

---

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
*Construimos Confianza*

**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL  
ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS  
Asesor de Control Interno

JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA  
Profesional Control Interno

MARÍA CENOBIA MUÑETÓN JIMÉNEZ  
Secretaria

Medellín  
2016

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**PRESENTACIÓN**

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

**PERÍODO EVALUADO: 4 de julio a 3 de noviembre de 2016**

Carlos Uriel López Ríos  
Asesor de Control Interno

Fecha de elaboración: 10 de noviembre de 2016  
Fecha de publicación: 20 de noviembre de 2016

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones y en especial a lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 presenta el Informe cuatrimestral pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno del Hospital General de Medellín 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, correspondiente al período del 4 de julio al 3 de noviembre de 2016.

Desde la Oficina de Control Interno, **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.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL  
INTERNO  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>4</b>
1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.....	4
1.1.1. Acuerdos, compromisos o protocolos éticos.....	4
1.1.2. Desarrollo del talento humano.....	5
1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	10
1.2.1. Planes programas y proyectos.....	10
1.2.2. Modelo de Operación por procesos.....	12
1.2.3. Estructura organizacional.....	18
1.2.4. Indicadores de Gestión.....	18
1.2.5. Políticas de Operación.....	18
1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.....	19
1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo.....	19
1.3.2. Identificación del Riesgo.....	20
1.3.3. Análisis y valoración del Riesgo.....	20
<b>2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....</b>	<b>22</b>
2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.....	22
2.1.1. Autoevaluación del Control y gestión.....	22
2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA.....	23
2.2.1. Auditoría Interna.....	23
2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.....	24
<b>3. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....</b>	<b>26</b>
3.1. COMPONENTE INFORMACIÓN.....	27
3.2. COMPONENTE COMUNICACIÓN.....	28

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

## 1. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO

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.

### AVANCES

#### 1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.

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

- **Código de Ética y Buen Gobierno.**

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno, el cual está asociado al proceso de Gestión de la Planeación. Su última actualización se realizó el 14 de abril de 2016, en la cual se ajustaron los elementos estratégicos, derivados del ejercicio planificador del período 2016-2027.

El Código de Ética y Buen Gobierno está publicado en la Intranet para el conocimiento y consulta de todos los funcionarios.

#### Fortalezas:

- La entidad utiliza diferentes estrategias del plan de comunicación institucional para realizar el despliegue del código de ética y buen gobierno en todas las dependencias.
- Sistemáticamente se realiza la medición de la percepción ética.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

Debilidades.

- El Código de Ética y Buen Gobierno, es un documento tipo cartilla que contiene los elementos estratégicos desactualizados. Se está definiendo la forma de actualizarlos sin perder el contenido vigente.

**1.1.2. Desarrollo del talento humano.**

▫ **Planta de cargo y manual de funciones.**

El Hospital cuenta con una planta de cargos compuesta por 143 cargos y un total de 1.338 plazas. Se tienen 1.121 funcionarios vinculados de los cuales, 443 son provisionales, 293 son de carrera administrativa, 362 temporales y 11 trabajadores oficiales.

La entidad tiene un manual de funciones y competencias, que actualizó y está pendiente de aprobación por parte de la junta directiva. En la actualización participaron los directores y líderes responsables de cada una de las áreas y contó con la asesoría del grupo consultor Coaching.

- Se expidió la Resolución 229 del 17 Mayo de 2016 que actualizó las disciplinas académicas en el Manual de funciones de los empleos que exijan como requisitos el título o la aprobación de estudios en educación superior que trata el artículo 23 del Decreto Ley 785 de 2005, según lo establecido en el Acuerdo 2884 de 2014, según las clasificaciones en el SNIES.
- De acuerdo a lo establecido en la Ley 1164 de 2007, para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud se requiere acreditar Tarjeta profesional como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud a los cargos: bacterióloga, medicina, enfermería, fisioterapia, químico farmacéutico.
- Entre las modificaciones realizadas están las siguientes:
  - Se realizaron cambios en la descripción de las funciones y se agregaron nuevas.
  - Se eliminaron las actividades y funciones que ya no aplican al cargo.
  - Se dejaron como mínimo 10 funciones en cada cargo.

Fortalezas

- Con el ajuste del manual de funciones, se actualizaron las funciones reales que corresponden al cargo, así como ampliación de profesiones en requisitos de formación establecidos en el Acuerdo 2484 de 2014, lo que permite ampliar las profesiones.
- Con la publicación en la intranet del manual permite que cada uno de los funcionarios consulte sus funciones, así como se tiene evidenciado los cargos y vacantes existentes para ser provistas.

Debilidades

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Es necesario terminar el estudio que se tiene sobre capacidad instalada realizado por la Subgerencia Asistencial y ajustarlo con el instructivo de planeación de recurso humano que se realizó en Gestión Humana.

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

El Plan tiene presupuesto para el 2016 de \$350.000.000 y se ha logrado una cobertura del 88% de los funcionarios capacitados; presenta un cumplimiento del presupuesto de 66%, y con una satisfacción del 90%.

#### Debilidades

- Los responsables de las áreas no tienen claro que las capacitaciones deben ser direccionadas desde el área de Proyección Humana para que estas puedan ser consolidadas y costeadas.

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

Se cuenta con una plataforma de inducción y re-inducción virtual en convenio con Universidad CES mediante la cual los nuevos funcionarios, contratistas y estudiantes cumple con el requisito de ingreso, que se certifica, en temas como: Inducción general, SGIC, SAP.

#### Fortalezas

- Permite a los funcionarios, contratista y estudiantes conocer del Hospital antes de ingresar y con relación a la reinducción reforzar los temas y conocer los cambios presentados en la Institución.

#### Debilidades.

- Actualmente la plataforma está desactualizada en todo lo concerniente al Plan estratégico; igualmente con ésta se han presentado dificultades ya que el espacio de visitas a este es muy reducido y debe ser limpiada cada vez que ésta se llena, lo que genera en algunos casos pérdida de la información que ya se había diligenciado.

#### ▫ **Programa de Bienestar.**

El Programa de Bienestar cuenta con un presupuesto de \$914.000.000 con una ejecución de \$633.815.439, que representa el 69%. Se han realizado las actividades sociales, culturales y deportivos, con un cumplimiento del 70% de las programadas para el año 2016 con la participación de funcionarios y su grupo familiar.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

El Programa de Vivienda cuenta con un presupuesto para el año 2016 de \$2.463.353.029 y mediante el cual se han favorecido 68 funcionarios en las modalidades de compra de vivienda, reforma y crédito hipotecario. Los recursos presentan el siguiente movimiento:

Recursos desembolsados:	\$ 728.676.200
En trámite de escritura:	\$ 211.199.983
Pendiente trámite de documentos:	\$ 289.950.110
Saldo pendiente para adjudicar:	\$1.233.526.736

#### Fortalezas

- La alta participación del grupo familiar de los funcionarios a las actividades programadas de bienestar.
- Los beneficios del 50% en consultas médicas y ayudas diagnósticas para los funcionarios y su grupo familiar; el mayor porcentaje de las consultas odontológicas y el laboratorio clínico.
- El Programa de Vivienda para los funcionarios en las diferentes modalidades: compra de vivienda, reforma y crédito hipotecario.

