento al Plan de Austeridad.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se solicitó a la Dirección Financiera del HGM el plan de austeridad y el último seguimiento correspondiente al corte a diciembre 31 de 2018.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Evaluación y seguimiento al cumplimiento del plan de austeridad comparando la meta anual de ahorros con lo ejecutado y verificar el porcentaje de cumplimiento de las acciones establecidas en dicho plan.

### **Fortalezas.**

- Cumplimiento del 125% de la meta anual de ahorro de la acción de: Optimizar los costos de honorarios por prestación de servicios;
- Cumplimiento del 130% de la meta anual de ahorro de la acción de: Disminuir en el costo de medicamentos.

### **Debilidades**

- Incumplimiento del -29% de la meta anual de ahorro de la acción de: Reducción del 40% de los gastos de papelería e impresión con respecto a la vigencia 2016.

### **5.4. Enfoque de autoevaluación.**

Durante este periodo no se realizaron actividades de autoevaluación.

### **5.5. Revisión por la Dirección.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La revisión por la dirección se realiza teniendo en cuenta lo establecido en la NTC ISO 14001:2015 en su numeral 9.3 así como la NTC OHSAS 18001:2007 en su numeral 4.6. De igual manera con este ejercicio se aporta al cumplimiento de la 4ta Dimensión del MIPG, correspondiente a la evaluación de resultados.
- Se continúa con la consolidación de las entradas del sistema de las siguientes fuentes.
  - Resultados de las auditorías internas
  - Resultados de las auditorías externas
  - Retroalimentación partes interesadas
  - Desempeño programas, proyectos, procesos
  - Estado oportunidades de mejora
  - Ejecución del plan de acción
  - Ejecución plan de desarrollo BSC (Cumplimiento objetivos estratégicos)
  - Cambios que puedan afectar el SGIC
  - La revisión por la dirección se realiza teniendo en cuenta lo establecido en la NTC ISO 14001:2015 en su numeral 9.3 así como la NTC OHSAS 18001:2007 en su numeral 4.6.

### **5.6. Informe cumplimiento Control Interno Contable.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- El HGM aplicó el procedimiento para la evaluación del control interno contable, de acuerdo a lo establecido con el artículo 2 de la Resolución 193 de 2016.
- La Evaluación del control interno contable 2018, fue ingresada al software CHIP-Consolidador de Hacienda e Información Pública.
- El Informe Anual de Evaluación de Control Interno Contable se presentó mediante el diligenciamiento y reporte del formulario dispuesto por la Contaduría General de la Nación por medio del cual se hacen las valoraciones cuantitativa y cualitativa.

#### **Fortalezas.**

- Se cuenta con personal directivo y operativo competente y comprometido con el proceso.
- El software disponible -ERP SAP- de carácter transaccional aloja la actividad económica y financiera del negocio y permite extraer información de manera oportuna y sincrónica con la operación.
- El Sistema documental Eurodoc, que permite la visualización y consulta de los soportes contables de las transacciones y hechos económicos.
- Se tiene buena disponibilidad para proveer información general y detallada del proceso contable de la empresa y los soportes documentales requeridos

#### **Debilidades**

- Ausencia de seguimiento a las inversiones mediante tablas de amortización que permita garantizar el debido cálculo de intereses.
- Falta revisión de la gestión y administración de inventarios, especialmente del material de osteosíntesis.
- Falta de análisis, depuración y conciliación del Remanente situado fiscal.

#### **5.7. Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna.**

Se formuló el Plan de Acción correspondiente al año 2019.

#### **Fortalezas**

- Avances en la conformación del equipo de auditoría Interna.

#### **Debilidades**

- Mejorar cobertura de las auditorías, especialmente en las áreas de sistemas de información y comunicación.

#### **5.8. Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Se ejecutó por parte de la consultoría Newsol una auditoria acerca del proceso de TI, Seguridad de la información (ISO27000) y MIPG, identificando 23 hallazgos a trabajar.
- Se modificó la seguridad en el sistema de información SAP realizando bloqueo a los usuarios por defecto.
- Se modificó los parámetros de seguridad para las contraseñas seguras en SAP.
- Se cambió el proceso para la apertura del mandante, creando un formato para dejar evidencia para los casos en los que se requieran.
- Se cierran 5 hallazgos en el plan de mejoramiento institucional ubicado en la KDB.

**Fortalezas.**

- Se cierran brechas de seguridad respecto al sistema de información SAP.
- Se aumenta la seguridad respecto al riesgo de pérdida de información al modificar los parámetros para una contraseña segura.

**Debilidades**

- Falta de control a los lineamientos del manual de seguridad identificado en los hallazgos de la auditoria.
- Compromiso con los funcionarios para cumplir las políticas institucionales.

