

---

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

---

**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO N° 5-2018  
DEL ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

**Noviembre 4 de 2017 a marzo 3 de 2018**

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

**JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA**  
Profesional Control Interno

**MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO**  
Profesional Control Interno

Medellín  
2018

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**PRESENTACIÓN**

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial lo dispuesto por el Decreto 648 de 2017 en su artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes, al Decreto Nacional 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”; y el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 presenta el **Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín**.

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

El Informe corresponde al período del 4 de noviembre de 2017 al 3 de marzo de 2018, en los módulos y el eje transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014. El documento es el resultado de la información proporcionada y validada con las áreas responsables en la Entidad.

A propósito de este informe, se espera la actualización del Modelo MECI, conforme lo establece el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 en el artículo 2.2.23.2 “Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano -MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993”.

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

---

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>I. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN. ....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Componente Talento Humano. ....</b>	<b>5</b>
1.1.1. Acuerdos, compromisos o protocolos éticos. ....	5
1.1.2. Desarrollo del talento humano. ....	6
<b>1.2. Componente Direccionamiento Estratégico. ....</b>	<b>13</b>
1.2.1. Planes, programas y proyectos. ....	13
1.2.2. Modelo de Operación por procesos. ....	32
1.2.3. Estructura organizacional. ....	37
1.2.4. Indicadores de Gestión. ....	37
1.2.5. Políticas de Operación. ....	38
<b>1.3. Componente Administración del Riesgo. ....</b>	<b>39</b>
1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo. ....	39
1.3.2. Identificación del Riesgo. ....	39
1.3.3. Análisis y valoración del Riesgo. ....	40
<b>II. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ....</b>	<b>42</b>
<b>2.1. Componente Autoevaluación Institucional. ....</b>	<b>43</b>
2.1.1. Autoevaluación del Control y gestión. ....	43
<b>2.2. Componente Auditoría Interna. ....</b>	<b>43</b>
2.2.1. Auditoría Interna. ....	43
<b>2.3. Componente Planes de Mejoramiento. ....</b>	<b>46</b>
2.3.1. Plan de Mejoramiento. ....	46
2.3.1.1. Plan de Mejoramiento Institucional. ....	46
2.3.1.2. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna. ....	46
2.3.1.3. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín. ....	46
2.3.1.4. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal. ....	47
<b>III. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. ....</b>	<b>47</b>
<b>3.1. Componente de Sistema de Información y Comunicación. ....</b>	<b>47</b>
<b>3.2. Componente Comunicación. ....</b>	<b>49</b>
3.2.1. Información y comunicación interna. ....	49
3.2.2. Información y comunicación externa. ....	50
3.2.3. Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU. ....	51
3.2.4. Rendición de cuentas. ....	52
3.2.5. Gestión documental. ....	52
3.2.6. Plan de comunicaciones. ....	54
3.2.7. Transparencia y lucha contra la corrupción. ....	54
3.2.8. Participación ciudadana. ....	54
<b>IV. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO. ....</b>	<b>55</b>
1.1. Normativa. ....	55
1.2. Concepto. ....	56

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL  
SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO**  
**Estructura**

**I. MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

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

**II. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

**III. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

ELEMENTO
3.1. Información y comunicación interna.
3.2. Información y comunicación externa.
3.3. Sistemas de información y comunicación

Esquema Nro. 1. Estructura del Informe Pormenorizado del Estado del Sistema Institucional de Control Interno.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### I. MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN.

*Dentro de este Módulo de Control, se encuentran los componentes y elementos que permiten asegurar de una manera razonable, que la planeación y ejecución de la misma en la entidad tendrán los controles necesarios para su realización.*

*Uno de sus objetivos principales de módulo es introducir en la cultura organizacional el control a la gestión en los procesos de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación.<sup>2</sup>*

## OFICINA DE CONTROL INTERNO "Construimos Confianza"

### INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

#### I. MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

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

Esquema Nro. 2. Componentes Módulo de Planeación y Gestión.

### AVANCES

#### 1.1. Componente Talento Humano.

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

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

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

<sup>2</sup> Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – DAFP. 2014

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### 1.1.2. Desarrollo del talento humano.

#### 1.1.2.1. Planeación del Talento Humano.

(Decreto 1376 de 2014 - Acuerdo de Formalización Laboral).

Actualmente el Hospital cuenta con una planta de 1.338 plazas de las cuales, 879 plazas corresponden a la planta HGM y 459 a la planta temporal; de los cuales se encuentran activos 1.056 y 282 vacantes.

#### Debilidades

- No tener una plataforma donde se registren las novedades generadas, el movimiento y la planeación del recurso humano; esta información se lleva de forma manual en una plantilla de Excel.

#### 1.1.2.2. Planta de cargo y manual de funciones.

A marzo 3 de 2018, el Hospital cuenta con 1.056 funcionarios, como se detalla en la tabla N° 1. Planta de cargos:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN					
Planta de cargos					
Descripción	2016	2017			2018
	A noviembre 3	A marzo 3	A julio 3	A noviembre 3	A marzo 3
De período	2	2	2	2	2
De libre nombramiento y remoción	10	10	9	12	14
En carrera administrativa	291	290	284	273	265
Provisionales	440	439	425	422	425
Temporales	360	357	348	348	339
Trabajadores oficiales	11	11	11	11	11
Total funcionarios	1.114	1.109	1.079	1.068	1.056
Fuente: Dirección de Gestión Humana					

Tabla Nro. 1. Planta de Cargos

En cuanto a los cargos vacantes, se discriminan así: 155 de planta, 7 encargos y 120 temporales.

Mediante Acuerdo N° 169 de noviembre 30 de 2017 se suprime de la plaza vacante de Asesor (Infraestructura Hospital).

Para el mes de noviembre de 2017 a través del Acuerdo N° 171 aprobado por la Junta Directiva se modificó la estructura, cambio de denominación, suprime y crea cargos en la Oficina de Control Interno del Hospital General de Medellín. Se aprobó el cambio de denominación de la Oficina de Control Interno por el de Oficina de Auditoría Interna; cambio de la denominación de Asesor de Control Interno por Jefe de Auditoría Interna; modificación de la denominación del cargo de Profesional Universitario 1 (Control Interno), por profesional

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Universitario 1 (Auditoría Interna); se aprobó la ubicación en el organigrama de la Oficina de Auditoría Interna dependiendo directamente de la Junta Directiva y ubicación en el nivel directivo, la plaza de jefe de Auditoría Interna, quedando salarialmente en el nivel de subgerente, se aprueba la creación del cargo de Técnico Administrativo (Auditoría Interna), se aprueba la creación de una (1) plaza de profesional Universitaria 1 (Auditoría Interna), se aprueba la ubicación del cargo de Enfermera (Coordinación de Enfermería) a la Oficina de Auditoría Interna como profesional de Auditoría Interna y se suprime un plaza de secretaria.

Mediante resolución 107 de febrero de 2018 se aprueba el incremento salarial para los funcionarios públicos en un 6,1% y para trabajadores Oficiales en 6,5% con retroactivo al primero 1° enero de 2018.

### **Fortalezas:**

- Con la publicación del Manual de Manual de Funciones permite que cada uno de los funcionarios consulte sus funciones, así como se tiene evidenciado los cargos y vacantes existentes para ser provistas.

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

Para el año 2017 se asignó al plan de capacitación un presupuesto de \$433.671.053 y al cierre de diciembre del mismo año, se ejecutó \$169.793.032.

El cumplimiento del cronograma de capacitación para el periodo evaluado 2017 (Noviembre-Diciembre) fue del 96,43%

Para el año 2018 se asigna un presupuesto de \$208.000.000 y a la fecha se tiene ejecutado el 4% de lo asignado.

### **Debilidades**

- No contar con un software de capacitación; la información se genera manualmente.
- No se cuenta con espacios suficientes para dictar las capacitaciones.

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

En el mes de noviembre de 2017 se dio inicio a la Reinducción Virtual para el personal vinculado y la Inducción para el personal que ingresa a la Institución ya sea vinculado por contrato o terceros; se diseñaron 10 módulos para el personal administrativo y 11 módulos para el personal asistencial con la Fundación Guayacanes.

1. Direccionamiento estratégico.
2. Talento Humano.
3. Gestión por Procesos.
4. Sistema de gestión Integral de Calidad.



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

5. Sistema de Información y Atención al Usuario.
6. Modelo de atención.
7. Gestión de Información.
8. Gestión de la Tecnología
9. Ambiente Físico
10. Gestión de la docencia, la Investigación y la Innovación.

A la fecha se tienen pendiente para el montaje del módulo de Docencia Servicios y del módulo de Modelo de Atención. Se desarrollaron tres (3) líneas de inducción así:

- Para personal asistencial
- Para el personal administrativo
- Para estudiantes y otros públicos de interés (terceros)

Seguimiento a los participantes personal asistencial: El número de personas matriculadas fue 1.243 de estas 835 han participado en el curso y 408 no han participado en el curso. El número de personas matriculadas fue 304 de estas 182 participaron en el curso y 122 no han participado en el curso.

### **Fortalezas**

- Actualización de los procesos, inducción al personal y reinducción a todos los funcionarios y contratistas de la Institución.

### **Debilidades**

- Se encuentran funcionarios que no tienen correo electrónico, por lo que debe pensarse en una estrategia adicional para que lo puedan realizar.
- Algunos funcionarios asistenciales manifiestan no realizar la inducción por no tener tiempo ni espacio para realizarlo.

#### **1.1.2.5. Programa de Bienestar.**

Para el año 2017 se asignó para Bienestar un presupuesto de \$857.740.921. La proporción de cumplimiento de la ejecución del plan de bienestar para el período noviembre a diciembre: fue del 96% de las actividades programadas. La calificación del cliente interno satisfecho es el 97,82.

El Hospital de enero a diciembre 2017 concedió a los funcionarios beneficio del 50% por un valor de \$207.002.586. El mayor número fueron las consultas de procedimientos odontológicos.

Para el año 2018 se asigna un presupuesto de \$540.622.530; se ha ejecutado para el periodo enero - febrero actividades como Día del Contador, Día del Comunicador, se hace



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

entrega de un arreglo floral por fallecimiento de familiares de los funcionarios, día de la mujer y la entrega del Kit escolar.

#### **Fortalezas.**

- Los beneficios del 50% en consultas médicas y ayudas diagnósticas para los funcionarios y su grupo familiar; el mayor porcentaje de las consultas son las odontológicas y el laboratorio clínico.

#### **Debilidades**

- No se ha podido dar inicio a las actividades programadas debido a que no se ha legalizado el contrato con la caja de compensación COMFAMA con quien se ha previsto el mayor número de actividades para los funcionarios y su grupo familiar para el periodo 2018.

#### **1.1.2.6. Plan de Incentivos**

Se expidió la Resolución número 713 de diciembre 21 de 2017 de estímulo e Incentivos para el año 2018. Ésta actividad que está programada para el mes de agosto de 2018; busca exaltar a los mejores funcionarios en las siguientes categorías, conforme a lo establecido en la resolución de incentivos aprobada por la junta Directiva a través del acta de junta N° 56 del 14 de diciembre de 2017.

- Categoría de quinquenios.
- Categoría mejor evaluado.
- Categoría pensionados.
- Categoría atención con calidad asistencial y administrativo.
- Categoría mejor servicio evaluado en visitas de calidad.
- Categoría fortalecimiento a la investigación.
- Categoría investigación e innovación.
- Categoría trabajo en el mejoramiento de la seguridad.

#### **Fortalezas.**

- La actividad sirve para motivar al personal por el reconocimiento otorgado en las diferentes categorías.

#### **Debilidades**

- No poder premiar al personal por contrato de prestación de servicios por sus reconocimientos y aportes en la investigación.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### 1.1.2.7. Evaluación del Clima Laboral.