#### Debilidades

- La inconformidad de los funcionarios en materia salarial, lo que ha generado desmotivación en las tareas diarias.

#### ▫ **Plan de Incentivos**

En el mes agosto se realizó la exaltación de los mejores donde se premiaron las siguientes categorías:

- Mejor Evaluado: Se exaltaron los funcionarios de carrera administrativa, provisionales, trabajador oficial por niveles, así como los de libre nombramiento y remoción.
- Reconocimiento por años de servicio: quinquenios cinco 10 – 20 - 25 y 30 años de servicio.
- Los funcionarios que se jubilaron en el presente año
- Atención con calidad asistencial y administrativa
- Mejor equipo de trabajo
- Mejor servicio en visitas de calidad
- Fortalecimiento de la investigación
- Grupo de investigación
- Investigación e innovación
- Conducta a la seguridad
- Conducta auto- seguridad

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

#### Fortalezas

- El evento de premiación genera motivación en los funcionarios por haber realizado con excelencia cada una de las categorías.

#### Debilidades

- Por disposiciones de Ley se presentan dificultades para la premiación de contratistas cuando hacen parte de los grupos exaltados.

#### ▫ **Evaluación del Clima Laboral.**

Como parte de la estrategia de potenciar el talento humano y para dar respuesta a la inquietud que tenía el Hospital General de Medellín en relación a la satisfacción laboral que tiene el personal aplica la encuesta de clima laboral con el acompañamiento - ARL SURA en el año 2014.

- Presentar de forma general la estrategia de intervención de los resultados obtenidos y en especial con aquellos que presentan oportunidad de mejora.
- El modelo de satisfacción y gestión humana de ARL SURA para evaluar tres escalas que están interrelacionadas entre sí, cada una de las cuales está compuesta por diferentes variables: escala de disposición personal, escala de satisfacción laboral, escala de reacciones laborales: número de personas encuestadas 507 personas.

#### Fortalezas

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

#### Debilidades

- Poco interés por parte de los directivos para participar en la elaboración de la encuesta.

#### ▫ **Acuerdos de Gestión**

Desde la Gerencia realizó la evaluación de acuerdo de gestión a los directivos en las fechas establecidas por Ley y se concertaron los compromisos para el periodo 2016-2017.

#### Fortalezas

- El compromiso de la Gerencia en el cumplimiento de las fechas para evaluar.
- **Evaluación del desempeño.**



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Se capacita al personal con personal a cargo para realizar la evaluación del desempeño al personal de carrera administrativa del periodo 2015- 2016, igualmente se le socializa al comité de Gerencia el nuevo Acuerdo 565 de 2016 de evaluación del desempeño formato tipo, el cual se deberá aplicar a partir del 01 de enero 2017.

Se hace seguimiento al cumplimiento de la evaluación: de los 298 funcionarios de carrera se evaluaron 288, esto es un 97%. Están pendientes de evaluar ocho e incapacitadas uno. De las evaluaciones realizadas al personal de carrera se tiene que el 66% de los funcionarios obtuvieron una evaluación destacada, el 27% satisfactoria, el 2,6% sobresaliente.

Igualmente se realizó la evaluación del desempeño a los funcionarios en provisionalidad y se concertar objetivos para estos mismos y temporales para el periodo 2016-2017.

#### Fortalezas.

- Contar con una plataforma para elaborar con la herramienta en SAP y realizar dichas evaluaciones.

#### Debilidades.

- Los objetivos concertados y las evaluaciones realizadas por los responsables no lo hacen con la objetividad que se debe realizar tal como lo establece la ley.
- **Entrenamiento en el puesto de trabajo.**

Para el período se registraron seis ingresos: dos en provisionalidad, dos en período y dos de libre nombramiento y remoción: los nombramientos de periodo, uno se realizó a través de convocatoria con entidad externa y el otro fue nombrado en comisión; los dos de libre nombramiento. Se realizó con convocatoria interna, a los cuales se les realizaron los controles de cumplimiento de requisito de Ley, igualmente con las personas que ingresaron a través de contrato de prestación de servicios y se les realizó el entrenamiento en el puesto de trabajo.

#### Fortalezas

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

#### Debilidades.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Se debe continuar con el control para garantizar que estos funcionarios o directores responsables realicen el entrenamiento y entreguen a Gestión Humana para que reposen en sus historias laborales.
- Falta compromiso de parte de los directores para cumplir con esta función.

## 1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

### 1.2.1. Planes programas y proyectos.

- **Plan estratégico 2016 – 2027.**

La junta directiva aprobó el 14 de abril de 2016, el Plan Estratégico 2016 - 2017 en cual contiene la plataforma estratégica (misión, visión, principios y valores, propuesta de valor y mega). Ocho objetivos estratégicos, nueve programas estratégicos y 31 proyectos.

A la plataforma estratégica y a los objetivos estratégicos se les definió los indicadores y su línea de base para medir su nivel de logro en el tiempo.

Los 31 proyectos fueron formulados en una ficha por cada responsable de proyecto con el acompañamiento y asesoría de la firma consultora y la oficina de calidad y planeación. La ficha contiene nombre del proyecto, objetivo general, objetivos específicos, presupuesto estimado, producto o meta del proyecto, acciones, y actividades.

### Fortalezas

- El proceso planificador para la formulación del plan estratégico 2016 - 2027 fue altamente participativo. Se tuvieron en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- Se cuenta con un tablero de mando donde se establecieron los indicadores y las metas para realizar seguimiento al nivel de logro de la misión, visión, propuesta de valor, mega y objetivos estratégicos.

### Debilidades.

- Débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos.
- **Plan de Desarrollo 2016 – 2019.**

El 28 de octubre de 2016, la Junta Directiva aprobó el Plan de Desarrollo 2016 -2019 en cual contiene la plataforma estratégica (misión, visión, principios y valores, propuesta de valor y mega); ocho objetivos estratégicos, nueve programas estratégicos y 18 proyectos, con un plan de inversiones por valor de \$ 3.554 millones.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Se cuenta con un tablero de mando donde se establecieron los indicadores y las metas para realizar seguimiento al nivel de logro de la misión, visión, propuesta de valor, mega y objetivos estratégicos.

