



REPORTE ANUAL DE VERIFICACIÓN

Sistema Institucional de Control Interno - SICI

Vigencia 2020
Informe N° 01

Informe tipo:
de Cumplimiento
Abril de 2021



Alcaldía de Medellín



REPORTE ANUAL DE VERIFICACIÓN

Sistema Institucional de Control Interno Vigencia 2020. Informe N° 01

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:

Carlos Uriel López Ríos

Auditores:

José Heriberto Vargas Lema
María Janeth Agudelo Arango
Karina Marina Ruíz De la Hoz

Técnico:

Julio E. Suescún Montoya

Correo Oficina:

oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Oficina de Auditoría Interna
Hospital General de Medellín
Carrera 48 #32 – 102
PBX: 3847300
Medellín – Antioquia
Colombia
www.hgm.gov.co



Alcaldía de Medellín

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y de conformidad con lo previsto por el artículo 648 de 2016 que adiciona el Decreto 1083 de 2015, específicamente en el artículo 2.2.21.8. Informes de Auditoría, presenta el **Reporte Anual de Verificación del Sistema Institucional de Control Interno – RAV-SICI** de la vigencia 2020.

El Reporte, de periodicidad anual, diseñado por la Oficina de Auditoría Interna se genera como complemento al Informe Semestral de evaluación del Sistema Institucional de Control Interno por lo cual incluye elementos que este no contempla y que permiten una mirada integral de todos los componentes del sistema al interior del Hospital General de Medellín.

El Sistema Institucional de Control Interno¹ 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 Reporte 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.

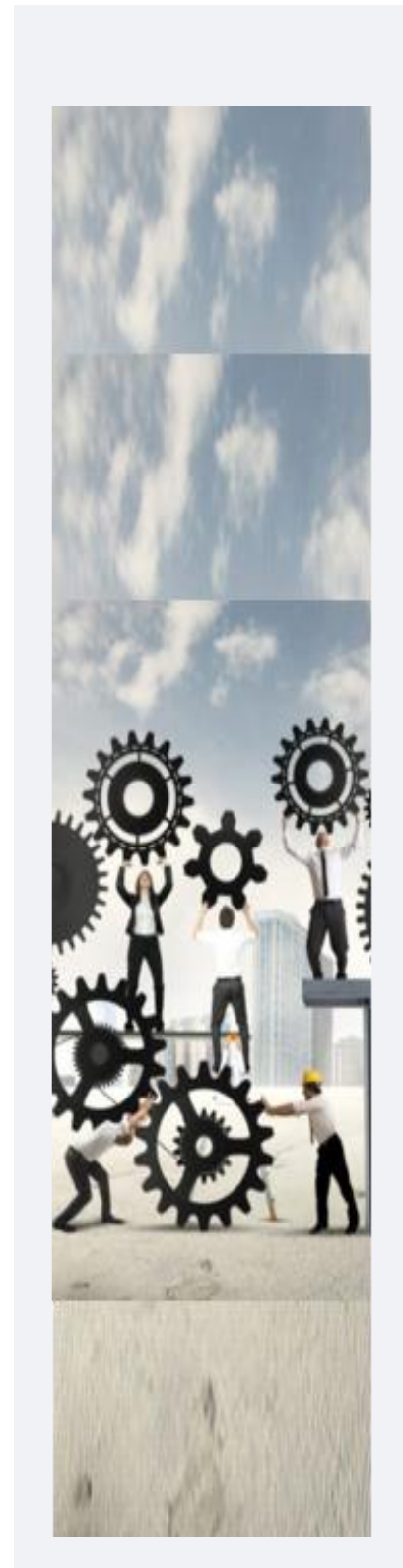
Agradecemos a líderes y responsables de los procesos, programas y proyectos su colaboración con la información que sirve de base para el presente Reporte.

Oficina de Auditoría Interna.

Construimos Confianza

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Atención Excelente y Calidad de Vida.



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

TABLA DE CONTENIDO

PRIMERA PARTE	10
GENERALIDADES.....	11
1.1. Objetivo General.....	11
1.2. Fundamento Legal y Normativo.....	11
1.3. Estructura del Informe.....	13
SEGUNDA PARTE.....	17
I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL	17
1.1. Dimensión N°1. Talento Humano.....	17
1.1.1. Estructura organizacional.....	17
1.1.2. Manual de funciones.....	17
1.1.3. Planta de empleos.....	17
1.1.4. Selección de personal.....	18
1.1.5. Entrenamiento en el puesto de trabajo.....	18
1.1.6. Programa de inducción.....	19
1.1.7. Programa de reinducción.....	19
1.1.8. Política de retención.....	19
1.1.9. Evaluación del Desempeño Laboral.....	20
1.1.9.1. Concertación de compromisos.....	20
1.1.9.2. Evaluaciones parciales y eventuales.....	20
1.1.9.3. Evaluaciones Definitivas.....	20
1.1.10. Acuerdos de gestión.....	21
1.1.10.1. Formalización de los acuerdos de gestión.....	21
1.1.10.2. Evaluación de acuerdos de gestión.....	21
1.1.11. Metas por dependencias.....	21
1.1.12. Desempeño laboral.....	21
1.1.13. Código de Ética y Buen Gobierno.....	22
1.1.14. Plan estratégico del talento humano.....	22
1.1.15. Planeación del talento humano.....	22
1.1.16. Plan anual de vacantes.....	22
1.1.17. Plan de previsión del talento humano.....	22
1.1.18. Plan de estímulos e incentivos.....	22
1.1.19. Plan de bienestar.....	22
1.1.20. Plan institucional de capacitación – PIC.....	23
1.1.21. Programa de bienestar.....	23
1.1.22. Plan de incentivos.....	23
1.1.23. Participación de la mujer en alta dirección.....	23
1.1.24. Declaración de bienes y rentas.....	24
1.1.25. Día nacional del servidor público.....	24
1.1.26. Comisión de Personal.....	24
1.1.27. Rotación alta dirección.....	24
1.1.27.1. Servidores del nivel directivo desvinculados.....	25
1.1.27.2. Informes de entrega del cargo.....	25
1.2. Dimensión N° 2. Direccionamiento estratégico y planeación.....	25
Dimensión N° 6. Gestión del conocimiento y la innovación.....	25
1.2.1. Implementación Modelo MIPG.....	25
1.2.1.1. Comité de Gestión y Desempeño.....	25
1.2.1.2. Línea Base Modelo MIPG – FURAG II.....	26
1.2.1.2.1. Diagnóstico FURAG – Oficina de Calidad y Planeación.....	26
1.2.1.2.2. Diagnóstico FURAG – Oficina de Auditoría Interna.....	26

1.2.1.3.	Plan de Actualización Modelo MIPG.	26
1.2.2.	Políticas de gestión y desempeño.	26
1.2.2.1.	Política de planeación.	26
1.2.2.2.	Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	27
1.2.2.3.	Política de talento humano.	27
1.2.2.4.	Política de integridad.	27
1.2.2.5.	Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	27
1.2.2.6.	Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.	27
1.2.2.7.	Política de servicio al ciudadano.	27
1.2.2.8.	Política de participación ciudadana en la gestión pública.	27
1.2.2.9.	Política racionalización de trámites.	27
1.2.2.10.	Política de gestión documental.	28
1.2.2.11.	Política de gobierno digital.	28
1.2.2.12.	Política de seguridad digital.	28
1.2.2.13.	Política de defensa jurídica.	28
1.2.2.14.	Política de gestión del conocimiento y la innovación.	28
1.2.2.15.	Política de control interno.	28
1.2.2.16.	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional.	28
1.2.2.17.	Política de Mejora normativa.	29
1.2.3.	Planes institucionales.	29
1.2.3.1.	Plan Estratégico 2016 – 2027.	29
1.2.3.2.	Plan de Desarrollo 2020 – 2023.	29
1.2.3.3.	Plan de Acción Institucional 2020.	29
1.2.3.4.	Plan de Acción Institucional 2021.	29
1.2.3.5.	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.	29
1.2.3.6.	Plan Anual de Adquisiciones 2020.	29
1.2.3.7.	Plan Anual de Adquisiciones 2021.	30
1.2.3.8.	Plan de Movilidad Empresarial Sostenible 2020 - MES.	30
1.2.3.9.	Plan de Austeridad.	31
1.2.3.10.	Sistema control interno contable – Reporte.	31
1.2.3.11.	Presupuesto Anual 2020.	32
1.2.3.12.	Presupuesto Anual 2021.	32
1.2.3.13.	Plan de Vacunación Covid 19.	32
1.2.3.14.	Plan de Acción COVID 2020.	32
1.2.4.	Programas.	33
1.2.4.1.	Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.	33
1.2.4.2.	Programa 2. Programas de Práctica Clínica.	33
1.2.4.3.	Programa 3. Competitividad.	33
1.2.4.4.	Programa 4. Capital Humano.	34
1.2.4.5.	Programa 5. Fortalecimiento Sistema de Gestión Integral de Calidad	34
1.2.4.6.	Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.	34
1.2.4.7.	Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.	35
1.2.4.8.	Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.	35
1.2.4.9.	Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.	35
1.2.5.	Proyectos.	35
1.2.5.1.	Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.	35
1.2.5.2.	Proyecto 2. Unidad atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.	36
1.2.5.3.	Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.	36
1.2.5.4.	Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos.	36
1.2.5.5.	Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.	36
1.2.5.6.	Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.	37
1.2.5.7.	Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.	37
1.2.5.8.	Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.	37
1.2.5.9.	Proyecto 9. Gobierno Digital.	38
1.2.5.10.	Proyecto 10. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos).	38

1.2.5.11.	Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.	38
1.2.5.12.	Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario.	41
1.2.5.13.	Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.	42
1.2.5.14.	Proyecto 14. Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro-diagnóstico.	42
1.2.5.15.	Proyecto 15. Adecuación Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur.	42
1.2.5.16.	Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.	42
1.2.5.17.	Proyecto 17. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.	43
1.2.5.18.	Proyecto 18. Cumplimiento de estándares Norma ISO 27000 (Seguridad de la información).	43
1.2.5.19.	Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.	43
1.2.5.20.	Convenio Clínica La 80.	44
1.2.5.21.	Banco de Proyectos.	44
1.2.6.	Elemento: Gestión Presupuestal.	45
1.2.6.1.	Gestión de Cartera.	45
1.2.6.2.	Proceso de facturación.	45
1.2.6.2.1.	Procedimiento de facturación electrónica.	45
	Plan Anualizado de caja.	46
1.2.6.3.	Realización de inventarios anuales.	46
1.2.6.3.1.	Inventario de activos fijos.	46
1.2.6.3.2.	Inventario de material médico quirúrgico y medicamentos.	46
1.2.6.3.3.	Inventario de reactivos.	46
1.2.6.3.4.	Inventario de banco de sangre.	46
1.2.6.3.5.	Inventario de material de osteosíntesis.	46
1.2.6.3.6.	Inventario de insumos de odontología.	47
1.2.6.3.7.	Inventario farmacia – imagenología.	47
1.2.6.3.8.	Inventario farmacia – urgencias.	47
1.2.6.3.9.	Inventario farmacia – central y bodegas de medicamentos.	48
1.3.	Dimensión N° 3. Gestión con Valores para Resultados.	48
1.3.1.	Sistemas de Gestión.	48
1.3.1.1.	Gestión Ambiental.	48
1.3.1.2.	Salud y seguridad en el trabajo.	49
1.3.1.3.	Responsabilidad Social.	50
1.3.1.4.	MIPG - Modelo Estándar de Control Interno – MECI.	51
1.3.1.5.	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	51
1.3.1.5.1.	Sistema Único de Habilitación.	51
1.3.1.5.2.	Auditoría Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.	51
1.3.1.5.3.	Sistema de Información para la Calidad – SIC.	52
1.3.1.5.4.	Sistema Único de Acreditación.	52
1.3.2.	Comités institucionales.	53
1.3.2.1.	Comités administrativos.	54
1.3.2.1.1.	Comité de Gestión y Desempeño.	54
1.3.2.1.2.	Comité Coordinador de Control Interno.	54
1.3.2.1.3.	Comité Sysoma.	54
1.3.2.1.4.	Comité gobierno digital.	55
1.3.2.1.5.	Comité de inventarios.	55
1.3.2.1.6.	Comité de contratación.	55
1.3.2.1.7.	Comité de saneamiento contable.	55
1.3.2.1.8.	Comité de archivo.	56
1.3.2.1.9.	Comité de activos fijos.	56
1.3.2.1.10.	Comité de transparencia.	56
1.3.2.1.11.	Comité de convivencia laboral.	57
1.3.2.1.12.	Comité de emergencias.	57
1.3.2.1.13.	Comité de conciliación.	58
1.3.2.1.14.	Comité de Gerencia.	58
1.3.2.1.15.	Comité Ampliado de Gerencia.	58

1.3.2.1.16.	Comité Financiero.....	59
1.3.2.1.17.	Comité Paritario de Salud Ocupacional – Copasst.....	59
1.3.2.1.18.	Comité de Capacitación.....	60
1.3.2.1.19.	Comité de Estímulos e Incentivos.....	60
1.3.2.1.20.	Comisión de Personal.....	60
1.3.2.1.21.	Comité Técnico Administrativo.....	60
1.3.2.1.22.	Comité de Inversiones.....	60
1.3.2.1.23.	Comité de Vivienda.....	61
1.3.2.2.	Comités asistenciales.....	61
1.3.2.2.1.	Comité de farmacia y terapéutica.....	61
1.3.2.2.2.	Comité de ética hospitalaria.....	61
1.3.2.2.3.	Comité de infecciones.....	62
1.3.2.2.4.	Comité de vigilancia epidemiológica.....	62
1.3.2.2.5.	Comité gerencial de seguridad del paciente.....	62
1.3.2.2.6.	Comité de historias clínicas.....	63
1.3.2.2.7.	Comité técnico científico.....	63
1.3.2.2.8.	Comité de trasplante de tejidos.....	63
1.3.2.2.9.	Comité docencia servicio.....	64
1.3.2.2.10.	Comité de Seguridad del Paciente.....	64
1.3.2.2.11.	Comité de Humanización.....	64
1.3.2.2.12.	Comité de investigaciones.....	65
1.3.2.2.13.	Comité IAMI – Institución Amiga de la Mujer y la Infancia.....	65
1.3.2.2.14.	Comité de maternidad segura.....	66
1.3.2.2.15.	Comité de crisis COVID.....	66
1.3.2.2.16.	Comité de Tumores (manejo oncológico).....	66
1.3.2.2.17.	Comité Muerte Digna.....	66
1.3.2.2.18.	Comité de Incidentes.....	66
1.3.2.2.19.	Comité de evaluación de estancias (central de monitoreo).....	66
II.	COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.....	68
2.1.	Lineamientos de Política.....	68
2.2.	Identificación del riesgo.....	68
2.3.	Análisis del riesgo.....	68
2.4.	Evaluación del riesgo.....	69
2.5.	Monitoreo y revisión.....	69
2.6.	Mapa de Riesgos.....	70
2.7.	Matriz de Riesgos de Contratación.....	70
III.	COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.....	72
3.1.	Indicadores Institucionales.....	72
3.2.	Indicadores Institucionales – Sistema de Información de la Calidad.....	72
IV.	COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	74
4.1.	Dimensión N° 5. Información y Comunicación.....	74
4.1.1.	Tecnologías de la información y comunicación.....	74
4.1.1.1.	Sistemas de información.....	74
4.1.1.2.	Desarrollo Tecnológico.....	74
4.1.1.3.	Derechos de autor de Software.....	74
4.1.2.	Comunicación Institucional.....	74
4.1.2.1.	Plan de comunicaciones.....	74
4.1.2.1.1.	Comunicación interna.....	75
4.1.2.1.1.1.	Información a la comunidad hospitalaria.....	75
4.1.2.1.1.2.	Campañas.....	75

4.1.2.1.1.3.	Eventos institucionales	76
4.1.2.1.1.4.	Medición de la apropiación del mensaje	76
4.1.2.1.2.	Comunicación externa.	76
4.1.2.1.2.1.	Canales de comunicación: Carteleras digitales	76
4.1.2.1.2.2.	Relacionamiento con usuarios y comunidad en general.....	77
4.1.2.1.2.3.	Relacionamiento con medios de comunicación	77
4.1.2.1.2.4.	Señalización hospitalaria.	77
4.1.2.2.	Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU.	77
4.1.2.3.	Rendición de cuentas.	78
4.1.2.4.	Gestión documental.	78
4.1.2.4.1.	Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición.	78
4.1.2.4.2.	Aplicación de Tablas de Retención Documental.	78
4.1.2.4.3.	Aplicación de Tablas de Valoración Documental.	79
4.1.2.5.	Línea de transparencia.	79
4.1.2.6.	Participación ciudadana.	79
4.1.2.7.	Índice de Transparencia Activa – ITA.	80

V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.....82

5.1.	Dimensión N° 4. Evaluación de Resultados.	82
5.1.1.	Evaluación de la gestión – Segunda línea de defensa.	82
5.1.1.1.	Evaluación del clima laboral.....	82
5.1.1.2.	Evaluación del desempeño laboral.....	82
5.1.1.3.	Seguimiento Plan Anual de Vacantes.	82
5.1.1.4.	Seguimiento Plan de previsión del talento humano.....	82
5.1.1.5.	Seguimiento Plan estratégico del talento humano.....	83
5.1.1.6.	Seguimiento Plan de estímulos e incentivos.	83
5.1.1.7.	Seguimiento Plan de capacitación institucional.....	83
5.1.1.8.	Seguimiento Plan de bienestar.	83
5.1.1.9.	Revisión por la alta dirección.....	83
5.1.1.10.	Avances Plan de Vacunación COVID 19.....	83
5.1.1.11.	Avances Plan de Acción COVID 19.....	84
5.2.	Dimensión N° 7. Control Interno.....	84
5.2.1.	Auditoría Interna.	84
5.2.1.1.	Plan Anual de Auditorías Interna – PAAI.	84
5.2.1.2.	Auditorías Internas por Externos.	85
5.2.1.2.1.	Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación.	85
5.2.1.2.2.	Auditoría Ambiental NTC 14.001.	85
5.2.1.2.3.	Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001.....	85
5.2.1.2.4.	Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.	85
5.2.1.2.5.	Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.	85
5.2.1.2.6.	Auditoría de Buenas Prácticas Clínicas - BPC.	86
5.2.1.3.	Informes de cumplimiento de auditoría interna.....	86
5.2.1.3.1.	INFO-Cumplimiento Control interno contable.....	86
5.2.1.3.2.	INFO-Cumplimiento Avance del Plan de Austeridad.....	86
5.2.1.3.3.	INFO-Cumplimiento Semestral Evaluación Sistema Institucional de Control Interno.	86
5.2.1.3.4.	INFO-Cumplimiento - Informe de Seguimiento PQRSs.....	87
5.2.1.3.5.	INFO-Cumplimiento - Informe Seguimiento Plan Anticorrupción.....	87
5.2.1.3.6.	INFO-Cumplimiento - Evaluación FURAG SICI.	87
5.2.1.3.7.	INFO-Cumplimiento - Índice de Transparencia Activa – ITA.....	87
5.2.1.3.8.	INFO-Cumplimiento - Informes Derechos de Autor.....	87
5.2.1.3.9.	INFO-Cumplimiento - Plan Anual de Arqueos 2020.....	87
5.2.1.3.10.	INFO-Cumplimiento - Ley de Cuotas.....	87
5.2.1.3.11.	INFO-Cumplimiento - Plan Anual de Adquisiciones.....	87
5.2.1.3.12.	INFO-Cumplimiento - Planes Integrados.....	88

5.2.1.3.13.	INFO-Cumplimiento - Operación del SARLAFT.....	88
5.2.1.3.14.	INFO-Cumplimiento - Litigios y Conciliaciones - Acción de Repetición.....	88
5.2.1.3.15.	INFO-Cumplimiento - Comité de Conciliaciones.....	88
5.2.1.3.16.	INFO-Cumplimiento - Verificación Realización de inventarios.....	88
5.2.1.3.17.	INFO-Cumplimiento - Seguimiento Reporte Información Contaduría General de la Nación – CHIP.....	88
5.2.1.3.18.	INFO-Cumplimiento - Verificar Acta Entrega del Cargo.....	88
5.2.1.3.19.	INFO-Cumplimiento - Seguimiento Plan de Movilidad Empresarial Sostenible.....	88
5.2.1.3.20.	INFO-Cumplimiento - Seguimiento Audiencia Pública Rendición de Cuentas.....	88
5.2.1.3.21.	INFO-Cumplimiento - Verificar cumplimiento del SECOP.....	89
5.2.1.3.22.	INFO-Cumplimiento - Verificar SIGEP - Actualización Bienes y Rentas.....	89
5.2.1.3.23.	INFO-Cumplimiento - Seguimiento SIRECI.....	89
5.2.1.3.24.	INFO-Cumplimiento - Seguimiento a Rendición de la Cuenta.....	89
5.2.1.3.25.	INFO-Consultoría - Percepción Ética.....	89
5.2.1.3.26.	INFO-Auditoría - Auditoría - Evaluación Gestión de Riesgos.....	89
5.2.1.3.27.	INFO-Auditoría - Informe Auditoría Internas.....	90
5.2.2.	Seguimiento a Planes de Mejoramiento.....	90
5.2.2.1.	Plan de Mejoramiento Institucional.....	90
5.2.2.2.	Plan de Mejoramiento Auditorías Internas.....	90
5.2.2.3.	Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.....	90
5.2.2.4.	Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.....	90
5.2.2.5.	Plan de Mejoramiento Archivístico.....	91
5.2.2.5.1.	Aplicación de Tablas de Retención Documental a la Historia Clínica.....	91
5.2.2.5.2.	Proyecto de Digitalización de Historias Laborales y de Salud Ocupacional del Personal Activo, resoluciones y Acuerdos.....	91
5.2.2.5.3.	Plan de Mejoramiento de Gestión Documental "Cero Papel".....	92
5.2.2.5.4.	Plan de Mejoramiento del Evaluación Sistema Control Interno Contable.....	92
5.2.2.5.5.	Plan de Mejoramiento del conteo físico de inventarios 2020 – Farmacia.....	92
5.2.2.5.6.	Plan de Mejoramiento del conteo físico de inventarios 2020 – Laboratorios.....	92
5.2.2.5.7.	Plan de Mejoramiento del conteo físico de inventarios 2020 - Almacén General.....	92
TERCERA PARTE		94
OPINIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA.....		94



PRIMERA PARTE

I Generalidades

Objetivo General
Fundamento Legal y Normativo.
Estructura del Informe.
Cumplimiento del Reporte.
Siglas y Abreviaturas.