Se programa la encuesta de satisfacción del cliente interno de la cual extraerán las preguntas que hacen parte de la evaluación del clima laboral. Algunos resultados más relevantes de la encuesta, en el mes de noviembre de 2017, fueron:

La encuesta, con un total de 81 preguntas, se aplicó Virtualmente y estuvo dirigida a funcionarios y colaboradores. Diligenciaron la encuesta 166 funcionarios; cuyas respuestas son:

- ¿Considera usted que los directivos del Hospital General de Medellín están comprometidos para orientar la institución hacia niveles superiores de calidad? La respuesta en el 2016 fue del 96,7%; en el 2017, del 86,6%.
- ¿Considera usted que los directivos del Hospital General de Medellín están involucrados en la Planeación de la institución y en la divulgación de las políticas, planes, programas y proyectos estratégicos de la organización? La respuesta en el año 2016 fue del 95,3% y en año 2017, del 87,2%.
- ¿Las necesidades de capacitación, expresadas por el cliente interno, son oportunamente atendidas por la institución? La respuesta en el año 2016 fue del 80%, y en el año 2017 del 72%.

#### **Fortalezas.**

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

### 1.1.2.8. Acuerdos de Gestión

El Gerente realizará la evaluación de los acuerdos de gestión en el mes de julio a diciembre para el período 2017-2018, con corte al 30 de diciembre.

#### **Fortalezas**

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

### 1.1.2.9. Evaluación del desempeño Laboral.

Teniendo presente la concertación de objetivos del periodo evaluar 2017-2018 se procedió a realizar la segunda evaluación parcial a todos los funcionarios de carrera administrativa.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Se realizó el proceso de evaluación del desempeño para el período 2017-2018 (1° de agosto de 2017 al 31 diciembre de 2018) para el personal en carrera administrativa en el programa diseñado por la Institución EVADES.

El total de funcionarios evaluados fue de 263; tres (3) funcionarios: Incapacitados y tres (3) funcionarios: Retirados

Se realizó la evaluación a los funcionarios nombrados en temporalidad para el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2017.

#### **Debilidades.**

- Los funcionarios responsables de evaluar no asisten a las capacitaciones programadas por el hospital.

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

Se han programado los entrenamientos a los funcionarios nuevos que ha ingresado a la Institución teniendo presente la plantilla diseñada para cada cargo.

#### **Fortalezas**

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

#### **Debilidades.**

- Seguir fortaleciendo el cumplimiento de la programación que se realiza a los funcionarios nuevos específicamente los directivos.

#### **1.1.2.11. Aplicación "Ley de Cuotas".**

Para el año 2017 se diligenció a través de la página del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la información sobre Ley de Cuotas.

**Observación:** No se tiene evidencia de cumplimiento de porcentaje establecido por la Ley 581 de 2000.

#### **Fortalezas**

- Por medio de la Ley de Cuotas el Estado garantiza la participación adecuada de la mujer en los niveles del poder público definidos.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### 1.1.2.12. Actualización Declaración de Bienes y Rentas.

Para el mes de junio del presente año se tiene programa la actualización de bienes y rentas para todos los funcionarios públicos de acuerdo al Decreto 484 de 2017.

#### **Fortalezas**

- La actualización de la declaración de bienes y rentas y de la actividad económica se puede efectuar a través del Sistema de Información y Gestión de Empleo Público-SIGEP.

### 1.1.2.13. Procesos de conciliación.

Durante el periodo evaluado se realizaron con normalidad las sesiones del Comité de Conciliación conforme la demanda requerida en virtud de las solicitudes de conciliación prejudicial convocadas por los interesados y citadas por el Ministerio Público. Adicionalmente, se sometió a estudio del Comité las conciliaciones judiciales que tienen lugar en la audiencia inicial y las que se presentan de manera previa al trámite del recurso de apelación. En la mayoría de casos el Comité dio instrucciones para asistir a las audiencias sin animo conciliatorio como producto de los análisis efectuados; en un caso de conciliación en el marco de audiencia inicial el comité indicó ánimo conciliatorio, habida cuenta de que la pretensión invocada versó sobre reliquidación de valor hora de personal asistencial que labora por cuadro de turno, reajuste que ya había sido ordenado por la Institución mediante Resolución N° 629 del 17 de noviembre de 2017.

#### **Fortalezas**

- El Comité está integrado por funcionarios del más alto nivel de la Institución: Gerente y ambos Subgerentes, quienes tienen información relevante para la toma de decisiones. Además lo integra el Jefe Jurídico, quien con su equipo, presenta información detallada de los casos a analizar para adoptar la posición institucional.
- Siempre se cuenta con el apoyo de especialistas del área asistencial para evaluar el caso desde la óptica médica cuando versa sobre asuntos del acto médico.
- Se invita funcionarios conocedores del asunto a tratar para tener mejores elementos de juicio.

#### **Debilidades.**

- Debe trabajarse en fortalecer la conceptualización formal de los especialistas del área médica que deban rendir informes que sirven de insumo para evaluar los casos de Reparación Directa derivada del acto médico. Esto es, que los informes se rindan por escrito y con suficiente antelación a la sesión del Comité, de tal manera que todos los miembros puedan leerlo con suficiente anterioridad a la sesión.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

## **1.2. Componente Direccionamiento Estratégico.**

### **1.2.1. Planes, programas y proyectos.**

#### **1.2.1.1. Planes.**

##### **1.2.1.1.1. Plan estratégico 2016 – 2027.**

En el periodo evaluado el plan de desarrollo 2016 - 2019 se viene ejecutando a través del plan de acción 2017 y 2018.

#### **Fortalezas**

- Seguimiento y evaluación sistemática a los proyectos del plan de acción 2018.

#### **Debilidades.**

- Débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos.

##### **1.2.1.1.2. Plan de Desarrollo 2016 – 2019.**

En el periodo evaluado el plan de desarrollo 2016 - 2019 se viene ejecutando a través del plan de acción 2017 y 2018.

#### **Fortalezas**

- Seguimiento y evaluación sistemática a los proyectos del plan de acción 2018.

#### **Debilidades.**

- Débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos.

##### **1.2.1.1.3. Plan de Acción 2018.**

No se tiene el reporte de avance.

##### **1.2.1.1.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.**

Se ejecutaron las actividades formuladas en los 5 componentes del plan anticorrupción y atención al ciudadano, la Oficina de Auditoría Interna realizó el tercer seguimiento con corte

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

a 31 de diciembre de 2017, este seguimiento fue publicado en la página web tal como lo establece la normatividad vigente.

#### **Fortalezas.**

- Gestión de los responsables de los procesos de mitigar los riesgos de corrupción identificados y sus controles.

#### **1.2.1.1.5. Control Interno Contable.**

En reunión con los asesores de la Oficina de Auditoría Interna, se procede a elaborar la evaluación del control interno contable y se envía mediante la plataforma CHIP a la Contaduría General de la Nación.

Se reactiva en el mes de diciembre el comité de saneamiento contable en el cual se presentan los montos de la cartera a castigar y se socializan algunos aspectos del proceso de cartera que con ayuda de sistemas permitirán mejorar algunas interfaces a contabilidad.

Se transmite información contable pública y de convergencia a la Contaduría General de la Nación al igual que al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

Se remite a la superintendencia de salud cuentas por pagar de acuerdo a la Circular 016 de 2016.

Se realizó la evaluación anual del sistema de control interno contable, la cual obtuvo una calificación global de 4.3.

#### **Fortalezas.**

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

#### **Debilidades.**

- Falta de capacitación en políticas contables a las diferentes áreas de la institución, que se encargan de alimentar la información contable del HGM.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

#### 1.2.1.1.6. Plan de Austeridad.

El resultado del plan de austeridad a noviembre 2017 tuvo un cumplimiento del 101%, en diciembre del 114% y el de enero de 2018 tuvo un cumplimiento del -25%; en febrero aún no se ha cerrado.

Con relación al mes de enero, se aclara que no es comparable con la información de la vigencia 2017, porque los cortes para presentación de facturación por concepto de mano de obra era el día 20 de cada mes, y en 2018 se hace el corte al último día del mes, como es el deber ser, a fin de evitar sub-registro y dar claridad sobre la verdadera situación de costo y gasto del HGM.

Con relación a las demás facturas, en el hospital se tenía la política de recepción hasta el 25 de mes, lo que generaba sub-registro en la causación y eran procesadas en el mes siguiente, lo que afecta el reconocimiento de los costos en el periodo contable, la cual es la información fuente para el cálculo del ahorro por el plan de austeridad. Por ejemplo, las cuentas de energía y gas no fueron registradas en el mes de enero de 2017 y en 2018 sí quedaron registradas.

#### **Debilidades.**

- La causación por fuera del periodo contable, afecta el seguimiento al plan de austeridad.

#### 1.2.1.1.7. Plan de Mejoramiento Archivístico.

El Archivo General de la Nación no ha realizado visita al Hospital, por lo tanto no existe un plan de mejoramiento que corresponda a esta situación. Pero como resultado de dos referenciaciones realizadas a EPM y HPTU se formuló un plan de mejoramiento.

Existe un compromiso resultado de una capacitación brindada por el Archivo General de la Nación a algunos empleados de Gestión Documental en cuanto a la realización del Plan Institucional de Archivos - PINAR, el cual se encuentra elaborado.

#### **Fortalezas.**

- Apoyo de la alta dirección a esta iniciativa.
- Será analizado de forma individual por cada uno de los miembros del Comité Interno de Archivo para luego ser discutido en dicho Comité.

#### **Debilidades.**

- El plan se encuentra en su etapa de inicio, de sensibilización en algunas áreas.



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Falta la aprobación por el Comité Interno de Archivo y su aplicación en las diferentes áreas del Hospital.

#### 1.2.1.1.8. Plan Anual de Adquisiciones.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

Estructuración y consolidación del plan anual de adquisiciones 2018.

Convocatoria de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico, con las siguientes actividades:

- Aprobación por el Gerente para realizar la convocatoria “pública”.
- Definición de las listas de necesidades.
- Reuniones periódicas de los equipos de trabajo de Farmacia y Suministros para realizar los estudios previos (descripción, objeto, modalidad, valor, criterio de selección, garantías).
- Valorización de los listados de necesidades tanto de medicamentos como material médico quirúrgico.

Se adelanta Convocatoria para comodatos, con las siguientes actividades:

- Se recibió de parte del Subgerente asistencial los archivos con los requisitos técnicos,
- Se realiza reunión con el ing. biomédico y se le hace entrega de toda información para revisión con los líderes la información técnica y tener la consolidación para realizar carta de invitación a los proveedores para sondeo.

Seguimiento y actividades realizadas con los contratos de Bionexo

#### **Debilidades.**

- Está pendiente culminar los estudios previos para envié al área de Contratación y continuar con el proceso según cronograma; una vez se tenga además la vinculación del abogado para contratación de apoyo logístico.
- Se evidenció insuficientes recursos presupuestales para el rubro de medicamentos, por lo que debe gestionarse un traslado presupuestal (de insumos de Oncología )
- Pendiente definir el tema de las funciones de un personal y la confirmación en Bionexo de medicamentos y material médico quirúrgico, a fin de conservar el punto de control y no estén concentradas las funciones en los auxiliares de suministros.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **1.2.1.2. Programas.**

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

El programa viene desarrollándose con el proyecto Implementación del Modelo de Atención, que como se describe en el punto 1.2.1.3.1 viene con un buen ritmo de desarrollo; además el Comité de Humanización que también describe sus logros en este informe da cuenta de los avances y retos de este programa.

#### **Fortalezas.**

- Comité de humanización interdisciplinario muy activo y participativo.

#### **Debilidades.**

- Falta de alguna dotación como sillas para acompañantes e infraestructura no acorde para la participación de la familia en el cuidado de sus pacientes.

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

Empezaría una vez entre en funcionamiento y se establezca el proyecto de atención materno fetal para RCIU y ARO.