#### Fortalezas

- La participación de la junta directiva en la formulación y aprobación del Plan de Desarrollo 2016 -2019, con el análisis y revisión de cada uno de los proyectos.
- La sustentación de cada uno de los responsables de los proyectos ante la junta directiva.

#### Debilidades.

- Por las bajas proyecciones de recaudo por venta de servicios de salud y pensando en la sostenibilidad de la organización, la junta directiva no aprobó los recursos de inversión propuestos para la ejecución del plan, por lo cual se tuvo que ajustar el plan de desarrollo 2016 -2019 a los recursos de inversión aprobados por valor de \$3.554 millones, lo que disminuyó el número de proyectos a ejecutar y su alcance.
- Débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos.

#### ▫ **Plan de Acción 2016.**

La institución cuenta con un plan de acción 2016 período enero - agosto aprobado por la junta directiva, en el cual se establecieron nueve objetivos estratégicos desarrollados a través de nueve programas del Plan de Desarrollo 2012 - 2015, con sus correspondientes acciones y proyectos.

A este Plan se le realiza un seguimiento sistemático, por todo el equipo de trabajo, de manera bimestral: La ejecución del periodo enero - agosto fue del 90,6%; el siguiente es el avance en cada uno de los programas:

Nro	Programa	Avance
1	Acciones Asistenciales	98.5 %
2	Mantenimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad.	98.1%
3	Consolidación y renovación Tecnológica	91.6%
4	Desarrollo del Sistema de Información e Informática.	90%
5	Gestión de la Innovación.	87.5%
6	Adecuación y Mejoramiento de la Infraestructura Física.	91.7%
7	Consolidación Gerencial y organizacional.	76.7%
8	Gerencia del Recurso Humano	97.9%
9	Gestión Financiera.	83.8%

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Se formuló el Plan de Acción 2016 período septiembre – diciembre correspondiente al período de la nueva gerencia de la institución con base en los proyectos aprobados en el plan de desarrollo 2016 -2019, para el período.

#### Fortalezas

- Seguimiento bimestral al plan de acción por el comité ampliado de gerencia.

#### Debilidades.

- Por la situación financiera del sector salud y por la situación de cartera y la incertidumbre en el recaudo por venta de servicios de salud algunas acciones propuestas para el periodo de enero - agosto no se ejecutaron como estaban previstas.

### 1.2.2. Modelo de Operación por procesos.

#### ▫ Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.

Se realizó la planeación, ejecución y seguimiento del programa manejo integral de los residuos hospitalarios; también el manejo seguro de sustancias químicas y uso eficiente de los recursos.

Se realizó el diagnóstico ambiental con el Centro Nacional de Producción más Limpia; el diagnóstico de huella de carbono. Se recibió la asesoría, a través del corredor de seguros, un experto en el tema de vertimientos, que es un ítem que no se ha logrado cumplir en términos de requisitos legales.

#### Fortalezas

- Se cuenta en convenio con el Corredor de Seguros Helms, para la asesoría y participación de un ingeniero ambiental para los diferentes componentes del sistema.
- Las Auditorias de cumplimiento de requisitos legales y del sistema de gestión bajo la norma ISO 14001.
- La cultura que ha ido adquiriendo el personal de la institución en el uso eficiente de los recursos y conocimiento adquirido en la clasificación de residuos y de sustancias químicas.

#### Debilidades

- Falta un equipo operativo propio (ingeniero ambiental) que se encargue del sistema.
- Falta que la Dirección de Apoyo Logístico asuma integralmente el sistema con las áreas de mantenimiento, ingeniería y arquitectura.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

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

Se realizó la planeación, ejecución y el seguimiento de la evaluación médica ocupacional, la gestión del ausentismo, gestión de la accidentalidad, gestión del riesgo biológico, del cuidado osteomuscular y de la radiación ionizante y el control operacional.

Se avanzó en el fortalecimiento de la cultura del cuidado y la implementación de la estrategia para el control de la accidentalidad "Visión Cero", de la ARL.

Se tienen avances en la implementación del SG SST con un compromiso gerencial y de los diferentes procesos y se logra impactar la tasa de accidentalidad.

#### Debilidades

- Falta del control operacional de los terceros, principalmente de los contratistas que se encuentran al interior de la institución de tiempo completo.
- Hace falta un control efectivo operacional, por parte de alguien especializado o técnicamente competente.
- Falta compromiso de líderes con algunos componentes del SGSST como es la participación en la accidentalidad y la situación de seguridad de los funcionarios y del proceso a su cargo.

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

Se revisó y ajustó el programa de responsabilidad social en el cual se adoptó la metodología GRI 4, esta define modelos de sostenibilidad que tiene como objetivo establecer acciones en las dimensiones: social, económica y ambiental.

En el mes de julio se realizó la autoevaluación de la herramienta Diagnóstico II de Fenalco Solidario, se entregó el informe y se recibió nuevamente la certificación en Responsabilidad Social por la Corporación Fenalco Solidario Colombia

#### Fortalezas

- El nuevo programa define acciones concretas, cuantificables los cuales se tienen sus respectivos indicadores.

#### Debilidades

- Es baja la divulgación de la definición de responsabilidad social a los trabajadores de modo tal que facilite la identificación de acciones en lo cotidiano y poder asimilar el concepto teórico en la práctica, monitorear y hacer seguimiento a su comprensión

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

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Es importante anotar en el desarrollo de los módulos y componentes del presente informe se presentan las acciones ejecutadas durante este periodo en los diferentes módulos, componentes y elementos del MECI, por lo cual no se registrarán nuevamente.

Se hace énfasis en aquellas acciones definidas en el plan de trabajo del equipo MECI para el año 2016 y ejecutadas en este período, como las siguientes.

- Acuerdos, compromisos y protocolos éticos: se inicia con el despliegue de la política y el programa de cultura organizacional en el cual se hace énfasis en los valores y principios institucionales. Se hace a través de talleres lúdicos que tienen una duración de cuatro horas denominados “Leyendas de la cultura”.
- Desarrollo del talento humano: se continúa con la estructuración de los formatos de entrenamiento en el puesto de trabajo, se aplica el formato al personal que durante este período ingresa nuevo a la institución.
- Indicadores de Gestión: se realiza un comparativo entre los indicadores de los procesos institucionales con los contenidos en el manual de indicadores de la organización, y la comparación de los indicadores de la derogada resolución 1446 de 2006 frente a la nueva resolución 256 de 2016. Se inicia con la actualización del manual de indicadores y se programa entrenamiento en gestión de indicadores para el mes de noviembre.
- Plan de mejoramiento: durante este periodo se realizó reentrenamiento en las diferentes etapas del modelo de mejoramiento institucional a todos los grupos de segundo nivel y a algunos de primer nivel.

