

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

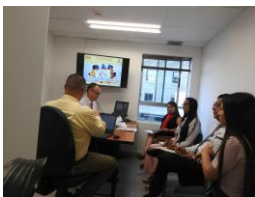
**OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA**  
*Construimos Confianza*

# Informe Cuatrimestral N° 9 - 2019

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

Período: Marzo 4 a julio 3 de 2019

Medellín  
Julio 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° 9-2019 del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín**, correspondiente al período del **4 de marzo al 3 de julio 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>6</b>
<b>1.1. Dimensión N°1. Talento Humano.....</b>	<b>6</b>
1.1.1. Código de Ética y Buen Gobierno.....	6
1.1.2. Planeación del talento humano.....	7
1.1.3. Planta de cargos y manual de funciones.....	7
1.1.4. Plan Institucional de Capacitación – PIC.....	9
1.1.5. Programa de Inducción y Reinducción.....	9
1.1.6. Programa de Bienestar.....	10
1.1.7. Plan de Incentivos.....	10
1.1.8. Acuerdos de Gestión.....	10
1.1.9. Evaluación del desempeño laboral.....	10
1.1.10. Entrenamiento en el puesto de trabajo.....	11
1.1.11. Aplicación "Ley de Cuotas".....	12
1.1.12. Declaración de Bienes y Rentas.....	12
<b>1.2. Dimensión N° 2. Direccionamiento estratégico y planeación.....</b>	<b>13</b>
<b>Dimensión N° 6. Gestión del Conocimiento y la Innovación.....</b>	<b>13</b>
Elemento: Planes.....	13
1.2.1. Plan Estratégico 2016 – 2027.....	13
1.2.2. Plan de Desarrollo 2016 – 2019.....	13
1.2.3. Plan de Acción 2019.....	14
1.2.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.....	14
1.2.5. Plan Anual de Adquisiciones.....	15
1.2.6. Plan de Movilidad Empresarial Sostenible - MES.....	15
1.2.7. Plan de Austeridad.....	16
1.2.8. Control Interno Contable.....	17
1.2.9. Presupuesto 2019.....	17
1.2.10. Plan Anual de Auditorías Independientes – PAAI.....	17
Elemento: Programas.....	18
1.2.11. Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.....	18
1.2.12. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.....	18
1.2.13. Programa 3. Competitividad.....	18
1.2.14. Programa 4. Capital Humano.....	19
1.2.15. Programa 5. Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad.....	19
1.2.16. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.....	20
1.2.17. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.....	20
1.2.18. Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.....	21
1.2.19. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.....	21
Elemento: Proyectos.....	22
1.2.20. Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.....	22
1.2.21. Proyecto 2. Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.....	22
1.2.22. Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.....	22
1.2.23. Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos.....	23
1.2.24. Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.....	23
1.2.25. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.....	24

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

1.2.26. Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad. ....	24
1.2.27. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia. ....	24
1.2.28. Proyecto 9. Gobierno Digital. ....	25
1.2.29. Proyecto 10. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos). ....	25
1.2.30. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación. ....	26
1.2.31. Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario. ....	26
1.2.32. Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos. ....	27
1.2.33. Proyecto 14. Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro-diagnóstico. ....	28
1.2.34. Proyecto 15. Adecuación del Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur. ....	28
1.2.35. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental. ....	28
1.2.36. Proyecto 17. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial. ....	29
1.2.37. Proyecto 18. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información). ....	30
1.2.38. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática. ....	30
Elementos: Políticas. ....	32
Política de Gestión Presupuestal. ....	32
1.2.39. Gestión de Cartera. ....	32

**Dimensión N° 3. Gestión con Valores para Resultados. ....33**

1.2.40. Estructura organizacional. ....	33
1.2.41. Modelo de Operación por procesos. ....	33
1.2.42. Sistema de Gestión / Gestión Ambiental. ....	33
1.2.43. Sistema de Gestión / Salud y seguridad en el trabajo. ....	34
1.2.44. Sistema de Gestión / Responsabilidad Social. ....	35
1.2.45. Sistema de Gestión / Modelo Estándar de Control Interno – MECI. ....	35
1.2.46. Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema Único de Habilitación. ....	35
1.2.47. 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. ....	35
1.2.48. Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema de Información para la Calidad – SIC. ....	36
1.2.49. Sistema de gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Sistema Único de Acreditación. ....	36
1.2.50. Procesos de Conciliación. ....	37
1.2.51. Defensa Jurídica. ....	37
1.2.52. Proceso de Facturación. ....	38

**II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO. ....38**

2.1. Lineamientos de Política. ....	38
2.2. Identificación del riesgo. ....	38
2.3. Análisis del riesgo. ....	39
2.4. Evaluación del riesgo. ....	39
2.5. Monitoreo y revisión. ....	39
2.6. Mapa de Riesgos. ....	39

**III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL. ....40**

3.1. Indicadores Institucionales. ....	40
--	----

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

<b>IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. ....</b>	<b>40</b>
<b>Dimensión N° 5. Información y Comunicación. ....</b>	<b>40</b>
4.1. <i>Sistemas de Información. ....</i>	40
4.2. <i>Desarrollo Tecnológico. ....</i>	41
4.3. <i>Derechos de Autor de Software. ....</i>	41
4.4. <i>Comunicación interna. ....</i>	41
4.5. <i>Comunicación externa. ....</i>	42
4.6. <i>Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU. ....</i>	43
4.7. <i>Rendición de cuentas. ....</i>	44
4.8. <i>Gestión documental. ....</i>	44
4.9. <i>Plan de comunicaciones. ....</i>	45
4.10. <i>Transparencia y lucha contra la corrupción. ....</i>	45
4.11. <i>Participación ciudadana. ....</i>	46
<b>V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO. ....</b>	<b>46</b>
<b>Dimensión N° 4. Evaluación de Resultados. ....</b>	<b>46</b>
<b>Dimensión N° 7. Control Interno. ....</b>	<b>46</b>
5.1. <i>Evaluación del Clima Laboral. ....</i>	46
5.2. <i>Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento. ....</i>	46
5.3. <i>Seguimiento al Plan de Austeridad. ....</i>	47
5.4. <i>Enfoque de autoevaluación. ....</i>	47
5.5. <i>Revisión por la Dirección. ....</i>	47
5.6. <i>Informe cumplimiento Control Interno Contable. ....</i>	48
5.7. <i>Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna. ....</i>	48
5.8. <i>Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación. ....</i>	49
5.9. <i>Auditoría NTC 14.001. ....</i>	49
5.10. <i>Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001. ....</i>	50
5.11. <i>Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE. ....</i>	50
5.12. <i>Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM. ....</i>	51
5.13. <i>Plan de Mejoramiento Archivístico. ....</i>	51
5.14. <i>Plan de Mejoramiento Institucional. ....</i>	52
5.15. <i>Plan de Mejoramiento Auditoría Interna. ....</i>	52
5.16. <i>Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín. ....</i>	53
5.17. <i>Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal. ....</i>	53
<b>VI. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO. ....</b>	<b>53</b>
6.1. <i>Normativa. ....</i>	53
6.2. <i>Concepto. ....</i>	54

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

## Estructura del Informe Pormenorizado Cuatrimestral

La estructura del Informe, propuesta por la Oficina de Auditoría Interna, para la evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, del Hospital General de Medellín, se determina a partir de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, definidos en la Dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG con el total de la Dimensiones del Modelo MIPG.