#### **1.2.1.2.3. Programa 3. Competitividad.**

Con relación al proyecto obtener tarifas competitivas manteniendo el margen, no se han adelantado contrataciones con terceros aunque ya se tenían dos propuestas. El proyecto se inició con recursos propios. Con relación al diagnóstico, se hizo revisión a la forma del cálculo de los costos, los cuales son adecuados, lo que se modificó fue el enfoque y se ajustó su cálculo de acuerdo como se hace en el sector real de la economía, donde se aplican directamente al bien o servicio los costos directos, indirectos y los CIF con un porcentaje del gasto administrativo.

Después de realizar el diagnóstico y definida la valoración y resultados del diagnóstico, iniciamos el costeo; y tenemos a la fecha el 19% de los objetos de costo depurados.

#### **1.2.1.2.4. Programa 4. Capital Humano.**

Se realizó sensibilización de la campaña de valores (Vocación de Servicio y responsabilidad).

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Se realizó campaña a través de la Intranet, correo electrónico, carteleras principales, en las 56 carteleras de los servicios, descansa pantalla y papel tapiz.

Capacitación en Apoyo social y relaciones sociales positivas (Se capacitaron 99 personas).

Realización de los Talleres de: Manejo de tensiones y estrés (Se capacitaron 93 personas) y Manejo de emociones y sentimientos (Se capacitaron 36 personas).

### **Fortalezas.**

- Implementar un programa de desarrollo de la cultura del servicio, que agregue valor e impacte positivamente la satisfacción de los usuarios y sus familias y la imagen institucional.

### **Debilidades.**

- Para inicio del periodo de enero a marzo del presente año no se ha podido dar inicio al programa a la espera de la aprobación del contrato para la consultoría que iniciará con la programación de cultura.

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

No hay reporte sobre el avance en el período.

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

Ver lo descrito en: Proyecto 9. Gobierno en Línea

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

Las acciones se presentan en cada proyecto específico:

- Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.
- Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario
- Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos

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

Se tiene completo el proyecto con presupuesto aprobado por el Ministerio de Salud y se incluyó en el plan bienal, solo falta la resolución de aprobación por escrito, que aún no llega corregida desde el ministerio. Se inscribió en el plan bienal, pero según información de la Dirección Seccional de Salud, se debe aplicar de nuevo esta inscripción que está a cargo de la Oficina de Calidad y Planeación.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

El proyecto fue excluido del plan de acción con aprobación de la junta directiva por dificultades financieras y por falta de la aprobación del Ministerio. En marzo quedara inscrito en el plan bienal de salud, desde Oficina de Calidad y Planeación, luego se debe llevar de nuevo la documentación a la Dirección Seccional de Salud del Departamento. Se viene ejecutando el plan de mantenimiento preventivo de acuerdo con el cronograma presentado incluso a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

**Fortalezas.**

- Todos los planos completos diseñados con presupuesto de obra completo para ejecutar el proyecto.
- Trabajo ejecutado para el mantenimiento con el compromiso de la empresa que tiene a su cargo el mantenimiento.

**Debilidades.**

- Las diferentes gestiones con los entes territorial y nacional para la aprobación del proyecto son demoradas y se requieren para poder legalizar ante la Curaduría y obtener la licencia de construcción.
- En ocasiones se hace difícil prestar el mantenimiento de pintura de habitaciones, por ocupación del servicio.

**1.2.1.2.9. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.**

Ver lo descrito en el proyecto 17: Gestión de Equipos biomédicos, industriales y de soporte Asistencial.

**1.2.1.3. Proyectos.**

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

Los estudiantes de la Universidad de Antioquia entregan trabajo de mediciones de tiempos en el flujo de pacientes en cada una de las direcciones, mostrando unas ineficiencias muy altas, mayores en todos los casos del 50% de tiempo en espera.

Se trabaja con el grupo de directores la conceptualización del nuevo modelo de atención, recogiendo la normatividad de la ley estatutaria y se plantean diferentes rutas de atención.

Se diseña infograma con el nuevo modelo y se discute y aprueba con el asesor de calidad y el grupo de mejoramiento asistencial, quien propone cambios sustanciales que se acogen.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

Se reescribe modelo teórico de la nueva forma de relacionamiento con pacientes y otras instituciones prestadoras en el ámbito de IPS Básicas y Complementarias, en donde en la actualidad nos vemos como complementaria y se inicia relacionamiento con Metrosalud para prueba piloto de integración en red y prueba del modelo de atención.

Se inicia la socialización del nuevo modelo, pero en Comité Ampliado de Gerencia se decide suspender temporalmente la implementación toda vez que está muy cerca la visita de acreditación y se considera escaso el tiempo para el montaje, así que el proyecto se retomará después de la visita.

**Fortalezas.**

- El grupo de directores ha venido trabajando con la gerencia y subgerencia asistencial el tema y ha introyectado el modelo.
- El hecho de tener pruebas piloto y participación interinstitucional da garantías y robustece el proyecto.

**Debilidades.**

- Para su implementación se requieren multiplicidad de argumentos que podrían retrasar su aprobación final.
- Requiere inversiones en infraestructura y reorganización empresarial que es compleja.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

Se definen los responsables del proyecto.

Se define GPC, se socializa con Gineco obstetras, residentes Gineco obstetras CES, funcionarios del HGM. La guía se entrega a la Oficina de Calidad para su publicación.

Sigue en revisión diseño de la base de datos para el manejo de la información que facilite la estandarización y aplicación de instrumento de medición de adherencia.

Se revisó el proceso de atención de urgencias GO que incluye el manejo de las usuarias con la patología.

Seguimiento con la Oficina de Calidad de lo trabajado en diciembre y febrero 2018.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Se envió a la Gerencia tabla Excel con costos brindados por funcionaria de esa oficina vs tarifas SOAT para revisión. Pendiente reunión con la Gerencia para definir plan de mercadeo.

Está en proceso de revisión la documentación necesaria para la consecución del ecógrafo necesario para el proyecto, inversión que incluida dentro del plan anual de adquisiciones.

Se inició capacitación-refuerzo a cuatro (4) Gineco-Obstetras más en dopler materno fetal para mejorar oportunidad en la realización del examen y poder direccionar los pacientes al programa.

Reuniones con Metrosalud y SSM para trabajar el tema de RED pública, incluyendo actividades por Consulta Externa de ARO con este tipo de pacientes.

### **Fortalezas.**

- Talento humano propio.
- Renovación tecnológica (incluido en el plan anual de adquisiciones, nuevo ecógrafo).
- Población cautiva.
- Las nuevas contrataciones con diferentes aseguradoras, Sura, Fuerzas Militares, Magisterio, etc.
- Infraestructura actual y renovada de la institución
- Relación docencia-servicio.
- Posibilidad de generar proyectos de investigación.

### **Debilidades.**

- Falta de oportunidad en la consecución de las nuevas tecnologías.
- Sigue la problemática relacionado con la cartera morosa de diferentes aseguradoras (Savia Salud principalmente).
- Definir tarifa competitiva en el actual mercado.
- Licencia del Director de Clínicas Quirúrgicas que retraso avance del proceso.

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

A la fecha no se ha adelantado la contratación con terceros aunque ya se tenían dos propuestas sobre el asunto. Sin embargo el proyecto se inició con recursos propios; con relación al diagnóstico, se hizo revisión a la forma del cálculo de los costos, los cuales son adecuados, lo que se modificó fue el enfoque y se ajustó su cálculo de acuerdo como se hace en el sector real de la economía, donde se aplican directamente al bien o servicio los costos directos, indirectos y los CIF con un porcentaje del gasto administrativo

Después de realizar el diagnóstico y definida la valoración y resultados del diagnóstico, iniciamos el costeo y tenemos a la fecha 19% de los objetos de costo depurados.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **Fortalezas.**

- Con el recurso interno se puede adelantar el proceso.

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

No hay reporte sobre el avance en el período.

#### **1.2.1.3.5. Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.**

Desarrollar los formatos de evaluación acorde al manual de funciones y competencias, al Acuerdo 565 de 2016 (CNSC) y al programa de transformación cultural.

### **Fortalezas.**

- Documentar y aprobar un modelo de evaluación por competencias y entrenar a todos los responsables de la evaluación en el uso de las herramientas adoptadas.

#### **1.2.1.3.6. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.**

Se realizó el Ciclo formativo con la participación de 1.328 personas, Un Modelo de competencias de servicio, para una cultura basada en valores: Se generó el ciclo formativo que incluyó las capacitaciones planeadas anteriormente y los temas para la línea nueva de trabajo.

- Directivos y mandos Medios (Desplegar modelo de liderazgo)
- Ginecoobstetricia/Comité Ampliado
- Sensibilización
- Personal administrativo y Jefes de enfermería:
- Núcleo formativo de tres sesiones para cada grupo foco elegido, con inicio en septiembre y con finalización en el mes de Diciembre.
- Personal Auxiliar de enfermería:
- Núcleo formativo de talleres de campo con 3 sesiones para cada grupo foco con inicio en septiembre y con finalización en el mes de Diciembre.
- Ciclos de formación individual por los servicios sobre MCCV (Modelo de Competencias para una cultura basada en valores – vectores)
- Planes de entrenamiento en competencias para funcionarios con planes de mejoramiento. 3 personas de tres meses

### **Fortalezas.**

- El Núcleo de formativo de talleres
- Los ciclos de formación individual por los servicios sobre MCCV (Modelo de Competencias para una cultura basada en valores – vectores)



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Para inicio del periodo enero de marzo del presente año no se ha podido dar inicio al programa a la espera de la aprobación del contrato para la consultoría que iniciará con la programación de cultura.

**1.2.1.3.7. Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.**

No hay reporte sobre el avance en el período.

**1.2.1.3.8. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.**

Durante este período se trabaja en la ejecución de las acciones de mejora definidas para las oportunidades del informe del cuarto ciclo de acreditación para cada grupo de mejoramiento. Se realiza seguimiento en las reuniones ordinarias de los grupos y se ubican las evidencias en la carpeta compartida definida para tal fin. El avance en la ejecución se describe en el criterio de plan de mejoramiento.

Acorde a lo establecido en el plan de acción de este proyecto se inicia con la estructuración de los informes requeridos por Icontec para la realización de la visita complementaria previo explicación personalizada a los responsables: Informe de autoevaluación estándares IPS. Parte 1 - Perfil de la institución, informe de autoevaluación estándares IPS. Parte 2, Solicitud de información e indicadores y documentos soporte requisito de entrada.

Como estrategia de despliegue del sistema único de acreditación se realiza taller de homologación de conceptos para los nuevos integrantes de los grupos de segundo nivel quienes tienen como responsabilidad la realización del ejercicio de autoevaluación.

**Fortalezas.**

- El compromiso de la alta dirección y del personal de la institución con el proyecto.
- Seguimiento sistemático por parte de la Oficina de Calidad y Planeación a través de la ejecución de los proyectos, empleando herramientas metodológicas de acuerdo al PMI: Cronograma, presupuesto y actas de seguimiento.
- Seguimiento sistemático de manera bimestral al plan de acción por el Comité ampliado de gerencia.

**Debilidades.**

- Se debe fortalecer el despliegue y la apropiación del personal con respecto a los procesos y procedimientos en los cuales participa, la gestión de sus riesgos, indicadores y actividades claves, que dan cuenta de la implementación de los estándares y sus criterios.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### 1.2.1.3.9. Proyecto 9. Gobierno en Línea.

#### ▫ TIC para Servicios

Entre las actividades realizadas están:

Se ha mantenido el trámite de citas web con ampliación de cobertura a imagenología con una oportunidad en las citas: 0,71 días con especialistas y 01 día para Imagenología y una satisfacción 99 %.

Se puso al servicio de la ciudadanía las citas de imagenología, se realizó promoción en página web, en facebook, correo electrónico y novedad institucional.

Se recibieron 30 solicitudes de alquiler del auditorio por la página web.

Se planteó la posibilidad de tarifas económicas para los servicios de imagenología, por lo que se realizó una referenciación en tarifas de resonancia magnética y mamografía, exámenes que se pueden ofertar por capacidad a particulares.