### Fortalezas

- La articulación del sistema integrado de gestión del Hospital, que tiene al MECI como uno de sus elementos, lo que favorece no se realicen esfuerzos aislados en componentes o elementos que son transversales en todos los elementos del sistema

### Debilidades

- No cumplimiento de todas las reuniones programadas del equipo operativo MECI.
- **Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema Único de Habilitación.**

Se está realizando una nueva autoevaluación de las condiciones de habilitación de los 89 servicios habilitados en la institución. Se autoevaluaron los estándares de infraestructura, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, interdependencia de servicios, está en ejecución la autoevaluación de los

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

estándares de talento humano y dotación. La autoevaluación tiene como fecha de finalización diciembre del año 2016.

### Fortalezas

- En el estándar de infraestructura se está realizando un plan de trabajo en las UCIS, para cumplir con el filtro para los acompañantes, ambientes de trabajo limpio y ambientes de trabajo sucio.
- La institución en términos generales tiene un cumplimiento óptimo de las condiciones de habilitación

### Debilidades

- En el estándar de interdependencia de servicios del servicio de UCI pediátrica se exige UCE pediátrica en ambiente separado; es de indicar en esto no cumple la institución.
- Por las actividades y responsabilidades de la Oficina de Calidad y Planeación se tiene dificultades en la realización oportuna de la autoevaluación.

### ▫ **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 actividades:

- Autoevaluación cualitativa y cuantitativa en las tres dimensiones y 10 variables de los 158 estándares del sistema único de acreditación por parte de los grupos de mejoramiento de segundo nivel, a partir de la cual se identificaron oportunidades de mejora asociadas a los diferentes procesos institucionales, las cuales posteriormente fueron agrupadas y priorizadas teniendo en cuenta criterios de riesgo, afectación de la imagen institucional y volumen. Para las acciones que ingresan al plan de mejoramiento institucional se definen las acciones, tiempos y responsables acorde a lo establecido en el modelo de mejoramiento institucional.
- Este ejercicio de autoevaluación da inicio al cuarto ciclo de acreditación de la institución.
- Para la etapa de medición al desempeño de los procesos, durante este periodo se aplican las siguientes estrategias de las 11 definidas en el PAMEC: Auditorías internas, visitas de calidad, medición de la calidad de la historia clínica, paciente trazador, medición de adherencia a guías e instructivos, seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo y gestión de comités.
- Durante este periodo no se recibieron auditorías de aseguradoras, ni de certificación.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

#### 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.
  - Débil cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales.
- **Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema de Información para la Calidad – SIC**

En el periodo se trabaja conjuntamente con el área de sistemas para el desarrollo y ajuste del sistema de información al nuevo modelo establecido por los Ministerios de Salud acorde a la resolución 256, diseñando las estructuras de los archivos a reportar en el periodo determinado por el ente rector.

#### Fortalezas

- Trabajo en equipo con el área de TI y conocimiento de la normatividad en torno a su aplicación dentro de la institución, lográndose un desarrollo desde la plataforma de inteligencia de negocios.

#### Debilidades

- Procesos que aún permanecen dentro de ejecutorias de manualidad que no han sido integrados al sistema de información automático y es necesario hacer captura de datos desde archivos externos.
- **Sistema de gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Sistema Único de Acreditación.**

Durante este periodo se ejecutaron todas las reuniones programadas de los grupos de mejoramiento de segundo nivel, los cuales en el mes de julio realizaron el ejercicio de autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares del sistema único de acreditación bajo el acompañamiento metodológico del asesor externo y la profesional de calidad para el cuarto ciclo de acreditación de la institución.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

En el mes de julio se recibe por parte del ICONTEC, el informe de segundo seguimiento al tercer ciclo de acreditación, se identifican las oportunidades de mejora para los diferentes grupos y se realizan reuniones para su presentación y validación en consenso.

Con cada grupo de mejoramiento se realizan jornadas para la realización de las siguientes actividades: agrupación por afinidad, priorización y análisis causal de las oportunidades de mejora derivadas del informe del segundo seguimiento al tercer ciclo de acreditación y de la autoevaluación del nuevo ciclo.

Se realiza nuevo entrenamiento en el modelo de mejoramiento institucional, a todos los grupos de segundo nivel y algunos de primer nivel y se continúa con la ejecución de las diferentes actividades establecidas en el plan de mejoramiento institucional, para dar cumplimiento a los estándares y ejes del sistema único de acreditación.

Se termina de estructurar la matriz de consolidación de estándares de acreditación, en la cual se identifican previamente para cada uno de los 158 estándares, los criterios, enfoque asociado con su respectivo código, mecanismos de implementación y despliegue y los indicadores pertinentes, con su fuente, meta, gráfico y tendencia, instrumento que facilitará la estructuración del informe del cuarto ciclo de acreditación.

Para comunicar los mejoramientos se utilizaron diferentes estrategias como reuniones de despliegue, novedades, gestores de calidad, carteleros y el boletín institucional pensamiento general, en este último se comunicaron mejoras como: Certificación como hospital universitario, Primera feria de humanización, la cual buscaba fortalecer el despliegue de la política y las cuatro líneas del programa de humanización, avances en seguridad de la información- ISO 27001, avances en la implementación del programa de violencia en el lugar de trabajo, entre otros.

#### Fortalezas

- Mantenimiento de la condición de institución acreditada por parte del ente evaluador.
- Ejercicios de autoevaluación sistemáticos, interdisciplinarios y participativos que generan acciones para la mejora.
- Mayor conocimiento y entendimiento por parte de los integrantes de los grupos de mejoramiento, de la intencionalidad de los estándares y criterios del sistema único de acreditación.
- Mayor sistematicidad de la aplicación del modelo de mejoramiento por parte de los grupos de segundo nivel.

#### Debilidades.

- Poca adherencia de los grupos de primer nivel al modelo de mejoramiento institucional.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- No diligenciamiento oportuno del seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento por parte de los responsables.
- Débil cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales y de la comunicación del mejoramiento.

### 1.2.3. Estructura organizacional.

En el periodo evaluado no hubo cambios en la estructura organizacional, sigue vigente la aprobada por la Junta Directiva.