PRIMERA PARTE

GENERALIDADES

1.1. Objetivo General.

Verificar y evaluar la efectividad y eficiencia del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez" en el período del 1° de enero al 31 de diciembre de 2020.

1.2. Fundamento Legal y Normativo.

El Reporte Anual de Verificación del Sistema Institucional de Control Interno, en adelante RAV-SICI, tiene fundamento en las siguientes disposiciones:

- Ley 87 del 29 de noviembre de 1993. Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado.

Artículo 1°. **Se entiende por control interno** "el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos"

Artículo 6°. **Responsabilidad del Control Interno.** El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, **será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente.** No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será la responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos.

Artículo. 9. Definición de la Unidad u Oficina de Coordinación del Control Interno. Es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, **encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles**, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Parágrafo. **Como mecanismo de verificación y evaluación del Control Interno** se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptada, la selección de indicadores de desempeño, aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficacia y seguridad.

- Decreto Nacional 1083 del 26 de mayo de 2015. ²
Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario de la Función Pública. Compila los Decretos: 943 de 2014, 2145 de 1999, 1537 de 2001 y 1599 de 2005.

Capítulo 2. Evaluadores.

Art. 2.2.21.2.5. - Título 21.

*Literal e. Las **Oficinas de Coordinación del Control Interno...** 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.** Negrilla y subrayado fuera de texto.*

Capítulo 3. Sistema Institucional Nacional de Control Interno (definido así por el artículo 7 del Decreto 648 del 19 de abril de 2017), dispone lo siguiente:

² Decreto Nacional 1083 del 26 de mayo de 2015. Presidencia de la República.

Artículo 2.2.21.3.4. **Planeación.**

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

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".

- Decreto Nacional 648 de 2017.³

Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015 - Reglamentario Único del sector de la Función Pública.

Artículo 8º. Modifíquese el artículo 2.2.21.3.1 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: "Artículo 2.2.21.3.1. **Sistema Institucional de Control Interno.** El Sistema Institucional de Control Interno estará 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".

Artículo 17. Modifíquese el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: "Las Unidades u Oficinas de Control Interno desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control". Negrilla y subrayado fuera de texto.

- Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. 2017.

- Norma 2060. Informe a la Alta Dirección.
"El Jefe de Auditoría Interna debe informar a la alta dirección sobre la actividad de auditoría interna... el informe debe incluir los riesgos y cuestiones de control significativas, incluyendo riesgos de fraude, cuestiones de gobierno y otros asuntos que requieren la atención de la alta dirección". (Nota: Se ajustó el texto original a las condiciones actuales de la entidad).

³ Decreto Nacional 648 de 2017. Presidencia de la República.

1.3. Estructura del Informe.

La estructura del *Reporte Anual de Verificación RAV-SICI*, propuesta y adoptada por la Oficina de Auditoría Interna, para la evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, del Hospital General de Medellín, combina dos elementos:

- De un lado, los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, definidos en la Dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, y
- Del otro, las siete Dimensiones del Modelo MIPG.

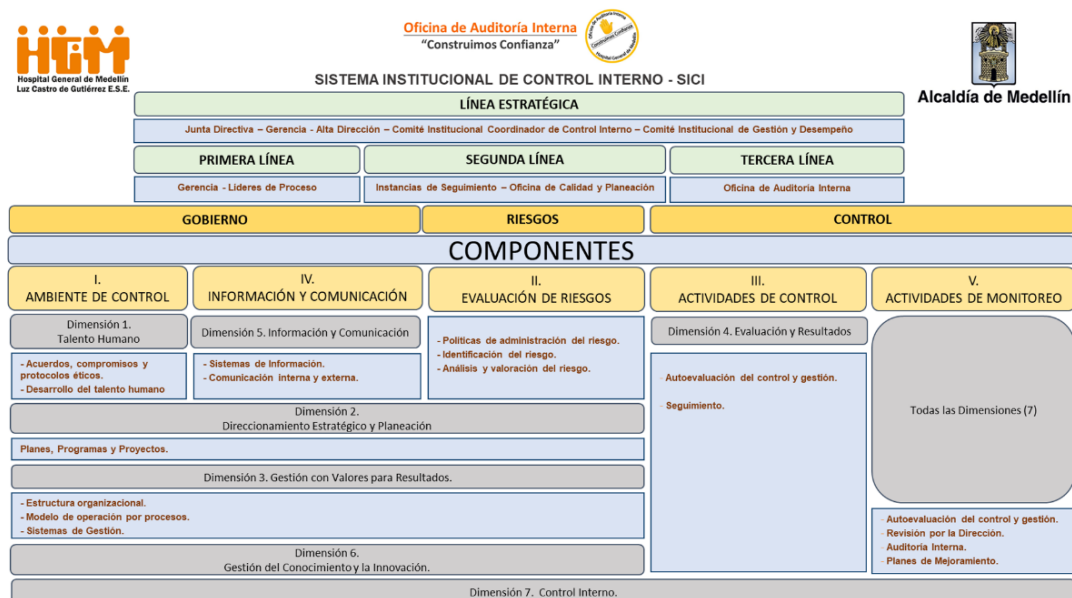


Diagrama elaborado por la Oficina de Auditoría Interna.
Fuente: Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG del DAFP.

Componentes	Descripción	Principios
Ambiente de Control	Representa la cultura organizacional, los valores éticos, filosofía y estilo de dirección. Integridad, valores y aptitud y competencia del personal.	<ol style="list-style-type: none"> La organización demuestra compromiso por la integridad y los valores éticos de la entidad. La organización ejerce la función de supervisión del funcionamiento de los controles internos. La organización establece estructuras, autoridades y responsabilidades en la entidad. La organización demuestra compromiso por atraer y retener personal competente, con los conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar su cargo. La organización hace cumplir las responsabilidades de los empleados con respecto al control interno.
Evaluación de Riesgos	Proceso para identificar, evaluar y gestionar los eventos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.	<ol style="list-style-type: none"> La organización especifica objetivos para permitir la identificación y valoración de los riesgos. La organización identifica y analiza los riesgos. La organización evalúa el riesgo de fraude al analizar los riesgos. La organización identifica y evalúa los cambios en el sistema de control interno.
Actividades de Control	Acciones y políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices frente al logro de los objetivos.	<ol style="list-style-type: none"> La organización diseña e implementa actividades de control para mitigar los riesgos. La organización diseña e implementa controles sobre sus sistemas de información (tecnología). La organización implementa políticas y procedimientos para sus actividades de control.
Información y Comunicación	La comunicación debe permitir que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades. Sirve como medio para la rendición de cuentas.	<ol style="list-style-type: none"> La organización obtiene y genera información relevante para el funcionamiento del control interno. La organización comunica internamente información para el funcionamiento del control interno. La organización se comunica externamente con terceros respecto a situaciones que afectan el funcionamiento del control interno.
Actividades de Monitoreo	Seguimiento al estado de la gestión de los riesgos y los controles. Evaluación concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.	<ol style="list-style-type: none"> La organización realiza evaluaciones continuas para comprobar si los componentes del sistema de control interno están funcionando adecuadamente. La organización comunica las deficiencias del control interno.

Diagrama elaborado por la Oficina de Auditoría Interna.
Fuente: COSO. Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO).

1.4. Cumplimiento del Reporte.

El reporte de información se cumplió en un **95%** de los 268 ítems y/o elementos definidos en los cinco componentes se recibió el reporte de **255** de ellos.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Oficina de Auditoría Interna Reporte RAV-SICI vigencia 2020							
Componente				Verificación		Sin reporte	
N°	Descripción	N° de Ítems	% Participación	Respondidos	%	Faltante	%
I	Ambiente de Control	182	68%	174	96%	8	5%
II	Evaluación de Riesgos	7	3%	7	100%	0	0%
III	Actividades de Control	2	1%	2	100%	0	0%
IV	Información y Comunicación	20	7%	18	90%	2	11%
V	Actividades de Monitoreo	57	21%	54	95%	3	6%
Total Ítems		268	100%	255	95%	13	4%

Consolidado del Reporte elaborado por la Oficina de Auditoría Interna.
Fuente: Matriz de Reporte RAV-SICI Vigencia 2020.

1.5. Siglas y/o abreviaturas.

CHIP	Consolidador de Hacienda e Información Pública
CNSC	Comisión Nacional de Servicio Civil.
COSO	Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway.
DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública.
EDL	Evaluación del Desempeño Laboral.
FURAG	Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión.
HGM	Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez" E.S.E.
ICONTEC	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación.
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
MECI	Modelo Estándar de Control Interno.
MES	Movilidad Empresarial Sostenible.
MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
PAMEC	Programa de Auditoría de Mejora de la Calidad.
PAA	Plan Anual de Adquisiciones.
PAAIN	Plan Anual de Auditoría Interna.
PAMCEAI	Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de Auditoría Interna.
PQRS	Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos.
RAV-SICI	Reporte Anual de Verificación Sistema Institucional de Control Interno.
SAP	Systems, Applications, Products in Data Processing.
SARLAFT	Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
SGIR	Sistema de Gestión Integral de Riesgos.
SICI	Sistema Institucional de Control Interno.
SIGEP	Sistema de Información y Gestión del Empleo Público.
SGA	Sistema de Gestión Ambiental.
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
SSST	Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
SUA	Sistema Único de Acreditación.
SUH	Sistema Único de Habilitación.



SEGUNDA PARTE

- I Componente Ambiente de Control
- II Componente Evaluación del Riesgo
- III Componente Actividades de Control
- IV Componente Información y Comunicación
- V Componente Actividades de Monitoreo



I. Componente Ambiente de Control

Dimensión 1.

Talento Humano.

Dimensión 2.

Direccionamiento estratégico y planeación.

Dimensión 3.

Gestión con Valores para Resultados.

SEGUNDA PARTE

I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Descripción	Principios
<p>Representa la cultura organizacional, los valores éticos, filosofía y estilo de dirección.</p> <p>Integridad, valores y aptitud y competencia del personal.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. La organización demuestra compromiso por la integridad y los valores éticos de la entidad.2. La organización ejerce la función de supervisión del funcionamiento de los controles internos.3. La organización establece estructuras, autoridades y responsabilidades en la entidad.4. La organización demuestra compromiso por atraer y retener personal competente, con los conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar su cargo.5. La organización hace cumplir las responsabilidades de los empleados con respecto al control interno.

1.1. Dimensión N°1. Talento Humano.

1.1.1. Estructura organizacional

La estructura funcional tiene vigencia desde el 21 de enero de 2021 de acuerdo con el Manual de Funciones publicado en la intranet.

Observación de Auditoría Interna.

El 11 de mayo del 2020 se recibió el estudio para la modernización de estructura orgánica y planta de cargos por parte de la empresa Asesoría y Soluciones Integrales, con el objetivo de establecer las necesidades de cada dependencia identificando posibles déficit o excedente de empleados, a partir de la medición de la carga laboral. La auditoría observa que a la fecha del informe aún no se ha implantado lo recomendado por dicho estudio.

1.1.2. Manual de funciones.

La entidad cuenta con el Manual de funciones publicado en la Intranet. Versión 11. La última actualización es del 21 de enero de 2021.

Observación de Auditoría Interna.

Estudiar la probabilidad de revisar y actualizar el manual de funciones y definir la dependencia jerárquica de los funcionarios.

1.1.3. Planta de empleos.

Hasta el 29 de febrero de 2020 el hospital contaba con 459 plazas temporales, fecha en la cual se integraron a la planta por decisión de la Junta Directiva. La planta de cargos de la entidad de los años 2019 y 2020 (diciembre 31) se muestra en la siguiente tabla:


HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Planta de Personal HGM 2019 - 2020					
ID	Descripción	2019 (1)	2020 (2)	Variación	
				Cantidad	%
1	Empleos de Período	2	2	0	0%
2	Libre nombramiento y remoción (3)	11	13	2	2%
3	Carrera Administrativa	222	627	405	182%
4	Trabajadores oficiales	11	11	0	0%
5	Planta Temporal (4)	459	0	-459	-100%
6	Provisionales	141	419	278	197%
7	Período de Prueba	439	177	-262	-60%
	Cargos ocupados	1.285	1.249	-36	-3%
8	Vacantes	55	92	37	67%
	Total Planta	1.340	1.341	1	0%
Nota 1 Informe Dirección de Gestión Humana a noviembre 3 de 2019.					
Nota 2 Informe Dirección de Gestión Humana a febrero de 2021 - Plan de Acción.					
Nota 3 Mediante Acuerdo 208 de Junta Directiva de mayo 6 de 2020, se crea el cargo: Director Asistencial HGM La 80					
Nota 4 La planta temporal fue terminada mediante Acuerdo 205 del 13 de diciembre de 2019.					

Tabla N° 1. Planta de Cargos HGM – Diciembre 2019 – 2020.
Fuente: Dirección de Gestión Humana.

Observación de Auditoría Interna.

Es necesario desde la óptica del MIPG y la normatividad de habilitación vigente, planear el talento humano (cualitativa y cuantitativamente), definir directrices en el nivel estratégico en la organización, para ser operativizadas por el proceso de Gestión Humana, adicionalmente ajustar la planta de cargos a las necesidades reales de los servicios, programas y/o proyectos; y mitigar los riesgos en los que podría incurrirse mediante contratos de prestación de servicios en actividades que tienden a convertirse en permanentes que no resuelven de fondo los requerimientos de personal.

1.1.4. Selección de personal.

A través de la convocatoria 426 de 2016 la Gerencia del Hospital le dio posesión a 439 personas de las 448 que superaron el proceso y quedaron en las listas de elegibles enviadas por la CNSC.

Observación de Auditoría Interna.

Seguir los lineamientos del procedimiento de selección de funcionarios y colaboradores normalizado en el proceso de administración de personal.

1.1.5. Entrenamiento en el puesto de trabajo.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- 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, con el acompañamiento de los profesionales responsables de los temas programados para esta.

- Posterior a esta inducción los funcionarios nuevos se desplazan a las áreas de trabajo para proceder con el entrenamiento en sus puestos de trabajo.

Observación de Auditoría Interna.

Fortalecer los procesos de entrenamiento oportuno en el puesto de trabajo en los servicios del HGM, a todos los empleados nuevos.

1.1.6. Programa de inducción.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Como requisito todas las personas que ingresan a la Institución, independiente de su tipo de vinculación, deben realizar la inducción a través de la plataforma virtual. (Corporación Guayacanes)
- Con el acompañamiento de los profesionales de la Institución se programa inducción presencial al personal nuevo que ingresa a la entidad.

Observación de Auditoría Interna.

Fortalecer los procesos de inducción oportuna, socialización del código de ética y los servicios del HGM, a todos los empleados nuevos.

1.1.7. Programa de reinducción.

Con el fin de cumplir con la normatividad vigente con relación a los Programas de Reinducción, en el sentido de que por lo menos cada dos años se impartan este tipo de programas; el Hospital General tiene programado para todos los empleados el programa de reinducción para el año 2020.

Nota: El proceso de inducción y reinducción estará inmerso en el proyecto 4.3. Universidad Corporativa, buscando fortalecer este proceso desde la virtualidad previa a la vinculación, para terceros, estudiantes y otro tipo de contratación.

Observación de Auditoría Interna.

Fortalecer los procesos de reinducción, socialización del código de ética en los empleados cada dos años, así como revisar, actualizar y ajustar el contenido de los temas de reinducción.

1.1.8. Política de retención.

Actualmente el Hospital No cuenta con una política de retención.

Observación de Auditoría Interna.

Considerar diseñar, aprobar y normalizar una política de retención de talento humano.

1.1.9. Evaluación del Desempeño Laboral.

1.1.9.1. Concertación de compromisos.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se concertaron los compromisos de evaluación del desempeño para todos los funcionarios de carrera administrativa del Hospital para el periodo 2020-2021, en la plataforma de la CNSC (EDL).
- 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 con las funciones realizadas no superando el 100% del peso porcentual.
- De igual manera, se han concertado los compromisos de la evaluación de periodo de prueba a los servidores que han ingresado en virtud de la convocatoria 426 de 2016.

1.1.9.2. Evaluaciones parciales y eventuales.

De los 180 funcionarios que se posesionaron en periodo de prueba; 177 cumplieron con los requisitos del periodo de prueba lo que representa que el 98.3% se encuentran en carrera administrativa.

Fortalezas.

- El esquema de control adoptado minimizó el margen de error de evaluaciones.

Debilidades.

- Incumplimiento en la entrega de evaluaciones en las fechas establecidas que puede presentar por cambio de evaluadores o por licencias de maternidad o incapacidad

1.1.9.3. Evaluaciones Definitivas.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- En el mes de febrero de 2020 se realiza la evaluación de desempeño correspondiente al segundo semestre del 2019; así:

▫ Total, a evaluar:	257
▫ Total, evaluados satisfactorios:	252
▫ Total, incapacitados:	3
▫ Total, retirados:	2
- En el mes de agosto de 2020, se realiza la evaluación de desempeño correspondiente al primer semestre del 2020; así:

▫ Total, funcionarios a evaluar:	491
▫ Total, evaluaciones realizadas y entregadas a GH:	376
- Desde la Dirección de Gestión Humana se envía correo a los evaluadores responsables, solicitando hacer entrega de las evaluaciones restantes.