Se entregó al área de costos tabla comparativa de tarifas de Resonancia a Manual SOAT e ISS, tarifa referenciada y un % propuesto para tarifa particular; una vez se tenga el análisis de costeo se propondrá una tarifa particular para ofertar y difundir a través de diferentes medios electrónicos y publicitarios.

Como compromiso desde el Comité de Gobierno en Línea que tiene que ver con la Ley 1272 de 2014, Transparencia y derecho de acceso a la información, se acuerda que se debe publicar la ejecución de los contratos que se realicen desde la Oficina de Contratación y todos los de prestación de servicios que se realizan desde gestión humana. Se determina que se publicará la siguiente información por contrato: Informes de seguimiento, informe final y liquidación. Además realizar oportunamente la publicación en el Secop y en el aplicativo de Gestión Transparente.

Se remitió memorando los interventores para que sepan que se debe publicar esta información y que para prestación de servicios deben hacer informe final.

Se realizó visita de referenciación para conocer avances y experiencias de Gobierno en Línea con el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado.

#### **Fortalezas.**

- Se mantienen habilitados los canales electrónicos institucionales intranet, página web y canal de institucional interno.
- Identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios en los temas de servicio.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Identificaciones de experiencias y aprendizajes del tema con IPS similares al Hospital General.
- Conocimiento de tarifas de la competencia.

### **Debilidades.**

- Se debe impactar la oportunidad en el servicio telefónico, en especial para la asignación de citas tanto de especialidades médicas como imagenología.
- Revisar y mejorar tramites a los usuarios.
- Se debe identificar las brechas de la Estrategia Gobierno en Línea en el HGM, realizando un diagnóstico de los 4 componentes: Tic para servicios, Tic para el Gobierno Abierto, Tic para la Gestión y Seguridad y Privacidad de la Información.
- Revisar y mejorar tramites a los usuarios.

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

Como parte del mejoramiento continuo en la gestión de los riesgos en nuestra institución, se propuso como proyecto ajustar y hacer una revisión crítica de las prácticas y procesos existentes a la luz de la norma ISO 31000, poniéndonos como un reto para avanzar a un modelo de gestión de riesgos cada vez más consolidado y maduro.

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

Una vez suscrito, en septiembre de 2017, el Convenio para el desarrollo del Laboratorio de Cocreación en Salud entre el HGM, y las Universidades CES y EIA, se comenzaron las actividades de las instancias clave de desempeño del Convenio: Comité Técnico y Comité Coordinador (tres sesiones del Comité Técnico y cinco sesiones del Comité Coordinador). Además se seleccionó y contrató la nueva Ingeniera Biomédica del Laboratorio de Cocreación.

Los dos productos principales del Laboratorio de Cocreación en la vigencia 2017 (El Contenedor Rígido de Esterilización y el Dispensador de Guantes con control de concentración de alcohol), fueron diseñados y validados en campo; las evaluaciones en campo, han permitido identificar la viabilidad de los dos productos, paso esencial para su implementación en la vigencia 2018.

Fueron evaluadas las capacidades de innovación del HGM, de acuerdo con el Modelo de Yam, que al finalizar la vigencia 2017, con Laboratorio de Cocreación en operación, se encuentran en Estado Repetible de Madurez, son: Capacidad de producción, Capacidad de Mercadeo; Capacidad de Aprendizaje Organizacional.

Las capacidades de innovación que se encuentran en Estado Definido de Madurez, son: Capacidad de Dirección Estratégica; Capacidad de I+D; Capacidad de Gestión de Recursos; y Capacidad de Relacionamiento.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

Se capacitaron 35 Profesionales del HGM en Innovación, con ocasión del desarrollo del Bootcamp en Innovación en asocio con la Universidad EIA. Se desarrolló una reunión de Tutoría Institucional, en el Auditorio de la Salud, en diciembre 2017, en el que fueron capacitados 35 colaboradores del HGM. Se entregaron Cinco Rondas Hospitalarias a la Oficina de Calidad y Planeación. A esta oficina también se le entregó un documento técnico que contiene la Metodología de Evaluación del Laboratorio atendiendo la Norma NTC 5801.

**Fortalezas.**

- Normalización de procesos y procedimientos.
- Fomento del relacionamiento con agencias públicas y privadas.
- Fortalecimiento del relacionamiento con unidades internas de la organización.
- Desarrollo de instrumentos propios para la evaluación.
- Actualización constante de los involucrados en el proceso.
- Normalización de procesos y procedimientos.
- Fomento del relacionamiento con agencias públicas y privadas.
- Fortalecimiento del relacionamiento con unidades internas de la organización.
- Desarrollo de instrumentos propios para la evaluación.
- Actualización constante de los involucrados en el proceso.

**Debilidades.**

- Presupuesto insuficiente.
- La condición de ESE que no permite el relacionamiento fluido con agencias públicas o privadas en el ámbito internacional.
- La condición de contratistas de los ingenieros del laboratorio, que impide que reciban capacitación con recursos de la organización.
- Capacidades aún limitadas en el procedimiento de transferencia de tecnología.

**1.2.1.3.12. Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

Desarrollo del Curso Diseño en Estrategias Didácticas para el Aprendizaje, facilitado por la Regional Antioquia del Sena con la instructora Gloria Isabel Daza, y la participación de 35 colaboradores del HGM que cumplen funciones docentes y asistenciales (32 horas presenciales y 28 de trabajo autónomo).

Se realizaron 2 reuniones académico-pedagógicas, en la intranet están disponibles las presentaciones de dichas reuniones a cargo de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Fueron aprobados 8 Proyectos de Investigación en el Comité de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación del HGM.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Se realizaron reuniones de concertación con las Instituciones Educativas con las que dispone de Convenios Docencia Servicio vigentes, para determinar las contraprestaciones de la vigencia 2018.

#### **Fortalezas.**

- El relacionamiento con las Instituciones Educativas.

#### **Debilidades.**

- La imposibilidad de definir aún el Modelo Pedagógico aplicable en el HGM.
- El Sistema de Información de la Relación Docencia Servicio.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

Se han recibido y gestionado 14 nuevas Factibilidades.

Se han recibido visitas de calificación por la Industria Farmacéutica para los siguientes eventuales estudios: Síndrome Latourette; Infarto Agudo de Miocardio; Cáncer Gástrico; Fibrosis Pulmonar; Falla Cardíaca; Cáncer de Pulmón.

Se han realizado modificaciones a la estructura física de los espacios del Centro de Ensayos Clínicos de acuerdo con la normatividad de Buenas Prácticas Clínicas.

Se recibió notificación oficial de visita de recertificación de Buenas Prácticas Clínicas por parte del INVIMA, programada para los días 20, 21, 22 y 23 de marzo de 2018.

#### **Fortalezas.**

- Capacidad de gestión del Equipo del Centro de Ensayos Clínicos.
- Capacidad resolutoria del CEC.

#### **Debilidades.**

- Gestión insuficiente de eventuales conflictos de interés.
- Plan de Negocios sin desarrollar.
- Sistema de Facturación inmaduro.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

**1.2.1.3.14. Proyecto 14. Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico.**

Se ha realizado la actualización del presupuesto de obra, para entregar a la Oficina de Calidad y Planeación para poder llevar el proyecto a la Alcaldía y a la Gobernación y así dejar dentro del plan bienal inscrito el proyecto.

**Fortalezas.**

- Todos los planos completos diseñados con presupuesto de obra para ejecutar el proyecto.

**Debilidades.**

- Diferentes gestiones con los entes territorial y nacional para la aprobación del proyecto se hace larga. Sin esta aprobación no se puede llevar a la Curaduría Urbana para obtener la licencia de construcción.

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

En reunión interna de diferentes dependencias se planteó la posibilidad de revisar los alcances del proyecto dado que en procura de mejorar la calidad de las UCIs, se plantea la necesidad de formular un proyecto más integral; con lo cual es muy posible que este proyecto como está planteado no se lleve a cabo y en cambio se inicie con la formulación de un proyecto más integral.

**Fortalezas.**

- El conocimiento de todos los involucrados en el proyecto que induce a su reformulación por un proyecto integral.

**Debilidades.**

- Falta de espacios para el desarrollo del proyecto integral, donde necesariamente se deben reubicar algunos servicios colindantes

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

Se realizó seguimiento al cronograma definido para la ejecución del plan maestro de sostenibilidad ambiental año 2017 al final del año tuvo un cumplimiento del 92.1% y se trabajó la formulación del plan para el 2018.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Fortalezas.**

- Se cuenta con presupuesto para la Gestión ambiental.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

Se elabora listado de equipos para evaluar con la matriz de evaluación de obsolescencia.

Se priorizan los equipos a renovar según criticidad y con ello se elabora propuesta de plan de adquisiciones para el 2018, que fue ajustado con la Subgerencia Asistencial y Administrativa y presentado a la junta directiva el cual fue aprobado. Se analiza resultado de la evaluación con la Subgerencia Asistencial y la Dirección de Apoyo Logístico.

Se presenta informe en Excel de reposición de equipos

Se realizó solicitud de contrato y el contrato para la adquisición de un congelador de plasma, el cual llega en el mes de diciembre, se calificó y se le crea hoja de vida. Se hacen preinstalaciones de Congelador de plasma

Se recibe ventilador mecánico de transporte para urgencias, se realiza capacitación al personal y se entrega a satisfacción.

En el mes de noviembre se programaron 495 equipos para mantenimiento preventivo y realizaron 473 para un cumplimiento del 96% y en el mes de diciembre se programaron 292 y se realizaron 282 para un cumplimiento de 97%. En el bimestre se alcanza un cumplimiento del 96%

En el mes de septiembre se programaron 630 en octubre 608 equipos para mantenimiento preventivo y se realizaron en septiembre 602 y en octubre 576. Total realizados en el bimestre 1178 mantenimientos para

En el mes de noviembre se programaron 269 equipos para control metrológico y realizaron 261 para un cumplimiento del 97% y en el mes de diciembre se programaron 116 y se realizaron 113 para un cumplimiento de 97%. En el bimestre se alcanza un cumplimiento del 97%

Capacitación en el uso de la tecnología (1000 x año)

En enero no se realizaron capacitaciones, y en el mes de febrero se capacitaron 106 personas, en marzo se capacitaron 64, en abril 336, en mayo 40 y en junio 267, en julio 23 y en agosto 267; en septiembre 174, en octubre 138, en noviembre 194 y en diciembre 15.



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

En enero no se realizaron capacitaciones, y en el mes de febrero se capacitaron y en agosto 267, en septiembre 174 y en octubre 138.

En el mes de noviembre respondieron 638 encuestas positivas y en diciembre 514 también positivas.

El índice de satisfacción en el bimestre fue de 100% (Mes de septiembre respondieron 647 encuestas con calificación positiva y en el mes de octubre se respondieron 633 encuestas las cuales fueron positivas).

### **Fortalezas.**

- Metodología propia, con tres años de implementación consecutiva.
- Plan Anual de Adquisiciones realizado de acuerdo a la evaluación de obsolescencia. Se asignó presupuesto para adquisición de nuevos equipos y para reposición.
- Planificar, ejecutar y realizar seguimiento al plan de mantenimiento preventivo y acciones correctivas de los equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial
- Realizar mantenimiento preventivo a 4.248 equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.
- Nuevo software de mantenimiento, ampliación de la base de equipos controlados en el software Keeper.
- Realizar control metrológico equipos biomédicos.
- Laboratorio de metrología en las instalaciones del hospital. Relación a largo plazo con el ITM.
- Capacitación en el uso de la tecnología.
- La realización de las jornadas de seguridad del paciente con buena asistencia del personal se supera ampliamente la meta de capacitaciones programadas pasando de 1000 programadas a 1634 ejecutadas.
- Evaluación y seguimiento (encuestas de satisfacción (9000x año).
- Alto grado de satisfacción.