### 1.2.4. Indicadores de Gestión.

#### ▫ Indicadores Institucionales.

En integración con el equipo de tecnología de la Información se han logrado desarrollar e implementar indicadores estratégicos y tácticos a partir de la plataforma de Business Intelligent - BI, permitiendo que el equipo directivo pueda visualizar el comportamiento de su servicio con información actualizada. Igual se viene gestando la generación de informes de producción y reporte legal a partir del uso de extractores estandarizados, evitando la captura manual de datos. Se hace la administración de los tableros de mando de indicadores ya establecidos y que aún no han sido priorizados a BI.

#### Fortalezas

- Participación de los equipos de trabajo de las áreas en las cuales se han hechos los desarrollos, pruebas integrales y consensos de datos antes de productivo, logrando coherencia en la información.
- **Indicadores Institucionales – Sistema de Información para la Calidad.**

La primera fase de desarrollo del sistema de información para la calidad, basado en la resolución 256 de 2016, se llevó a la generación de los archivos planos requeridos para el reporte, se logra implementar un tablero de mando de los indicadores objeto de reporte, que en segunda fase se implementaran para generación automática desde la plataforma de BI.

Se tiene disponible el reporte que permite la generación de informes automáticos a partir de los agendamientos y Urgencias, con el uso de la plataforma de BI, tablero de mando de la resolución con los indicadores de reporte acorde a la normatividad.

### 1.2.5. Políticas de Operación.

#### **Modelo de operación.**

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

En el período evaluado no se aprobaron nuevas políticas de operación en la institución. Se cuenta con 19 políticas institucionales.

- 01 Política de seguridad del paciente
- 02 Política de información
- 03 Política de humanización
- 04 Política de docencia servicio
- 05 Política de información y atención al usuario
- 06 Política de cultura organizacional
- 07 Política de gestión de la tecnología e innovación
- 08 Política de responsabilidad social
- 09 Política de estilos de vida saludable
- 10 Política de gestión de riesgos
- 11 Política de medicamentos
- 12 Política de investigaciones
- 13 Política de no reúso
- 14 Política de gestión humana
- 15 Política estrategia IAMI
- 16 Política del silencio
- 17 Política de tratamiento de datos personales
- 18 Política cero papel
- 19 Política editorial y de actualización de contenidos web

Con relación a la documentación del SGIC para la gestión por procesos en el periodo evaluado se realizó lo siguiente:

- Se normalizaron y publicaron 83 documentos.
- Se modificaron y publicaron 71 documentos.
- Se eliminaron 202 documentos

### **1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.**

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

##### **Lineamientos de Política.**

Mediante Resolución Gerencial N° 387 de 2016 se asignan funciones Gestor de Riesgos y Oficial de Cumplimiento (OC) de SARLAFT y con el fin de cumplir el requerimiento de la Circular 009 de 2016 SARLAFT, ésta funcionaria está realizando diplomado en administración de riesgos.

En las reuniones Administrativas semanales de las áreas, se han venido realizando despliegues del programa y la política de administración de riesgos.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### Fortalezas

- Compromiso de la alta dirección en la gestión de los riesgos.
- Gestión de los riesgos alineado a la estrategia.
- Las certificaciones, premios y referenciaciones como impulsores del mejoramiento organizacional.

### Debilidades

- Para la evaluación y valoración de los riesgos es importante tener un registro de materialización de eventos de riesgo y que lecciones aprendidas que hemos tenido de la materialización de esos riesgos.
- Es necesario fortalecer las estrategias de información, comunicación, divulgación y recordación de la importancia de la gestión de los riesgos en la entidad, aumentando la concientización en dicho tema a todos los niveles de la institución (cultura prevención del riesgo - autocontrol).

### **1.3.2. Identificación del Riesgo.**

Se está construyendo catálogo de riesgos con el objetivo de facilitar la identificación de los riesgos por todos los funcionarios de la institución.

Como aporte del corredor de seguros Helm el pasado mes de octubre de 2016, se hizo una jornada de evaluación sobre el riesgo de fraude mediante entrevistas con los responsables de los diferentes procesos vulnerables para dicho riesgo, resultado de esta jornada se generó un informe con las recomendaciones para prevención de dicho riesgo.

### Debilidades.

- El riesgo es definido de manera diferente en los diferentes niveles de la organización, unificar el lenguaje en el tema de riesgos

### **1.3.3. Análisis y valoración del Riesgo.**

#### ▫ **Análisis del riesgo.**

Se realizó el análisis de los riesgos en cada uno de los procesos tanto misionales, de apoyo, estratégicos y de control, se realizó valorando la probabilidad de ocurrencia del riesgo en términos de frecuencia y su potencial impacto sobre personas, procesos, estructura, imagen y recursos del Hospital.

### Fortalezas

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Involucramiento de personal operativo (grupos primarios de mejoramiento)

### Debilidades

- Fortalecer la apropiación de roles y responsabilidad en la gestión de riesgos.
  - **Evaluación del riesgo**

Se realizó la evaluación anual de los riesgos con los responsables de los 39 procesos de la institución y se incluyó ensayos clínicos y el Programa de Protección Renal.

### Fortalezas

- Se realiza anualmente valoración y seguimiento del riesgo a nivel de toda la organización.
  - **Monitoreo y revisión.**

En primera instancia el seguimiento se lleva a cabo por el responsable del proceso (director, jefe, líder); el segundo momento de seguimiento por parte del subgerente (procesos asistenciales, procesos administrativos y financiero).

Se realizó a 31 de octubre seguimiento a la matriz de riesgos de cada uno de los procesos.

### Fortalezas

- Gestión de riesgos como fuente sistemática del modelo de mejoramiento institucional.
  - **Mapa de riesgo.**

Se cuenta actualmente con mapa de riesgos institucional con 205 riesgos. Se crearon indicadores cada uno de los riesgos identificados en cada proceso

### Fortalezas

- Mapa de riesgos ha permitido monitorear el desempeño en la administración de los riesgos y establecer un comparativo anual.

### Debilidades

- Depurar los riesgos, realizar priorización de riesgos críticos que afecten el logro de los objetivos organizacionales.

## 2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
"Construimos Confianza"



### INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO

#### 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

### AVANCES

#### 2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.

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

Se está realizando una nueva autoevaluación de las condiciones de habilitación de los 89 servicios habilitados en la institución. Se autoevaluaron los estándares de infraestructura, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, interdependencia de servicios, está en ejecución la autoevaluación de los estándares de talento humano y dotación. La autoevaluación tiene como fecha de finalización diciembre del año 2016.

Se realizó autoevaluación cualitativa y cuantitativa de las tres dimensiones y 10 variables de los 158 estándares del sistema único de acreditación por parte de los grupos de mejoramiento de segundo nivel.