1.1.10. Acuerdos de gestión.

1.1.10.1. Formalización de los acuerdos de gestión.

Durante la vigencia del 2020, se realizaron acuerdos de gestión para los funcionarios del nivel directivo de libre nombramiento y remoción.

Observación de Auditoría Interna.

Es necesario indicar y especificar la cantidad de acuerdos y cargos.

1.1.10.2. Evaluación de acuerdos de gestión.

Se realiza la evaluación de los compromisos establecidos en los acuerdos de gestión para el período 2020.

1.1.11. Metas por dependencias.

El plan de acción de la entidad no está definido específicamente por los 39 procesos, lo que dificulta que el resultado de este sea llevado a la evaluación individual del funcionario.

El mecanismo de evaluación de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales, también mencionados en el Decreto 1083 de 2015 en el art 2.2.8.1.3, se realizan de acuerdo con el desempeño individual y la consolidación y acompañamiento se realiza por parte de la Dirección de Gestión Humana.

1.1.12. Desempeño laboral.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se concertó compromisos de evaluación del desempeño para todos los funcionarios de carrera administrativa del Hospital para el periodo 2020-2021, en la plataforma de la CNSC (EDL) para lo cual se le ha solicitado a la Comisión el reporte de la concertación realizada.
- El Hospital define tres (3) compromisos Instituciones dando cumplimiento al Acuerdo 617 de 2018 Evaluación del Desempeño y los evaluadores definirán dos más de acuerdo con las funciones realizadas no superando el 100% del peso porcentual.
- En los meses de febrero y agosto se cumplió con la obligación de evaluar los períodos de evaluación.

Fortalezas.

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

Debilidades.

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

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

1.1.13. Código de Ética y Buen Gobierno.

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno; en su versión N° 2, la cual se encuentra publicada en la plataforma de la entidad, desde el 21 de febrero de 2016. Página 1 de 20, a la fecha no ha tenido cambios en su versión.

Observación de Auditoría Interna.

Se requiere implementar las acciones necesarias para cumplir con la formulación y socialización del código de integridad de acuerdo a lo dispuesto en el MIPG.

1.1.14. Plan estratégico del talento humano.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan Estratégico de Talento Humano para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

1.1.15. Planeación del talento humano.

Nota: Este ítem, está contenido en el anterior, se deja para no afectar la numeración.

1.1.16. Plan anual de vacantes.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan Anual de Vacante para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

1.1.17. Plan de previsión del talento humano.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan de Previsión de Talento Humano para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

1.1.18. Plan de estímulos e incentivos.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan de Estímulos e Incentivos para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

1.1.19. Plan de bienestar.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan de Bienestar para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar el seguimiento permanente a la ejecución presupuestal del plan de bienestar y hacer ajustes de ser necesario en las actividades en beneficio de los empleados teniendo en cuenta la coyuntura de la crisis del COVID-19 y las medidas de bioseguridad.

1.1.20. Plan institucional de capacitación – PIC.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan Institucional de Capacitación - PIC para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

1.1.21. Programa de bienestar.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Programa de Bienestar para la vigencia del 2020, el cual cuenta con un cronograma de actividades y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar el seguimiento de ejecución presupuestal del plan de bienestar y hacer ajustes de ser necesario en las actividades en beneficio de los empleados teniendo en cuenta la coyuntura de la crisis del COVID-19 y las medidas de bioseguridad.

1.1.22. Plan de incentivos.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan de Incentivos para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

1.1.23. Participación de la mujer en alta dirección.

El hospital General tiene nueve (9) cargos de nivel decisorio, que son:

1. Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros,
2. Subgerente Procesos Asistenciales,
3. Director de Clínicas Quirúrgicas
4. Director de Hospitalización
5. Director de Apoyo Logístico
6. Director de Apoyo diagnóstico
7. Director Financiero
8. Director de Gestión Humana
9. Director de Ambulatorios

A la fecha en los cargos de nivel decisorio se tienen nombradas cuatro (4) mujeres, lo que representa el 44% con lo que se superan en 8% el 35%, establecido por la ley.

Observación de Auditoría Interna.

Se recomienda adoptar los mecanismos para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4° de la Ley 581 de 2000; so pena de las sanciones previstas en el párrafo del mismo artículo.

Continuar con el cumplimiento a la participación de la mujer en los cargos de alta dirección, según lo establece la Ley de Cuotas.

1.1.24. Declaración de bienes y rentas.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se remitió circular a todo el personal vinculado al hospital con el fin de recordar la obligación de diligenciar la declaración de Bienes y Rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega al 31 de julio del presente 2020.
- Los funcionarios Hospital diligenciaron la Declaración de Bienes y Rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega al 31 de julio del presente 2020. A 31 de diciembre la planta de personal era de 1.249; de los cuales 1.100 diligenciaron la declaración para un cumplimiento del 88%.

Observación de Auditoría Interna.

Actualizar de forma oportuna el SIGEP, con el fin de garantizar que toda la información de los servidores públicos se encuentra registrada en la plataforma destinada para tal fin.

Realizar campañas comunicativas para insistir a todo el personal en la obligatoriedad del registro de la información en el SIGEP.

1.1.25. Día nacional del servidor público.

Desde el área de comunicaciones se envió un mensaje de agradecimiento del Gerente a todos los empleados del Hospital con motivo del Día del Servidor Público. Adicionalmente se concedió un día laboral a los funcionarios en tiempo. Por la pandemia no realizó la actividad de capacitación.

1.1.26. Comisión de Personal.

Durante la vigencia del 2020, se realizaron 8 reuniones de Comisión de Personal, en las cuales se trataron diferentes temas de interés, de igual manera se atendieron algunos requerimientos de los funcionarios, en especial relacionadas con las evaluaciones de desempeño.

1.1.27. Rotación alta dirección.

Se nombraron los directivos en las vacantes de:

- Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros
- Subgerente Procesos Asistenciales
- Director de Hospitalización

- Director de Apoyo Logístico
- Director de Apoyo diagnóstico
- Director Financiero
- Director de Gestión Humana

1.1.27.1. Servidores del nivel directivo desvinculados.

Se desvincularon del cargo los siguientes directivos:

- Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros
- Subgerente Procesos Asistenciales
- Director de Hospitalización
- Director de Apoyo Logístico
- Director de Apoyo diagnóstico
- Director Financiero
- Director de Gestión Humana

1.1.27.2. Informes de entrega del cargo.

Los servidores públicos del hospital al momento de su desvinculación están cumpliendo con la obligación de realizar entrega de los asuntos a su cargo, mediante acta de informe de gestión y acta de entrega de puesto de trabajo; informe que es verificado por el respectivo jefe de área con el fin de expedir el respectivo paz y salvo.

Observación de Auditoría Interna.

El alto grado de rotación en la planta de personal afecta el normal rendimiento de la organización dado que los cambios constantes, mucho de ellos inesperados impactan la continuidad y oportunidad de cumplimiento de los procesos y de la calidad de la información; en las evaluaciones de control interno la alta rotación puede interpretarse como una debilidad en el ambiente de control y por lo tanto sugieren la implementación de medidas preventivas y correctivas que conlleven a minimizar los impactos de la rotación, en especial en los cargos de nivel directivo.

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

Dimensión N° 6. Gestión del conocimiento y la innovación.

1.2.1. Implementación Modelo MIPG.

1.2.1.1. Comité de Gestión y Desempeño.

- El comité de gestión y desempeño de acuerdo con la planeación de comités y la Resolución Interna 683 de 2017, debe reunirse bimensualmente para la toma de decisiones relacionados con el sistema de calidad y el MIPG.
- Durante el 2020 el comité se reunió en tres oportunidades: enero 13, agosto 12 y diciembre 7 de 2020.

Debilidades.

Este comité sustituye el comité de gestión integral de la calidad de la entidad igual que sus funciones y todas las iniciativas que contribuyan al avance en el MIPG, por eso debe reunirse con la periodicidad programada y cumplir con el plan de trabajo y los aportes de los grupos técnicos previamente.

Observación de Auditoría Interna.

Se recomienda poner a operar este Comité en los términos establecidos, dado su importante papel en la determinación de políticas y orientaciones de la entidad.

1.2.1.2. Línea Base Modelo MIPG – FURAG II.

La línea de base es el resultado de la evaluación del FURAG del año inmediatamente anterior, teniendo en cuenta que al cambiar la metodología se puede ver afectada el índice de desempeño institucional.

1.2.1.2.1. Diagnóstico FURAG – Oficina de Calidad y Planeación.

De acuerdo con los tiempos definidos por el DAFP se realizó la medición de avance FURAG correspondiente al año 2019.

1.2.1.2.2. Diagnóstico FURAG – Oficina de Auditoría Interna.

Informe elaborado durante el mes de enero de 2020 según formulario del DAFP, el cual fue socializado en el Comité Coordinador de Control Interno.

Observación de Auditoría Interna.

Se recomienda hacer plan de mejoramiento a aquellas debilidades identificadas en el informe resultado de ambos diagnósticos.

1.2.1.3. Plan de Actualización Modelo MIPG.

La metodología para la planeación del MIPG para el 2020, estuvo determinada para realizar la autoevaluación del 50% de las políticas bajo una priorización, determinar el plan de acción y la formulación de las políticas. El otro planteamiento fue garantizar la formación en MIPG de los responsables de las políticas a formular.

1.2.2. Políticas de gestión y desempeño.

1.2.2.1. Política de planeación.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Política formulada y aprobada mediante Resolución Interna 1099 de 2020.
- Política en implementación generando lineamientos para la planeación de comités, planeación de planes institucionales, y planeación de los proyectos del plan de desarrollo.

1.2.2.2. Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

No se ha elaborado el autodiagnóstico y tampoco la formulación de la política; hasta el 2020 solo aplicaba para las entidades del orden nacional.

1.2.2.3. Política de talento humano.

Se realizó el autodiagnóstico; la política está sin formular; se encuentra definida dentro del Plan estratégico de recurso humano 2021.

Nota: Se cuenta con una política de gestión del conocimiento y la innovación, dentro de este se plantea los mecanismos que sean necesarios dentro del proceso de gestión humana en el ciclo de vida laboral, para disminuir la fuga de conocimiento y promover la permanencia del talento humano.

Observación de Auditoría Interna.

Formular la política de talento humano.

1.2.2.4. Política de integridad.

Se realizó el autodiagnóstico realizado; la política está sin formular adoptando la sugerida por el DAFP e integrándola al Código de ética y buen gobierno.

1.2.2.5. Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.

La política está formulada y aprobada mediante Resolución Interna 1099 de 2020

1.2.2.6. Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.

La política no está formulada.

Observación de Auditoría Interna.

Formular la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.

1.2.2.7. Política de servicio al ciudadano.

Se tiene autodiagnóstico realizado, se debe ajustar la política de atención al ciudadano vigente (ES-PLI-GP001L05).

1.2.2.8. Política de participación ciudadana en la gestión pública.

La política está formulada y aprobada mediante Resolución Interna 1099 de 2020

1.2.2.9. Política racionalización de trámites.

La política No está formulada.

Observación de Auditoría Interna.

Formular la Política Racionalización de trámites.

1.2.2.10. Política de gestión documental.

La política está formulada y aprobada mediante Resolución Interna 1099 de 2020.

1.2.2.11. Política de gobierno digital.

La política está formulada y aprobada mediante Resolución Interna 1099 de 2020.

1.2.2.12. Política de seguridad digital.

La política no está formulada.

Observación de Auditoría Interna.

Formular la Política de Seguridad digital.

1.2.2.13. Política de defensa jurídica.

La política está formulada y aprobada mediante Resolución Interna 1099 de 2020, y por el Comité de Conciliaciones según Resolución Interna 965 de 2020.

1.2.2.14. Política de gestión del conocimiento y la innovación.

La política está formulada y aprobada mediante Resolución Interna 1099 de 2020.

1.2.2.15. Política de control interno.

La política no está formulada; no obstante, se cuenta con la política de gestión del riesgo aprobada por Resolución Interna 1099 de 2020, la cual se encuentra implícita en el proceso de control interno.

Observación de Auditoría Interna.

Formular la política de control interno del hospital conforme a lo establecido en el Modelo de Planeación y Gestión.

1.2.2.16. Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional.

La política no está formulada.

Observación de Auditoría Interna.

Formular la Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.

1.2.2.17. Política de Mejora normativa.

La política no está formulada.

Observación de Auditoría Interna.

Formular la Política de Mejora normativa.

1.2.3. Planes institucionales.

1.2.3.1. Plan Estratégico 2016 – 2027.

El plan estratégico 2016-2027 no ha sido modificado continua la plataforma estratégica, los 8 objetivos y los nueve programas estratégicos.

1.2.3.2. Plan de Desarrollo 2020 – 2023.

El plan de desarrollo 2020-2023, se encuentra definido por 5 líneas, los 8 objetivos estratégicos y los 9 programas, para este periodo 2020-2023 se formularon 31 proyectos estratégicos.

Mediante Acuerdo de Junta Directiva del 17 de marzo de 2021, se aprueba el Plan de Desarrollo 2020-2023.

1.2.3.3. Plan de Acción Institucional 2020.

El plan de acción 2020 fue aprobado por la Junta directiva del 13 de diciembre de 2019; se adoptó mediante Acuerdo 202 de 2019.

1.2.3.4. Plan de Acción Institucional 2021.

El Plan de acción 2021 fue publicado el 29 de enero de 2020, dando cumplimiento al artículo 74 de la ley 1474 de 2011.

1.2.3.5. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

El plan Anticorrupción y atención al ciudadano definido para la vigencia 2020, determinó las acciones en cada uno de sus componentes, se implementaron acciones durante la totalidad de la vigencia. El plan fue objeto de evaluación cuatrimestral por parte de la oficina de auditoría interna, donde se tienen en cuenta sus recomendaciones con la cual se formula el plan del año siguiente.

1.2.3.6. Plan Anual de Adquisiciones 2020.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- 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 año 2021.
- Se realizaron 12 modificaciones la PAA 2020.

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.

1.2.3.7. Plan Anual de Adquisiciones 2021.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- 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 año 2021

A la fecha tiene 3 modificaciones:

- Modificación N° 1 mediante Resolución 074G del 11 de febrero de 2021,
- Modificación N° 2 mediante Resolución 129 G de 15 de marzo de 2021; y
- Modificación N° 3 mediante Resolución 143G del 23 de marzo de 2021.

Fortalezas

- El plan anual de adquisiciones permite identificar y justificar el valor total de recursos requeridos por la entidad para compras y contratación.

1.2.3.8. Plan de Movilidad Empresarial Sostenible 2020 - MES.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Diagnóstico: Identificación de las condiciones actuales de movilidad de la organización: infraestructura, recursos y preferencias de movilidad de los colaboradores, aplicando encuesta origen – destino.
- Planeación: Definición de objetivos y metas a alcanzar en términos de reducción de emisiones por el desplazamiento de los colaboradores.
- Formulación de las estrategias: Planteamiento de las estrategias más adecuadas para los colaboradores según la distancia que recorran entre su residencia y la organización.
- Elaboración del documento Plan MES.

Fortalezas

Entre las fortalezas se tienen:

- Oportunidad que tiene la organización para tomar un papel activo en la promoción de la movilidad sostenible para beneficio del territorio.
- Identificación del impacto del desplazamiento de los colaboradores desde y hacia la organización.
- Desarrollo de estrategias encaminadas al uso de modos sostenibles de transporte como la caminata, el ciclismo urbano, el transporte público, y el uso racional del vehículo particular.

1.2.3.9. Plan de Austeridad.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se elabora plan de austeridad para la vigencia 2020.
- Se realiza seguimiento trimestral al plan de austeridad.
- Se elabora el Plan de Austeridad 2021; fue socializado y aprobado, está pendiente la resolución que lo adopte para su implementación.

Observación de Auditoría Interna.

La Oficina continuará realizando seguimiento al Plan una vez se adopte formalmente.

1.2.3.10. Sistema control interno contable – Reporte.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Responder cuestionario Evaluación Sistema de Control Interno Contable.
- Cargar en la plataforma CHIP (Consolidador de Hacienda e Información Pública) de la Contaduría General de la Nación la Evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

Fortalezas.

- Se cuenta con personal directivo y operativo competente y comprometido con el proceso.
- El software ERP SAP de carácter transaccional aloja la actividad económica y financiera de la Entidad y permite extraer información de manera oportuna y sincrónica con la operación.
- El Sistema documental Eurodoc, permite la visualización y consulta y consulta de los soportes contables de las transacciones y hechos económicos.

Debilidades.

- Falta revisión de la gestión y administración de inventarios, especialmente del material de osteosíntesis y oxígeno.
- Falta seguimiento a la matriz de riesgos.

Observación de Auditoría Interna.

Incluir las recomendaciones y oportunidades de mejora derivadas del informe de evaluación al sistema de control interno contable en un acta del comité financiero, debidamente ingresada en Eurodoc, con el fin de llevar la trazabilidad en Hopex (sistema de seguimiento del Plan de mejoramiento institucional).

1.2.3.11. Presupuesto Anual 2020.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- El resultado del ejercicio presupuestal para la vigencia 2020, arrojó en equilibrio presupuestal del 1.57%, esto quiere decir que los recaudos superaron en un 57% los gastos totales (obligación)
- El presupuesto del Hospital para la vigencia 2020 tuvo una variación del 22% que se debió en gran medida a los recursos transferidos por el Municipio de Medellín para la atención de la pandemia originada por el Covid-19.

Observación de Auditoría Interna.

Se recomienda parametrizar los reportes de ingresos.

1.2.3.12. Presupuesto Anual 2021.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- El Presupuesto para la vigencia 2021 se elaboró conforme a las disposiciones del COMFIS y el mismo fue aprobado y modificado por Acuerdo N° 213 de 2020 y N° 216 de Junta Directiva y Resoluciones N° 106 y N° 129 de 2020 del COMFIS.
- Uno de los grandes logros para el presupuesto del 2021 fue la presentación y parametrización de este con el nuevo catálogo presupuestal según los lineamientos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

1.2.3.13. Plan de Vacunación COVID 19.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- La institución elaboró el Plan de Vacunación Covid-19, según la normatividad
- Se creó el Comité de crisis relacionado con el COVID-19, mediante Resolución interna 021 de 2021.

Observación de Auditoría Interna.

El plan está formulado conforme a la normatividad.

1.2.3.14. Plan de Acción COVID 2020.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- La institución elaboró el Plan de Acción Covid-19, según la normatividad, se cuenta con la versión N°4.

Observación de Auditoría Interna.

El plan está formulado conforme a la normatividad.

1.2.4. Programas.

1.2.4.1. Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- La organización cuenta con un modelo de atención centrado en el usuario y su familia código documental ES-PLI-GP002D01, el cual se encuentra en el sistema de gestión documental en su versión 1. Está compuesto por 7 ejes.
- Se realizaron reuniones con los directores y líderes asistenciales para la implementación, despliegue y seguimiento del programa.
- El modelo de atención se encuentra en la plataforma de inducción virtual de la Institución, a la que acceden todos los funcionarios que ingresan.

Fortalezas.

- Sigue el compromiso de todos los funcionarios de la organización seguir con el modelo donde lo más importante es el paciente y su familia. Lo anterior evidenciado en los altos porcentajes de satisfacción de los pacientes.

1.2.4.2. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.

El programa incorpora el proyecto "Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas". No existe como programa.

1.2.4.3. Programa 3. Competitividad.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se hizo referenciación del proceso de costos en el Hospital Marco Fidel Suarez de Bello.
- La oficina de calidad y planeación del HGM plantea la importancia de conciliar los procesos de la dirección financiera y lograr la articulación de la información para la creación de los costos.
- Se realizó la estimación de costos de 14 prestaciones.
- Se llevó a cabo correcciones mediante transacciones NCOP, las cuales son necesarias para que los ingresos puedan ser cargados correctamente por cada unidad organizativa;
- Se han llevado a cabo correcciones por la transacción KB11N.
- El área de costos, cada mes remite un registro contable al área de Contabilidad, para que realice los ajustes pertinentes de algunos saldos que no se logran distribuir en el primer nivel.