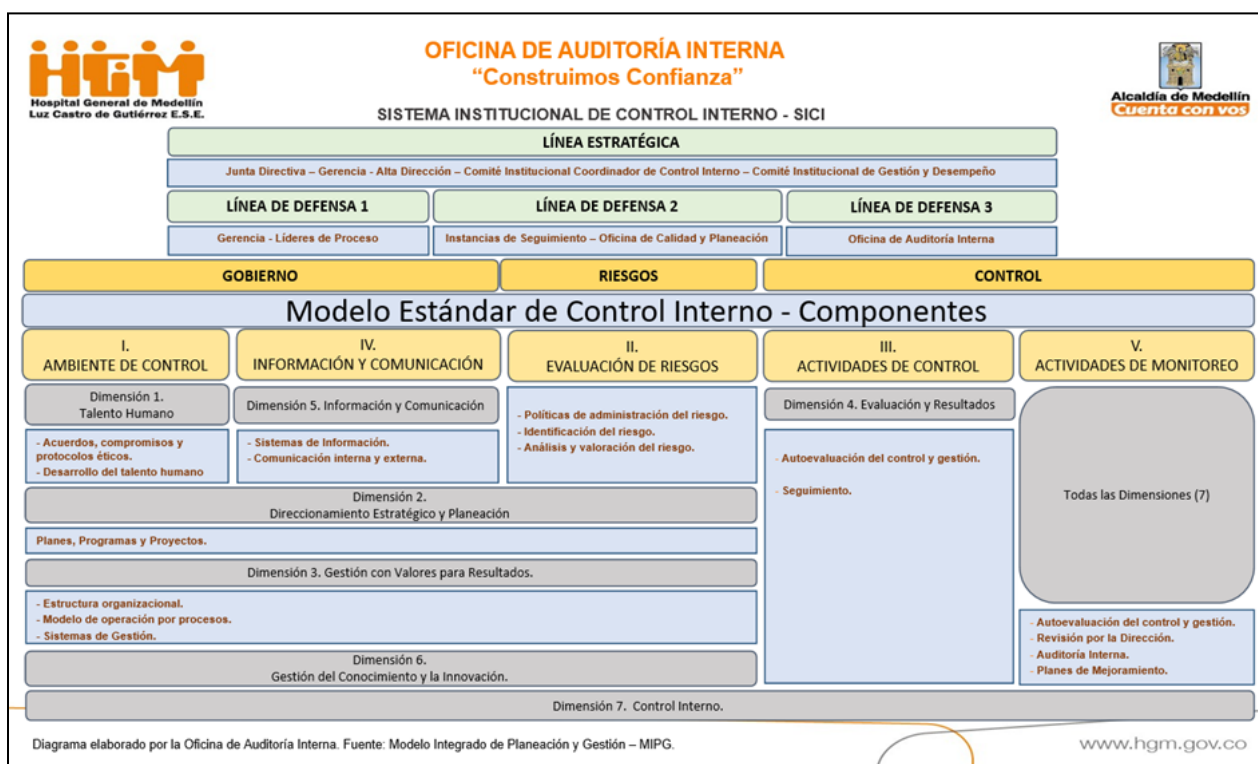


Diagrama elaborado por la Oficina de Auditoría Interna.  
Fuente: Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG del DAFP.

### 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.



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### 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:

- 1.1.2.1. Plan Anual de Vacantes. Código: AP-GHU-AP001D03.
- 1.1.2.2. Plan de Previsión de Recurso Humano. Código: AP-GHU-AP001D01.
- 1.1.2.3. Plan Estratégico de Recurso Humano. Código: AP-GHU-AP001D02.
- 1.1.2.4. Plan de Estimulo e Incentivos. Código: AP-GHU-BL001D02.
- 1.1.2.5. Plan de Capacitación. Código: AP-GHU-EC001D01.
- 1.1.2.6. 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: 881 plazas administrativas y asistenciales y 459 plazas temporales.

Las 881 plazas se distribuyen así:

N°	Clasificación	Cantidad
1	Empleos de Período	2
2	Libre Nombramiento	13
3	Carrera Administrativa	234
4	Provisionales	147
5	Periodo Prueba	422
6	Trabajadores Oficiales	11
7	Vacantes	52
<b>Total Plazas</b>		<b>881</b>

Las 459 plazas de la planta temporal se distribuyen así: 234 ocupadas y 225 vacantes.

Entre las actividades de planta de cargos y manual de funciones se tiene:

- En la implementación de la Convocatoria 426 de 2016 la Gerencia del Hospital le ha dado posesión a 422 plazas de las personas que superaron el proceso de acuerdo a las listas de elegibles enviadas por la CNSC de las 448 que fueron nombradas.
- El Manual de Funciones se encuentra publicado en la Intranet. Versión 10.

### Fortalezas

- Cumplimiento de norma de carrera administrativa al convocar al personal de carrera a postularse a los cargos vacantes y proveerlos en encargo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Publicación del Manual en la Intranet que le permite al funcionario consultar las funciones de los cargos en planta del Hospital.

**Debilidades.**

- No contar una plataforma donde se registren las novedades generadas y hacen parte del movimiento de la planeación del recurso humano y 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).

**Observación de Auditoría Interna.**

Definir un Plan de cubrimiento de las vacantes de la planta temporal.

**Fortalecimiento del Compromiso Institucional.**

El Hospital se encuentra trabajando con el tema de cultura y las diferentes actividades el compromiso institución con diferentes actividades que ayudan a la motivación y el posesionamiento del funcionario en el Hospital y dar cumplimiento a los objetivos y metas institucionales.

**Fortalezas:**

- Motiva al funcionario al posesionamiento del qué hacer diario en sus funciones y conocimiento de su plataforma estratégica.

**Movimientos de cargos en la Alta Dirección.**

En el período no se presentaron movimientos de funcionarios en la Alta Dirección.

**Fortalezas:**

- Vinculación de personal idóneo y competente.

**Informes de Entrega del cargo.**

Se procede con la vinculación de 448 plaza provistas a través de la convocatoria 426 de 2016, teniendo en cuenta las 72 listas de elegibles puestas en firme el 27 de febrero de 2019 por la CNSC.

Como requisito de entrega todo funcionario que se retira de la institución debe hacer entrega de su puesto de trabajo mediante diligenciamiento del formato de entrenamiento en su



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

puesto de trabajo, así como el acta de entrega a la cual se le debe adjuntar el paz y salvo firmado por las áreas reportadas y responsables de validar su retiro.

**Fortalezas.**

- Que el funcionario nuevo pueda ingresar con un buen entrenamiento y conocimiento de su puesto de trabajo.

**Debilidades.**

- No respetar los tiempos establecidos para realizar un buen entrenamiento en los puestos de trabajo.

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

Se elabora el plan anual de Capacitación 2019 que fue aprobado por Gerencia a través de la Resolución N° 1553 diciembre de 2018.