#### Fortalezas

- Ejercicios sistemáticos y participativos de autoevaluación

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

#### 2.1.2. Revisión por la Dirección.

Se realiza de manera bimestral el seguimiento al plan de acción y la gestión realizada en cada uno de los procesos. Adicionalmente dentro del modelo de mejoramiento institucional existe un grupo de mejoramiento sistémico de tercer nivel donde participa la alta dirección, en este grupo se realiza seguimiento a la eficacia de los grupos de mejoramiento de segundo y primer nivel.

##### Fortalezas

- La institución tiene implantando una cultura de seguimiento sistemático al resultado de la gestión en los diferentes procesos.

##### Debilidades

- Fortalecer el análisis de los datos de manera sistemática, en todos los niveles, que propenda por generar información que apoye la gestión, operativa, táctica y estratégica.

#### 2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA.

##### 2.2.1. Auditoría Interna

###### ▫ Auditorías Independientes.

El avance del Plan de Auditorías 2016 es del 53%; el mismo no ha tenido variaciones. El Plan fue aprobado, el 17 de mayo de 2016, por el Comité Coordinador de Control Interno. En el período se realizaron 4 Auditorías: dos a los procesos: Banco de Sangre y Gestión Jurídica y 2 a los contratos: Programa de Protección Renal y Apoyos Industriales.

Se elaboró y se presentó a la Junta Directiva las bases para el Plan de Trabajo Control Interno 2016-2019 - Construimos Confianza.

Se realizó el Comité Coordinador de Control Interno en cual se socializó el plan de trabajo 2016, el avance de las auditorías 2016, avances del plan de mejoramiento, y se presentó la propuesta de la nueva estructura de la oficina.

##### Fortalezas

- El cumplimiento de auditorías en el tiempo previsto.
- Los lineamientos plan de trabajo 2016 - 2019.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

#### Debilidades

- Poco personal para el cumplimiento del Plan de Auditorías 2016.
  - Baja cobertura del universo auditable.
  - Demora de los líderes de procesos y unidades auditadas para elaborar plan de mejoramiento.
- **Auditorías de certificación externas.**

La institución recibió en el mes de febrero de 2016 la visita del segundo seguimiento del tercer ciclo de acreditación por parte del ICONTEC, en el mes de julio llegó el informe de la Junta de acreditación donde se mantiene la categoría de institución acreditada y el certificado de acreditación en salud al Hospital General de Medellín, con una calificación promedio de los estándares de 3,6.

En el mes de julio se realizó la autoevaluación de la herramienta Diagnóstico II de Fenalco Solidario, se entregó el informe y fuimos certificados nuevamente en Responsabilidad Social por la Corporación Fenalco Solidario Colombia

#### Fortalezas

- La institución dentro de su plataforma estratégica tiene establecido la calidad y el mejoramiento continuo, para ello formulo dos proyectos estratégicos en el plan de desarrollo 2016 -2019: Gestionar la acreditación con excelencia y Consolidación del sistema de gestión integral de calidad

#### Debilidades.

- Articulación de los sistemas de gestión

### **2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.**

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

Durante este periodo se realizaron todas las reuniones de los grupos de mejoramiento de segundo nivel, en las cuales se hace el seguimiento al plan de mejoramiento establecido para cada uno de ellos y que juntos constituyen el plan de mejoramiento institucional.

En el mes de julio se realizó la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación lo que generó que se incorporaran nuevas oportunidades y acciones de mejora al plan de mejoramiento institucional.

A continuación se relacionan para cada grupo de mejoramiento el número de acciones de mejora definidas y su estado.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

1. Grupo de mejoramiento de direccionamiento y gerencia: total acciones de mejora 25, de las cuales 20 están ejecutadas y cinco en proceso.
2. Grupo de mejoramiento cliente asistencial: total acciones de mejora 98, de las cuales 30 están ejecutadas y 68 en proceso.
3. Grupo de mejoramiento gerencia del ambiente físico: total acciones de mejora 15, de las cuales nueve están ejecutadas y seis en proceso.
4. Grupo de mejoramiento gerencia del talento humano: total acciones de mejora 32, de las cuales 13 están ejecutadas y 19 en proceso.
5. Grupo de mejoramiento gestión de la tecnología: total acciones de mejora tres, de las cuales dos están ejecutadas y una en proceso.
6. Grupo de mejoramiento gerencia de la información: total acciones de mejora 10, de las cuales tres están ejecutadas y siete en proceso.
7. Grupo de mejoramiento tercer nivel: total acciones de mejora cinco, de las cuales tres están ejecutadas y dos en proceso.
8. Grupo de mejoramiento SYSOMA (gestión de la salud y seguridad en el trabajo y gestión ambiental) total acciones de mejora 87, de las cuales 73 están ejecutadas y 14 en proceso.

#### 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
- Ninguna acción de mejora definida en el plan se encuentra sin avance

#### Debilidades

- A pesar de que se ejecutan las acciones definidas, no se registra de manera completa y oportuna los seguimientos y demás información requerida en el plan de mejoramiento institucional.
- Inoportunidad en la ejecución de las acciones definidas acorde a los tiempos establecidos

### **2.3.2. Evaluación y cumplimiento del Plan de Mejoramiento**

El Plan de Mejoramiento comprende un total de 203 hallazgos como resultado de las 16 auditorías programadas para el año 2016 del Plan aprobado, el 17 de mayo, por el Comité Coordinador de Control Interno; lo que representa un cumplimiento del 53% de las Auditorías Programadas que fueron 30. De dos de estas Auditorías no se ha realizado el Plan de Mejoramiento, estas son Gestión Jurídica y Gestión de Activos Fijos, presentándose un incumplimiento en este sentido.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Del total de hallazgos que componen el Plan de Mejoramiento, 54 hallazgos (27%) tienen un nivel de riesgo bajo; 112 hallazgos (60%) son de nivel de riesgo medio; y 27 hallazgos (13%) son de nivel de riesgo alto. El avance de las acciones de mejora está entre el 65% y 90%.

El avance del Plan de Mejoramiento de las auditorías realizadas en el año 2015, es el siguiente: de las 19 auditorías realizadas, cuatro ya han cerrado todos sus hallazgos; las 15 restantes muestran un avance del Plan entre el 65 y un 92%.

### Fortalezas

- Se han realizado 14 Planes de Mejoramiento en respuesta a las 16 auditorías independientes realizadas.

### Debilidades

- La afectación a los procesos de mejoramiento por la falta de personal en las dependencias. Dos de las auditorías no han elaborado el Plan de Mejoramiento.