Observación de Auditoría Interna.

Realizar el levantamiento de costos de procedimientos médicos del hospital, consolidando una estructura de costos que permita la definición de tarifas competitivas en el sector.

1.2.4.4. 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 Comisión Nacional del Servicio Civil.
- La Comisión 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.

1.2.4.5. Programa 5. Fortalecimiento Sistema de Gestión Integral de Calidad

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Realización de acciones permanentes para fortalecer el sistema integrado de la calidad que incluye el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (componente SUH, SUA, Pamec), el Sistema de Gestión Ambiental SGA, y el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SSST, igual que la certificación en responsabilidad social empresarial.
- Se alcanzó un cumplimiento del 86.7% para la vigencia 2020.

1.2.4.6. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realiza el Plan Anual de Adquisiciones el cual fue avalado por la junta directiva, mediante acuerdo No 141 del 14 de abril de 2016. El plan muestra una clara alineación entre los requerimientos normativos y las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos.
- 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 tramites y servicios del Hospital en línea, se reformó la página web del hospital.
- Se definieron las políticas y lineamientos de Gobierno digital para el HGM, 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.

Observación de Auditoría Interna.

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, y garantizar la base de un marco eficaz para el Gobierno Corporativo.
- Promover la transparencia y eficacia de los procesos, con el fin de ser coherentes con el régimen legal y de esta manera tener clara la gestión ante entes externos de control y vigilancia.

1.2.4.7. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.

Las actividades realizadas, las fortalezas y debilidades de este Programa se relacionan en los proyectos:

- Generar capacidades de innovación.
- Consolidación del HGM como un hospital universitario.

1.2.4.8. Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se adecuaron más de 1.000 metros cuadrados con separaciones y divisiones para la atención separada de pacientes COVID y No COVID, lo que buscaba proteger al personal asistencial y a los pacientes del contagio.

Debido al COVID 19 el Plan de Mantenimiento no logro consolidarse en su totalidad, debido a que hubo muchas zonas que se dejaron para intervención y no se pudo ingresar debido a la pandemia.

1.2.4.9. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.

1.2.5. Proyectos.

1.2.5.1. Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- En la herramienta HOPEX, se sistematizaron los flujos de los procesos asistenciales del modelo de atención basado en el flujo del paciente y se está realizando seguimiento para realizar los ajustes que se requieran, se cuenta con la herramienta del modelo de atención de indicadores desde el 2016 a la fecha.
- Se realizaron las proyecciones para la operación de la central de monitoreo, se realizaron los ajustes en la matriz de evaluación, se socializo el modelo.
- Se realizan todas las acciones para la implementación de la central de monitoreo y definir el proceso que lo asumirá sin que pierda la articulación que requiere con la central de referencia y contrareferencia. El 10% pendiente por evaluar se realizará en los dos bimestres con la efectividad en los indicadores de la central de monitoreo.
- La central de monitoreo está realizando la medición de la eficiencia y efectividad de su proceso, la línea de base es comparativa por lo tanto se debe ajustar a los resultados de los tres meses que lleva en ejecución.

- La central de monitoreo con medición mensual, comportamiento de estos durante el semestre 2/2020 a permanecido entre 56% y 65% de cumplimiento. Frente al modelo de atención los indicadores tienen un seguimiento durante la vigencia con un cumplimiento del 73,8% para el bimestre.

Fortalezas.

- El trabajo en equipo por parte de los directores asistenciales y los líderes de procesos asistenciales ha contribuido a la fluidez de las acciones.
- Actualmente los diferentes procesos se encuentran en proceso de socialización de los cambios efectuados.

1.2.5.2. Proyecto 2. Unidad atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Determinación de los costos y tarifas de paquetes.
- Buscar la asesoría de programas de práctica clínica.

1.2.5.3. Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realizó la ficha técnica del proyecto.
- Se realizó la identificación de los medicamentos de alto costo, estudio de mercado de los medicamentos con otras entidades similares.
- Se realizó la ficha técnica del proyecto de costos.

1.2.5.4. 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 2021 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 hace gestión de acuerdo de pago y conciliaciones con las diferentes entidades.

1.2.5.5. Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- En comunicación con el área de docencia servicios, estamos en espera que quede firmado por las 2 instituciones SENA y HGM, el convenio institucional y por medio de la contraprestación que ofrece el SENA, quedan incluidas las capacitaciones en competencias, para los funcionarios del Hospital (Enfermería y Farmacia).

- Además con ellos se inició desde febrero la capacitación a 9 enfermeros jefes, para que queden certificados como capacitadores internos, esto servirá para llegar al mayor número de Auxiliares de Enfermería (575) y Jefes de Enfermería (130 jefes).
- Con el coordinador de farmacia se planeará la capacitación de (92) auxiliares y regentes de farmacia.
- En la actualización de la ficha 4.1 Se manejó la metodología que venían realizando desde el 2018, se actualizó la información que correspondía al 2020 y se proyectó la del 2021. Se programó un cronograma para todo el año.

1.2.5.6. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Durante los meses de noviembre y diciembre de 2020, se realizaron las siguientes actividades de cultura: Se capacitaron 136 funcionarios en: empoderamiento, comunicación asertiva, trabajo en equipo, construcción de equipos de trabajo y atención al usuario.

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.

Observación de Auditoría Interna.

Se debe registrar la actividad de todo el año, aquí solo se presenta la de los meses de noviembre y diciembre.

1.2.5.7. Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Ejecución de estrategias en el programa de seguridad del paciente (gestión de eventos adversos, paciente trazador, rondas de seguridad y visitas de calidad).
- Gestión de las acciones de las PQRS (atención al usuario), seguimiento, cumplimiento de indicadores e intervenciones a las recomendaciones a las auditorías internas (semestrales).
- Gestión documental para el sistema de calidad documentos actualizados el 66%.
- Cumplimiento del modelo de mejoramiento institucional de 58,79% para la vigencia

1.2.5.8. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se elaboró el informe de acreditación para la entidad acreditadora ICONTEC del Sistema Único de Acreditación.
- Se determinan las acciones para el avance en el SSST, definidos normativamente para el ICONTEC.
- Se realizan las modificaciones documentales para el Sistema Integral de Garantía de la calidad y se aprueban por Resolución 1098 de 2020.

1.2.5.9. Proyecto 9. Gobierno Digital.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se cuenta con la política de gobierno digital y avanzamos en cumplimiento de Ley 1712 de 2014 acceso a la información pública. En gestión documental contamos con Eurodoc, el cual es un gestor documental donde bajo los lineamientos del archivo general de la nación se han realizado avances, hoy contamos con el proceso de digitalización.
- La facturación electrónica.
- Para los procesos de digitalización en gestión documental, de protección de datos personales, consentimiento informado y datos abiertos se han realizado referenciaciones en el 2020 con entidades que ya cuentan con desarrollos y avances. (Metro de Medellín, Alcaldía de Medellín y Clínica Las Américas y Cardiovid con telemedicina).
- El HGM tiene un macroproceso de gestión de la información y las comunicaciones que incluye 4 procesos (sistema de información, gestión documental, gestión de la historia clínica, y gestión de la información clínica y administrativa).
- En MIPG, se construyeron las siguientes políticas: Gobierno Digital, transparencia y acceso a la información pública, gestión documental y gestión de archivo.
- Por medio del FURAG la Función Pública nos evalúa el avance en la gestión.
- Para las comunicaciones con el cliente interno, contamos con varios mecanismos que facilitan los trámites del servidor, Intranet con el portal de gestión humana.

1.2.5.10. Proyecto 10. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos).

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se capacitaron 311 personas en el SGIR – Sistema de Gestión Integral de Riesgos; dentro de éstos se capacitaron a 40 empleados de la Línea Estratégica entre ellos subgerentes, directores, líderes y coordinadores de procesos y se realizaron 33 despliegues y/o reuniones virtuales en Teams.
- Se da inicio a la incorporación de los riesgos de SGA (Sistema de Gestión Ambiental), SST (Seguridad y Salud en el Trabajo), LA/FT (Lavado de Activos y Financiación del terrorismo) Corrupción, Estratégicos y de Seguridad Digital en las matrices de los procesos.
- Se han asesorado a 279 personas en temas de riesgo.

1.2.5.11. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.

Entre las actividades realizadas están:

- Se levantó línea de base y entrega documento donde define las oportunidades de mejora para cerrar las brechas en el plan de mejoramiento institucional para la vigencia 2020, esta información fue tomada del informe preliminar de la auditoría que se realiza con apoyo del SENA para dar cumplimiento norma NTC 5802/5802 en el proceso de gestión de la innovación.
- Se formularon los proyectos: 1) Movilizador de lámpara quirúrgica; 2) Soporte de alcohol para neonatos; 3) Inmovilizador de sonda vesical; 4) Sensor de Inclinación para cama de UCI; 5) Vacuum; 6) Flutter; 7) Alarma no sonora para neonatos; 8) Stripper de banco de sangre y 9) Estación de monitoreo de higiene de manos.
- Reportes de inteligencia competitiva de las soluciones priorizadas, en este momento se están desarrollando 4 proyectos de los formulados en el 2019 1) Movilizador de lámpara quirúrgica; 2) Soporte de alcohol para neonatos; 3) Inmovilizador de sonda vesical; 4) Sensor de Inclinación para cama de UCI.
- Elaboración propuesta para la implementación de Unidad Estratégica de Negocio.
- Cómo acción preventiva y previendo la situación mundial con el virus COVID-19, se ha realizado un análisis conjunto con el servicio farmacéutico, gestión de equipos biomédicos y el laboratorio de cocreación, enviando a la mesa del INVIMA para la declaración de vitales no disponibles.
- En total se detectaron 56 elementos para utilizar en los servicios de UCI UCE hospitalización y urgencias con la valoración del riesgo respectivo.
- Se han realizado los siguientes desarrollos:
 - Diseño de mascarilla de alta eficiencia con validación en servicios, se realizó proceso de serialización de moldes, pruebas certificadas con logística de abastecimiento y estamos a la espera posterior a la alianza HGM con las Universidades EIA y el CES, representación en la empresa Henao Limitada, Grupo Familia y Seguros Generales Suramericana.
 - En espera de la respuesta del laboratorio Nelson Labs para pre certificado NIOSH.
 - Abastecimiento de las cabinas de protección de aerosoles igual en el proceso de serialización y pruebas certificadas en la alianza Tecno Parque Nodo Medellín, Grupo de ingeniería HGM y área de mantenimiento, en el momento se cuenta con 15 cabinas adulto y 2 pediátricas.
 - Conectores para ventiladores es un acople para alargar la conexión se han entregado 27 válvulas.
 - Repuestos para equipos biomédicos cuatro (4) unidades y recuperación de ventilador dado de baja.
 - Se diseñó y se validó con paso a pruebas de un video laringoscopio y en este momento se adquiere la materia prima para la fabricación de diez (10) con la respectiva adaptación.
 - Batas de protección antilíquido con serialización y pruebas certificadas, adicional se están produciendo tapabocas con tela reciclada (línea directa con apoyo técnico y ellos han donado batas).
 - Acompañamiento como soporte técnico al grupo de prevención en infecciones monitoreo y control HGM.
 - Se gestionaron las donaciones recibidas por el Hospital, desde el análisis técnico, hasta los inventarios y la legalización de cada una de las donaciones.
 - Se realizó vídeo de divulgación para el MIT.
 - Se realizó charla en el marco del Ciclo Webinar de la Universidad CES: "Laboratorio de Cocreación, estrategia hospital-academia para el fortalecimiento de sistemas de I+D+i en el sector salud"

- Se entregó a la alcaldía de Medellín un "Comunicado del Laboratorio de Cocreación para la innovación en salud HGM-CES-EIA"
- Se realizó presentación de proyectos del Laboratorio de Cocreación al Ministro de Salud y Protección Social y al señor alcalde de Medellín, en visita realizada al HGM.
- Se fortalecieron capacidades de gestión integral del riesgo, para ser implementadas en el macroproceso: Gestión de la innovación.
- Se diseñó y fabricó símbolo de identificación para pacientes Covid-19, que se suma al hablador de color morado del HGM.
- Se imprimen proyectos de la Universidad EIA y la Universidad CES como mecanismo de apoyo en los procesos formativos de las instituciones.
- Se continúa con el desarrollo de 10 videolaringoscopios, cómo proyecto iniciado en el primer bimestre.
- A la fecha se han fabricado más de 30.000 unidades de tapabocas con tela reutilizada de envolvedoras, lo que representa un ahorro de media tonelada de residuos sólidos a la institución, lo que genera un mecanismo de sostenibilidad adicional y nos sumamos a la política de Ecociudad en el marco de su plan de desarrollo.
- Se fabricó molde para tapón de "Erlenmeyer" para filtración de alcohol de la central de mezclas, y se fabricó tapón con silicona.
- Se recuperaron más de 15 caretas odontológicas a la fecha, cortando en láser los visores dañados.
- Se fabricó protector de contador de uso (timer) de lámparas de foto terapia, para garantizar las horas de uso y evitar pérdidas de insumos o fallas en las terapias por mal manejo de la opción reset.
- Se llevó a cabo evaluación técnica de Elementos de Protección Personal (EPP), comprados por la institución, donados o enviados por las instituciones universitarias para la protección de los estudiantes.
- Se terminó la primera fase del proyecto de sistema de monitoreo de higiene de manos."
- Se realizó vídeo de divulgación y postulación "La innovación y la creatividad en tiempo de pandemia". Premio de alta gerencia de la función pública en la que participa la Institución desde la gestión de la innovación.
 - Se llevó a cabo evaluación técnica de Elementos de Protección Personal (EPP), comprados por la institución, donados o enviados por las instituciones universitarias para la protección de los estudiantes.
 - Se diseñó carcasa para celulares Redmi Note, adquiridos para integrar al sistema de videolaringoscopios. Se entregan a nueve servicios críticos un sistema confiable y de fácil limpieza para llevar a cabo procesos de intubación.
 - Se avanza en el diseño de dos cabinas de extracción, generando un sistema de alto flujo y filtrado de partículas y aerosoles generados por pacientes COVID.
 - Se diseñó sistema para adaptar a valvas comerciales cámaras endoscópicas.
 - Se mejora el ajuste de la tapa de la mascarilla FMI-19, se está a la espera de la certificación de filtros.
 - Se desarrolla repuestos para equipo en Patología, ahorrando a la institución \$1.200.000 aproximadamente.
 - Se rediseña el proyecto MAGA y se están estandarizando los procesos de serialización y fabricación.

- Se participa en foro "Mitos de los elementos de protección personal" apoyando a la Cámara de Comercio de Medellín-Clúster de la moda, y a la gobernación de Antioquia.
 - Se realiza estructura para la programación de un software de programa PROA.
 - Se adquieren licencias de Rhino Medical con la finalidad de analizar, procesar y transformar en realidad virtual o elementos de impresión 3D las imágenes diagnósticas del HGM.
 - Se envía a la etapa final el proyecto de Centro de I+D+i, proceso que inicia en el 2019 y del que hace parte activa el Laboratorio de Cocreación.
 - Se da la charla TEDxHGM con el tema "La filosofía de la innovación"
 - Se desarrolla repuestos para ventilador de urgencias y neopuff de perinatos."
- Reconocimiento a las iniciativas en salud para enfrentar la pandemia. Medellín me cuida: "El poder del conocimiento al servicio de la Salud".
 - Formulación de Política de Propiedad Intelectual del HGM.
 - Formulación de Gestión del conocimiento del HGM.
 - Diseño de molde de almohada de silicona para evitar escaras en pacientes pronados
 - Exaltación a los Mejores 2020:
 - Categoría "Dedicación, sacrificio y responsabilidad, valores que exaltamos por su compromiso para enfrentar la pandemia por el Covid-19.
 - Categoría: "Premio a la investigación con aplicación innovadora a la solución de problemas institucionales

Fortalezas.

- Gestión de la innovación en el hospital como elemento de apoyo a la apropiación de la tecnología.
- Respuesta oportuna a necesidades derivadas de la pandemia
- Proceso de alto impacto dentro de la organización.
- Ente articulador entre procesos para cumplimiento de metas y objetivos comunes
- Aporte desde el conocimiento técnico y científico a la validación y control de calidad de elementos de protección personal.
- Apoyo de la alta gerencia y de todos los servicios administrativos y asistenciales para el cumplimiento de metas.
- Participación activa en el ecosistema de I+D+i de la ciudad.

Debilidades.

- Normativa actual que impide que los procesos de I+D+i (Investigación, desarrollo e innovación) generen impacto en la sociedad y puedan ser explotados por la organización.

1.2.5.12. Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario.

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Reportes sistema ATENEA.
- Elaboración de contratación.

Debilidades.

- La pandemia COVID limitó el número de estudiantes.
- No contar con los costos de docencia.

1.2.5.13. Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Informe de costos de la Dirección Financiera HGM.

Fortalezas.

- El personal del área comprometido y con experiencia.
- Calidad de los investigadores.

Debilidades.

- Los tramites internos muy demorados para la contratación.
- Las exigencias normativas del sector público.
- No siempre se cuenta con la disponibilidad del laboratorio incluido en la Resolución de Buenas Prácticas Clínicas del INVIMA para los exámenes que no se realizan en el hospital para los pacientes de ensayos clínicos.

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

Nota: Proyecto terminado en 2019. Se debe eliminar del registro.

1.2.5.15. Proyecto 15. Adecuación Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur.

El proyecto se presentó a Junta Directiva y fue excluido del Plan de Acción del año 2020.

Nota: Se debe eliminar del registro.

1.2.5.16. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Aporte a Informe de Gestión bajo Metodología GRI (Componente Ambiental).
- Aporte a Informe de Responsabilidad Social Empresarial (Componente Ambiental).
- Medición de la Huella de Carbono Corporativa.
- Estudio Energético – UPB.
- Solicitud de propuestas para el Manejo de RAAE.

Fortalezas.

- Sostenimiento del Sistema de Gestión Ambiental del Hospital.

- Fomentar una cultura de Gestión Ambiental y Sostenible en todas las partes interesadas.

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

Nota: No se presentó el reporte.

1.2.5.18. Proyecto 18. Cumplimiento de estándares Norma ISO 27000 (Seguridad de la información).

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realiza una evaluación de la necesidad de cumplir con los estándares de la Norma 27000 y después de varios análisis se plantea trabajar la seguridad de la información de la organización mediante un análisis de brechas de la norma 27001 2013.
- El proyecto se enfoca en realizar un análisis GAP de la versión vigente de la norma 27001 2013 del estado actual de la organización.

Fortalezas.

- Estados actualizados de los controles de la norma ISO 27001 2013.

1.2.5.19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

Las actividades realizadas en desarrollo de los proyectos se relacionan a continuación:

Proyecto 19.1. Código de Barras en el Almacén General.

- No se realizaron actividades del proyecto en el año 2020.

Proyecto 19.2. Portal de autoservicios para empleados.

- Se realizó una socialización del uso de la herramienta.

Fortalezas.

- Permite la consulta desde cualquier sitio en el HGM y la generación de certificados, extractos de forma automática.

Proyecto 19.3. Renovación de Equipos de cómputo.

- Se realiza la compra de 165 nuevos equipos de cómputo, 110 de ellos son All in One y los demás laptops.

Fortalezas.

- Mayor rendimiento y optimización de los recursos tecnológicos de la organización.
- Renovación de obsolescencia tecnológica.

Proyecto 19.4. Renovación de SW para RCIU.

- En el período no se reportaron actividades de este proyecto.

Proyecto 19.5. Unificación de planes de mejora institucionales

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Cargue masivo de información de los riesgos e indicadores.
- Requerimientos estándares de acreditación y montaje de flujograma de procesos asistenciales.
- Desarrollo en la intranet para la visualización de la información.
- Se definió la ruta de flujo de información con Eurodoc.