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

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Como requisito de ingreso todas personas que ingresaron a la Institución independiente de su tipo de vinculación se les realizó la inducción a través de la plataforma virtual. (Guayacanes).
- Con el acompañamiento de los profesionales de la Institución se programa inducción presencial al personal nuevo que ingresa a la Institución.

**Fortalezas:**

- Iniciar a los nuevos servidores en su integración a la cultura organizacional del Hospital, familiarizándolo con la organización, brindándoles información de la Plataforma Institucional y de sus procesos. Así mismo, el Curso Virtual de Inducción y reinducción está dirigido a reorientar la integración del empleado a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos.

**Cumplimiento procedimiento de selección del personal.**

A través de la Convocatoria 426 de 2016 la Gerencia del Hospital procede le ha dado posesión a 422 plazas de las personas que superaron el procesos de acuerdo a las listas de elegibles enviadas por la CNSC de las 448 que fueron nombradas.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Política de Retención de Personal.**

Actualmente 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.

**1.1.7. Plan de Incentivos.**

El evento de exaltación de los mejores se realizará en el mes de agosto del presente año el cual fue programado a través de la Resolución 1568 de 2018 y su presupuesto se establece en el Plan de Bienestar.

**1.1.8. Acuerdos de Gestión.**

**Evaluación Vigencia 2018.**

El Gerente del Hospital para el periodo 2018-2019 realizó la evaluación de acuerdo de gestión para cada uno de los directivos del Hospital.

**Elaboración Acuerdos de Gestión 2019.**

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.
- Se comparte con las áreas los tres compromisos institucionales que sirven de insumo para la concertación de objetivos de la vigencia 2019 y para el personal que ingresa en periodo de prueba con motivo de la Convocatoria 426 de 2018. Los tres compromisos son los siguientes:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- 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.
- Los líderes de los procesos establecen los compromisos de acuerdo con las prioridades institucionales.
- Para este periodo se incluye el personal que ingresa en período de prueba.

**Concertación de compromisos.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se concertó los compromisos de evaluación del desempeño para todos los funcionarios de carrera administrativa del Hospital para el periodo 2019-2020, en la plataforma de la CNSC (EDEL) para lo cual se le ha solicitado a la Comisión Reporte de la concertación realizada.
- El Hospital define tres (3) compromisos Institucionales dando cumplimiento al Acuerdo 617 de 2018, evaluación del Desempeño y los evaluadores definirán dos más de acuerdo a las funciones realizadas no superando el 100% del peso porcentual.

**Fortalezas**

- Poder realizar las evaluaciones en plataforma EDL y mucho más amigable.
- Cumplimiento de fechas por parte de los evaluadores.

**Debilidades.**

- Falta compromiso por parte de algunos funcionarios responsables a evaluar.

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

Entre las actividades realizadas se tienen:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Dando cumplimiento a los requisitos de ingreso del personal a la Institución, el Hospital invita al personal que ingresa a participar en la inducción presencial la cual fue programa en tres etapas (abril 16 y junio 4 y 15 de 7:00 am a 4:00 pm), con el acompañamiento de los profesionales responsables de los temas programados para esta.
- Posterior a esta inducción esto los funcionarios nuevos al día siguiente se desplazan a las áreas de trabajo para proceder con el entrenamiento en sus puestos de trabajo.

**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".**

El reporte se realizará en el mes de septiembre en cumplimiento de la Ley 581 de 2000.

**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 diligenciarán la declaración de Bienes y rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega a 31 de julio del presente 2019.

**Fortalezas.**

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

**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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**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, sin embargo actualmente se está desarrollando un proyecto estratégico que tiene como objetivo la actualización de la estructura organizacional y su alineación con las nuevas necesidades de la empresa y del entorno.

**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.

**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, sin embargo actualmente se está desarrollando un proyecto estratégico que tiene como objetivo la actualización

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

de la estructura organizacional y su alineación con las nuevas necesidades de la empresa y del entorno.

### 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, sin embargo actualmente se está desarrollando un proyecto estratégico que tiene como objetivo la actualización de la estructura organizacional y su alineación con las nuevas necesidades de la empresa y del entorno.

### 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 abril 30 de 2019, así como el cronograma de ejecución del mismo.
- 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- 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.
- 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 términos de referencia y normatividad para la implementación del Plan de Movilidad Empresarial Sostenible – Plan MES
- Participación en capacitación dada por el área Metropolitana para asesorar a las empresas en la implementación de dicho plan
- Obtención de usuario y clave para acceso a la plataforma Sistema de Información Metropolitano (SIM V.5) del Área Metropolitana del valle de Aburrá
- Ingreso de datos de la Organización y de la Instalación en la plataforma (SIM V.5)
- Diligenciamiento de la Encuesta de Sito en la plataforma (SIM V.5)
- Cálculo de la muestra para la aplicación de la Encuesta a Trabajadores



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Despliegue al personal de las generalidades del Plan de Movilidad Empresarial Sostenible
- Elaboración y aplicación de la encuesta de Movilidad Sostenible en la plataforma del Hospital (LimeSurvey), difundida por medio de la intranet. A la fecha se lleva aproximadamente un 70 % de las encuestas diligenciadas de acuerdo al tamaño de la muestra
- Diligenciamiento de la encuesta durante la Semana Ambiental del HGM
- Avances en la estructuración del documento técnico Plan MES – HGM

**Fortalezas**

- Compromiso de la Gerencia.
- Posibilidad de plantear estrategias orientadas a:
  - Impulsar la movilidad activa
  - Fomentar el transporte público
  - Racionalización del uso de vehículo particular
  - Reducción número de viajes de los individuos
  - Generar una Cultura de Movilidad en la población del HGM
- Buena aceptación del tema por parte del personal

**Debilidades.**

- Insuficiente recurso humano para el cargue de las encuestas que se levanten en la Plataforma (LimeSurvey) hacia la Plataforma del AMVA SIM V.5
- Respuesta no tan rápida del diligenciamiento de la encuesta.

**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.

**Observación de Auditoría Interna.**

- Se recomienda formular anualmente un Plan de Austeridad que permita definir acciones de seguimiento.

**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 del primer trimestre 2019 en aplicación de las instrucciones emitidas por la Contaduría General de la Nación
- Se presenta informe CHIP a la Contaduría General de la Nación trimestre 1-2019
- Se presenta informe en cumplimiento de la Resolución 2193 de 2004 - SIHO trimestre 1-2019.
- Se presenta informe de cuentas por pagar Circular 016 de 2016 - Supersalud trimestre 1-2019.

**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:

- Se efectuó adición y traslados presupuestales
- Seguimiento a la Ejecución presupuestal mensual del HGM.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Se elabora borrador de ajuste el plan anual de auditoría año 2019
- Se ejecutan en el periodo las siguientes auditorías:
  - Gestión de la Relación docencia-servicio.
  - Gestión de Facturación.
  - Gestión de glosas.
  - Contrato 165C de 2018 – Aseo.

**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.

**Fortalezas**

- La importancia del trabajo en equipo por parte de todos los involucrados en los procesos.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- 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.