**5.9. Auditoría NTC 14.001.**

Se realizó la auditoria externa por parte del ICONTEC y se logró la certificación con la versión 2015.

**Fortalezas**

- Hospital certificado en la norma
- Ingresó un ingeniero ambiental por prestación de servicios para apoyar toda la gestión ambiental

**5.10. Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realiza la auditoria de revisión por parte del Icontec con un resultado favorable para el mantenimiento del certificado y con una sola no conformidad menos. Solo algunas observaciones desde la operación. Resaltan la mejora con el seguimiento a terceros y se cierran absolutamente todas las no conformidades de la auditoria anterior.
- Se corre el modelo de mejoramiento y se envía a la auditoría del ICONTEC, siendo aceptada por estos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas**

- La preparación, realización y la final evaluación de la auditoria deja la tranquilidad de estar desarrollando el proceso de seguridad y salud en el trabajo con buenas prácticas nacionales e internacionales.
- De igual manera se hace un recorrido documental y de la operación, resaltando lo bueno y dejando unos puntos a mejorar en el 2019.

**Debilidades**

- Falta aún empoderamiento de los diferentes líderes de los procesos de apoyo y misionales, asistenciales para la coordinación del sistema en su área y para que sirvan como puntos de control en el que hacer de SST.

**5.11. Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.**

Se realizó auditoria interna en el mes de noviembre de 2018 con la empresa Conoser, actualmente se está realizando seguimiento al plan de mejoramiento.

**5.12. Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.**

Se realizó auditoria interna en el mes de septiembre de 2018 con la empresa Cryogas, actualmente se está realizando seguimiento al plan de mejoramiento.

**5.13. Plan de Mejoramiento Archivístico**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

▫ **Aplicación de Tablas de Retención Documental a la Historia Clínica.**

La aplicación de las Tablas de Retención Documental a la historia clínica que se encuentra en el archivo de gestión (depósito de Gestión Documental), se realizará durante el año 2019 en la sala de consulta de Gestión Documental con personal contratado por el Hospital; para el resto de la documentación que se encuentra en custodia externa será contratado con dicha empresa.

▫ **Proyecto de Digitalización de Historias Laborales y de Salud Ocupacional del Personal Activo, resoluciones y Acuerdos.**

Este proyecto tiene dos fases, la primera que es la adquisición de los equipos repositores de la memoria, ya se encuentra en ejecución y la segunda fase se iniciará una vez se encuentren instalados dichos equipos para la radicación en el sistema Eurodoc de las series documentales estipuladas en este proyecto.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### ▫ **Plan de Mejoramiento de Gestión Documental "Cero Papel"**

Se estructuró en el Sistema Eurodoc la radicación de la facturación, lo que implica que los documentos salen del Hospital radicados y cuando vuelven se completa el radicado con el recibido por parte del destinatario, de esta forma se puede consultar los estados de las facturas y los informes que se requieran.

#### **Fortalezas**

- Personal idóneo contratado por el Hospital para la realización del proyecto de aplicación de Tablas de Retención e inventario de la subserie historia clínica del Archivo de Gestión.
- Contratación con la empresa que custodia la información, la cual cumple con requisitos establecidos por normatividad del Archivo General de la Nación y de esta forma se minimizan gastos y riesgos de transporte y de tratamiento de datos personales reservados.
- Se han realizado mejoras al Sistema Eurodoc y a los procesos correspondientes para la radicación de las facturas.

#### **Debilidades**

- Retraso en la aplicación de Tablas de Retención y de Valoración como procedimientos de ley a la documentación y se paga por custodia a documentos que ya cumplieron el tiempo de permanencia.

### **5.14. Plan de Mejoramiento Institucional.**

Se cierra el año 2018 con un cumplimiento del 85,5% de las oportunidades de mejora incluidas en el modelo de mejoramiento

Con el objetivo de seguir fortaleciendo el mejoramiento institucional y optimizar los recursos se incorporan al plan de mejoramiento institucional las acciones de mejora del plan de mejoramiento de auditoría interna, para gestionarlo en un solo instrumento.

#### **Debilidades**

- Avanzar en el desarrollo de un aplicativo que facilite la implementación de las diferentes etapas del modelo de mejoramiento y la trazabilidad de las mejoras.

### **5.15. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna.**

Desde la oficina de Auditoría interna en consenso con el área auditada se incluyen dentro del plan de mejoramiento unico institucional las actividades de mejora de los resultados de la auditoría indicando el requisito, es decir, la fuente del hallazgo y/o observación. Además se incluyen las auditorías realizadas por la Revisoría Fiscal.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### **Fortalezas**

- Se articulan las fuentes externas al modelo de mejoramiento. Se agrupan las actividades y oportunidades de mejora por afinidad evitando reprocesos y desgaste administrativo para el área.