Proyecto 19.6. Central de referencia

- Se optimizaron los tableros de indicadores y seguimiento
- Ajuste en el tablero operacional (camas disponibles, ocupaciones diarias)
- Rediseño de tableros y ajuste de dato para oportunidad de triage.

Fortalezas.

- Mejoramiento en el seguimiento.
- Se optimiza la visualización de pacientes para el traslado.

Proyecto 19.7. Sistema de gestión de SST

El área de salud ocupacional definió retirar el proyecto de la adquisición del sw debido a la situación de pandemia

Proyecto 19.8. Implementación GRD's

En el 2020 no se hizo seguimiento al proyecto, ni se presentaron avances, debido a que no se renovó contrato con el prestador del software y por cambio en la administración del Hospital. El presupuesto para la contratación se mantiene disponible desde el área de Sistemas.

1.2.5.20. Convenio Clínica La 80.

Se efectuó seguimiento al convenio a la clínica la 80 ver informe de oficina de auditoría interna.

1.2.5.21. Banco de Proyectos.

No se cuenta con la estructura de banco de proyectos. Durante el 2020 se presentaron a la Servicio Seccional de Salud de Antioquia, los proyectos en MGA (Metodología General para la Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión Pública) de UCE piso 7, unidad microbiológica, no priorizadas por emergencia sanitaria.

1.2.6. Elemento: Gestión Presupuestal.

1.2.6.1. Gestión de Cartera.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Desarrollo para bajar la información del sistema SAP, lo que facilita su procesamiento.
- Presentación de las cuentas con todos los lineamientos de la Circular Conjunta 30 de 2013.

Fortalezas.

- Desarrollo desde el área de sistemas con el programa SAP, para que la información que se requiere para su presentación no fuera tan difícil y dispendiosa.
- Presentación de la información de manera confiable y oportuna.
- Depuración permanente con las diferentes entidades.

1.2.6.2. Proceso de facturación.

- En el año 2020 en el proceso de facturación, se realizó la facturación de los servicios asistenciales prestados a los pacientes, teniendo en cuenta las diferentes contrataciones y sus respectivos soportes, con una facturación de \$206 mil millones.
- El proceso de radicación de las facturas se llevó a cabo con un valor radicado oportunamente de \$195 mil millones. Teniendo en cuenta que en tiempos de pandemia se observó una disminución en la radicación ya que muchas de las entidades se negaron a recibir cuentas.

1.2.6.2.1. Procedimiento de facturación electrónica.

- Se logró implantar según lo estipulado por la DIAN la facturación electrónica, la cual es emitida, entregada y aceptada por las entidades responsables de pago.

Fortalezas.

- Es un proceso que está estipulado dentro de los 8 procedimientos del Programa de Gestión Documental.

Debilidades.

- El proceso de facturación electrónica para la institución todavía cuenta con falencias como el que hay que imprimir el documento para hacerlo llegar al área financiera de formato físico.

Observación de Auditoría Interna.

- Elaborar el procedimiento de emisión de facturación electrónica.

1.2.6.3. Plan Anualizado de caja.

Nota: Se está consultando la normativa correspondiente.

1.2.6.4. Realización de inventarios anuales.

1.2.6.4.1. Inventario de activos fijos.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizaron los Inventarios de las áreas administrativas y algunas asistenciales.
- Por pandemia COVID las áreas asistenciales no se pudo realizar dichas actividades.

Observación de Auditoría Interna.

Ejecutar el conteo físico de inventarios de activos fijos.

1.2.6.4.2. Inventario de material médico quirúrgico y medicamentos.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizaron los conteos físicos de inventarios entre el 27 de octubre y el 30 de diciembre, incluyendo la farmacia de la clínica de la 80.

Observación de Auditoría Interna.

Ejecutar el conteo físico de inventarios, inventario de material médico quirúrgico y medicamentos, incluyendo los carros de paro.

1.2.6.4.3. Inventario de reactivos.

- Se realizó el conteo físico del inventario el día 23 de diciembre.

Observación de Auditoría Interna.

Es necesario corregir los errores para optimizar el desarrollo del inventario.

1.2.6.4.4. Inventario de banco de sangre.

- Se realizó el conteo físico del inventario el día 23 de diciembre.

1.2.6.4.5. Inventario de material de osteosíntesis.

Se realizaron los conteos físicos de inventarios entre el 27 de octubre y el 30 de diciembre, incluyendo la farmacia de la clínica de la 80.

Observación de Auditoría Interna.

Ejecutar el conteo físico de inventarios, de material de osteosíntesis; formalizar los contratos.

1.2.6.4.6. Inventario de insumos de odontología.

Durante el año 2020 no se realizó el inventario anual del centro de costos C203, por causa de la pandemia mundial por el Covid19, que obligo al cierre total del servicio desde el 16/03/2020 y solo se realizó apertura parcial escalonada del 25% el 23/10/2020, para atender las prioridades de cada una de las especialidades odontológicas, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud, por los altos riesgos de generación de aerosoles en la realización de actividades, intervenciones y procedimientos odontológicos.

Fortalezas.

- Control y valoración de los activos del servicio.
- El material médico-odontológico: reposición en línea a través de SAP (mecanismo de reservas) el personal auxiliar tiene dentro de sus actividades de control, registrar las fechas de apertura del insumo (múltiples usos); así como validar las fechas de fabricación y fecha de vencimiento.

Debilidades.

- Sin control de inventarios, al inicio y terminación de la contratación de prestación de servicios de odontólogos especialistas, docentes, residentes y personal auxiliar.
- Circulación de personal diferente al servicio de odontología que no permite la seguridad en la custodia de bienes e insumos.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar el conteo físico de inventarios de los insumos de odontología en la vigencia 2021, y efectuar los respectivos ajustes contables en caso de requerirse.

1.2.6.4.7. Inventario farmacia – imagenología.

Se realizaron los conteos físicos de inventarios entre el 27 de octubre y el 30 de diciembre, incluyendo la farmacia de la clínica de la 80.

Observación de Auditoría Interna.

Ejecutar el conteo físico de inventarios.

1.2.6.4.8. Inventario farmacia – urgencias.

Se realizaron los conteos físicos de inventarios entre el 27 de octubre y el 30 de diciembre, incluyendo la farmacia de la Clínica de la 80.

Observación de Auditoría Interna.

Ejecutar el conteo físico de inventarios.

1.2.6.4.9. Inventario farmacia – central y bodegas de medicamentos.

Se realizaron los conteos físicos de inventarios entre el 27 de octubre y el 30 de diciembre, incluyendo la farmacia de la clínica de la 80.

Observación de Auditoría Interna.

Ejecutar el conteo físico de inventarios.

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

1.3.1. Sistemas de Gestión.

1.3.1.1. Gestión Ambiental.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Actualización de procedimientos e instructivos relacionados con el manejo de los Residuos Hospitalarios.
- Reporte del Formulario RH1 (Manejo de Residuos) en el portal de la Secretaría de Salud, incluido el módulo COVID-19.
- Dotación de elementos para el manejo de los residuos, como lo son: carros contenedores, canecas, rótulos, canecas con compresores.
- Actualización y socialización de Protocolos Manejo de residuos – COVID-19, incluido sede La 80.
- Software para el registro de datos (Manejo de Residuos).
- Monitoreo y Medición de Emisiones Atmosféricas en Calderas. (Medición parcial de Gases de Combustión y NOx).
- Muestreo de Calidad de Agua Potable (Una vez se realizaron los lavados de los tanques)
- Muestreo Aguas Residuales.
- Gestión para el contrato de tratamiento de ARnD.
- Gestión para retomar Campaña de Vertimientos.
- Gestión para las propuestas de Televisación, Limpieza y Actualización de Planos de la Red Hidrosanitaria (Se hizo solicitud de contrato y nuevas cotizaciones, pero la actividades se reprogramó para el año 2021).
- Capacitaciones e inducción ambiental en los servicios, sede principal y La 80.
- Solicitud de propuestas para el Manejo de RAAE (Se presentaron las propuestas a Activos Fijos).
- Gestión para la elaboración de bolsas con tela no tejida.
- Implementación del Plan de acción resultante de la Auditoría Externa – ICONTEC (En proceso).
- Cálculo de la Huella de Carbono Corporativa.
- Participación en el Comité Ambiental del Sector Salud.
- Gestión para campaña ambiental – Cuidar el medio ambiente está en nuestras manos.

- Registro de Indicadores Ambientales.
- Auditoría Ambiental y SST a Terceros.
- Atención a comunicados externos (AMVA, EPM, entre otros).

Fortalezas.

- Sostenimiento del Sistema de Gestión Ambiental del Hospital.
- Fomentar una cultura de gestión ambiental y sostenible en todas las partes interesadas.

1.3.1.2. Salud y seguridad en el trabajo.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Gestión de la Accidentalidad.
 - Reducción de la tasa de accidentalidad en un 14%.
 - Reducción de la frecuencia de la accidentalidad al 4.9%.
 - La severidad de la accidentalidad se incrementó a 29 días perdidos.
 - 100% de los accidentes de trabajo investigados.
- Gestión del cuidado ostemuscular:
 - Realizar evaluaciones ergonómicas de puestos de trabajo según programación.
 - Aplicación de la línea basal.
 - Actualización del diagnóstico de riesgo biomecánico para áreas críticas del HGM.
 - Actualización del documento del sistema de vigilancia, actualización y seguimiento de la matriz de hallazgos del Programa Visión Cero.
 - Dotación de elementos ergonómicos en puestos de trabajo.
 - Capacitación en estándares de seguridad OM Estándar de Movilización de Pacientes, Estándar de Trabajo en Computador, Higiene postural y pausas activas.
 - Seguimiento a recomendaciones laborales.
 - Intervención por áreas y segmentos según indicadores de ausentismo y accidentalidad.
 - Inspecciones de seguridad.
 - Participación en Gestión de cambio con elementos como: camillas, camas, dispositivos para movilizar pacientes.
 - Se gestiono y obtuvo la licencia de práctica médica para 4 equipos de protección radiológica, visita de verificación por parte de la Secretaria de Salud verificando cumplimiento según lo definido en la Resolución 0482 de 2018.
 - Se está gestionando otras 5 licencias, previa evaluaciones de calidad, se están documentando.
 - Se gestiono la señalización y demarcación (zona controlada y zona supervisada) que falta.
 - Se gestionó y realizó la capacitación de 40 funcionarios con Certificación, al momento hay 53 funcionarios entre expuestos y en vigilancia que tienen el certificado. Los Ortopedistas son los que más faltan, de 16 expuestos, solo 7 tienen el certificado.
 - Se inicio can el plan de capacitación periódico según la Resolución 0482 anexo 5, en Cirugía e Imagenología: 58 funcionarios.
 - Manejo de sustancia químicas:

- Se levanta línea basal, con base a esta se construye el plan de trabajo para el año 2020.
- Se realiza seguimiento al cierre de los hallazgos de las sustancias químicas generadoras de impactos negativos al medio ambiente en el servicio de patología.
- Se realizan un total de 16 inspecciones en el periodo de enero – diciembre, dando un cumplimiento del 20% al cronograma de inspecciones.
- Se levanta inventario de etiquetas de seguridad de las sustancias químicas bajo SGA y se hace la solicitud de las faltantes.
- Se realiza revisión y actualización del programa para el manejo seguro de sustancias químicas y documentos anexos.
- Se hizo solicitud y seguimiento de actualización de las Hojas de seguridad de las sustancias químicas de las áreas críticas (farmacia, suministro).
- Se actualiza documentación y anexos de contratistas para la migración al sistema Globalmente armonizado. Se entrega herramienta para recopilar la información, para así engranarlos a las normas y estrategias implementadas en el hospital con relación al almacenamiento y manipulación segura de sustancias químicas.
- Se realiza homologación de matrices del sistema globalmente armonizado (categorías de peligrosidad, EPP, compatibilidad química) de los servicios de hospitalización y cuartos de residuos.
- En el año 2020 no se realizan jornadas de formación del programa para manejo seguro de S.Q.
- SST y Covid:
- Participación desde el inicio en grupo de incidentes.
- participación en cambios infraestructura, gestión de cambio
- Análisis, manejo y seguimiento a de vulnerables
- Manejo de personal en casa, flexi horario y personal zonas verde y violeta
- Control EPP: análisis con creación y Vigilancia epidemiológica, pedidos y entregas
- Tamizajes preventivos: secretaria, ARL, U de A
- Capacitaciones.
- Control terceros.
- Seguimiento casos.
- Seguimiento contactos.
- Reporte y Estudio de enfermedades laborales.
- Estudio e investigación caso mortal.
- Grupo de seguimiento a secuelas.

Fortalezas.

- Se cuenta con profesionales encargados de la implementación, asignación de médico laboral tiempo completo, el apoyo de la ARL y de la Gerencia.
- Equipo humano comprometido.
- Estándares claros de trabajo
- Procesos y procedimientos claros, establecido, difundidos, actualizados y medibles.
- Indicadores con todas las cualidades.

1.3.1.3. Responsabilidad Social.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se cuenta con un Manual de responsabilidad social empresarial actualizado y una política de responsabilidad social.
- Se cuenta con el certificación por parte de Fenalco Solidario como entidad familiarmente responsable.
- Realización del informe de sostenibilidad 2019, bajo metodología GRI, lo que contribuye a las acciones dentro de la responsabilidad social.

1.3.1.4. MIPG - Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Desde la planeación estratégica se implementa el Modelo con el seguimiento al plan de acción con responsables, metas y tiempos (metas estratégicas) y con las responsabilidades para controlar los riesgos específicos de la alta dirección.
- Aseguramos la gestión del riesgo de la entidad, bajo un sistema de control del riesgo ya integrado, su política y los mecanismos definidos.
- Se ha venido realizando unas acciones importantes en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, frente al control de la información y la comunicación organizacional.
- Bajo el sistema integrado de la calidad se realiza las actividades de monitoreo y supervisión continua, por parte de los grupos de mejoramiento.
- El propósito de las acciones de cada uno de los componentes es fortalecer la autogestión, la autorregulación y el autocontrol dentro de la cultura organizacional.

1.3.1.5. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

1.3.1.5.1. Sistema Único de Habilitación.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Registro de novedades en el REPS de acuerdo con el aumento de capacidad instalada.
- Realización de habilitación transitoria de servicios en el REPS.
- Realización de la autoevaluación de habilitación con la Resolución 3100 de 2019, para la apertura de servicios de la 80, previo a la visita por parte del ente territorial en el mes de agosto de 2020.
- Realización de la autoevaluación de habilitación para el programa de telemedicina.
- Realización de despliegues de habilitación con Normatividad 3100.

1.3.1.5.2. Auditoría Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- El PAMEC se desarrolla despliega a la institución.
- El cronograma Pamec ejecutado contempla: visitas de calidad, paciente trazador, calidad de historia clínica, adherencia a guía, con un cumplimiento del 86.7%.
- Se cuenta con un Plan de mejoramiento sistematizado: actas de grupos primarios y autoevaluación.
- Los indicadores de efectividad del mejoramiento tienen un resultado 73,9%.

1.3.1.5.3. Sistema de Información para la Calidad – SIC

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La institución realiza la medición de los indicadores contenidos en la Resolución 256 de 2016 (Sistema de información para la calidad) y se reporta con la periodicidad establecida.
- Los indicadores reportados son socializados y analizados en los diferentes comités Institucionales y en la reunión del comité ampliado de gerencia (plan de acción) de manera bimestral.

Fortalezas

- El sistema de información de la Institución favorece la obtención de la información para el reporte oportuno.

Debilidades.

- Se evidencian algunos indicadores, especialmente de oportunidad por fuera del estándar. Lo anterior especialmente por saturación de los servicios.

1.3.1.5.4. Sistema Único de Acreditación.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:



- Autoevaluación de estándares de acreditación con Manual V3.1
- Grupos de autoevaluación de estándares de acreditación con reuniones periódicas para cierre de brechas.
- Elaboración del Informe de acreditación 2019-2020. Ciclo 5.
- Realización de despliegues del Sistema Único de Acreditación



Fuente: Tomado de Internet.

1.3.2. Comités institucionales.

En la entidad a diciembre de 2020, se tenían conformados 40 Comités Institucionales; 21 en el área administrativa y financiera, y 19 en el área asistencial.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Comités Institucionales		 
Nº	Descripción	
Área Administrativa y Financiera - 21 Comités		
1	Comité de Gerencia	
2	Comité Ampliado de Gerencia	
3	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	
4	Comité Coordinador de Control Interno	
5	Comité de conciliaciones	
6	Comité Financiero	
7	Comité Paritario de Salud Ocupacional – Copasst	
8	Comité de Salud Ocupacional y Ambiental – Sysoma.	
9	Comité de Saneamiento Contable	
10	Comité de Capacitación.	
11	Comité de Estímulos e incentivos	
12	Comisión de Personal	
13	Comité de Contratación	
14	Comité de Convivencia Laboral	
15	Comité de Emergencias y Desastres	
16	Comité de transparencia	
17	Comité Técnico Administrativo.	
18	Comité de Inventario.	
19	Comité de inversiones.	
20	Comité Asesor de Obra	
21	Comité de Vivienda	
Área Asistencial - 19 Comités		
1	Comité Gerencial de Seguridad del Paciente	
2	Comité Técnico Científico.	
3	Comité de Ética Hospitalaria	
4	Comité de Seguridad del Paciente.	
5	Comité de Humanización	
6	Comité de docencia servicio.	
7	Comité de farmacia y terapéutica – Cofyte	
8	Comité de historia clínica	
9	Comité de infecciones hospitalarias.	
10	Comité de investigaciones	
11	Comité IAM – Institución Amiga de la Mujer y la Infancia.	
12	Comité de transfusiones y Comité de Vigilancia epidemiológica – COVE	
13	Comité de trasplantes, tejidos y tumores	
14	Comité de maternidad segura	
15	Comité de crisis COVID.	
16	Comité de Tumores (manejo oncológico).	
17	Comité Muerte Digna	
18	Comité de Incidentes.	
19	Comité de evaluación de estancias (central de monitoreo).	

Fuente: Cronograma de Comités 2021. Oficina de Calidad y Planeación.

1.3.2.1. Comités administrativos.

1.3.2.1.1. Comité de Gestión y Desempeño.

Se realizaron tres (3) reuniones del comité, en las siguientes fechas: 13 de enero, 12 de agosto y 7 de diciembre.

1.3.2.1.2. Comité Coordinador de Control Interno.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- En el año 2020, se realizaron 5 reuniones, dos reuniones más de las programadas.
- Se aprobó el Plan de Acción del Comité del año 2020.
- Se aprobó el Plan Anual de Auditoría 2021 – PAAIN.
- Se socializaron los resultados de la auditorías y de los informes realizados por la Oficina de Auditoría Interna.

Fortalezas

- Espacio para determinar políticas en materia de control interno, aprobar el Plan Anual de Auditoría interna y socializar los resultados de las auditorías internas.
- El Comité se reúne en los términos previstos con agenda previa y con la información que se presentará al Comité.

Debilidades.

- La estructura y conformación del Comité deben mejorarse.
- A menudo solo se tratan la información de trámite.

Observación de Auditoría Interna.

Es conveniente continuar fortaleciendo este espacio para el análisis de los diversos trabajos relacionados con el Sistema Institucional de Control Interno.

1.3.2.1.3. Comité Sysoma.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Seguimiento a los pagos pendientes a proveedores por concepto de monitoreos ambientales (agua potable, agua residual y emisiones atmosféricas).
- Seguimiento a manejo de vertimientos por parte de terceros.
- Seguimiento a las actividades del Plan de Mejoramiento.
- Solicitud de cotizaciones para realizar el diagnóstico de estado de tuberías de la red de hidrosanitaria.
- Elaboración de protocolo para el Manejo de Residuos Hospitalarios generados en la atención de pacientes COVID-19.