**1.2.13. 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, con el apoyo de un funcionario de la Oficina de Auditoría Interna, el cual fue presentado a la Junta Directiva, en el cual se concluye que la necesidad de ajustar la actual estructura de Costos, tanto con el personal que opera esta área como la dinámica de trabajo, redireccionar el proyecto de costos como tal, a corto, mediano y largo plazo, ya que en estos momentos no contamos con los recursos. Además, como resultado del costeo de algunos servicios y comparando tarifas con los manuales tarifarios en Imagenología y consulta externa, nos da la posibilidad de ser más competitivos 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.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se procede con la vinculación de 451 plaza provistas a través de la convocatoria 426 de 2016, teniendo en cuenta las 72 listas de elegibles puestas en firme el 27 de febrero de 2019 por la CNSC.
- La Comisión Nacional del Servicio Civil envió copia al Gerente del Hospital General de Medellín, para efectuar los nombramientos en periodo de prueba en los empleos convocados en el concurso, en estricto orden de mérito y de conformidad con el puntaje obtenido por las personas que ocupan un lugar de elegibilidad.

#### **Fortalezas**

- Cubrimiento de las vacantes definitivas y provisionales que tiene el Hospital.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Implementación periódica y sistemática del modelo de mejoramiento Institucional en los diferentes grupos de mejoramiento de la Institución.
- Incorporación de las oportunidades de mejora derivadas de las diferentes fuentes establecidas por la Institución.
- Acompañamiento a los grupos de mejoramiento en la implementación de acciones tendientes a solucionar las oportunidades de mejora detectadas y cierres de oportunidades de Mejora.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas**

- La ESE HGM cuenta con funcionarios muy dispuestos para la implementación del modelo de mejoramiento Institucional.

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

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 pública 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.
- Para dar cumplimiento y mejorar la experiencia de los usuarios con los trámites y servicios del Hospital en línea, se definió mejorar la plataforma de la página WEB del Hospital y se cumpla con lo requerido en la ISO27000. A la fecha se realiza la evaluación técnica y de experiencia a los proveedores, se toma la decisión con base en los resultados obtenidos por la compañía NETUXA. En el momento se encuentra en proceso de firma del contrato para iniciar con el desarrollo de la nueva plataforma e implementar las estrategias requeridas tanto para satisfacer las necesidades como para garantizar la seguridad de lo realizado en esta.
- Estamos gestionando el Autodiagnóstico de Gobierno Digital, para continuar con la postulación al sello de excelencia ya que los proyectos no se han desarrollado en su totalidad.
- Para la iniciativa de Servicios Digitales de Confianza, el portal de Gestión Humana lleva un avance del 50% con elaboración del diseño de la plataforma y el código de barras de Almacén General ya se encuentra implementado en su primera fase.

**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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### 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).
- Se ejecutaron los siguientes proyectos para dar cumplimiento al Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática:
  - 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 19.8: 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**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.

**Fortalezas.**

- La comunicación permanente que debe existir entre las instituciones para dar una mejor atención a nuestros pacientes, dando prioridad a la ruta Materno-Perinatal que se tiene establecida.

**Debilidades.**

- El no respetar dicha ruta lo que ha ocasionado muchos traslados primarios que ponen en riesgo la salud del binomio Madre-Hijo

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

En el período no se reportaron actividades de este proyecto.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se finaliza el 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.
- Continúa el proceso de contratación de la consultoría, para analizar el proceso de gestión de costos.
- Continúa la revisión y ajuste del sistema de medición del proceso de costos.
- Continúa la planeación, monitoreo y control de la intervención de la consultoría.



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas.**

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

**Debilidades.**

- Proceso de adaptación del nuevo personal que retrasa la continuidad de las actividades.

**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 continua con la construcción para el 2019 y una vez se termine se socializará con la Alta Dirección.
- Se integra el área de Auditoría Médica, cartera y facturación para gestionar las glosas y devoluciones.
- Se han gestionado Acuerdo de Pago y conciliaciones con las diferentes entidades

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Intervenciones:
  - Formaciones ejecutadas en grupos que se identifica problemáticas en los equipos de trabajo. Cumplimiento 70%.
- Certificación:
  - Certificación de las competencias laborales NSCL – SENA
  - Para el 2019 la meta es certificar 200 trabajadores que se encuentran en proceso de sensibilización.
- Campaña:
  - Despliegue de campaña “Cultura GHM, es la suma de tus competencias”
  - Cada 15 días medios institucionales se realizan reflexiones individuales y colectivas. Cumplimiento: 100%
- Adaptación MIPG.
  - Caracterización y actualización de la base de datos de los servidores de acuerdo a las condiciones de MIPG. Cumplimiento: 60%

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**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:

- Realización de las campañas institucionales: Saludémonos y Elige Sumar.

**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:

- Implementación del Sistema de Salud y seguridad en el trabajo con cumplimiento pleno de los requisitos normativos.
- Fortalecimiento del Sistema de gestión ambiental.

**Fortalezas.**

- Equipos de trabajo comprometidos
- Acompañamiento de entes externos que favorecen los procesos de autoevaluación.

**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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Se continúa trabajando fuertemente para incrementar los niveles de calidad que permitan acercarse a puntajes de excelencia (calificación de 4 en todos los grupos de estándares).

**Fortalezas.**

- Compromiso de todas las áreas de la organización

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Actualmente se trabaja en las cuatro iniciativas para los propósitos de la política de Gobierno Digital.
  - Para Servicios Digitales de Confianza: Se está desarrollando un portal de autogestión para Gestión Humana y código de barras en el Almacén General;
  - En Proceso Internos, Seguros y Eficientes, se está articulando desde el área de Gestión Ambiental la correcta disposición de desechos electrónicos, alineado con lo requerido por MIPG.
  - En Toma de Decisiones Basadas en Datos, se generan constantemente tableros a través de BI y se estudia la posibilidad implementar Power BI para que la información pueda ser pública para todos los funcionarios del Hospital.
  - En Empoderamiento Ciudadano se desarrolló un portal exclusivo para Docencia Servicio, en el que las instituciones puedan tener gestión de sus estudiantes en el Hospital (este portal será postulado para el Sello de Excelencia).
- Adicionalmente desde el área de Sistemas, se realizan desarrollos de interoperatividad con las demás entidades de salud.
- Para este bimestre no se solicitó el sello de excelencia, debido a que los proyectos no se han desarrollado en su totalidad, pero estamos en la gestión del autodiagnóstico para continuar con esta actividad.

**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:

- Posesión del profesional gestor de riesgos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Reuniones de sensibilización con los diferentes grupos de mejoramiento en relación con la importancia de la gestión de riesgos y el proceso a seguir en la Institución.

### **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 ha realizado un informe.
- Elaboración y construcción de conceptos de solución de los proyectos priorizados: se han elaborado dos proyectos: Inmovilizador de sonda vesical y alarma no sonora para neonatos.
- Reunión del Comité Coordinador del Laboratorio de Cocreación para la Innovación en Salud HGM-CES-EIA: tres reuniones realizadas.
- Actualización del Manual de Laboratorio de Cocreación y de los instrumentos correspondientes; pendiente su normalización.
- Vinculación en calidad de contratista, de un Ingeniero Mecatrónico.
- Participación de la Líder de Docencia e Investigación en el Seminario de la Revista América Economía realizado en junio 2019 sobre Innovación: Caminos hacia la Innovación.
- Participación del Laboratorio de Cocreación en el Evento de la OES realizado en Cartagena, en mayo 2019.