## 3. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

### INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO

#### 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

### AVANCES

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

### 3.1. COMPONENTE INFORMACIÓN.

#### ▫ Sistemas de Información.

Se trabajó en la implementación del nuevo software Keeper para el mantenimiento de planta, se cumplió con el cronograma de trabajo. Se realizaron capacitaciones al personal de enfermería y administrativo que hace las solicitudes de mantenimiento y Al grupo del área de ingeniería que opera el software. Se hizo seguimiento y acompañamiento en el montaje de los datos maestros y las pruebas para garantizar el buen funcionamiento de la aplicación. Se hizo despliegue del cambio a través de los canales de comunicación institucionales. Se hizo montaje de video tutorial para mejorar el uso del sistema. Se sale a producción el 1 de noviembre.

Se sacaron a producción 27 tickets entre los meses de julio-agosto de los siguientes módulos Fi, MM, HCM, MED, PA/PM e integración, el costo de consultoría acumulada a agosto fue de \$ 799.789.690

Se presentó propuesta de solución para el módulo de auditorías y el modelo de mejoramiento, se validó entendimiento del problema. No se aprobó ejecutarlo este año y debido a las circunstancias de recuperación de cartera de la institución se canceló hasta que las condiciones mejoren.

Se salió a producción con el proyecto de eventos adversos e IAAS el 11 de junio. Costo de consultoría \$ 200.545.400.

Se realizó capacitación en el manejo de la herramienta (Analyzer, MS Analysis, Lumira) para el equipo de Estadística y Sistemas, salió a producción el tablero administrativo (facturación, cartera), el tablero de promesa de urgencias, la Información para resolución 256 de 2016 y el reporte de facturación No pos.

Se cumple con el 100% del plan de seguridad de la información para el proceso de Gestión de infraestructura de TI.

Sale a producción herramienta HGMDESK para el registro, seguimiento y control de los casos atendidos por la mesa de ayuda de sistemas.

Se realizó la identificación de las transacciones sensibles en SAP de cada módulo y se verifica con los usuarios líderes las asignaciones a los funcionarios.

#### Fortalezas

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- Conciencia en el grupo directivo y operativo de la importancia del sistema de información para la operación diaria y para la toma de decisiones.

### Debilidades

- El proyecto de gobierno de datos no avanza, es necesario definir estrategia para afrontar el proyecto.
- En ocasiones retrasos por falta de disponibilidad de líderes y/o usuarios para definición de requerimientos y pruebas. No se cuenta con recurso para avanzar en el proyecto de gobierno de datos.

#### ▫ **Desarrollo tecnológico.**

Se realizó gestión de contratos para el mantenimiento y soporte SAP y se dictó capacitación a usuarios de SAP a través de aula virtual y presencial; además se realizó gestión a la infraestructura y al canal de conectividad y de backup.

La disponibilidad de los servidores en SAP fue del 100%, el cumplimiento de las promesas de servicio para la atención de incidentes de la mesa de ayuda fue del 90% en julio, 86% en agosto, 96% en septiembre.

Se gestiona el inventario de equipos de cómputo con las siguientes cifras: Computadores Alquilados: 116, Total computadores: 844, se continúan contestando más del 80% de las llamadas a la mesa de ayuda en 20 segundos.

La disponibilidad de los servidores en el HGM para los meses de julio a septiembre se mantuvo en promedio en el 99,95% y la disponibilidad de los servicios de red se mantuvo en promedio en 99,9%

### Fortalezas

- Equipo de mesa de ayuda y gestión de infraestructura consolidado y comprometido a pesar de ser tercerizado.

## 3.2. COMPONENTE COMUNICACIÓN.

#### ▫ **Comunicación Interna.**

**Información a la comunidad hospitalaria:** a través del sistema de carteleros que está compuesto por carteleros informativos y educativos; en las informativos se tiene dos carteleros digitales en los ascensores cuyo distribución de contenidos fue de un 72 %

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

informativas y en un 28 educativas; y 10 carteleras generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleras de los servicios. Igualmente se mantuvo informado a través del correo electrónico y de la intranet que para el 3 de noviembre había alcanzado 287.941 visitas. Se realizaron las ediciones del pensamiento general de los meses de julio, agosto, septiembre y octubre; los últimos meses totalmente digitales; en cuanto a las novedades institucionales se realizaron en el periodo 17 novedades con las noticias de la institución.

**Campañas:** se mantuvo la etapa de sostenimiento de la campaña del Plan Estratégico con la permanencia de móviles, rompe tráfico, afiches, descansa pantallas entre otras.

**Eventos institucionales:** Exaltación a los mejores y presentación del nuevo gerente.

**Corazones Responsables:** se ha hecho difusión por diferentes canales de tips para fomentar hábitos saludables.

**Medición** de la apropiación del mensaje se logró una apropiación del 70% un 25% más que en la primera medición del año en el mes de abril.

**Medición** impacto de canales de comunicación donde la intranet se mantiene como el canal más usado con un 38%, mientras que las carteleras son segundas con el 32%, seguido del correo electrónico con el 21 %. El 96% se enteran oportunamente de la información del hospital. El 72% de los jefes realizan reuniones semanales siempre y un 23% algunas veces, el 92% comunica las decisiones y proyectos de la institución.

### Fortalezas

- Actualización permanente de los canales de comunicación.
- En visitas de calidad la información que se entrega al público interno es catalogada 100% oportuna.

### Debilidades

- Los directivos, y líderes no informan a comunicaciones las novedades de sus servicios para que nosotros la socialicemos a través de los canales de comunicación del hospital
- **Comunicación externa.**

**Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad:** de julio 4 a noviembre 3 se realizaron nueve jornadas para un total al año de 19 jornadas, en el periodo se atendieron 1501 personas para un total al año de 2991 personas atendidas el 104% de lo presupuestado, de las cuales el 29% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99,5 %.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

**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 72% informativas y en un 28 educativas. Página web actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización del 84% con 663.652 visitantes. Canal de televisión con dos emisiones diarias de lunes a jueves con contenidos del hospital. Perfil en Facebook al 3 de noviembre se tenían 8654 fans.

**Relacionamiento con usuarios y comunidad en general:** a 129 pacientes se les ha entregado tarjeta de cumpleaños en el periodo y en el año a 306. Patrocinios Auditorio: \$11.600.000 para Foro Académico de Lactancia Materna, Evento de Humanización Voluntarias, Ministerio de Salud Resolución 1328, SSSA - INVIMA y Foro prevención cáncer de mama. Citas web asignadas a los pacientes en el periodo 74, total en el tiempo implementado el servicio 142. En el Chat en el periodo se atendieron atendidos 647 personas para un total en el año del 1269 con un satisfacción del 90% con el servicio.