1.3.2.1.4. Comité gobierno digital.

En el período no se reportaron actividades de este comité.

1.3.2.1.5. Comité de inventarios.

Debido a los cambios generados en la subdirección administrativa y financiera en el año 2020 y por pandemia COVID no se realizaron Comité de inventarios.

Observación de Auditoría Interna.

Realizar las reuniones del comité de inventarios de acuerdo con la periodicidad establecida por el hospital.

1.3.2.1.6. Comité de contratación.

El comité realizó cincuenta (50) sesiones para el trámite de los procesos de contratación de la entidad superiores a 300 salarios mínimos mensuales legales y vigentes; así como la aprobación y modificaciones al Plan Anual de Adquisiciones.

Fortalezas

- Instancia asesora del ordenador del gasto de la entidad, conformada por grupo interdisciplinario de nivel profesional y directivo, que garantiza que el proceso se surta acorde con las disposiciones normativas que rigen a la entidad en materia contractual.
- Contar con la presencia del Jefe de Auditoría Interna de la entidad, quien asiste en calidad de invitado permanente, con voz, pero sin voto. Funcionario que, ejerce una actividad objetiva e independiente, que aporta valor y mejorar las operación del Comité, ayudándolo a alcanzar sus objetivos.

Debilidades.

- La cuantía de los procesos que se llevan al Comité genera volumen de procesos y demasiada actividad del Comité, que no permiten agilidad en los procesos contractuales.
- El volumen de procesos y la excesiva actividad del Comité, sumadas con las funciones propias del cargo de cada uno de los integrantes, genera mucho desgaste para sus miembros.

1.3.2.1.7. Comité de saneamiento contable.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizó comité de saneamiento contable y comités extraordinarios de inventarios.
- Se realizó baja de inventarios con ajuste contable para disminuir la sobreestimación del saldo del inventario en el oxígeno.
- Se realizó toma física de inventarios en farmacia y activos, encontrándose algunos faltantes lo que genero apertura de investigación administrativa.

Fortalezas

- Se genera una nueva cultura de trabajo en el HGM, lo que permite tener diagnósticos más aceptados de la realidad económica y social de la entidad.

Debilidades.

- La alta rotación de personal genera traumatismo y falta de disposición al cambio.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar el comité de saneamiento contable con los temas pendientes de oxígeno, cartera, incapacidades, material de osteosíntesis entre otros.

1.3.2.1.8. Comité de archivo.

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño es un órgano rector desde el cual se direcciona todo lo referente a la gestión documental para poder tomar decisiones.

Fortalezas

- A través de este comité se determina eliminación de la documentación de acuerdo con el tiempo de duración en la tabla de valoración documental.

Debilidades

- El bajo conocimiento del encargado de la revisión de información podría derivar en eliminar documentación histórica.

1.3.2.1.9. Comité de activos fijos.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron las diferentes acciones pertinentes a lo que es: aseguramiento de equipos, marcación de activos, inventarios y actividades propias del área.

Observación de Auditoría Interna.

Realizar las reuniones del comité de activos fijos.

1.3.2.1.10. Comité de transparencia.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se hicieron 3 comités en el año.
- Se solicitó a Gestión Documental los permisos, que fueron habilitados, para hacer las actas en el Sistema Eurodoc y poder hacer seguimiento a las acciones de mejora que se generen de los casos recibidos en la Línea de Transparencia.

Fortalezas

- El Comité está conformado por los miembros de la alta dirección, por lo cual, los casos analizados en el mismo son un insumo para el mejoramiento continuo de sus procesos.

Debilidades

- Las acciones de mejora no tienen un seguimiento desde el plan de mejoramiento Institucional.

1.3.2.1.11. Comité de convivencia laboral.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- 66,6% de reuniones periódicas realizadas.
- 100% de Informes trimestrales presentados a la gerencia.
- 56,4% de plan operativo anual realizado.
- 90,9% casos revisados; 39 días para atender casos.
- Matriz de reporte de casos. Carpeta en archivo en la nube para evitar pérdida de información donde se tiene documentos, normas, resoluciones, presentaciones del comité.
- Programación de temas de convivencia y acoso laboral en los despliegues semanales.

Fortalezas

- Conocimiento de los integrantes de la norma, conciliadores.
- Acompañamiento de psicóloga de la ARL Sura.
- Organización del comité.
- Integrantes con años de experiencia.
- Evaluación de auditor externo y acreditación con resultados muy favorables.

1.3.2.1.12. Comité de emergencias.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Realización de reuniones de la brigada.
- Participación en la jornada Nacional de Emergencias 2020.
- Actualización del comité.
- Revisión de estándares con el asesor de la brigada por parte de la ARL.

Fortalezas

- Se tiene una brigada capacitada y operativa.

Debilidades.

- Dificultades en las reuniones debido al efecto pandemia y dificultades en la realización de simulacros por el mismo motivo.

1.3.2.1.13. Comité de conciliación.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se aprueba la política de defensa Jurídica
- Se realiza capacitación con la Procuraduría General de la Nación sobre la acción de repetición.
- Se aprueba la Política de Prevención del Daño Antijurídico

1.3.2.1.13.1. Seguimiento Procesos de Conciliación.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se llevaron 41 procesos extrajudiciales a estudio al comité de conciliación.
- Estos procesos son laborales, contractuales y reparación directa.

1.3.2.1.13.2. Informe de repetición y llamamiento en garantía.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizaron dos comités de conciliación tratando la acción de repetición.
- Se llamo a garantía en ocho procesos de reparación directa.

1.3.2.1.13.3. Informe gestión Comité de Conciliación.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realiza un informe en Enero de todas las Sesiones del comité de conciliación vigencia 2020.

1.3.2.1.13.4. Publicación de actas de acuerdos conciliatorios.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Hay 25 actas de las sesiones del comité de conciliación en carpeta compartida que solo puede ver los miembros del comité de conciliación.

1.3.2.1.14. Comité de Gerencia.

Se dio cumplimiento al cronograma de comité durante la vigencia 2020. El comité de incidencias, creado para el COVID, se encuentran soportados en este comité gerencial, que se realiza con periodicidad semanal.

1.3.2.1.15. Comité Ampliado de Gerencia.

Se realizaron las 6 reuniones programadas; es el escenario para realizar la evaluación del plan de acción y seguimiento a los compromisos adquiridos.

1.3.2.1.16. Comité Financiero.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizaron tres reuniones de comité financiero.
- Se plantearon actividades que permiten el continuo mejoramiento del área financiera.

Fortalezas

- Se cuenta con la disposición del equipo financiero para trabajar conjuntamente en el mejoramiento del área y de los procesos que a ella pertenecen.

Debilidades.

- Falta de personal que permita la mejor distribución de actividades.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar el comité financiero de acuerdo con la periodicidad establecida, levantar las actas respectivas y subirlas a Eurodoc, con el fin de llevar una trazabilidad de los compromisos adquiridos a través de la nueva herramienta de plan de mejoramiento: Hopex

1.3.2.1.17. Comité Paritario de Salud Ocupacional – Copasst.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron las reuniones mensuales de acuerdo con lo planeado.
- Se desarrolló el Plan de capacitaciones acorde con lo propuesto en el cronograma modificado debido a la pandemia.
- Se realizan las inspecciones propuestas, con énfasis en manejo de pandemia COVID.
- Se participa en las investigaciones de incidentes y accidentes de trabajo, de acuerdo con lo definido en la Resolución 1401 del 2007.
- Se participa en el desarrollo e implementación y control del protocolo de riesgo biológico de la Institución.
- Se participa activamente en los informes al Ministerio de Salud y Protección Social sobre el recibo, almacenamiento, distribución y control de uso de los EPP – Elementos de Protección Personal dispuestos para el manejo de la pandemia.
- Se participa activamente en el proceso de auditoría de revisión de la Norma 180001.

Fortalezas

- Equipo comprometido con el comité.
- Apoyo de la alta gerencia.
- Conocimiento adecuado en temas de SST por el grupo.

Debilidades.

- Dificultades inherentes a reuniones y desplazamientos por el tema COVID.

- Falta compromiso de algunos miembros del equipo, especialmente representantes de la Gerencia.

1.3.2.1.18. Comité de Capacitación.

El Hospital General de Medellín tiene reglamentado un Plan de Capacitación para desarrollar durante el año 2020, donde espera dar cumplimiento a las capacitaciones de acuerdo a las necesidades de capacitación para todos los empleados del Hospital, adicionalmente para dar cumplimiento a los requisitos de Habilitación y Acreditación se realiza un cronograma de capacitación el cual se publicó para el año 2020 para el personal Asistencial del Hospital, el cual se ejecutó las evidencias se encuentra en carpetas físicas en el Área de Proyección Humana.

1.3.2.1.19. Comité de Estímulos e Incentivos.

Entre las actividades realizadas se tiene:

- Se formuló en su oportunidad, y al fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.

1.3.2.1.20. Comisión de Personal.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Durante la vigencia del 2020, se realizaron 8 reuniones de Comisión de Personal, en las cuales se trataron diferentes temas de interés, de igualo manera se atendieron algunos requerimientos de los funcionarios, como evaluaciones de desempeño.

1.3.2.1.21. Comité Técnico Administrativo.

Nota: No se presentó el reporte.

1.3.2.1.22. Comité de Inversiones.

Entre las actividades realizadas se tiene:

- Se realizaron 12 comités de inversiones durante la vigencia 2020.
- Se realizó apertura de nuevas inversiones.

Fortalezas

- Se ha incrementado la liquidez de la institución debido al recaudo de cartera de vigencias anteriores. Con los comités de inversiones se analiza y se buscan las opciones de mejor rentabilidad en el mercado para proceder a invertir.

Debilidades.

- la incertidumbre en el mercado de inversiones ya que se puede perder parte de la rentabilidad de estas.

Observación de Auditoría Interna.

Ingresar las actas al sistema documental Eurodoc del hospital.

1.3.2.1.23. Comité de Vivienda.

El Hospital General de Medellín en el año 2020 no dio ejecución en el Fondo de Vivienda debido a que se debían de modificar resoluciones para la iniciación de esta.

Nota general Comités Administrativos:

- Los comités de Gobierno Digital, Racionalización de Trámites y Archivo, pasan a ser equipos técnicos que se reúnen previamente y entregan información para la toma de decisiones al comité institucional de gestión y desempeño.
- El comité de activos fijos no está constituido, se definen acciones en un equipo técnico y se llevan las decisiones al comité de inventario.
- El comité Técnico administrativo no se encuentra activo y se desvanece sus temas en proposiciones y varios de otros comités, es primordial su activación.

1.3.2.2. Comités asistenciales.

1.3.2.2.1. Comité de farmacia y terapéutica.

Durante el 2020, se realizaron 12 reuniones, en las cuales se analizan las diferentes tecnologías que están en trámite para ingreso en el Hospital.

Observación de Auditoría Interna.

Durante el año 2020 debido a la contingencia generada por el COVID-19, la institución adquirió los materiales médico quirúrgicos y medicamentos necesarios para afrontar la pandemia.

1.3.2.2.2. Comité de ética hospitalaria.

Entre las actividades realizadas se tiene:

- Este comité sigue velando por los deberes y derechos de los pacientes y No por los aspectos bioéticos.
- Se realizan reuniones mesa mes.
- Se cuenta con un plan de trabajo anual.
- Se le realiza seguimiento a las quejas
- Se socializan las sugerencias, las cuales son socializadas en las áreas encargadas de dar respuesta, como la junta directiva del HGM

Fortalezas

- Se ha venido fortaleciendo el seguimiento estricto a las quejas por trato digno, mediante la citación al comité de los directores, líderes y coordinadores responsables de la

gestión, solicitando el plan de mejoramiento para los funcionarios involucrados, asimismo, el debido reporte al Comité Interno Disciplinario si la queja lo amerita.

- El cumplimiento de la agenda anual de trabajo.
- El compromiso de los participantes, asociación de usuarios, copacos y personal enfermería.

Debilidades.

- Se debe llevar a cabo las elecciones para incluir el integrante del personal médico que desde 2018 no se cuenta con el representante.
- Falta de compromiso de algunos de los responsables de la gestión en lo que concierne a los tiempos de respuesta en las quejas por trato digno y otras que incluyen vulneración de derechos.

1.3.2.2.3. Comité de infecciones.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron 10 reuniones en el año y los temas más relevantes fueron:
- Cada dos meses se hizo revisión del plan de acción del comité de infecciones para un adecuado seguimiento.
- Se trasladan las propuestas al Comité Técnico Científico de tener un funcionario para que se encargue de operativizar los pacientes aislados, las camas para estos pacientes, la ubicación con para evitar las infecciones.
- Se insiste en hacer corredor epidemiológico de enterocolitis
- Terminar el algoritmo de vancomicina.

1.3.2.2.4. Comité de vigilancia epidemiológica.

Entre las actividades realizadas se tienen:

Se realizaron 11 reuniones en el año y los temas más relevantes fueron:

- Elaboración de la matriz de riesgo para adquirir tuberculosis en la institución, definir, realizar y evaluar las intervenciones de prevención instauradas según el riesgo definido por servicio.
- Realizar una reunión informativa a toda la población hospitalaria sobre la alerta de carácter mundial de virus emergente (Covid 19), donde además se explicarán las definiciones operativas de caso y las rutas de atención
- Hacer la socialización con el respectivo grupo de trabajo, de ordenar el tratamiento de la tuberculosis según el esquema programático del INS, y en caso de que, por razones del paciente deba no ser adherente a este lineamiento
- Reuniones para analizar las situaciones que no han permitido el cierre del Corredor del segundo piso como área Covid, definir soluciones.

1.3.2.2.5. Comité gerencial de seguridad del paciente.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- El comité gerencial de seguridad del paciente se realizó de manera regular de acuerdo con lo planeado en el cronograma de comités, se cuenta con un plan de trabajo de 11 puntos para hacer seguimiento.
- Se evalúa el programa de seguridad del paciente y las desviaciones en las acciones planteadas.

1.3.2.2.6. Comité de historias clínicas.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron 5 reuniones en el año y los temas más relevantes fueron:
- Elaborar plan de mejora a resultados de evaluación de calidad de historia inferiores al 95%.
- Hacer socialización entre los equipos primarios de aspectos de evaluación de historia clínica que no se cumplen.
- Gestionar la viabilidad de hacer un desarrollo de un aplicativo para el proceso de Logueo de usuarios que permita la trazabilidad de uso del sistema de Historia Clínica electrónica.
- Incluir en el contenido del nuevo procedimiento de consentimiento informado, los aspectos del paciente ambulatorio.
- Instruir al grupo de especialistas en Ginecoobstetricia de la responsabilidad del Consentimiento informado en Gestantes con orden de Exámenes de Imágenes diagnósticas

1.3.2.2.7. Comité técnico científico.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron 41 reuniones en el año y los temas más relevantes fueron:
- Realizar seguimiento al plan de mejoramiento para los temas de Higiene de manos, limpieza y desinfección de dispositivos médicos y aislamiento hospitalario.
- Hacer revisión de estándares de Habitación en UCI, UCE, 4º Norte y 5º Norte
- Realizar un recorrido por los servicios de la institución para verificar que la información suministrada por insumos para la realización de este proceso. Servimos, en cuanto a las dificultades con los diferentes operarios.
- Reentrenar a los médicos generales y especialistas, odontólogos, optómetras y nutricionistas sobre grupo.
- Diligenciamiento de Mipres que es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

1.3.2.2.8. Comité de trasplante de tejidos.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron 3 reuniones presenciales del comité de trasplantes como consta en las actas.
- Solo se realizaron las auditorias de los trasplantes realizados y las evaluaciones de adherencia a la guía de trasplantes y sus seguimientos.

1.3.2.2.9. Comité docencia servicio.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se firma un nuevo convenio docencia servicio para un total de 22 (Tecnológico de Antioquia).
- Se renuevan 6 convenios de docencia servicio (CES, U DE A, UCC, Fundación Universitaria San Martín, Colegio mayor y el Sena.)
- Se elabora el protocolo de retorno de personal en formación en el marco de la pandemia COVID-19.

Fortalezas

- Posicionamiento del HGM como hospital universitario.

Debilidades.

- Los tramites internos muy demorados para la firma de los convenios.
- Fluctuación de personal en la Dirección de Gestión Humana que hace parte del comité docencia.

1.3.2.2.10. Comité de Seguridad del Paciente.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron 9 reuniones; los temas y acciones más relevantes fueron:
- Se realiza despliegue del programa de seguridad y el instructivo de prácticas seguras, actualizadas en el mes de julio/2020.
- Implementación tableros o pizarras de seguridad del paciente (Instructivo tableros de indicadores de eventos adversos, ES-GIC-GC001I22).
- Planeación y posterior evaluación estrategias celebración día internacional de seguridad del paciente (19 septiembre/2020).
- Seguimiento estado de revisión paquetes instruccionales.

1.3.2.2.11. Comité de Humanización.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron 6 reuniones del Comité de Humanización.
- Campañas institucionales permanentes desde la Oficina de Comunicaciones
- Los Días de la Humanización que se llevaron a cabo en el mes de noviembre de 2020 en el marco de la feria artesanal.
- Se cuenta con plan de trabajo anual.
- Semana de la humanización programada para el mes de agosto.
- Se cuenta con la matriz del programa que cada responsable debe alimentar con base en las líneas de programa de humanización. Actualizada hasta dic 2020.
- Política de humanización.
- Campañas permanentes de trato digno desde la oficina de comunicaciones.

- Estrategias en salud mental para el cliente interno.
- Seguimiento a la satisfacción mensual.
- Actas de las reuniones.
- Programa de pedagogía dirigido a los preescolares.

Fortalezas

- Creciente compromiso por parte de todos los integrantes en el comité comprometidos con la humanización.
- Cumplimiento al plan anual de trabajo.
- Campañas de trato digno permanentes.

Debilidades.

- Falta de adherencia del personal al modelo de atención centrado en el paciente y su familia evidenciándose en el número de quejas por trato digno que aún se reciben.

1.3.2.2.12. Comité de investigaciones.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Conformación del grupo de investigación en enfermería.
- Incremento del 69% en las publicaciones con respecto al 2019.
- Se recibieron 3 premios:
 - Premio de investigación José Félix Patiño de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica - 2020,
 - Primer puesto en el concurso de pósteres. Asociación Colombiana de Infectología – ACIN
 - Tercer lugar al mejor trabajo institucional. Sociedad Colombiana de Cardiología

Fortalezas

- Calidad y experiencias de los investigadores y apoyo de las universidades.

Debilidades.

- Los trámites internos muy demorados para la firma de los convenios.

1.3.2.2.13. Comité IAMI – Institución Amiga de la Mujer y la Infancia.

Durante la vigencia del 2020, se realizaron 11 reuniones del comité.

Fortalezas

- La estrategia está claramente definida, el Hospital está certificado como una institución amiga de la infancia y la lactancia materna.

1.3.2.2.14. Comité de maternidad segura.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Seguimiento al cumplimiento de tareas o compromisos generados en las reuniones.
- Realizar cierre de ciclo de las oportunidades de mejora 2019 sobre el tema.
- Seguimiento al diligenciamiento, despliegue y ajuste de indicadores asistenciales en el tema.
- Generar la presentación para comité de seguridad gerencial del paciente.
- Seguimiento a la actualización de guías del área y su respectiva socialización.
- Mantener actualizada la información y soportes de los casos de MM - MUPE – MME.
- Participar de las unidades de análisis o reuniones citadas por la SSM para la revisión de casos de MM - MUPE - MME.
- Seguimiento al cumplimiento de tareas o compromisos generados en las reuniones o unidades de análisis con la SSM.

1.3.2.2.15. Comité de crisis COVID.

Nota: No se presentó el reporte.

1.3.2.2.16. Comité de Tumores (manejo oncológico).

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realiza actualmente con "el Comité de Trasplante de Tejidos" con las mismas 3 reuniones en el 2020 como consta en las actas.
- Solo se realizaron las auditorias de los trasplantes realizados y las evaluaciones de adherencia a la guía de trasplantes y sus seguimientos.