### **Fortalezas.**

- Proceso Gestión de la Innovación estructurado.
- Fortalecimiento del Procedimiento Gestión del Portafolio de Proyectos de Innovación.
- Fortalecimiento del Equipo del Laboratorio de Cocreación, incorporando un Ingeniero Mecatrónico.
- Fortalecimiento de los procedimientos relacionados con la transferencia de tecnología y explotación de los resultados.

### **Debilidades.**

- Continúa pendiente aclarar los temas de Protección de la Propiedad Intelectual aplicable al HGM.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se realiza el empalme entre el anterior Líder de Docencia e Investigación y la nueva funcionaria Líder vinculada en Carrera Administrativa, y la nueva Profesional de Docencia vinculada en Carrera Administrativa.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Se realizaron los Comités Docencia Servicio con las Instituciones Educativas con las que se dispone de Convenios Vigentes; aún pendiente el Comité con la UPB.
- Se realizaron dos Comités Docencia Servicio Institucionales.
- Se suscribió el Convenio Docencia Servicio HGM-Corporación Universitaria Americana, que incluye la práctica de estudiantes de los Programas de Psicología y Enfermería. La Corporación está en proceso de obtener los correspondientes registros calificados ante el MEN.
- Se realizaron las Actividades Académicas programas entre los meses de marzo y junio.
- Se realizaron 3 reuniones del Comité de I+D+i, en las que se aprobaron 12 nuevos Proyectos de Investigación para ser ejecutados en el HGM.
- Se culminó el proceso de participación en la Convocatoria 833-2018 de COLCIENCIAS: Medición de Grupos de Investigación y Desarrollo Tecnológico e Innovación. Los resultados preliminares serán conocidos en septiembre de 2019.

**Fortalezas.**

- Incremento notable de la producción del Grupo de Investigación Clínica HGM-CES.

**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.
- Insuficiente asistencia de involucrados en las Actividades Académicas.

**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:

- Se continúa con Asesoría para el montaje y operación del Comité de Ética en Investigación en Humanos propio del HGM.
- Gestión para dos nuevos contratos con la Industria Farmacéutica (MELODY con Medimmune y LatinaBreast con ROCHE).
- Se implementa estrategia de control de costos, haciendo énfasis en el control de la efectividad del uso de las horas en beneficio del CEC.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Se realiza el empalme entre el anterior Líder de Docencia e Investigación y la nueva funcionaria vinculada en Carrera Administrativa.
- Encuentro de seguimiento de la relación entre el HGM y el Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES.

**Fortalezas.**

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

**Debilidades.**

- La insuficiente participación de algunos de los Profesionales Especialistas vinculados al HGM en los diferentes Ensayos Clínicos como Investigadores Principales.

**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:

- Se inició la adecuación del servicio de diagnóstico cardiovascular, laboratorio de función pulmonar y electro-diagnóstico; para esta labor se realizaron la contratación de interventor externo para realizar las labores de interventoría física, financiera, ambiental, de salud y seguridad en el trabajo.

**Fortalezas.**

- Cumplimiento de la norma de habilitación para los tres espacios en mención.
- Mejorar la atención a los pacientes con espacios adecuados.

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

El proyecto se presentó a Junta Directiva y será excluido del Plan de Acción de este año.

**Debilidades.**

- Posible hacinamiento en el servicio por la cantidad de cunas y servocunas allí ubicadas.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Desarrollo de la Semana Ambiental en el HGM, en conmemoración al Día Mundial del Medio Ambiente (5 de junio).
- Capacitaciones en diferentes temas:
  - Manejo de Residuos Hospitalarios
  - Plan de MES
  - Manejo de Vertimientos
  - Manejo de Sustancias Químicas
  - Uso eficiente de Recursos Naturales
- Inspecciones ambientales en servicios
  - Inspección a Cuartos intermedios y Cuarto central
- Estructuración de Programas Ambientales (Componentes: agua, energía, emisiones atmosféricas, manejo de RAAE, manejo de vertimientos)
- Estructuración de Campaña Ambiental - Manejo de Vertimientos
- Registro de PCB's, Registro RESPEL, Registro DGA, Registro Indicadores de Desempeño
- Elaboración y seguimiento al Plan de acción resultante de la Visita de la SSM el pasado 22 y 23 de mayo
- Capacitación en la Secretaría de Salud Municipal, para el Manejo de Residuos Hospitalarios
- Despliegue de la Huella de Carbono Corporativa
- Participación en Mesa Ambiental del Sector Salud, con el AMVA
- Participación activa en el Comité Ambiental del Sector Salud
- Monitoreo y Medición de Gases de Combustión a calderas
- Capacitación en el AMVA sobre el DGA e Indicadores de Desempeño (Requisitos de norma)
- Asesorías en el AMVA
- Y otras actividades propias del área

**Fortalezas.**

- Disponibilidad presupuestal para la Gestión Ambiental.
- Contratación de Profesional Ambiental por Prestación de Servicios.

**Debilidades.**

- Falta aprehensión del Sistema de Gestión Ambiental de algunos funcionarios y usuarios del hospital.

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

En el período no se reportaron actividades de este proyecto.



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se solicita ante el Mintic las credenciales para la nueva herramienta de autodiagnóstico de Gobierno Digital, con el fin de autoevaluar la entidad según sus capacidades y recursos.
- Participación en los eventos presenciales y virtuales brindados por Mintic, actualmente se participa en los realizados virtualmente por Facebooklive.
- Se creó el usuario para sello de excelencia.
- Intervención hallazgos identificados por la consultoría.

**Fortalezas.**

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

**Debilidades.**

- Falta de sensibilización del personal con los sistemas que rigen la entidad para una mejora continua de la institución

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

**Proyecto 19.1. Implementación Facturación Electrónica.**

- Se realizó pruebas y ajustes al desarrollo en este cuatrimestre. Salió a productivo el 2 de julio.

**Proyecto 19.2. Código de Barras en el Almacén General.**

- Entre marzo y abril se realizan los ajustes al proyecto, el 5 de mayo sale a productivo.

**Proyecto 19.3. Implementación. Portal de autoservicios para empleados.**

- Se realizó la evaluación de selección del proveedor en el mes de Marzo, quedando WITS SOLUTIONS. Se adjudica el contrato y se le da inicio a mediados de abril.
- En el mes de abril se realizan reuniones de seguimiento del proyecto y para el tema de definiciones (dos espacios para el diseño del portal, una para los roles y perfiles y una para la arquitectura del sistema).

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- En mayo se realizó la definición del diseño del portal y se cerró el primer entregable de roles y perfiles.
- En Junio se realizó el desarrollo del segundo entregable: gestión de consultas.

**Proyecto 19.4. Renovación de PC (301 máquinas)**

- Se realizó la evaluación técnica y de experiencia a TEAM TI S.A.S, Nueva Era Soluciones y Axis. Con base en los resultados se opta en el comité de contratación por la oferta económica y de experiencia de TEAM IT S.A., se realiza un cronograma de entrega de equipos para junio y julio.
- El martes 11 de Junio se da inicio al cronograma de entrega, dando prioridad al reemplazo de los equipos arrendados lo cual termina el 28 de junio. En julio se inicia el reemplazo de los equipos propios.