**Relacionamiento medios de comunicación:** Se atendieron 120 medios de comunicación, un 141% más que en el 2015.

**Medición canal de tv:** se hizo medición del canal de televisión donde el 73% de los encuestados ven televisión todo el día, de los cuales un 92% lo hacen entre una y dos horas, solo un 4% todo el día, el 63 % de los encuestados de los encuestados que manifiestan ver el programa del canal de TV del Hospital representan el 86% de los que ven televisión en el Hospital. Los horarios donde más ven televisión los usuarios son las 10 a.m. y las 3 p.m. horarios en los cuales emitimos los contenidos. Hay una satisfacción del 99% de los usuarios con el canal y un 83% consideran que los contenidos son claros. Los usuarios admitieron haber aprendido gracias al canal sobre: lactancia materna, normas institucionales, derechos y deberes, servicios del hospital, banco de leche, donación de sangre, sala familiar, que hacer para no caerse y alimentación.

**Señalización:** Se realizó la señalización nueva de torre norte: piso 11, 10, 8 y 6 como de las necesidades de farmacia.

#### Fortalezas

- Actualización permanente de los canales de comunicación.
- Mejoró la satisfacción de los usuarios con la señalización.
- Los alcances de las publicaciones en Facebook.
- El canal de televisión para entregar información a los usuarios.

#### Debilidades

- Falta de personal profesional en comunicaciones para manejar el canal de televisión y con conocimiento en periodismo digital para mejorar el uso de éstos canales.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

#### ▫ **Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos.**

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 1245 manifestaciones las cuales fueron clasificadas como reclamos, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones, 365, 87, 605 y 188 respectivamente.

El seguimiento se realiza mediante los indicadores: índice combinado de satisfacción con un promedio para el período de 11,83; índice de reclamaciones con un promedio de 9,61 por cada 1000 usuarios atendidos; promedio de tiempo de respuesta a reclamos y sugerencias con 6,35 días; reclamaciones respondidas dentro de los tiempos 85,58%; calidad de la respuesta a reclamos y sugerencias cuyo estudio se está realizando y el respectivo informe se entregará en la tercera semana de noviembre.

#### Fortalezas

- El SIAU está normalizado y establecido como proceso estratégico que 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.
- Se visitan diariamente los servicios promoviendo el proceso como mecanismo de participación

#### 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 utilicen.

#### ▫ **Rendición de cuentas.**

Durante este período se estructuró y publicó en la página web de la institución, en el link de transparencia y acceso a la información pública, el informe de gestión enero - junio y enero-agosto. Además se hizo la presentación del informe de gestión ante la honorable junta directiva.

Publicación de novedad institucional con información para los clientes internos sobre la ejecución del plan de acción, bimestre: julio-agosto de 2016. Así mismo en la página web, en la fans page de Facebook y en la intranet



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

Fortalezas

Proceso de rendición de cuentas consolidado, con diferentes estrategias para todas las partes interesadas

▫ **Gestión documental.**

Se da cumplimiento de requisitos en la radicación de documentos. En el mes de septiembre se radicaron 2.344 documentos y en mes de octubre 2,137 radicados

Fortalezas.

- Porcentaje de documentos con inconsistencias en la radicación mes de septiembre 0,73 %.
- Porcentaje de documentos con inconsistencias en la radicación mes de octubre 0,51%

Debilidades.

- En el mes de septiembre, se encuentran 17 inconsistencias tales como, corregir imagen incompleta, contenido incompleto, wf.f errado, error en valor, wf a un paso y radicados sin observación, recibimos soporte y capacitación para gestionar correctamente los procesos
- En el mes de octubre, se encuentran 11 inconsistencias tales como error en el valor en el radicado, error en valor en letras, error en el valor en números.

▫ **Plan de comunicaciones.**

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

▫ **Transparencia y Lucha contra la Corrupción.**

La corrupción y lavado de dinero están ligados intrínsecamente y en cumplimiento de la circular 09 de 2016 de la Supersalud, la institución viene diseñando e implementando el SARLAFT (Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y financiación del terrorismo). Como parte de esta implementación se ha venido sensibilizando sobre el tema a la Junta Directiva y al Comité de Gerencia y recientemente se inició con las áreas operativas.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Nos encontramos en fase de diseño del SARLAFT, la norma empieza a regir desde el 21 de diciembre de 2016.

La capacitación de los empleados es fundamental en la prevención y detección del fraude, para que puedan reconocer una conducta irregular en forma temprana, cómo esta acción afecta al hospital y cuáles son los pasos que deben tomarse para reportarla.

#### ▫ **Participación ciudadana.**

Permanentemente por los diferentes medios institucionales, en la programación institucional que se transmite por canal cerrado de tv y de forma personalizada, se invita a los usuarios 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.

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

## CONCEPTO GENERAL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

### NORMATIVIDAD

El Decreto Nacional 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, establece:

#### ▫ 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

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana”.

- Capítulo 3. Unidad Básica del Sistema Nacional de Control Interno, dispone lo siguiente:

Artículo 2.2.21.3.4. Planeación. Establece: “a) (sic) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces: Evalúa el proceso de planeación, en toda su extensión; implica, entre otras cosas y con base en los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores definidos, un análisis objetivo de aquellas variables y/o factores que se consideren influyentes en los resultados logrados o en el desvío de los avances. La identificación de estas variables, su comportamiento y su respectivo análisis permite que la formulación de las recomendaciones de ajuste o mejoramiento al proceso, se realice sobre soportes y criterios válidos y visibles fortaleciendo así la función asesora de estas oficinas”.

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

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

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”.

## 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 de Control Interno, del período del 4 de julio al 3 de noviembre de 2016, se puede conceptuar que:

1. El Hospital General de Medellín, cuenta con un Sistema de Control Interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

2. El proceso de planeación está claramente definido pero se puede ver afectado, por las restricciones presupuestales, el cumplimiento de los programas y proyectos que hacen parte del Plan Estratégico Institucional.
3. La Entidad tiene claramente definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en todos sus procesos.
4. 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. No obstante, las auditorías independientes de los procesos misionales propuestas para el año 2016, se vieron afectadas por la disponibilidad del recurso humano requerido.
5. La evaluación del Sistema de Control Interno se cumple con estos Informes periódicos y con el Informe Ejecutivo Anual.

Finalmente 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.

### FUENTES

1. Información diligenciada por los responsables en el formato base informe cuatrimestral pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno del período 4 de julio a noviembre 3 de 2016.
2. Informe de Avance Plan de Acción 2016.
3. Informe de Auditorías 2016.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento 2016.

### ELABORACIÓN

Participaron en la elaboración del presente Informe:

**MARIA CENOBIA MUÑETÓN JIMÉNEZ.**

Secretaria

**JOSÉ HERIBERTO VARGAS LEMA.**

Profesional de Control Interno.

**CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS.**

Asesor de Control Interno



---

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

---