1.3.2.2.17. Comité Muerte Digna.

Durante el año 2020 se realizaron dos reuniones con el fin de abordar solicitudes al comité por médico tratante.

1.3.2.2.18. Comité de Incidentes.

Nota: No se presentó el reporte.

1.3.2.2.19. Comité de evaluación de estancias (central de monitoreo).

Nota: No se presentó el reporte.

Nota General Comités Asistenciales.

- El comité de crisis covid-19, no es citado con exclusividad, al ser decisorio se lleva a cabo dentro del comité de gerencia.
- El comité de tumores y el de trasplantes, deben tratarse por separado por cómo están constituidos y por ser voceros de dos proyectos diferentes dentro el plan de desarrollo.



II. Componente Evaluación del Riesgo

Lineamientos de Política
Identificación del riesgo
Análisis del riesgo
Evaluación del riesgo
Monitoreo y revisión
Mapa de Riesgos

II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

Descripción	Principios
Proceso para identificar, evaluar y gestionar los eventos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.	<ol style="list-style-type: none">1. La organización especifica objetivos para permitir la identificación y valoración de los riesgos.2. La organización identifica y analiza los riesgos.3. La organización evalúa el riesgo de fraude al analizar los riesgos.4. La organización identifica y evalúa los cambios en el sistema de control interno.

2.1. Lineamientos de Política.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se ajusta la Política de Gestión de Riesgos, acorde a los últimos lineamientos dados en diciembre de 2020 por el DAFP.
- Política aprobada y normalizada en el mapa de procesos en Gestión de la Planeación.

Fortalezas.

- Directrices con lineamientos claros para gestionar el riesgo en la institución.

Debilidades.

- Falta cultura del riesgo institucional
- Ausencia de toma de decisiones con enfoque de riesgos.

2.2. Identificación del riesgo.

Se adopta la metodología de gestión de riesgos del DAFP y se identifican los riesgos en los 39 procesos institucionales, siguiendo el desarrollo de los pasos metodológicos.

Fortalezas.

- Se cuenta con procedimiento institucional para gestión del riesgos.
- Se cuenta con el proyecto estratégico "Implementar un Sistema de Gestión Integral de Riesgos", adoptando y adaptando los lineamientos establecidos por el DAFP a través del MIPG.

Debilidades.

- Falta cultura del riesgo institucional.
- Ausencia de toma de decisiones con enfoque de riesgos.

2.3. Análisis del riesgo.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se adopta la metodología de gestión de riesgos del DAFP y se analizan los riesgos en los 39 procesos institucionales, siguiendo el desarrollo de los pasos metodológicos.
- Se comienzan a analizar (probabilidad e impacto) teniendo en cuenta datos históricos y/o indicadores del proceso.

Fortalezas.

- Se cuenta con procedimiento institucional para gestión de los riesgos.
- Se cuenta con el proyecto estratégico "Implementar un sistema de gestión integral de riesgos adoptando y adaptando los lineamientos establecidos por el DAFP a través del MIPG.

Debilidades.

- Falta cultura del riesgo institucional.
- Ausencia de toma de decisiones con enfoque de riesgos.

2.4. Evaluación del riesgo

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se adopta la metodología de gestión de riesgos del DAFP y se evalúan los riesgos en los 39 procesos institucionales, siguiendo el desarrollo de los pasos metodológicos.
- Se evalúa el riesgo inherente y el riesgo residual y se diseñan controles.
- Auditoría interna, acorde a su plan de auditorías realizan intervenciones en los procesos teniendo en cuenta 3 componentes (gobierno, riesgo y controles).

Fortalezas.

- Se cuenta con procedimiento institucional para gestión de los riesgos.
- Se cuenta con el proyecto estratégico Implementar un sistema de gestión integral de riesgos adoptando y adaptando los lineamientos establecidos por el DAFP a través del MIPG.

Debilidades.

- Falta cultura del riesgo institucional.
- Ausencia de toma de decisiones con enfoque de riesgos.

2.5. Monitoreo y revisión.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se adopta la metodología de gestión de riesgos del DAFP y se realiza monitoreo y revisión de los riesgos cada 4 meses, en los 39 procesos institucionales, siguiendo el desarrollo de los pasos metodológicos.
- El último miércoles de cada mes, se realiza Comité de Gestores de Riesgos.

Fortalezas.

- Se cuenta con procedimiento institucional para gestión de los riesgos.

- Se cuenta con el proyecto estratégico Implementar un sistema de gestión integral de riesgos adoptando y adaptando los lineamientos establecidos por el DAFP a través del MIPG.

Debilidades.

- Falta cultura del riesgo institucional
- Ausencia de toma de decisiones con enfoque de riesgos.

2.6. Mapa de Riesgos.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Cada proceso cuenta con su matriz de riesgos institucional como herramienta de gestión y control de su proceso.
- Se actualiza la caracterización del proceso, acorde a los riesgos identificados en el mapa de procesos.

Fortalezas.

- Se cuenta con procedimiento institucional para gestión de los riesgos.
- Se cuenta con el proyecto estratégico Implementar un sistema de gestión integral de riesgos adoptando y adaptando los lineamientos establecidos por el DAFP a través del MIPG.

Debilidades.

- Falta cultura del riesgo institucional.
- Ausencia de toma de decisiones con enfoque de riesgos.

2.7. Matriz de Riesgos de Contratación

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se elaboró matriz de riesgos del proceso de la adquisición de bienes y servicios, específicamente los riesgos de la contratación en las fases de planeación, selección, contratación, ejecución y liquidación y obligaciones posteriores.
- En la matriz de riesgos del proceso de la adquisición de bienes y servicios, se desarrollaron las siguientes etapas: Establecer el contexto, Identificación del riesgo, Análisis de los riesgos, Evaluación del riesgo y Tratamiento del riesgo.

Fortalezas

- Puntos de control del proceso, específicamente el apoyo de grupo de abogados que acompañan las fases del proceso y el Comité Asesor de Contratación.

Debilidades.

- Seguimiento por parte de los supervisores



III. Componente Actividades de Control

Indicadores Institucionales

III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

Descripción	Principios
Acciones y políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices frente al logro de los objetivos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización diseña e implementa actividades de control para mitigar los riesgos. 2. La organización diseña e implementa controles sobre sus sistemas de información (tecnología). 3. La organización implementa políticas y procedimientos para sus actividades de control.

3.1. Indicadores Institucionales.

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 a los cuatro trimestres de 2020. El último fue reportado en el mes de enero de 2021.
- El archivo plano se genera desde BI en forma automática, se corre en PISIS, plataforma de validación y cargue del Ministerio de Salud.
- Los datos de los eventos adversos y la satisfacción del usuario son registrados por la profesional de Atención al Usuario y la profesional encargada de la seguridad del paciente de manera mensual.
- 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 de los cuatro trimestres de 2020, reporte generado en forma automática desde BI, no hay manipulación de datos, se valida en plantilla diseñada por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, quien hace 2a., validación antes de liberar reporte al Ministerio de Salud.

3.2. Indicadores Institucionales – Sistema de Información de la Calidad.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se publicó el nuevo manual de indicadores con ajuste en la estructura de la ficha técnica y en la tabla gráfica del indicador. Los responsables de cada tablero ya han hecho la actualización de datos.
- Se ha avanzado al diseñar el tablero de indicadores gerenciales en las estructuras y visualizaciones de BI, este proyecto está sin más avance debido a licencias del responsable.



IV. Componente Información y Comunicación

Dimensión 5. Información y Comunicación

- **Tecnologías de la información y comunicación**
- **Comunicación Institucional**

IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Descripción	Principios
La comunicación debe permitir que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades. Sirve como medio para la rendición de cuentas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización obtiene y genera información relevante para el funcionamiento del control interno. 2. La organización comunica internamente información para el funcionamiento del control interno. 3. La organización se comunica externamente con terceros respecto a situaciones que afectan el funcionamiento del control interno.

4.1. Dimensión N° 5. Información y Comunicación.

4.1.1. Tecnologías de la información y comunicación.

4.1.1.1. Sistemas de información.

Las actividades se describieron en el numeral 1.2.5.19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

4.1.1.2. Desarrollo Tecnológico.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Creación de nueva sede La 80 con toda su estructura operacional en el sistema de información SAP, para atender las torres 1, 2 y 3 de los pisos 3, 4 y 5 en áreas de hospitalización y 1° y sótano en áreas administrativas.
- Dotación de la infraestructura tecnológica en la nueva sede La 80.

Fortalezas

- Mejor atención al usuario.
- Mayor cobertura en servicios.
- Accesibilidad a los sistemas de información.
- Registro oportuno de las historias clínicas.

4.1.1.3. Derechos de autor de Software.

Se elaboró y se envió el Informe del cumplimiento de la Circular No. 04 del 22 de diciembre de 2006 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

4.1.2. Comunicación Institucional.

4.1.2.1. Plan de comunicaciones.

Se realiza el seguimiento al plan de acción basado en el Plan de Comunicaciones.

4.1.2.1.1. Comunicación interna.

4.1.2.1.1.1. Información a la comunidad hospitalaria

Entre las actividades realizadas se tienen:

- 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 12 carteleras generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleras de los servicios.
- Se mantuvo informado al personal a través del correo electrónico y de la intranet, esta última que en el periodo tuvo 12.371 usuarios y 616.328 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de Google Analytics.
- Boletín HGM al Día en una primera edición impresa y tres más digitales.
- En materia de redes sociales se difundió información al público en general, lo que también impacta a los funcionarios de la entidad; así: En Instagram (7.465 seguidores); en Facebook (con 23.690 seguidores); en Twitter (con 1.715 seguidores) y en Youtube (con 597 seguidores). Así mismo se contó con 240.655 de usuarios en la página web con un total de 631.345 visitas

Fortalezas

- Tienen un alto impacto dada la alta cobertura que se tiene a través de los medios digitales y el auge de las redes sociales que llegan a todos los públicos internos. La intranet es el medio de difusión por excelencia en la Institución.

4.1.2.1.1.2. Campañas

Entre las campañas adelantadas se tienen:

- Quédate en casa que yo no puedo;
- ¡Es hora de estar unidos!;
- Lávate las manos;
- Humanizar la salud es tarea de todos;
- La pieza Clave eres tú;
- La Noche del Silencio;
- Tips Informáticos;
- Rendición de cuentas Venga le Cuento;
- HGM recomienda;
- Nos enorgullece ser parte de la Familia HGM;
- Día de las Velitas;
- Reconocimiento a los Héroes de la Salud;

Fortalezas

- Han sido vistosas, llamativas y con un diseño especial. En general se obtienen buenos comentarios tras su publicación siempre apuntando a un cambio de actitud en el personal y en la sociedad en general

4.1.2.1.1.3. Eventos institucionales

Entre los eventos realizados se tienen:

- Por directrices del Gobierno nacional fueron suspendidas todas las actividades que implicaran aglomeración de personas. No obstante, se realizaron algunos eventos ya sea de tipo virtual o con un aforo determinado: Segundo Simposio de Enfermería y Sexto Simposio de Actualización en Conocimientos Médicos, celebración del cumpleaños del Hospital el 1° de agosto, apoyo al área de Gestión Humana en el evento de Exaltación a los Mejores, Navidad por servicios. Día del médico: Día de la enfermera. Apoyo a Capacitaciones para preparación sobre pandemia de Covid 19 y capacitación sobre comunicación asertiva.
- Se llevó a cabo, además: Festival de la Seguridad del Paciente, olimpiadas de la calidad; Rendición de cuentas;

Fortalezas

- Tienen acogida en la Institución por la buena organización y la calidad en cada detalle de su realización. La virtualidad fue la gran aliada para poder llevarlos a feliz término.

Debilidades.

- La pandemia y las normas de distanciamiento social obligaron a cancelar la mayoría de los eventos que se tenían planeados y los que se realizaron se tuvo en cuenta el afro de asistentes o se buscó que fueran por medios virtuales.

4.1.2.1.1.4. Medición de la apropiación del mensaje

Debilidades.

- 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.

4.1.2.1.2. Comunicación externa.

4.1.2.1.2.1. Canales de comunicación: Carteleras digitales

Entre las actividades realizadas se tienen:

- 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 en un 30 % educativas.
- En cuanto a redes sociales en Instagram (7.465 seguidores); en Facebook (con 23.690 seguidores); en twitter (con 1.715 seguidores) y en Youtube (con 597 seguidores). El sitio web del Hospital permite interactuar más a la ciudadanía a través de encuestas, foros y formulación de preguntas, cuenta con una galería multimedia para imágenes y videos y transmisión en vivo, además de una plataforma de solicitud de citas y pagos en línea. La página web se actualiza permanentemente con un porcentaje de actualización del 58%.

Así mismo se contó con 240.655 de usuarios en la página web con un total de 631.345 visitas.

Fortalezas

- Es de destacar el importante crecimiento que han tenido las redes sociales del Hospital. Estas tienen un alto impacto dada la alta cobertura que se tiene a través de los medios digitales y el auge de las redes sociales que llegan a todos los públicos.

Debilidades.

- Se requiere un documento que normalice las publicaciones en redes sociales del Hospital

4.1.2.1.2.2. Relacionamiento con usuarios y comunidad en general

Entre las actividades realizadas se tienen:

- A 371 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños durante este periodo.
- En la Sala Familiar se atendieron 944 Familias.
- Además se atendieron 590 niños y 1.233 adultos.

4.1.2.1.2.3. Relacionamiento con medios de comunicación

Durante el periodo se enviaron 53 boletines de prensa y 18 comunicados a 56 periodistas para su difusión en diferentes medios, al igual que en las redes sociales. Lo propio se hizo con la atención a los periodistas que nos visitaron.

4.1.2.1.2.4. Señalización hospitalaria.

Esta labor ha estado enfocada primordialmente a atender las demandas ocasionadas por los cambios dados por la pandemia que incluyó nuevas Unidades de Cuidados Intensivos y cambios en muchas áreas para adaptar la institución a las nuevas necesidades. De hecho, el Hospital se dividió en área verde y área violeta para diferenciar las zonas que prestaban servicios Covid y las que no.

Fortalezas

- La buena señalización ha permitido que la comunidad se desplace por la institución de manera ágil y segura.

4.1.2.2. Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realiza informe semanal de seguimiento a las PQRS.
- Se realiza mes a mes la medición de la satisfacción, la medición anual. De manera semestral medición de calidad y oportunidad en la respuesta.
- Mensualmente se actualizan los indicadores del proceso, informe bimensual del Plan de Acción.
- Se realiza informe semestral de PQRS para ser publicado por la oficina de Control Interno.

- Se realizan las actualizaciones a manuales y caracterización del proceso.
- Se realiza seguimiento semanal a las manifestaciones de los usuarios.

Fortalezas

- La Institución cumple con los criterios que establece la normatividad vigente Circular 008 de 2018 (facilidad de acceso y ubicación).
- Se mejoró el espacio de la oficina de atención al usuario, se fortaleció el talento humano, actualmente la oficina cuenta con 3 personas colaborando.
- Ha mejorado la oportunidad de la respuesta gracias al compromiso de los líderes y directores.

Debilidades

- Se requiere asignación de talento humano adicional para el ingreso y administración efectiva de la información que ingresa.
- Se requiere mejorar el compromiso de todos los líderes en la gestión de las PQRS. Lograr mayor adherencia y reconocimiento de la importancia del SIAU dentro de los planes de mejoramiento institucional.
- A pesar de las mejoras en espacio, no se garantiza la privacidad del usuario en el momento de ser atendido.
- Aún falta mejorar los tiempos de respuestas a las PQRS.

4.1.2.3. Rendición de cuentas.

En unión con el área de Atención al usuario se llevó a cabo esta actividad teniendo en cuenta la normatividad vigente. Para ello se hizo la respectiva planeación con las áreas de calidad y con Atención al Usuario. Se llevó a cabo en el mes de febrero en el auditorio de la Salud y la Oficina de Atención al Usuario elaboró el respectivo informe.

4.1.2.4. Gestión documental.

4.1.2.4.1. Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó cronograma de transferencias.
- Se realizan capacitaciones.

Fortalezas

- Se cuenta con un personal de tecnólogos con conocimientos muy amplios en la normatividad archivística.

Debilidades

- Falta de compromiso por parte del personal.

4.1.2.4.2. Aplicación de Tablas de Retención Documental.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se hizo aplicación a la Resolución 839 del 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social mediante la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 sobre manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas.
- Se eliminaron 6.000 historias clínicas de acuerdo a indicación de esta resolución.

Fortalezas

- Se da aplicación a la Resolución Nacional 839 del 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social y se minimizan costos con el pago del almacenamiento de documentos.

Debilidades

- Se interrumpe proceso por falta de Recurso Humano.

4.1.2.4.3. Aplicación de Tablas de Valoración Documental.

Nota: No se presentó el reporte.

4.1.2.5. Línea de transparencia.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se presentaron 16 casos, de los cuales, 13 se cerraron con acciones de mejora.
- Con el acompañamiento del asesor de la empresa administradora de la línea se escribió el procedimiento para el análisis de los casos, está en proceso de aprobación.

Fortalezas

- El procedimiento de manejo de casos, tal como se presenta, permite una mayor confiabilidad y reserva de los casos, generando más confianza al momento de hacer los reportes.

Debilidades

- La respuesta a los casos recibidos tiene un tiempo de respuesta mayor a un mes, que es la meta, se debe cerrar esta brecha en la investigación para dar una respuesta oportuna.

4.1.2.6. Participación ciudadana.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se cuenta con la Política de Participación Ciudadana y de Participación en Salud creada mediante Acto Administrativo 1098 de diciembre de 2020.
- Se realiza plan de acción de la Política.
- Reporte a la Supersalud y la Gobernación de Antioquia.

- Se cuenta con una Asociación de Usuarios consolidada y realizando seguimiento a la gestión institucional.
- La Asociación de Usuarios cuenta con micrositio en la página institucional en el cual se publica constantemente información de interés y se invita a la comunidad a hacer parte de la Asociación de Usuarios.
- Se cuenta con representación de la Asociación de Usuarios en la Junta Directiva, Comité de Ética, COPACO.

Fortalezas

- Se asignó un espacio para los integrantes de la asociación de usuarios.
- Se cumplió en un 91% con el plan de capacitación anual propuesto para la vigencia 2020.
- Se cuenta la Política de Participación Social en Salud incluida en el Plan de Acción.
- El plan de Acción de la PPSS reportado oportunamente a los diferentes entes de control.
- Mayor visibilización de los procesos de participación al interior de la institución mediante los canales con los cuales se cuenta.
- Asociación de Usuarios con micrositio asignado en la página institucional.
- Jornada de exaltación de la labor de los integrantes de la Asociación de Usuarios en el marco de la semana de la Humanización.

Debilidades.

- A pesar del creciente fortalecimiento de la Asociación de Usuarios, aún no se cumple con todos los criterios de ley en lo que respecta al enfoque diferencial.
- No se cuenta con un número representativo de usuarios.

4.1.2.7. Índice de Transparencia Activa – ITA.

Se hizo la respectiva actualización de la información en la página web de acuerdo con lo contemplado en la normatividad vigente, informe que fue enviado a la Procuraduría General de la Nación.

Fortalezas

- Se envió la información al ente encargado de su revisión y en la actualidad se avanza en un 90% del Plan de mejora propuesto por dicha entidad.



V. Componente Actividades de Monitoreo

Dimensión 4

Evaluación de Resultados

Dimensión 7

Control Interno

V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.

Descripción	Principios
Seguimiento al estado de la gestión de los riesgos y los controles. Evaluación concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización realiza evaluaciones continuas para comprobar si los componentes del sistema de control interno están funcionando adecuadamente. 2. La organización comunica las deficiencias del control interno.