**Proyecto 19.5. Desarrollo del SW para RCIU**

- Se definieron y crearon las plantillas, veintiséis en total, para los diferentes tipos de exámenes. Se avanza en la captura de datos de los ecógrafos con los que se deben generar las interfases, proceso a cargo del proveedor actualmente.

**Proyecto 19.6. Unificación de planes de mejora institucionales**

- Se realiza visita de referenciación y proceso de definición de requerimientos con la Oficina de Calidad y Planeación. Se analiza propuesta de software existente en la organización. En junio se define el proveedor y se inicia el proceso de contratación.

**Proyecto 19.7. Central de referencia**

- En junio se realiza presentación al CTC para completar los requerimientos necesarios y validación de la propuesta de desarrollo. Se inició con uno de los prerrequisitos que es el desarrollo de Prealta y se encuentra en aprobación por parte del área de hospitalización.

**Proyecto 19.8. Sistema de gestión de SST**

- Se le hizo adición presupuestal pues no contaba con recursos. En junio se toma la decisión de abordar el proyecto en el segundo semestre pues solamente se cuenta con una propuesta.

**Proyecto 19.9. Implementación GRD's**

- 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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

Argentina y se hacen los requerimientos de ajuste al aplicativo desarrollado en el Hospital.

**Fortalezas.**

- Se da cumplimiento a la normatividad requerida para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Se Implementan nuevos desarrollos en la institución con el fin de optimizar procesos, y seguir en la mejora continua.

**Debilidades.**

- No se está realizando una evaluación eficaz y coherente con los proveedores ya que se evidencian incumplimientos en las entregas.

**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.

**Fortalezas.**

- Cumplimiento a cronograma establecido para mesas de trabajo, Circular 030 de 2013.
- Evidencias, actas en archivo físico.

**Debilidades.**

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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

**1.2.40. Estructura organizacional.**

Actualmente se está realizando proceso de búsqueda de la posible empresa que acompañe el proceso.

**Debilidades.**

- Las propuestas iniciales recibidas presentan costos elevados.

**1.2.41. 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.
- Estrategia de despliegue semanal.

**1.2.42. Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Formulación del Plan de Trabajo para la Asesoría del sostenimiento del SGA bajo la NTC ISO 14001:2015.

**Fortalezas.**

- Contratación de Profesional Ambiental por Prestación de Servicios.
- Asesoría externa para realizar un acompañamiento al Sistema de Gestión Ambiental del Hospital, con base en los requerimientos de la norma ISO 14.001:2015, con el fin de garantizar su sostenimiento

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Falta aún empoderamiento de los diferentes líderes de los procesos de apoyo y misionales, asistenciales para la coordinación del sistema en su área.
- Cambio de personal debido al concurso de méritos de CNSC, lo que indica una retroalimentación del personal nuevo.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se continúa con el proceso de migración al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo determinado en el Decreto unificado del sector trabajo 1072 del 2015 y cumpliendo los nuevos estándares de la Resolución 0312 del 2019.
- La Institución define hacer una revisión estándar por estándar, con lo cual además de refrescar el sistema se da una calificación muy actualizada que permite generar un plan de trabajo para el cumplimiento de los tiempos definidos en la mencionada resolución, en noviembre del 2019.
- 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 y genera acciones de mejora con miras a desarrollar un plan de trabajo de alto desarrollo en los documentos más importantes e soporte tales como matriz de riesgos, matriz sociodemográfica, matriz legal y estándares de seguridad.
- Programas como la prevención de desórdenes osteomusculares, prevención del accidente biológico y el manejo activo del riesgo químico son garantía de condiciones de salud óptimas y control de la enfermedad laboral y el accidente de trabajo.

**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, se trabaja en el tema con informes mensuales y promoviendo la interacción de los líderes.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- El uso de archivos planos para el manejo de la información lo que hace que esta seas muy manual, operativa, susceptible de error humano y difícil de interconectar entre programas. Se está ya cotizando un software que de sustento a esta debilidad.

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

Se encuentra en proceso de construcción el documento para la presentación de responsabilidad social empresarial.

##### **Fortalezas.**

- El HGM realiza desde las diferentes áreas múltiples acciones tendientes a la construcción de empresa socialmente responsable.

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

En el período no se reportaron actividades de este Sistema.

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

#### **1.2.47. 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas**

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

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- 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.

**Fortalezas**

- El trabajo mancomunado de las áreas de sistemas y Estadística, al momento de la entrega de reportes se genera retroalimentación permanente para la mejora del sistema de extracción de datos para cada uno de los informes. Lo cual redundo en una mejora continua de la calidad del dato.

**Debilidades.**

- La generación de algunos informes en formato excel, como cancelación de cirugías en la Resolución 256 de 2016 y el informe de vacunación en el Decreto 2193 de 2004, antes de la generación del reporte en BI hace en algunos casos se tenga un riesgo de calidad del dato.

**1.2.49. 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 la acreditación institucional por parte del Icontec
- Trabajo continuo con los grupos de mejoramiento para fortalecer los estándares de acreditación.



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### **1.2.50. Procesos de Conciliación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Análisis de los casos por cada uno de los abogados encargados de los procesos prejudiciales y judiciales, donde se determina los posibles 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. En este periodo se ha presentado un aumento de las conciliaciones prejudiciales relacionadas con el factor hora (190 horas)

#### **Fortalezas**

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

#### **Debilidades.**

- Incremento de solicitudes de conciliación en materia Laboral.

### **1.2.51. 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 realizado depuración de las bases de datos, en lo relacionado a procesos activos e inactivos, actualización de las etapas procesales y reasignación de nuevos apoderados.
- 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.
- Reuniones mensuales de los abogados con el fin de determinar líneas de defensa y puesta en común de los procesos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Aumento de la carga laboral en los últimos años, directamente relacionado con el aumento de procesos.
- Proceso incipiente de plan de capacitación.

**1.2.52. Proceso de Facturación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Difusión al personal del área del proyecto de Facturación Electrónica e inicio del mismo a partir del día 02 de Julio como facturadores voluntarios.
- Implementación y desarrollo de la matriz de venta de servicios, para la consulta permanente de la Gerencia y los Directores de área.

**Fortalezas.**

- Permite ir haciendo ajustes al trámite de facturación electrónica, previo al inicio de manera obligatoria (Julio de 2020).
- Difusión de los contratos vigentes entre los directores de área y el personal implicado en la parte administrativa y asistencial.

**Debilidades.**

- Existen algunos aspectos técnicos que irán siendo ajustados en el desarrollo de la implementación del proyecto
- Falta de consulta por parte del personal directamente implicado.

**II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

**2.1. Lineamientos de Política.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se trabajó con los grupos de mejoramiento para estandarizar conceptos y lineamientos de gestión de riesgos.
- Revisión de las matrices de riesgo con los líderes de proceso para determinar posibles cambios en la metodología de 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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se establece metodología de evaluación de los riesgos, involucrando los grupos de mejoramiento; está pendiente por documentar.
- Se participa estudio Global de Gestión de Riesgos Corporativos GARP-HKUST.