### **Debilidades.**

- Debido al escaso personal de ingeniería la evaluación se realiza con estudiantes en práctica. La metodología requiere revisión y actualización.
- Con respecto a 2017, mejora la asignación de recursos económicos para la dotación, pero aun así, debido a la dificultad financiera no se hace la renovación necesaria para mantener las condiciones de actualización de la tecnología
- Debido al poco personal no se hace el suficiente y oportuno seguimiento a las actividades que se programan y ejecutan o no.
- Los equipos no aparecen en los servicios, dificultades de inventario y del manejo de éste en los servicios.
- Aunque el número de personas capacitadas aumenta en 2017, el cubrimiento de la capacitación para reentrenamiento no es el adecuado por falta de recursos para programarla y dictarla.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Evaluación y seguimiento (encuestas de satisfacción (9000x año).
- Es difícil que el personal asistencial les firme y reciba el servicio realizado a los técnicos, dicen no tener tiempo.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

Se define la lista de chequeo para el dominio de Gestión del Riesgo, se aplica al equipo de sistemas en los siguientes temas: Conceptos generales, personal implicado en el proceso, definiciones, documentos asociados, administración de roles y perfiles.

Se evidencia que el 100% de los encuestados conoce la existencia de la matriz de riesgo para cada uno de los procesos; aunque no es todo el personal un 13% no tiene clara las actividades o acciones a realizar para apoyar el cumplimiento del eje de gestión de riesgo; se tiene dominio de la política de gestión del riesgo de HGM, algunas personas conocen del tema pero puntualmente al detalle no argumentan o especifican la debida gestión de los riesgos frente a sus procesos. Debido a este hallazgo es importante tomar medidas de sensibilización o tutorías para la gestión de los riesgos según el rol de la persona, solo un poco porcentaje de las personas conocen o discriminan los riesgos por tipo según la política de gestión del riesgo de HGM; se conoce o se tiene identificado el tipo de riesgo Nivel resultante del riesgo después de aplicar los controles,

En el área de sistemas se tiene definidos unos riesgos y cada riesgo tiene un proceso o grupo asociado según su naturaleza o tipo de control de algunas de las personas tiene falencias en identificar dichos grupos o procesos y lo ideal sería que todos tuvieran claro estos puntos debido a que existe una matriz para consolidar toda esta información.

Se define Plan de intervención con las siguientes actividades:

- a. Iniciar desplegando la información en los espacios de tutorías cada ocho días.
- b. Enviar por correo electrónico el resultado de las verificaciones con su informe.
- c. Iniciar con el envío Tips sobre gestión del riesgo.
- d. Realizar tutoría para un despliegue concreto con las preguntas que se obtuvo una calificación por debajo del 90%.
- e. Realizar retroalimentación a los analistas uno por uno para eliminar las dudas.
- f. Aplicar lista de verificación a las personas del área para validar nuevamente el cumplimiento, y
- g. Presentar informe de hallazgos para realizar plan de mejoramiento.

Se implementa el plan de intervención y se hacen las capacitaciones propuestas. Se vuelve a evaluar. Para el año 2018, el alcance de este proyecto, se define para cumplir con el componente de seguridad de la información del MIPG (modelo integrado de planeación y gestión) para ejecutar el proyecto en enero y febrero se realiza la exploración de mercado

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

en busca de proveedores que puedan realizar en paralelo una auditoria al proceso de TI para medir el cumplimiento de lo definido en cuanto a seguridad de la información y un diagnóstico para detectar la brecha existente entre lo implementado actualmente y lo definido por el modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

#### **1.2.1.3.19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

Se logra en la vigencia 2017, obtener la primera línea base de clasificación por la metodología GRD de los pacientes atendidos facturados en el periodo 2010 - agosto 2017, procesando cerca de 155.000 registros contenidos en los RIPS generados en su momento para estos pacientes, esta línea base es un punto de partida a la implementación y puesta en marcha del proceso de implementación de GRD para el periodo 2018, se asigna presupuesto para su continuación, en enero y febrero se trabaja en la extracción del CMBD desde SAP para ser exportado al software de distribución y cálculo de los GRD's.

Se aplica la encuesta para medir el grado de usabilidad y apropiación de los desarrollos sacados a producción en los dos últimos años y que no sean de obligatorio uso, como resultado se tuvo que algunos de los desarrollos no están siendo utilizados o porque no los conocen o porque creen que no lo necesitan, en enero y febrero se definen los planes de intervención para mejorar los indicadores de uso y apropiación, se les presentan a los líderes y directores para su aprobación y la programación del recurso de sus áreas para asistir a las capacitaciones.

Se define no hacer capacitaciones magistrales, buscando tener mejor impacto con las jornadas, se decide para algunos módulos utilizar la metodología de mapas mentales y casos de uso para hacer la transferencia de conocimiento, en otros se realizaran videos y luego evaluación de apropiación.

Se termina de configurar el software para la mesa de ayuda unificada para el área de Gestión Humana, queda pendiente del despliegue a los funcionarios del área para comenzar su uso, en enero y febrero de 2018 no se avanzó en este tema debido a las actividades propias de inicio de año que no permitieron la asignación de tiempo de los funcionarios de esa área.

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

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

**Manejo integral de los residuos:** Se inspeccionó a los diferentes servicios con lista de chequeo, verificando el manejo de los residuos. Capacitación a personas en el tema de manejo de residuos sólidos en los servicios. La clasificación de residuos ha mejorado evidenciado en las inspecciones, disminuyendo la generación de residuos peligrosos e

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

incrementando la generación de residuos reciclables. En el 2017 se inactivaron 110.812,9 Kg correspondientes al 64% del total de residuos Biosanitarios generados por el HGM con un ahorro del 73% equivalente a \$104.667.216 con respecto al costo del proveedor externo.

**Manejo Seguro de las sustancias químicas:** Capacitación, identificación de las sustancias químicas con su respectiva caracterización para todos los servicios de HGM, identificando las sustancias carcinógenas o con toxicidad aguda, etapa de implementación y migración al SGA.

### **Fortalezas.**

- La gestión ambiental está definida desde la formulación del plan estratégico del Hospital.
- Se cuenta con presupuesto destinado a la Gestión ambiental.

### **Debilidades.**

- La ingeniera ambiental no es propia del Hospital, ni se tiene un área responsable y empoderada del sistema de gestión.

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

Las empresas en Colombia que están certificadas en la norma 18001 tienen un favorable avance en la migración del sistema establecido en el decreto unificado del sector trabajo 1072 del 2015.

Por lo anterior y con toda la gestión realizada en el Hospital la evaluación de avances en la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo bajo los estándares mínimos establecidos en la Resolución 1111 del 2017, realizada en noviembre del 2017, califica al Hospital General de Medellín con un 94.5%, lo que nos categoriza como ACEPTABLE. Basados en la exigencia de esa resolución que está en el 2018 en la fase de implementación de mejoras, podemos y de hecho se realizó el plan de trabajo.

Con recursos propios y como lo establece en la ley 1562 del 2012 con la asesoría de la ARL, se está llevando a cabo un cronograma que propende por llevar a máximo cumplimiento de los estándares para finales del 2018.

### **Fortalezas.**

- El Hospital está certificado en la norma 18001, tiene una base mínima sobre el total de ítems del 80% mínimo.
- Grupo de personal al interior del Hospital competente para el desarrollo de los diferentes programas y procesos definidos.
- Acompañamiento de la ARL

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

### 1.2.2.3. Sistema de Gestión / Responsabilidad Social.

Durante este periodo se trabajó en la segunda fase de implementación de la metodología G-4, en la cual se realizó un trabajo de investigación de los indicadores GRI y su aplicabilidad dentro de la institución, se realizó trabajo con cada área de interés para validar cuales aplican a la organización, de igual manera se articularon las dimensiones estratégicas y transversales del Modelo de Sostenibilidad, con los Indicadores de Desarrollo Sostenible.

#### **Fortalezas**

- Se tiene una política con la cual nos comprometemos mediante un comportamiento transparente y ético, contribuyendo al desarrollo sostenible que incluye la salud y el bienestar de la sociedad; tomando en consideración las expectativas de las partes interesadas, cumpliendo con la legislación aplicable y el respeto por los derechos humanos. Además se cuenta con un programa donde se documentan las numerosas acciones para lograr que la responsabilidad social empresarial sea parte de la cultura y el quehacer diario de nuestro Hospital de tal forma que todos identifiquemos su importancia y el valor agregado que con nuestras acciones le damos a esta estrategia, consolidando y divulgando los resultados obtenidos.
- La implementación de la política, el desarrollo de las estrategias del programa y el proyecto de responsabilidad social durante el año 2015, estuvieron enmarcados y direccionados hacia la implementación de prácticas innovadoras y socialmente responsables y sostenibles con nuestros grupos de interés en un marco de transparencia y de gestión ética.
- Para lo cual se adoptó la herramienta de FENALCO solidario “DiagnosticarSE”, desarrollada bajo ocho líneas de intervención, en la cual se consolidó información con las acciones realizadas bajo un enfoque socialmente responsable, haciendo merecedora a nuestra institución de la certificación por el compromiso con la responsabilidad social empresarial.

#### **Debilidades**

- Articular las acciones de responsabilidad social con el proceso de Gestión ambiental para unificar criterios y datos.
- Despliegue del modelo de Sostenibilidad del HGM, para mayor apropiación por parte de los funcionarios.

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

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

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

No hay reporte de avance en el período.

**1.2.2.6. Sistema de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.**

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

Se revisa el informe de recertificación de las normas NTC ISO 14001 e ISO 18001, se identifican las oportunidades de mejora y se ingresan al plan de mejoramiento institucional, se definen las acciones, tiempos y responsables acorde a lo establecido en el modelo de mejoramiento institucional.

Para la etapa de medición al desempeño de los procesos, durante este periodo se aplican todas las estrategias definidas en el cronograma PAMEC 2017: Auditorías internas, visitas de calidad, paciente trazador, auditorías externas de certificación, que para este caso fue la visita para la recertificación en la NTC ISO 18001 e ISO 14001.

Las acciones de mejora son ejecutadas por los diferentes grupos de mejoramiento a los cuales fueron asignadas y se realiza seguimiento sistemático en las reuniones ordinarias de los mismos y en el seguimiento al plan de acción. Los resultados de la ejecución del plan de mejoramiento se presentan en el ítem de plan de mejoramiento de este instrumento.

Se estructura y se publica en el portal de vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud el archivo ST002, que da cuenta de la aplicación del PAMEC para los prestadores de servicios de salud en el marco de lo establecido en la circular externa 002, por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad. La estructura del formato incluye los procesos que fueron ajustados como resultado del aprendizaje organizacional.

En el mes de febrero se inicia con el proceso de autoevaluación cuantitativa y cualitativa de los 158 estándares del sistema único de acreditación en sus tres dimensiones (enfoque, implementación y resultado), como requisito de entrada para solicitar la visita complementaria del ICONTEC y como fuente de mejora derivada del ejercicio de autocontrol.



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Se realiza socialización del PAMEC en la estrategia de despliegue semanal y la comunicación del mejoramiento durante este período se realiza a través de la publicación de las novedades, seguimiento al plan de acción y reuniones de los grupos de mejoramiento.

### **Fortalezas**

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

### **Debilidades**

- Inoportunidad en la ejecución de algunas de las estrategias definidas para medir el desempeño de los procesos.
- No diligenciamiento oportuno del seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento por parte de los responsables.

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

Se realiza el reporte correspondiente a los indicadores de calidad del 2do. semestre 2017 al Ministerio de Salud, a través de las plataformas PISIS y SHIO del sistema de información para la calidad, enmarcado en la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 y en el Decreto 2193 de 2004, el cual debe hacerse semestralmente. Para ello se hace un trabajo en equipo con el área de sistemas y las áreas que deben reportar información, actualmente el informe se obtiene directamente desde BI, de allí se sube a la plataforma PISIS del Sistema SISPRO del Ministerio de Salud y se cargan los indicadores a la plataforma de SHIO.

### **Fortalezas**

- El trabajo en equipo y el compromiso para la implementación de esta norma, dado que en asocio con las áreas de Calidad (Eventos adversos y atención al usuario), cirugía, estadística y Sistemas, se logra hacer un desarrollo en BI que permite obtener la información en forma automática.