5.1. Dimensión N° 4. Evaluación de Resultados.

5.1.1. Evaluación de la gestión – Segunda línea de defensa.

5.1.1.1. Evaluación del clima laboral.

Se aplicó la Encuesta de Clima Laboral, la diligenciaron 205 funcionarios, de los cuales 198 estuvieron satisfechos, para un porcentaje del 96,6% de satisfacción.

5.1.1.2. Evaluación del desempeño laboral.

En el mes de febrero se realiza la evaluación de desempeño correspondiente al segundo semestre del 2019; así: total a evaluar: 257; total evaluados satisfactorios: 252; total incapacitados: 3; y total retirados: 2

5.1.1.3. Seguimiento Plan Anual de Vacantes.

Al 01 de enero de 2020 se encontraban las siguientes vacantes: 242 de planta temporal y 51 de la planta general para un total de 293 vacantes. Al finalizar el año 2020 a 31 diciembre se terminó con 92 vacantes de la planta general. Se redujo el número de vacantes en un 68%.

Fortalezas

- Se disminuyeron las vacantes al 68%.

Debilidades.

- La no disminución de vacantes genera en algunos casos sobre cargas laborales, cuellos de botella y falencias en los procesos.

5.1.1.4. Seguimiento Plan de previsión del talento humano.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan de Previsión de Talento Humano para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

En el mes de febrero se realiza la evaluación de desempeño correspondiente al segundo semestre del 2019; así total a evaluar: 257. El total de evaluados satisfactorios: 252; total incapacitados: 3; y total retirados: 2.

5.1.1.5. Seguimiento Plan estratégico del talento humano.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan Estratégico de Talento Humano para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.
- A 31 de diciembre de 2020, el total de cargos ocupados es de 1249, el total de cargos vacantes 88, Total Cargos Vacantes por situaciones Administrativas para un total de planta de personal de 1341.

5.1.1.6. Seguimiento Plan de estímulos e incentivos.

Dando cumplimiento con los términos de ley establecidos, se formuló el Plan Estratégico de Talento Humano para la vigencia del 2020 y posteriormente se publicó oportunamente al 31 de enero, en la página de la entidad.

5.1.1.7. Seguimiento Plan de capacitación institucional.

El presupuesto asignado para el 2020 fue \$346.298.210, del cual se ejecutó \$ 99.885.882, para un porcentaje de ejecución del Porcentaje de Ejecución: 28,84%.

5.1.1.8. Seguimiento Plan de bienestar.

El presupuesto asignado para el 2020 fue \$860.506.578, del cual se ejecutó \$ 600.704.146, para un porcentaje de ejecución del Porcentaje de Ejecución: 69,81%.

5.1.1.9. Revisión por la alta dirección.

Los planes institucionales, fueron revisados por la Oficina de Calidad y Planeación, previamente a la publicación y adaptados al gestor documental con la codificación respectiva.

5.1.1.10. Avances Plan de Vacunación 2020. (COVID 19.)

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- El plan de acción covid-19, ha venido teniendo ajustes de acuerdo con el comportamiento y a las decisiones tomadas, se encuentra en este momento en su versión 4 del 4 de diciembre de 2020.
- En la carpeta plan de acción se encuentra la carpeta de plan de acción donde se recopila la totalidad de la información construida frente a la emergencia sanitaria.

Fortalezas.

- Talento humano con competencias acordes al proceso a desarrollarse.
- Larga trayectoria en el proceso de vacunación Materno-Infantil.
- Infraestructura habilitada acorde a estándares y requisitos de calidad, para desarrollar el proceso.

Debilidades.

- No tener población asignada para el proceso PAI completo, debido a la alta complejidad de nuestra Institución.

5.1.1.11. Avances Plan de Acción COVID 19.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- El plan de acción covid-19, ha venido teniendo ajustes de acuerdo con el comportamiento y a las decisiones tomadas, se encuentra en este momento en su versión 4 del 4 de diciembre de 2020.
- En la carpeta plan de acción se encuentra la carpeta de plan de acción donde se recopila la totalidad de la información construida frente a la emergencia sanitaria.

5.2. Dimensión N° 7. Control Interno.

5.2.1. Auditoría Interna.

5.2.1.1. Plan Anual de Auditorías Interna – PAAI.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- El Plan se cumplió en un 100%, se realizaron el total de las 17 auditorías programadas que concluyeron en 368 recomendaciones.
- Se mejoró el contenido y profundidad de los informes de Auditoría; adicionalmente implementamos las auditorías Integradas.
- La Junta Directiva aprobó el "Plan Anual de Auditoría 2021, para agregar valor", en su sesión del 20 de diciembre de 2020.

Fortalezas

- Cada vez se mejoran los instrumentos de Auditoría Interna; además de la actualización permanente del proceso de evaluación y los procedimientos asociados.
- Se entregan mejores productos de Auditoría Interna.

Debilidades.

- Incompleta conformación del equipo "optimo" de auditoría interna, al carecer de un auditor con énfasis en Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- La alta manualidad del proceso de evaluación y control que realiza la auditoría interna.

Observación de Auditoría Interna.

Se viene cumpliendo lo establecido en el Plan Estratégico 2017-2021 "**Construimos Confianza**"

5.2.1.2. Auditorías Internas por Externos.

5.2.1.2.1. Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación.

Se realizó auditoría por consultoría en seguridad del sistema SAP.

Fortalezas

- Optimización de controles.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar la auditoría de sistemas por un externo, dado que en la vigencia 2020 no se realizó.

5.2.1.2.2. Auditoría Ambiental NTC 14.001.

Se desarrollo el Plan de Acción presentado al ICONTEC.

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

- Auditoría realizada por el ICONTEC en el mes de febrero, juntamente con la Auditoría Ambiental: Como resultado se recomienda renovar el certificado del Sistema de Gestión – ISO 14001 y OHSAS.

Fortalezas

- Sistema que cumple con el alcance.

Debilidades.

- Se tienen dos no conformidades menores relacionadas con el reporte de la muerte por COVID de la auxiliar de enfermería el año pasado y la falta de simulaciones de emergencias

5.2.1.2.4. Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- No se realizó en 2020 por restricciones COVID
- Para el año 2021 está programado y se realizará en el segundo semestre.

5.2.1.2.5. Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- El 11 de diciembre del 2020 se envía el Plan de Auditoria, la cual se ejecuta por parte de Cryogas el 17 de diciembre.
- El 27 de enero se envió el informe.

5.2.1.2.6. Auditoría de Buenas Prácticas Clínicas - BPC.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Informes de auditoría.
- Planes de mejoramiento.

Debilidades.

- Los tramites internos muy demorados.

5.2.1.3. Informes de cumplimiento de auditoría interna.

5.2.1.3.1. INFO-Cumplimiento Control interno contable.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Informe presentado en el mes de febrero con calificación eficiente.

Fortalezas.

- En el informe se encuentran establecidas las fortalezas y debilidades del sistema de control interno contable de la entidad.

Debilidades.

- En el informe se encuentran establecidas las fortalezas y debilidades del sistema de control interno contable de la entidad.

5.2.1.3.2. INFO-Cumplimiento Avance del Plan de Austeridad.

La oficina de auditoría interna efectuó dos (2) seguimientos del plan de austeridad 2020, publicados en intranet y en la página web del HGM.

Observación de Auditoría Interna.

En atención a lo establecido en el Decreto Nacional 984 de 2012 (Mayo 14) en el Artículo 22, reiteramos la importancia de la elaboración, aprobación y seguimiento del Plan de austeridad del HGM.

5.2.1.3.3. INFO-Cumplimiento Semestral Evaluación Sistema Institucional de Control Interno.

Se realizaron los dos informes semestrales de acuerdo con lo establecido por la norma.

Fortalezas

- En el informe se encuentran establecidas las fortalezas y debilidades del SICI.

Debilidades

- En el informe se encuentran establecidas las fortalezas y debilidades del SICI

5.2.1.3.4. INFO-Cumplimiento - Informe de Seguimiento PQRs.

Se realizaron los dos informes semestrales de acuerdo con lo establecido por la norma.

5.2.1.3.5. INFO-Cumplimiento - Informe Seguimiento Plan Anticorrupción.

Se realizaron los tres informes semestrales de acuerdo a lo establecido por la norma.

5.2.1.3.6. INFO-Cumplimiento - Evaluación FURAG SICI.

Informe elaborado durante el mes de enero de 2020 según formulario del DAFP, el cual fue socializado en el Comité Coordinador de Control Interno.

5.2.1.3.7. INFO-Cumplimiento - Índice de Transparencia Activa – ITA.

El informe se diligenció en la plataforma de la Procuraduría General de la Nación, el cual viene siendo actualizado por las áreas responsables.

5.2.1.3.8. INFO-Cumplimiento - Informes Derechos de Autor.

El Informe fue publicado en la página de derechos de autor.

5.2.1.3.9. INFO-Cumplimiento - Plan Anual de Arqueos 2020.

Cada dos meses se efectúan los arqueos de caja de urgencia, de Fondo Fijo, consulta externa y caja principal. Se documentan con un formato de arqueo, debidamente firmados por los responsables.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar arqueos sorpresivos y con regularidad al Fondo fijo.

5.2.1.3.10. INFO-Cumplimiento - Ley de Cuotas.

El Informe fue publicado a través del SIGEP.

5.2.1.3.11. INFO-Cumplimiento - Plan Anual de Adquisiciones.

Se verifica la publicación en la página web HGM por parte de la Oficina de Auditoría Interna.

5.2.1.3.12. INFO-Cumplimiento - Planes Integrados.

Se le hace seguimiento por parte de la Oficina de Auditoría Interna a la publicación de los 13 Planes Institucionales del HGM, los cuales se encuentran en publicados en la página Web de la entidad.

5.2.1.3.13. INFO-Cumplimiento - Operación del SARLAFT.

Informe que se presenta dentro de la Auditoría al programa de gestión de riesgos de la Institución.

5.2.1.3.14. INFO-Cumplimiento - Litigios y Conciliaciones - Acción de Repetición.

La oficina de auditoría Interna participa en los comités de conciliaciones programados por la entidad, con voz, pero sin voto; aportando recomendaciones.

5.2.1.3.15. INFO-Cumplimiento - Comité de Conciliaciones.

La oficina de auditoría Interna participa en los comités de conciliaciones programados por la entidad, con voz, pero sin voto; aportando recomendaciones.

5.2.1.3.16. INFO-Cumplimiento - Verificación Realización de inventarios.

La oficina de auditoría Interna participa en los conteos físicos de inventarios, programados por la entidad anualmente; se emite un informe consolidado con las respectivas observaciones y recomendaciones.

5.2.1.3.17. INFO-Cumplimiento - Seguimiento Reporte Información Contaduría General de la Nación – CHIP.

Se realiza monitoreo de la oportunidad de entrega de información en el CHIP, por parte del área financiera del HGM.

5.2.1.3.18. INFO-Cumplimiento - Verificar Acta Entrega del Cargo.

Se registra acta de entrega de los Gerentes, doctores Jesús Eugenio Bustamante Cano y Gabriel Mauricio Vélez Giraldo.

5.2.1.3.19. INFO-Cumplimiento - Seguimiento Plan de Movilidad Empresarial Sostenible.

Nota: No se realizó reporte.

5.2.1.3.20. INFO-Cumplimiento - Seguimiento Audiencia Pública Rendición de Cuentas.

El Hospital cumplió con la audiencia pública de rendición de cuentas para la vigencia 2019.

5.2.1.3.21. INFO-Cumplimiento - Verificar cumplimiento del SECOP.

El hospital cumplió con la publicación de los contratos con y sin formalidades plenas, con las publicaciones de las Ordenes de compras y Ordenes de servicios y los contratos de prestación de servicios en el SECOP.

5.2.1.3.22. INFO-Cumplimiento - Verificar SIGEP - Actualización Bienes y Rentas.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se remitió circular dirigida a todo el personal vinculado al hospital con el fin de recordar la obligación de diligenciar la declaración de Bienes y rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega a 31 de julio del presente 2020.
- Los funcionarios Hospital diligenciaron la declaración de Bienes y rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega a 31 de julio del presente 2020.

5.2.1.3.23. INFO-Cumplimiento - Seguimiento SIRECI.

La oficina de auditoría recuerda al área de nómina y sistemas de la entidad la obligación de rendición de informe de costos y personal; el cual se rindió de forma oportuna.

5.2.1.3.24. INFO-Cumplimiento - Seguimiento a Rendición de la Cuenta.

La oficina de auditoría interna expidió una directriz de rendición de la cuenta a la CGM, fundamentada en la Resolución 79 de 2019 de la Contraloría General de Medellín, y se realizó permanente seguimiento al aplicativo Gestión transparente de la CGM.

5.2.1.3.25. INFO-Consultoría - Percepción Ética.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La Oficina de Auditoría Interna realiza la encuesta de Percepción Ética según lo establecido en el modelo de la USAI.
- El resultado de la medición de la percepción ética global de los servidores y funcionarios de la entidad para el año 2020 fue del 76.52%; menor en 4.59% con relación a la del año 2019 que fue de 81.11%.

Observación de Auditoría Interna.

Elaborar y realizar el seguimiento al Plan de mejoramiento de Gestión Ética conforme se recomienda en el Informe de Percepción Ética.

5.2.1.3.26. INFO-Auditoria - Auditoría - Evaluación Gestión de Riesgos.

Se presentó en la auditoría realizada en el mes de septiembre y socializada con la gestora de riesgos.

5.2.1.3.27. INFO-Auditoria - Informe Auditoría Internas.

Se realizaron 17 auditoria internas de acuerdo con el plan anual de auditorías 2020, cumpliendo el 100% del Plan.

5.2.2. Planes de Mejoramiento.

5.2.2.1. Plan de Mejoramiento Institucional.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- El plan de mejoramiento institucional cuenta con un mecanismo permanente de acompañamiento y seguimiento por parte de la oficina de calidad y planeación, para el cierre de oportunidades de mejora.
- Reuniones de grupos de mejoramiento primarios y de autoevaluación
- Plan de mejoramiento sistematizado.

Observación de Auditoría Interna.

Efectuar socialización del software Hopex, y su interrelación con Eurodoc, con el fin que los responsables de las oportunidades de mejoras efectúen el seguimiento y cierre de las mismas.

5.2.2.2. Plan de Mejoramiento Auditorías Internas.

Juntamente con el área de planeación se efectúa seguimiento al plan de mejoramiento de la auditoría interna en el aplicativo Hopex.

5.2.2.3. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.

La oficina de auditoría interna efectúa seguimiento al plan de mejoramiento único de la CGM, a través del Formato emitido por la CGM, a disposición en la carpeta compartida: OCI/ - CGM/ Plan de mejoramiento único, verificando las evidencias aportadas por cada responsable de las oportunidades de mejora.

Observación de Auditoría Interna.

Ingresar en el aplicativo Hopex el plan de mejoramiento de la Contraloría para el seguimiento permanente de los lideres responsables.

5.2.2.4. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.

Entre las actividades realizadas está la siguiente:

- La oficina de auditoría interna efectúa seguimiento al informe del supervisor del Contrato de Revisoría fiscal.
- Adicionalmente revisa los avances al plan de mejoramiento del Dictamen de Revisoría

5.2.2.5. Plan de Mejoramiento Archivístico

Se tiene establecida y publicada en la página WEB el PINAR - Plan institucional de Archivos) que es un instrumento archivístico de la Gestión Documental.

Fortalezas

- Proyectos que modernizan la función archivística de la institución.

Debilidades

- Por falta de presupuesto algunos proyectos no se realizan.

5.2.2.5.1. Aplicación de Tablas de Retención Documental a la Historia Clínica.

Se hace transferencia documental al central de todas las historias clínicas que tienen 5 años en su última atención.

Fortalezas

- Se aplica transferencia de archivo de gestión al central.

Debilidades

- Solo se tiene un funcionario gestionando este proceso y se requiere de más recurso humano dada la cantidad de historias que se generan diariamente.

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

Entre las actividades realizadas está la siguiente:

- Se continúa con la Digitalización de documentos en su segunda fase con lo referente a los contratos de proveedores.
- Se habilitan transacciones a través de Eurodoc, donde se autorice consulta a las que nos audita.

Fortalezas

- Facilita el acceso a los documentos. Agiliza la búsqueda y consulta de la información. Preserva la memoria física del documento

Debilidades

- Pérdida de la información al tener acceso un funcionario que no sea competente para manejar la transacción de Eurodoc

5.2.2.5.3. Plan de Mejoramiento de Gestión Documental "Cero Papel"

Esta política fue incorporada dentro de la Política de Gestión Documental.

Fortalezas

- Se capacita al personal en la plataforma Eurodoc para que realicen oficios, memorandos y actas.

Debilidades

- Es necesario más compromiso de los funcionarios para el uso del Eurodoc y sus aplicativos.

5.2.2.5.4. Plan de Mejoramiento del Evaluación Sistema Control Interno Contable

Entre las actividades realizadas está la siguiente:

- Se envió la evaluación de control interno contable a la Contaduría General de la Nación.
- Se realiza auditoria a los procedimientos contables desde el área de auditoría interna y se proponen acciones de mejora.

Fortalezas

- La evaluación de control interno contable permite identificar falencias y acciones de mejora para el fortalecimiento continuo de la institución y de los procesos que alimentan la contabilidad del HGM.

Debilidades

- La alta rotación de personal que dificulta la adaptación y el mejoramiento en los procesos

Observación de Auditoría Interna.

Incluir en actas de comité financiero el plan de mejoramiento de la evaluación del sistema de control interno contable, con el fin de ser monitoreado en Hopex.

5.2.2.5.5. Plan de Mejoramiento del conteo físico de inventarios 2020 – Farmacia.

Nota: No se realizó reporte.

5.2.2.5.6. Plan de Mejoramiento del conteo físico de inventarios 2020 – Laboratorios.

Nota: No se realizó reporte.

5.2.2.5.7. Plan de Mejoramiento del conteo físico de inventarios 2020 - Almacén General.

Nota: No se realizó reporte.



TERCERA PARTE

OPINIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO – SICI.

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 **Interno RAV-SISI - Reporte Anual de Verificación del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín**, del período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020, 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 mantener y asegurar la actualización en los términos de tiempo definidos; la actualización es del **66%**.
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 internas 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 contiene las debilidades reportadas por los líderes en cada uno de los componentes lo que muestra el interés por procurar su mejoramiento continuo, entre las cuales se menciona: alta manualidad en el registro de las novedades, mejorar la oportunidad del reporte de las actividades realizadas y la desactualización de la estructura organizacional.
5. El presente informe es un instrumento que viene adquiriendo importancia por el alto número de líderes de los diferentes procesos que reportan información; el número de estos se ha incrementado a **39** líderes. No obstante, se debe mejorar la redacción y calidad de las actividades reportadas; así como fortalecer la responsabilidad y entrega oportuna de la información que sirve de base del presente reporte.
6. Es necesario fortalecer el respaldo con evidencias de la información reportada; la verificación por parte de la Oficina de Auditoría Interna se ve limitada por el escaso tiempo entre el reporte de los líderes y la consolidación del Informe.

FUENTES.

1. Información diligenciada por los responsables en el formato diseñado por la Oficina de Auditoría Interna "Formato RAV-SICI - Formato Reporte Anual Verificación Sistema Institucional de Control Interno"
2. Informe de Auditorías internas.
3. Seguimiento al Plan de Mejoramiento.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos a los 39 líderes de los planes, programas y proyectos en el reporte de la Información que sirve de base para el presente documento.

Documento elaborado y revisado por:

Equipo de Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Elaboró: **Carlos Uriel López Ríos**
Jefe de Auditoría Interna
Karina Ruíz De la Hoz,
Profesional de Auditoría Interna.
María Janneth Agudelo Arango,
Profesional de Auditoría Interna.
José Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna.
Julio Ernesto Suescún Montoya,
Técnico Administrativo de Auditoría Interna.
Revisó: **Carlos Uriel López Ríos,**
Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, Mayo de 2021.