### **Debilidades**

- Alto nivel de manualidad y operatividad en la gestión y seguimiento del modelo de mejoramiento, que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información en todo el modelo de la institución

#### **5.16. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se efectuó seguimiento al plan de mejoramiento en reuniones con los responsables de las áreas y acompañamiento de la oficina de auditoría interna. 2. El seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría general de Medellín fue ingresada en Gestión transparente el 15 de febrero de 2019.
- Por cada acción de mejora aplicada se obtuvo la evidencia por parte de las áreas responsables.
- Se efectuó seguimiento a las acciones de mejora de la auditoría regular vigencia 2017 y 2016.

### **Fortalezas**

- Por parte de los responsables de las áreas, se tiene buena disponibilidad para proveer información y los soportes documentales requeridos para aportar a la evidencia.

### **Debilidades**

- Alto nivel de manualidad y operatividad en la gestión y seguimiento del modelo de mejoramiento, que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información en todo el modelo de la institución.

#### **5.17. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se llevó a plan de mejoramiento institucional a las auditorías efectuadas por la Revisoría Fiscal de la Entidad: Auditoría de planeación, Tics, gestión ambiental, asistencial y financiera.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Se efectuó reunión con los responsables de área para el seguimiento del plan de mejoramiento de Revisoría Fiscal.

### **Fortalezas**

- Por parte de los responsables de las áreas, se tiene buena disponibilidad para proveer información y los soportes documentales requeridos para aportar a la evidencia.

### **Debilidades**

- Alto nivel de manualidad y operatividad en la gestión y seguimiento del modelo de mejoramiento, que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información en todo el modelo de la institución.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

**VI. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.**

**6.1. Normativa.**

- Decreto 1499 de 2017, por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, en lo atinente a Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno.
- Decreto 648 de 2017 en especial el artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes al Decreto Nacional 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública” que establece:

- Título 21. Sistema de Control Interno.  
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”.

- Título 21. Sistema de Control Interno.  
Capítulo 3. Sistema Institucional Nacional de Control Interno, así definido por el Art.7 del Decreto 648 del 19 de abril de 2017, 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, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional”.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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”.

## 6.2. Concepto

Con fundamento en la información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, y las Dimensiones del Sistema de Gestión, que sirvieron de base para la elaboración del presente **Informe Cuatrimestral Pormenorizado N° 8, del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín, del período del 4 de noviembre de 2018 al 3 de marzo de 2019, la Oficina de Auditoría Interna, conceptúa que:**

1. El Hospital General de Medellín, cuenta con un Sistema Institucional de Control Interno - SICI, diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes. No obstante, es necesaria la revisión y ajuste permanente de los “puntos de control”.
2. Los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control, de la entidad tienen definidos los niveles de autoridad y responsabilidad. Además están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional. Sin embargo es conveniente estructurar y actualizar los procesos institucionales.
3. Debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes y reportes de ley, para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías independientes a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema Institucional de Control Interno. En este aspecto, se recomienda adoptar las decisiones necesarias para que la elaboración de los Planes de Mejoramiento se realice oportunamente y se articulen con el modelo de mejoramiento institucional.
4. Es de resaltar que 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, entre las cuales se menciona: alta manualidad en el registro de las novedades y en la capacitación del personal, diligenciar el reporte de la declaración de bienes y rentas, desactualización de la estructura organizacional, tratamiento de la protección de la propiedad intelectual y el bajo conocimiento del Modelo Integral de Planeación y Gestión.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

5. Se debe fortalecer la participación de los diferentes grupos de interés en la estrategia de la rendición de cuentas de la institución.

**FUENTES:**

1. Información diligenciada por los responsables en el formato diseñado por la Oficina de Auditoría Interna “Formato Informe Cuatrimestral Sistema Institucional de Control Interno”, del período julio 4 a noviembre 3 de 2018.
2. Informe de Avance Plan de Acción 2018 y 2019.
3. Informe de Auditorías.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento.

**ELABORACIÓN DEL INFORME:**

Agradecemos a los líderes de los planes, programas y proyectos en el reporte de la Información que sirve de base para el presente documento,

**EQUIPO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA**

Carlos Uriel López Ríos  
José Heriberto Vargas Lema  
María Janeth Agudelo Arango  
Karina Ruiz de la Hoz  
Julio Suescún Montoya  
Melany Lopera González

Jefe de Auditoría Interna  
Profesional Auditoría Interna  
Profesional Auditoría Interna  
Profesional Auditoría Interna  
Técnico Administrativo de Auditoría Interna  
Estudiante en Práctica del Sena.

Oficina de Auditoría Interna.  
Hospital General de Medellín  
Medellín, marzo 12 de 2019.