### **Debilidades**

- Se tienen algunos archivos que deben ser cargados a BI desde formatos EXCEL con el riesgo de la manipulación de los datos por parte de los funcionarios de las áreas.



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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

Las actividades de este punto se reportan en el Proyecto estratégico N° 8: "Gestionar la Acreditación con excelencia"

### **1.2.3. Estructura organizacional.**

En noviembre 30 de 2017 se expide el acuerdo de Junta Directiva Número 171, por medio del cual se modifica la denominación Oficina de Control Interno a Oficina de Auditoría Interna, razón por la cual se hace necesario una nueva estructuración en el Organigrama Institucional, el cual se encuentra en proceso de elaboración.

#### **Fortalezas**

- Facilita el trabajo en equipo y evita la duplicación de tareas. Está alineada con la planificación estratégica (misión, visión, valores y objetivos a largo plazo), sirve para llevar a la práctica los planes y obtener resultados.

#### **Debilidades**

- Se hace necesario realizar una re-estructuración del organigrama para la definición de funciones y asignación de roles.

### **1.2.4. Indicadores de Gestión.**

#### **1.2.4.1. Indicadores Institucionales.**

Los indicadores institucionales se tienen diseñados por procesos, cada uno de ellos cuenta con su ficha técnica y están dispuestos en tableros de mando, su actualización es responsabilidad de cada dueño de proceso, se hace seguimiento mensual a partir del diagnóstico denominado "Estado de los indicadores", referido a una evaluación mensual desde el área de Estadística. Para el año 2018, se tiene como plan de mejora, la actualización del manual, la implementación de nuevas fichas técnicas y la migración de los tableros de mando, hoy en Excel, a una nueva herramienta tecnológica. Para ello se viene trabajando desde el equipo del estándar de acreditación de Gerencia de información.

#### **Fortalezas**

- Trabajo en equipo para la mejora de la gestión de indicadores institucionales

#### **Debilidades.**

- Tableros de indicadores institucionales en formato Excel que permiten la manipulación manual de datos y el riesgo de distorsión de estos, poca adherencia

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

del equipo directivo a la gestión desde el resultado o comportamiento de los indicadores institucionales.

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

Este ítem es un compendio de los 2 ítems anteriores; en la vigencia de evaluación, se adoptan los nuevos modelos de validación de datos dispuestos por la Secretaría Seccional para los reportes del decreto 2193 de 2004.

#### **Fortalezas**

- El trabajo en equipo y el compromiso para la implementación de esta norma, dado que en asocio con las áreas de Calidad (Eventos adversos y atención al usuario), cirugía, estadística y Sistemas, se logra hacer un desarrollo en BI que permite obtener la información en forma automática. Trabajo en equipo para la mejora de la gestión de indicadores institucionales.

#### **Debilidades.**

- Se tienen algunos archivos que deben ser cargados a BI desde formatos Excel con el riesgo de la manipulación de los datos por parte de los funcionarios de las áreas.

### 1.2.5. Políticas de Operación.

#### 1.2.5.1. Modelo de operación.

En el periodo evaluado no se aprobaron nuevas políticas de operación en la institución; a la fecha se cuenta con 20 políticas institucionales.

Con relación a la documentación del SGIC para la gestión por procesos en el periodo evaluado se realizó lo siguiente: En el periodo del 4 de Noviembre al 3 de Marzo se radicaron 176 solicitudes por el sistema Eurodoc.

Con relación el tiempo promedio de publicación de los documentos de calidad se encuentra en cinco (5) días.

Se realiza acompañamiento y asesoría a los procesos que lo requieran para la utilización de la herramienta y la gestión documental para la calidad.

#### **Fortalezas**

- Sistema Eurodoc con notificación de solicitudes para la creación, modificación y eliminación de los documentos de calidad, su respectiva normalización y publicación, todos con reporte de tiempo para su entrega.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Fortalecer la adherencia al instructivo de creación, modificación y eliminación de los documentos de calidad.
- Fortalecer la adherencia de los funcionarios a los documentos de calidad asociados a su proceso.

**1.3. Componente Administración del Riesgo.**

**1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo.**

**1.3.1.1. Lineamientos de Política.**

En el desarrollo de la implementación proyecto de Cumplimiento de estándares de la NTC ISO 31000, se han realizado una serie de actividades, entre ellas la actualización y ajuste Política y el Programa de Gestión de Riesgos Institucional, que hace parte del marco de referencia, siguiendo las directrices de dicha norma.

Se tiene disponible en la intranet la Política y el Programa de Gestión de Riesgos, el despliegue del programa y la política se realiza en las capacitaciones programada por Proyección Humana y se tiene como tema programado como tema de despliegue en las reuniones administrativas que se realizan en cada una de las áreas.

Otro de los mecanismos utilizados para realizar el despliegue de la política y los temas de Gestión de Riesgos es mediante del aplicativo on-line utilizado para inducción y reinducción de los colaboradores.

**Debilidades**

- Es necesario ampliar la cobertura de capacitación en el tema de Gestión de Riesgos para que el tema sea conocido por todos los colaboradores tanto del nivel estratégico y táctico como el operativo.

**1.3.2. Identificación del Riesgo.**

**1.3.2.1. Identificación del Riesgo.**

Dentro de las directrices definidas para el proceso de Gestión del Riesgo, se determinó la necesidad de definir un lenguaje estándar para identificar, evaluar y reportar los riesgos, nombrarlos e identificarlos de forma única. Como metodología para identificar nuevos riesgos, ajustar los existentes y validarlos, se tomó como referente el objetivo de cada proceso y la definición de riesgo, con la orientación de identificar como riesgo todo aquello que pueda impedir el logro del objetivo del proceso o de los objetivos institucionales.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

Se introdujeron nuevos tipos de riesgos dentro de las subcategorías de riesgo: lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT), financieros (mercado, crédito, liquidez) y corrupción, todo esto con el fin de que dichos riesgos sean gestionados y se les realice seguimiento y monitoreo en los procesos pertinentes.

Se actualizó el inventario institucional, revisando y a la vez validando la identificación de riesgos en cada proceso, actividad que se llevó a cabo con el acompañamiento personalizado de la coordinación de riesgos con los responsables de los procesos y su equipo de trabajo.

### 1.3.3. Análisis y valoración del Riesgo.

#### 1.3.3.1. Análisis del riesgo.

Se hizo nueva valoración de los riesgos identificados utilizando las variables de probabilidad e impacto.

Se realizaron jornadas de acompañamiento para la actualización de los riesgos por proceso, realizando un acompañamiento a los líderes y sus equipos de trabajo para actualizar las matrices de riesgo. Para ello se planearon tres fases, en cada fase se acompañó a 13 procesos, a la fecha se actualizaron de las 40 matrices.

Se determinó también el riesgo residual por proceso, que permite evidenciar el perfil de riesgo de la institución y es decir el nivel de vulnerabilidad a los posibles eventos de riesgos y lo que es el insumo para implementar los planes de acción para la mitigación y evaluar los tratamientos realizados a los riesgos más críticos.

### **Fortalezas**

- Las matrices de riesgos por proceso están disponibles en una carpeta compartida como una herramienta para ser consultada, diligenciada y gestionada por los responsables, están clasificados por categoría de proceso: Estratégico, de Apoyo, Evaluación y Control y a su vez en macro-procesos específicamente los misionales y los procesos de apoyo.

### **Debilidades**

- Es importante el registro de eventos de riesgos materializados relacionados con las actividades realizadas en cada proceso. Dicha información da cuenta de la efectividad de los controles implementados, es información importante para la evaluación determinar la frecuencia de los eventos y las lecciones aprendidas para que no se vuelva a materializar el riesgo.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

#### 1.3.3.2. Evaluación del riesgo

Una vez validados y valorados los riesgos, se revisaron los controles que se vienen implementando para mitigar los riesgos identificados en cada proceso, dependiendo la naturaleza de los riesgos, del momento en el ciclo de ocurrencia del riesgo y del tipo de gestión realizada proactiva o reactiva.

#### 1.3.3.3. Monitoreo y revisión.

Se realizó una autoevaluación de la Gestión de los riesgos través del Aon Risk Maturity Index, herramienta utilizada para capturar y evaluar las prácticas de riesgos de la institución y proporcionar realimentación en forma de una calificación de Madurez de la Gestión de Riesgos.

Esta herramienta había sido utilizada en el 2014 con un resultado de 1,5 dentro de un rango de 1- 5, donde el promedio para empresas del sector salud en ese año había sido de 3,0.

En el año 2017 a pesar de contar con un gestor de riesgos, nos volvió a dar el mismo resultado la explicación primero es un índice muy exigente y requiere una estructura de riesgos muy establecida en el gobierno corporativo, un compromiso y posicionamiento de la alta dirección sobre el tema.

Desde la coordinación de gestión de riesgos el trabajo realizado en el año 2017, se basó en reconstruir el enfoque de la gestión de riesgos institucional, mejorando la herramienta de las matrices de riesgos, enseñando como diligenciarla y acompañando los procesos de identificación y evaluación de riesgos, promoviendo la homologación del lenguaje y empezando a crear conciencia de la importancia de la gestión de riesgos en la institución.

#### **Debilidades**

- Desde la gestión de riesgos es importante mejorar el conocimiento desde el nivel operativo, es decir desde de los colaboradores de como a ellos los pueden afectar los riesgos y a la institución; que entiendan el valor agregado de la gestión de riesgos y como ellos son los protagonistas desde su labor del día a día, siendo una de las líneas de defensa para su mitigación.
- Según el informe de autoevaluación Aon Risk Maturity Index, para avanzar en la madurez de la gestión de riesgos es importante trabajar en los pilares o componentes que se recomiendan en el resultado del informe y que caracterizan a una avanzada gestión de riesgos.
- Según los resultados de la autoevaluación Aon Risk Maturity Index se requiere contar con una estructura de riesgos muy establecida en el gobierno corporativo, para ello es necesario un compromiso y posicionamiento de la alta dirección sobre el tema, puesto que es desde allí es donde deben partir las directrices para gestionar el riesgo que impidan el logro de los objetivos institucionales, haciendo parte de la

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

primera línea de defensa y como también la alta dirección debe definir las responsabilidades en los niveles tácticos para la supervisión de los riesgos, funcionando como segunda línea de defensa para la mitigación de los riesgos.

#### 1.3.3.4. Mapa de riesgo.

Los riesgos se integraron en un mismo instrumento en el mapa de riesgos institucional, en dicho mapa están incluidos los riesgos de la gestión en la operación de cada proceso, riesgos de seguridad de la información, lavado de activos y financiación del terrorismo-LA/FT, corrupción, seguridad y salud en el trabajo, entre otros.

El mapa de riesgos consolidado nos permite tener una visión holística de la institución e identificar la criticidad de los riesgos, para su priorización e intervención.

## II. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

*Dentro del proceso de mejoramiento continuo en la entidad, este módulo considera aquellos aspectos que permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de la entidad pública; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los Planes, Programas y Proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización Pública.<sup>3</sup>*

### INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

#### II. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Esquema Nro. 3. Componentes Módulo de Planeación y Gestión.

<sup>3</sup> Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – DAFP. 2014

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

---

## AVANCES

---

### 2.1. Componente Autoevaluación Institucional.

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

##### 2.1.1.1. Enfoque de autoevaluación.

Durante este periodo se inicia con el proceso de autoevaluación cuantitativa y cualitativa de los 158 estándares del sistema único de acreditación como requisito de entrada para solicitar la visita complementaria del Icontec.

Se ajustan los instrumentos a utilizar en el ejercicio, se realiza un taller previo a los nuevos integrantes de los grupos de segundo nivel y se inicia con la autoevaluación para los siguientes grupos: Cliente asistencial, direccionamiento y gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gerencia de la información, gestión de la tecnología.