### **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).

### **2.6. Mapa de Riesgos.**

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).

### **Fortalezas**

- Para cada uno de los elementos del componente de evaluación del riesgo, al realizar las reuniones con los grupos de mejoramiento se observa gran disposición por parte de los líderes para articular el plan de mejoramiento institucional con las matrices de riesgo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

#### 3.1. Indicadores Institucionales.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- 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.
- Se ha avanzado al diseñar el tablero de indicadores gerenciales en las estructuras y visualizaciones de BI.

#### **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, como es el caso del nuevo tablero de indicadores gerenciales. 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 el 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 1.2.38. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

#### **4.2. Desarrollo Tecnológico.**

Las actividades se describieron en el numeral 1.2.38. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

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

Los derechos de autor se presentan anualmente en la página web de la entidad; en el período se adquirieron 107 licencias de Office Estándar 2019 OLP y 301 Windows Server Cal 2019 OLP

#### **4.4. Comunicación interna.**

##### **4.4.1. 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 6.728 usuarios y 215.813 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de Google Analytics.

##### **4.4.2. Campañas**

- "Estrategia IAMII" Apoyo al área de Lactancia con realización de piezas gráficas como afiche, rotafolio y volantes y publicación en carteleras digitales para reforzar la estrategia en servidores y usuarios.
- "Aspirantes a representar los profesionales de la salud ante la Junta Directiva del HGM" Apoyo con publicaciones periódicas en intranet de foto, texto y video de cada uno de los candidatos, reseña de su hoja de vida y de las razones para ser elegidos.
- Presentación de las campañas de la Línea de Transparencia, herramienta que genera confianza al funcionario para empoderarse y ser un vigilante de los intereses del Hospital, aportando valor, calidad y sosteniendo los altos estándares de transparencia y buen manejo del Hospital.
- Campaña Manejo inadecuado de vertimientos, se interviene en forma de alerta como un sentido de emergencia para llamar la atención del personal de Hospital y ubicarlos en el contexto de un hospital que padece una enfermedad a causa del uso inadecuado de los residuos y que la solución es sumar todos los esfuerzos de colaboradores y usuarios para sanar el Hospital.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

#### **4.4.3. Eventos institucionales**

- Rendición de cuentas (El 20 de marzo se realizó en el Hospital la rendición de cuentas 2018 para público interno y grupos de interés.
- Se apoyó al área de Proyección Humana con la celebración del Día de la Mujer y Día del Servidor Público.
- Apoyo en la reunión informativa de Gerencia para todo el personal (junio 4).
- Apoyo con piezas gráficas a celebraciones como Día del no fumador, Higiene de Manos, Día del Donante de Sangre.

#### **4.4.4. 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.

#### **4.5. Comunicación externa.**

##### **4.5.1. 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 del 89% al 30 de junio. Con un total de 111.033 usuarios y 225.455 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 julio se tenían 16.539 fans, en el perfil de twitter 293 seguidores y en el perfil de Instagram 1.294 seguidores

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

A 162 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños durante este periodo. Igualmente se solicitaron al 30 de abril 457 citas web de medicina especializada y a mayo se solicitaron 81 citas de ayudas diagnósticas. En el Chat se atendieron 619 personas durante el periodo. Con la Fundación Doctora Clown se realizaron tres jornadas lúdico recreativas para los niños hospitalizados.

##### **4.5.3. Relacionamiento con medios de comunicación**

Durante el periodo se enviaron seis boletines de prensa a 56 periodistas para su difusión en los medios de comunicación. Los temas fueron: Rendición de Cuentas 2017, recertificación en Buenas Prácticas Clínicas, llamado a madres para que se conviertan en donantes del Banco de Leche Humana, Gerente (e) entrega resultados más importantes de la gestión 2017, tarde recreativa Corporación Damas Voluntarias, simulacro de emergencia interna de

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

evacuación, celebración Día Mundial de la Donación de Leche Humana, HGM nominado por el DNP en el buen uso de los recursos del sistema de regalías y aclaración del Hospital respecto al conato de incendio presentado en la institución el 20 de junio.

#### **4.5.4. Señalización**

Se realizó orden de prestación de servicios de \$30.000.000 con la empresa Zerial para finalizar con la instalación de la señalización pendiente. Se instalaron nueve tableros en los quirófanos y tres en otras áreas y se inició con la instalación de los relojes de posición en cada una de las habitaciones de hospitalización.

#### **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;
- 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Observación de Auditoría Interna.**

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

**4.7. Rendición de cuentas.**

El 20 de marzo se realizó en el Hospital la rendición de cuentas 2018 para público interno y grupos de interés. Luego de presentado el informe se realizó un boletín de prensa.

**4.8. Gestión documental.**

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

Número de derechos de petición sin respuesta oportuna en el cuatrimestre: 99 que corresponde al 6% de los 1.723 derechos de petición recibidos.

Número de derechos de petición con respuesta oportuna: 1.624 que corresponde al 94% de los 1.723 derechos de petición recibidos.

**4.8.2. Aplicación de Tablas de Retención Documental.**

Se recibieron por transferencias primarias documentales en cumplimiento al cronograma:

N°	Área	Cantidad
1	Laboratorio Clínico y Patología	15
2	Jurídica	19
3	Farmacia	841
4	Estadística	15
5	Auditoría de Cuentas Médicas	2
6	Atención al Usuario	23
<b>Total Plazas</b>		<b>915</b>

**4.8.3. Aplicación de Tablas de Valoración Documental.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó la clasificación a 49 cajas X300 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



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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 entrega dentro de los términos del tiempo y deben hacerse pagos onerosos 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.

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

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

#### **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 30 de junio se tenía el 89% de la información actualizada

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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

En el período no se reportaron actividades de este proyecto.

### **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:

- Como resultado de la encuesta aplicada en el mes de diciembre, en la cual participaron 306 servidores, entre funcionarios y contratistas, se clasificaron por procesos con sus respectivos resultados.
- Se tiene presente aplicarla este año para el mes de octubre de 2019.

#### **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.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- A partir del día 1 de febrero de 2019 el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral, que se aplicará a los empleados públicos de carrera y en periodo de prueba, es regulado por el Acuerdo 617 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, dentro del que se estipula que la evaluación se debe ejecutar en la nueva herramienta tecnológica para la Evaluación del Desempeño Laboral, Sistema de Evaluación del Desempeño Laboral (SEDEL), el cual es administrado por la CNSC, aplicativo en cual el Jefe de Talento Humano cuenta con el rol de “Administrador entidad” que solo permite funciones básicas de administración, mas todo la información necesaria para el seguimiento y control del proceso de evaluación debe ser solicitada a la CNSC, la cual ante el volumen de identidades que usan el SEDEL no se puede contar de manera inmediata con ella.
- Se concertaron los compromisos de evaluación del desempeño para todos los funcionarios de carrera administrativa del Hospital para el periodo 2019-2020, en la

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

plataforma de la CNSC (SEDEL) para lo cual se le ha solicitado a la Comisión Reporte de la concertación realizada.