Las oportunidades de mejora identificadas en este ejercicio se llevarán a las reuniones ordinarias de los grupos para correr el modelo de mejoramiento institucional.

#### **Fortalezas**

- Ejercicio planificado y liderado metodológicamente por personal entrenado.

#### **Debilidades**

- Se debe continuar con el entrenamiento a los nuevos integrantes de los grupos de mejoramiento para fortalecer las competencias en el ejercicio de autoevaluación de los estándares de acreditación.

##### 2.1.1.2. Revisión por la Dirección.

No hay reporte de avance en el período.

### 2.2. Componente Auditoría Interna.

#### 2.2.1. Auditoría Interna.

##### 2.2.1.1. Plan de Auditorías Independientes.

Desde el mes de noviembre 2017 a febrero 2018 se ejecutaron las siguientes auditorías:

- Gestión de la contabilidad.
- Gestión de la adquisición de bienes y servicios.



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Trasplante de tejido.
- Gestión de Activos Fijos.
- Modelo de mejoramiento institucional.
- Información exógena -medios magnéticos.
- Conducción de Ensayos clínicos.

El plan anual de auditoría 2017 se ejecutó en un 95%; y se elaboró y aprobó el plan anual de auditoría 2018.

Se presentaron en los tiempos previstos los siguientes informes:

- Evaluación del sistema de quejas y reclamos;
- Seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano;
- Evaluación del control interno contable.
- Evaluación por dependencias.
- Informe de medición de la percepción ética.

### **Fortalezas**

- Mejoramiento en la estructura de los informes de auditorías, informes legales y la evaluación por dependencias.

#### **2.2.1.2. Fortalecimiento de la Oficina de Auditoría Interna.**

Se adoptaron los siguientes cambios:

- Cambio denominación de Oficina de Control Interno por Oficina de Auditoría Interna.
- Cambio denominación de Asesor de Control Interno por Jefe de Auditoría Interna.
- Cambio de denominación Profesional universitario 1 (control interno) por Profesional universitario 1 (Auditoría Interna)
- Modifica organigrama funcional: Oficina de Auditoría Interna depende de Junta Directiva y Alcalde.
- Ubica al nivel de las Subgerencias el cargo de Jefe de Auditoría Interna.
- Suprime cargo de Secretaría y aprueba crear cargo de Técnico Administrativo (Auditoría Interna).
- Aprueba crear una plaza de Profesional universitario 1 (Auditoría Interna).
- Aprueba ubicar el cargo de enfermera como Profesional de Auditoría Interna.

#### **2.2.1.3. Auditorías de certificación externas.**

En este período no se presentaron auditorías externas.



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

#### **2.2.1.4. Auditoría NTC 14.001.**

En vista que no se cumplían varios criterios de la versión 2015 de la norma, la auditoria externa del Icontec se realizó con la versión 2004, logrando la recertificación con esta versión. El Icontec tiene como plazo para implementar la norma con versión 2015 hasta septiembre de 2018. Las no conformidades y oportunidades de mejora encontrados fueron priorizados y evaluados mediante la metodología del Hospital, estableciendo el plan de trabajo que fue aprobado por los auditores y llevados al plan de Mejoramiento institucional.

Se realizó la gestión para que una entidad experta acompañe en la metodología de asesoría al Hospital en la migración a la norma con la versión 2015. Se aprobó el presupuesto, se eligió la empresa y se iniciarán actividades por tardar a mediados de marzo del 2018. Los entregables de la asesoría cumplen con la migración completa a la nueva versión de la norma, permitiendo así una próxima auditoría interna finalizando abril de 2018 y la auditoria con Icontec en el mes de junio del mismo año.

#### **Fortalezas**

- Se hará un trabajo enfocado con una meta y un objetivo medible.

#### **Debilidades**

- Tiempo reducido para la realización de todo el trabajo de asesoría y migración.

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

Se realizó la auditoria externa con el Icontec, logrando la recertificación. Las no conformidades y oportunidades de mejora encontrados fueron priorizados y evaluados mediante la metodología del Hospital, estableciendo el plan de trabajo que fue aprobado por los auditores y llevados al plan de Mejoramiento institucional.

#### **Fortalezas**

- Grupo de trabajo, definición plan de trabajo para el año, previo a la auditoria

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

No hay reporte sobre el avance en el período.

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

No hay reporte sobre el avance en el período.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### **2.3. Componente Planes de Mejoramiento.**

#### **2.3.1. Plan de Mejoramiento.**

##### **2.3.1.1. Plan de Mejoramiento Institucional.**

Durante este periodo ingresaron nuevas oportunidades de mejora derivadas de la visita de certificación de las normas técnicas relacionadas con los sistemas certificables de salud y seguridad en el trabajo y gestión ambiental.

Para la vigencia 2017 se tiene un total de acciones programadas de 227 y acciones ejecutadas de 218, para un resultado final del indicador de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención del 96%.

Se inicia el plan de mejoramiento del año 2018 con la 114 oportunidades de mejora restantes.

#### **Fortalezas**

- Mayor sistematicidad en la ejecución de las reuniones de los grupos de mejoramiento y en la adherencia al modelo.
- Modelo de mejoramiento referente en el medio.

#### **Debilidades**

- Se debe continuar con el fortalecimiento de la adherencia al modelo en cuanto a la oportunidad del registro de los avances en el plan de mejoramiento por parte de los responsables de las acciones.

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

A la fecha están en proceso de elaboración los planes de mejoramiento de las auditorías de gestión de la contabilidad, gestión de la adquisición de bienes y servicios, trasplante de tejido, gestión de activos fijos y conducción de ensayos clínicos

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

En el aplicativo “Gestión Transparente” de la Contraloría, se elaboraron y publicaron los planes de mejoramiento de las siguientes auditorías:

- Auditoría regular vigencia 2016.
- Auditoría especial facturación y recaudo.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

### 2.3.1.4. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.

Actualmente está en proceso la elaboración del respectivo plan de mejoramiento del informe de la Revisoría Fiscal.

## III. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

*Este eje es transversal a los Módulos de Control del Modelo, dado que en la práctica las organizaciones y entidades lo utilizan durante toda la ejecución del ciclo PHVA; de tal manera, que complementa y hace parte esencial de la implementación y fortalecimiento de los Módulos en su integridad.*

*La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización.<sup>4</sup>*

### INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

#### III. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

##### ELEMENTO

3.1. Información y comunicación interna.

3.2. Información y comunicación externa.

3.3. Sistemas de información y comunicación

Esquema Nro. 4. Componentes Módulo de Planeación y Gestión.

## AVANCES

### 3.1. Componente de Sistema de Información y Comunicación.

#### 3.1.1. Sistemas de Información.

Entre noviembre y diciembre salen a producción 15 casos de la plataforma SAP, el valor invertido en consultoría para el año 2017 es de \$ 589.479.000. En los meses de enero y

<sup>4</sup> Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – DAFP. 2014

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

febrero de 2018, salieron a producción 16 casos de los diferentes módulos de SAP, se trabaja en la parametrización del software de evaluación de desempeño para el año 2018.

Adicionalmente, en el mes de noviembre sale a producción la toma de muestras de laboratorio clínico por parte del personal del laboratorio clínico, para ello, se implementó la impresión de las etiquetas en impresoras inalámbricas y se ajustó el programa de laboratorio clínico para soportar el cambio. Se realizó la actualización del antivirus en todos los computadores de la red de datos del Hospital mejorando la protección contra ataques de este tipo. Se continua con el monitoreo de los consumos de internet, telefonía e impresión y se toman los correctivos necesarios a través de los líderes de las áreas.

Entre noviembre y diciembre salen a producción 15 casos de la plataforma SAP, el valor invertido en consultoría para el año 2017 es de \$ 589.479.000.

### **3.1.2. Desarrollo Tecnológico.**

En servidores: Actualización, aseguramiento y publicación de la Intranet; y montaje del servicio antispam,

Estabilización del servicio de llamado de enfermería, ejecución del plan de mejoramiento de Backup para automatización del proceso e inclusión de servicios en su totalidad

En Redes: Limpieza de políticas en equipo Firewall, creación y aplicación de políticas IPS, cambio de equipos Core, aumento de seguridad con creación de perfiles de seguridad

Actualización de equipos para señal inalámbrica.

En Telefonía: Aumento de la seguridad con ejecución de características de seguridad en servidores.

En Antivirus: Instalación de nueva consola antivirus, generación de políticas anti ransomware, políticas de seguridad para equipos que salen del HGM.

Tanto el canal como los servidores de Sap estuvieron en noviembre y diciembre al 100% de la disponibilidad. El Consolidado de la disponibilidad servidores SAP en UNE periodo enero - diciembre 99,96%. Igual comportamiento para los meses de enero y febrero de 2018.

Con corte al mes de diciembre se tienen 704 computadores propios y 124 alquilados, el valor de alquiler acumulado al año es de \$203.503.377. Se gestiona el inventario de licencias y de equipos garantizando la disponibilidad de equipos para la prestación del servicio. Para febrero se continúa con 704 computadores propios y 147 equipos alquilados, se continúa con el control de licenciamiento.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

#### 3.1.3. Derechos de Autor de Software.

Se presenta el informe de Derechos, el cual es registrado en la página [www.derechosdeautor.gov.co](http://www.derechosdeautor.gov.co), en el cual se consigna la información básica solicitada como el número de equipos en la institución los cuales son 705 y los controles que se tienen implementados como: Se han aplicado políticas dentro del controlador de dominio de modo tal que solamente las personas de soporte técnico sean las autorizadas para la instalación de software en los equipos, Instalación de software sólo puede realizarse a través de una solicitud directa al grupo de sistemas.

Adicionalmente, se solicita la verificación de los acuerdos de licencia del Software por parte del analista de inventario para aprobar o denegar la instalación de un nuevo software solicitado.

Así mismo al momento de dar de baja al equipo, también se da de baja al sistema operativo, ya que este es único a la máquina, las licencias de office quedan disponibles para ser utilizadas en otras máquinas ya que el licenciamiento es por volumen, y estas pueden ser usadas en otros equipos siempre y cuando la versión se encuentre registrada en la página de Microsoft a nombre del Hospital General. Del mismo modo, se realiza la liberación de las licencias de los demás software comercial que así lo requiere, tales como: Antivirus, Nitro PDF, Adobe Acrobat Professional, entre otros.

#### 3.2. Componente Comunicación.

##### 3.2.1. Información y comunicación interna.

###### ▫ Información a la comunidad hospitalaria.

El público interno del Hospital se informa a través del sistema de carteleras que está compuesto por carteleras informativas y educativas; en las informativas se tienen dos carteleras digitales en los ascensores cuya distribución de contenidos fue de un 70% informativas y en un 30% educativas; y 10 carteleras generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleras de los servicios. Igualmente, se mantuvo informado al personal a través del correo electrónico y de la intranet que en el periodo tuvo 6.326 usuarios y 190.695 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de google analytics. Durante el periodo se realizaron seis novedades institucionales con las noticias de la institución.

###### ▫ Campañas:

En noviembre finalizó la campaña de Vivo los Valores con el valor de la seguridad; desde Comunicaciones se apoyó con afiches, descansa pantalla y papel tapiz. En los meses de enero y febrero se propuso diseñar las campañas del silencio que busca recuperar este valioso activo para la pronta recuperación de los pacientes y colocar al Hospital dentro de la normatividad general como institución prestadora de servicios de salud. Se tiene lista para el

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

despliegue la campaña "Vale la Acreditación" como instrumento comunicativo para movilizar a todos los servidores del Hospital en pro de lograr el mejor resultado en las visita de Acreditación. Se trabaja en la implementación de una campaña para concientizar a los servidores en el correcto uso de los baños y sistemas de alcantarillado de la institución; igualmente, en la implementación de los nuevos pictogramas que identifican el manejo y uso correcto de las sustancias químicas. En febrero apoyamos la campaña de la celebración de la Jornada Mundial del Enfermo con el diseño y entrega de material impreso para este fin. Se viene trabajando en la adopción de los emblemas que distinguen la Misión Médica tanto en la planta física como en los vehículos adscritos al Hospital.

#### ▫ **Eventos institucionales:**

Se realizó informe de gestión a noviembre de 2017 a la comunidad hospitalaria, igualmente se realizó la socialización de la encuesta de percepción ética con la oficina de Auditoría Interna. En conjunto con la oficina de Proyección Humana se apoyaron los eventos de navidad como novenas, concurso de pesebres.

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

El indicador promedio de la comprensión de la información institucional se lleva cada mes teniendo diferentes fuentes de dato como son las listas de chequeo de visitas de calidad de direccionamiento y gerencia, gerencia de la información, SySO y medio ambiente, practicas seguras, y ambiente físico.

### 3.2.2. Información y comunicación externa.

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

De noviembre a diciembre se realizaron 4 jornadas, se atendieron 543 personas atendidas, de las cuales al 16% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99%.

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

Se mantienen las tres carteleras digitales para usuarios en sala de espera del segundo piso y en ginecobstetricia con contenidos segmentados para ellos son un 70%, informativas y en un 30%, educativas. Página web actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización del 94%, con un total de 76.944 usuarios y 158.959 visitas a las diferentes secciones de la página durante el periodo, de acuerdo con las estadísticas de google analytics. Perfil en Facebook al 3 de marzo se tenían 12.929 fans y en el perfil de twitter 70 seguidores.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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

Relacionamiento con usuarios y comunidad en general: A 123 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños durante este periodo. Igualmente se solicitaron 389 citas web de medicina especializada y 21 citas de ayudas diagnósticas. En el Chat se atendieron 479 persona durante el periodo. Igualmente se realizó la entrega de regalos de Navidad con los niños hospitalizados.

### ▫ **Relacionamiento medios de comunicación.**

Relacionamiento medios de comunicación: Durante el periodo se enviaron 12 boletines de prensa y tres comunicados a 56 periodistas para su difusión en los medios de comunicación. Los temas fueron: El Hospital se mantiene como el mejor hospital público de América Latina, HGM reconocido en el 33 Club Bench de experiencias exitosas, contrato con las Fuerzas Militares de Colombia, convenio con el Sena Tecnoparque Nodo Medellín, informe de gestión enero-noviembre 2017, innovación y competitividad en el HGM, donación de sangre, recertificación en Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, Alcalde de Medellín nombra gerente encargada, servicios de consulta externa y ayudas diagnósticas en el hospital. Algunos de estos temas fueron publicados por medios de comunicación de la ciudad como El Mundo, El Tiempo, El Colombiano, Teleantioquia, Blu Radio.

### **Señalización:**

En noviembre y diciembre se ejecutó el 50% del valor del contrato de señalización, quedando pendiente para el 2018 la culminación del contrato.

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

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

En el período evaluado se recibieron 947 manifestaciones las cuales fueron clasificadas como reclamos, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones, 206, 31, 545 y 165 respectivamente.

El seguimiento se realiza mediante los indicadores:

- Índice Combinado de Satisfacción con un promedio para el período de 17,81;
- Índice de reclamaciones con un promedio de 8,91 por cada 1000 usuarios atendidos;
- Promedio de tiempo de respuesta a Reclamos y Sugerencias con 7,97 días;
- Reclamaciones respondidas dentro de los tiempos 83,90%;



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- La medición de la Calidad de la respuesta a Reclamos y Sugerencias para el primer semestre de 2017 arrojó que a los usuarios a los cuales se llamó y quedaron satisfechos con la respuesta brindada por el hospital fue de 81,82%.
- Se observa el incremento respecto al último estudio, 2016-2 el cual fue de 72,54%.
- La medición de satisfacción anual para 2017 fue de 95,7%

### **Fortalezas**

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

### **Debilidades**

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

### **3.2.4. Rendición de cuentas.**

Para el informe de gestión de 2017 la audiencia pública de rendición de cuentas se tiene programada para el mes de marzo de 2018.

En el periodo se publicaron en la página web los informes de gestión aprobados por la Junta Directiva de los bimestres septiembre - octubre y noviembre - diciembre, adicionalmente fue publicado por el área de comunicaciones en la intranet institucional en novedades el informe de gestión de los mismos períodos.

### **Fortalezas**

- Publicación permanente por los medios Institucionales de la gestión.

### **Debilidades**

- Poca afluencia de asistentes a pesar de la convocatoria abierta

### **3.2.5. Gestión documental.**

#### ▫ **Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición.**

- Número de derechos de petición sin respuesta oportuna: 950; promedio mensual del 30,71%



## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Número de derechos de petición con respuesta oportuna: 1.926; promedio mensual del 69,29%.
- **Estado de las Tablas de Retención.**
  - Se recibieron convalidadas por el Consejo Departamental de Archivos para proceder a su publicación y aplicación.
- **Estado de las Tablas de Valoración Documental.**
  - Fueron devueltas al Consejo Departamental de Archivos con la justificación de la no existencia de las historias clínicas desde la creación del Hospital hasta 1986, por la aplicación de la norma existente en su momento. Se espera recibir las convalidadas ya que se cumplió con todos los requerimientos en su elaboración.
- **Proyecto de Digitalización de Historias laborales y de salud ocupacional del personal activo, resoluciones y acuerdos.**
  - Se están estudiando las propuestas para su ejecución durante 2018.
- **Plan de Mejoramiento Gestión Documental "Cero Papel"**
  - Este plan implica que los documentos en soporte papel no vuelvan a circular por las áreas del HGM y por lo tanto la modificación de los procesos. Gestión Documental se ocupa del tratamiento técnico de los documentos en soporte papel (se eliminan los archivos de gestión) que consta de la retención de documentos que:
    - Ingresan al HGM: Se inicia con las facturas y comunicaciones oficiales recibidas en taquilla de Gestión Documental.
    - Se producen en el HGM: Se iniciará con el área de Contratación.
    - Intercambio entre áreas: Elaboración de documentos en el área de Gestión Humana de forma masiva, con firma digital.

### **Fortalezas.**

- El software de Gestión Documental EURODOC, fue dotado de alarmas que avisan el vencimiento de términos para la respuesta a los derechos de petición, a cada uno de los gestores documentales del HGM, con el fin de contribuir a mejorar la oportunidad en el cumplimiento del indicador.
- Con su aplicación en todos los archivos de gestión se optimizan de los espacios. Con su actualización se formalizan todos los documentos producidos por la entidad.
- Con su aplicación en el archivo central y de gestión, se optimizan los espacios y surge el Archivo Histórico.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Con el proyecto de digitalización de las historias laborales surge la inmediatez para el acceso a la información, seguridad de la información y protección del documento en soporte papel.
- Inmediatez para el acceso a la información, seguridad de la información, protección del documento en soporte papel, centralización de los archivos que brinda manejo técnico de la información, el personal de las áreas disponen de todo el tiempo para sus labores y la planta de cargos del área de Gestión Documental debe ser conformada por personal idóneo en archivística.

### **Debilidades.**

- Las respuestas a los derechos de petición se están realizando al tope del tiempo establecido, lo que implica que en muchas ocasiones no se cumple con la entrega dentro de los términos del tiempo y deben hacerse pagos honorarios por dichos incumplimientos, de parte del HGM.
- El Consejo Departamental de Archivos se toma mucho tiempo para el envío de las correcciones que se deben hacer a las tablas, esto ha ocasionado que el HGM no tenga todavía sus tablas convalidadas a pesar de que se elaboraron en el año 2014.
- El Consejo Departamental de Archivos se toma mucho tiempo para el envío de las correcciones que se deben hacer a las tablas, esto ha ocasionado que el HGM no tenga todavía sus tablas convalidadas a pesar de que se elaboraron en el año 2014.
- El HGM debe conformar un centro de digitalización para agilizar la consulta de las demás series documentales, para contribuir con la conservación documental y la inmediatez de la recuperación de la información.
- Estructurar de nuevo todos los procedimientos del HGM.

### **3.2.6. Plan de comunicaciones.**

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

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

Se publica y se mantiene actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos e idiomas. Al 28 de febrero se tenía el 94% de la información actualizada

### **3.2.8. Participación ciudadana.**

Dando cumplimiento a la Política de Participación Social en Salud, permanentemente por los diferentes medios Institucionales y de forma personalizada, se promueve en los usuarios el derecho a hacer parte de la asociación de usuarios; se utiliza además el escrito publicado en el reverso del formato de Gestión de reclamos y sugerencias.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

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

### **Fortalezas**

- Desde la alta dirección se brinda apoyo para promover los espacios de participación

### **Debilidades**

- Debido a las características propias de los usuarios atendidos, la Asociación de Usuarios no está fortalecida.

## **IV. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.**

### **1.1. Normativa.**

- Decreto 648 de 2017 en especial el artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes al Decreto Nacional 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública
- El Decreto Nacional 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, establece:

- Título 21. Sistema de Control Interno.  
Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias:

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

- Título 21. Sistema de Control Interno.  
Capítulo 3. Sistema Institucional Nacional de Control Interno, así definido por el Art.7 del Decreto 648 del 19 de abril de 2017, dispone lo siguiente:

Artículo 2.2.21.3.4. Planeación. Establece: “a) (sic) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces: Evalúa el proceso de planeación, en toda su extensión; implica, entre otras cosas y con base en los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores definidos, un análisis objetivo de aquellas variables y/o factores que

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

se consideren influyentes en los resultados logrados o en el desvío de los avances. La identificación de estas variables, su comportamiento y su respectivo análisis permite que la formulación de las recomendaciones de ajuste o mejoramiento al proceso, se realice sobre soportes y criterios válidos y visibles fortaleciendo así la función asesora de estas oficinas”.

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

Artículo 2.2.21.3.6 Ejecución. Establece: “b) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, evalúa los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional”.

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”.

## 1.2. Concepto

Con fundamento en la información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes de los módulos y el eje transversal que sirvieron de base para la elaboración del presente Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín, del período del 4 de noviembre de 2017 al 3 de marzo de 2018, se puede conceptualizar que:

1. El Hospital General de Medellín, cuenta con un Sistema Institucional de Control Interno 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. La Entidad tiene definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en sus procesos. Afortunadamente se viene nombrando en propiedad en cargos claves de la organización especialmente en el área financiera. Es necesario garantizar el entrenamiento a los nuevos funcionarios integrantes de los grupos de mejoramiento para fortalecer las competencias en el ejercicio de autoevaluación de los estándares de acreditación.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

3. Los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional. Sin embargo es conveniente estructurar y actualizar los todos procesos institucionales.
4. Debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes periódicos requeridos, para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías independientes a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema Institucional de Control Interno. 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.
5. Es de resaltar que el presente Informe, incluye las debilidades observadas en cada uno de los componentes lo que muestra el interés de la entidad por procurar su mejoramiento continuo, entre las cuales se menciona: alta manualidad en el registro de las novedades y en la capacitación del personal, no iniciación de las actividades de bienestar programadas, débil cultura de gestión de proyectos, debido a la dificultad financiera no se hace la renovación necesaria para mantener las condiciones de actualización de la tecnología,
6. Se debe fortalecer la participación de los diferentes grupos de interés en la estrategia de la rendición de cuentas de la institución.

**FUENTES:**

1. Información diligenciada por los responsables en el formato diseñado por la Oficina de Control Interno “Formato Informe Cuatrimestral Sistema Institucional de Control Interno”, del período 4 de julio a 3 de noviembre de 2017.
2. Informe de Avance Plan de Acción 2017.
3. Informe de Auditorías 2017.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento 2017.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

**ELABORACIÓN DEL INFORME:**

Participaron en la elaboración del presente Informe:

José Heriberto Vargas Lema.

Profesional de Auditoría Interna.

María Janeth Agudelo Arango

Profesional de Auditoría Interna.

Carlos Uriel López Ríos.

Jefe de Auditoría Interna.

Oficina de Auditoría Interna.  
Hospital General de Medellín  
Medellín, marzo de 2018.