- El Hospital define tres (3) compromisos Institucionales dando cumplimiento al Acuerdo 617 de 2018 y los evaluadores definirán dos más de acuerdo a las funciones realizadas no superando el 100% del peso porcentual.

**Fortalezas.**

- Poder realizar las evaluaciones en plataforma EDL, que es muy amigable.
- Cumplimiento de fechas por parte de los evaluadores.

**Debilidades**

- Falta compromiso por parte de algunos funcionarios responsables de evaluar.

**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.**

La oficina de Auditoría interna solicitó a la dirección financiera el plan de austeridad del gasto del HGM con el fin de efectuar el seguimiento, sin embargo el plan de austeridad se encuentra en proceso de construcción por parte del área de costos del HGM.

**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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- 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

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- De la evaluación a sistema de control interno contable se recomendó formalizar las compras de mercancías en consignación a través de contratos en donde se establezcan las condiciones y se pacten las obligaciones, asimismo las respectivas pólizas de seguros.
- Al respecto se ha avanzado con la formalización de contratos con los proveedores Medtronic y Becton

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se continúa la revisión y ajustes al Plan Estratégico Institucional.
- Se complementa de manera permanente el Normograma, la Biblioteca "**Construimos Confianza**", la Terminología Básica y se inicia la elaboración del "Directorio Institucional".
- Se continúa la revisión de instrumentos de auditoría con el ajuste de los procesos y la expedición de dos Directrices de Auditoría Interna.
- Se fortalecen los siguientes grupos de trabajo: el Equipo Primario de Auditoría Interna - EPAI y el Equipo Técnico de Auditoría Interna - ETAI.
- Se ajusta la estructura de la Matriz del Informe Pormenorizado Cuatrimestral de Control Interno.

#### Fortalezas

- Direccionamiento Estratégico de la Oficina de Auditoría Interna, del Plan Estratégico "**Construimos Confianza**".
- Conformación de los grupos de Trabajo: Equipo Primario de Auditoría Interna y del Equipo Técnico de Auditoría Interna.
- Innovación diaria de los procesos de Auditoría Interna.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### **Debilidades**

- Completar el Equipo Técnico de Auditoría Interna con un Auditor experto en Universo Digital, Sistemas y redes colaborativas.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- 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.
- Especificación de permisos para las cuentas de usuario en SAP (se documenta en el instructivo y se realiza el formato y se entrega para el control por parte de los analistas de roles y perfiles)
- Señalización y control de acceso Seguridad física y ambiental del Datacenter de TIGO UNE.
- Se modificaron varios instructivos (Revisión sobre el modelo de Seguridad de la Información)

### **5.9. Auditoría NTC 14.001.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó trabajo sobre las auditorías internas y externa del 2018, se corrió el modelo de mejoramiento y se presentó el trabajo a la auditoría con la respectiva certificación como muestra de beneplácito con el trabajo.
- Hoy en día una firma de asesoría externa está revisando el total del sistema de gestión y dando recomendaciones para poder hacer un plan de trabajo concreto e iniciar las solicitudes de auditorías interna y externa 2019.
- Progresó el tema del fortalecimiento ambiental con la modificación de la planta. Es así como se cuenta con Ingeniero ambiental contratado por el Hospital y el corredor de seguros aportará una asistente administrativa ambiental y una tecnóloga para fortalecer el grupo ambiental.

### **Fortalezas**

- Compromiso Gerencial con el desarrollo de del grupo de gestión ambiental.
- Empoderamiento y liderazgo del Ingeniero Ambiental.

### **Debilidades**

- Normatividad exigente y difícil de cumplir en un sector francamente golpeado económicamente.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- El tipo de usuarios que nos visita dificulta algunas actividades de empoderamiento de la importancia del cuidado ambiental.
- Por el concurso de la Comisión Nacional, hay personal muy sensible en el proceso que están nuevos en la institución y se debe re-aprender muchos aspectos del sistema de gestión.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se tiene la valoración de las auditorías interna y externa 2018. Se corrió el modelo de mejoramiento y se cumplió con las observaciones y no conformidades menores encontradas.
- La revisión que actualmente se lleva a cabo obliga a:
  - Revisar y actualizar la totalidad de la documentación que en la Institución se conoce como el enfoque.
  - Mejorar los registros.
  - Perfeccionar procesos
  - Análisis de indicadores
  - Desarrollo de cronograma sobre incumplimientos.
  - Hacer una gestión inteligente sobre la prevención del accidente y la enfermedad laboral.
  - Posterior a este ejercicio se solicitarán las auditorías que corresponden a este año

#### **Fortalezas**

- Experiencia en el campo de la seguridad y salud en el trabajo del equipo Hospital.
- Se tiene un sistema maduro y que se desarrolla en el día a día como estrategia consciente de mejora continua.
- Apoyo de la ARL en los procesos de auditoría.
- Soporte de un grupo cada vez más fortalecido con un médico laboral.
- Buena estructura del sistema de gestión integral para documentación.

#### **Debilidades**

- Por el concurso de la Comisión Nacional, hay personal muy sensible en el proceso que están nuevos en la institución y se debe re aprender muchos aspectos del sistema de gestión.

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

Se tiene programada para los meses de noviembre y diciembre de 2019.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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

Se tiene programada para los meses de noviembre y diciembre de 2019.

### **5.13. Plan de Mejoramiento Archivístico**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

#### **5.13.1. 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.

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

Se realizó análisis de estudios previos por parte de la oficina de Contratación y se invitaron a: Royal Techonologies, Infomega y Estrategias Comerciales, para hacerles una demostración del desarrollo del proyecto.

#### **5.13.3. 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**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.

**Observación de Auditoría Interna.**

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

**5.14. Plan de Mejoramiento Institucional.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se están realizando modificaciones al archivo de plan de mejoramiento Institucional, con el fin de favorecer su gestión y establecer fácilmente porcentajes de cumplimiento.
- Se encuentra en estudios previos el proceso de contratación del software para sistematizar el plan de mejoramiento.

**Fortalezas.**

- Grupos de mejoramiento comprometidos

**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 Único institucional las actividades de mejora de los resultados de la auditoría indicando el requisito, es decir, la fuente del hallazgo y/o observación.

**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



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se ingresó al aplicativo de Gestión Transparente de la Contraloría General de Medellín el Plan de mejoramiento correspondiente a la Auditoría Componente financiero de 2018
- Se entregó a la Contraloría General de Medellín el seguimiento al Plan de Mejoramiento único con las evidencias de cada acción de cumplimiento.

### 5.17. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.

En el Plan de mejoramiento institucional de 2019 se encuentran registradas 26 hallazgos, requisito de Revisoría Fiscal, de las cuales 6 se encuentran ejecutadas y 20 en proceso de implementación.

## 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

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

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”.

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° 9-2019, del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín, del período del 4 de marzo al 3 de julio 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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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 y el tratamiento de la protección de la propiedad intelectual.
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 marzo 3 a julio 4 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

Jefe de Auditoría Interna  
Profesional Auditoría Interna  
Profesional Auditoría Interna  
Profesional Auditoría Interna  
Técnico Administrativo de Auditoría Interna

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

