
OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO N° 4-2017
DEL ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

Julio 4 a noviembre 3 de 2017

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS
Asesor de Control Interno

JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA
Profesional Control Interno

MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO
Profesional Control Interno

JULIANA CAÑAS ESCOBAR
Estudiante en Práctica – Sena Regional Antioquia.

Medellín
2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

PRESENTACIÓN

La Oficina de Control Interno del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial lo dispuesto por el 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”; 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 Interno¹ está integrado por “el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos, y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad”.

El Informe corresponde al período del 4 de julio al 3 de noviembre de 2017, 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 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.

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

TABLA DE CONTENIDO

I. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN.	6
1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.	6
1.1.1. <i>Acuerdos, compromisos o protocolos éticos.</i>	6
1.1.2. <i>Desarrollo del talento humano.</i>	7
1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.	12
1.2.1. <i>Planes programas y proyectos.</i>	12
1.2.2. <i>Modelo de Operación por procesos.</i>	27
1.2.3. <i>Estructura organizacional.</i>	31
1.2.4. <i>Indicadores de Gestión.</i>	31
1.2.5. <i>Políticas de Operación.</i>	32
1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.	33
1.3.1. <i>Políticas de Administración del Riesgo.</i>	33
1.3.2. <i>Identificación del Riesgo.</i>	33
1.3.3. <i>Análisis y valoración del Riesgo.</i>	34
II. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.	35
2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.	35
2.1.1. <i>Autoevaluación del Control y gestión.</i>	35
2.1.2. <i>Revisión por la Dirección.</i>	36
2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA.	36
2.2.1. <i>Auditoría Interna.</i>	36
2.2.2. <i>Auditorías de certificación externas.</i>	37
2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.	37
2.3.1. <i>Plan de Mejoramiento.</i>	37
2.3.2. <i>Evaluación y cumplimiento del Plan de Mejoramiento.</i>	38
2.3.3. <i>Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.</i>	38

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

III. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.	39
3.1. <i>Información y comunicación interna.....</i>	39
3.2. <i>Información y comunicación externa.....</i>	41
3.3. <i>Sistema de Información y Comunicación.</i>	45
IV. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.	47
4.1. <i>Normativa.....</i>	47
4.2. <i>Concepto.....</i>	48

OFICINA DE CONTROL INTERNO
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 CONTROL INTERNO

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.²

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.

▫ 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 desde el 21 de febrero de 2016.

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

1.1.2. Desarrollo del talento humano.

- **Planeación del Talento Humano. (Decreto 1376 de 2014). Acuerdo de Formalización Laboral.**

Actualmente el Hospital cuenta con una planta temporal de 459 plazas de los cuales, 342 se encuentran activos y 117 están vacantes.

Fortalezas

- La vinculación de funcionarios que se encontraban laborando en la institución a través de contrato de prestación de servicios.
- **Planta de cargo y manual de funciones.**

A noviembre de 2017, el Hospital cuenta con 1.068 funcionarios, como se detalla en la tabla N° 1. Planta de cargos:

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

Tabla Nro. 1. Planta de Cargos

En cuanto a los cargos vacantes, se discriminan así: 151 de planta, 7 encargos y 118 temporales. Se presentaron: 24 retiros y 6 ingresos (4 de libre nombramiento y remoción y 2 en cargos provisionales).

El Manual de funciones se ajustó y fue aprobado por la junta directiva según Acta N° 27 del 19 de enero de 2017 y el Acuerdo N° 158 de 2017; publicado bajo el código AP-GHU-AP001M01, Versión 7.

Fortalezas:

- La publicación en la intranet del manual permite que cada uno de los funcionarios consulte sus funciones; igualmente se tiene evidenciado los cargos y vacantes existentes para ser provistas.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Debilidades

- Con la actualización del Manual de Funciones se evidencia que con el ingreso de nuevos directores se encuentran que este requiere ajustes con respecto a las funciones establecidas, así como algunos cambios que se deben realizar como resultado de las diferentes auditorias que se ha realizado, dejando acciones de mejora de algunos cargos; por ejemplo de Farmacia y Salud Ocupacional.

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

Para el año 2017 se asignó para capacitación un presupuesto de \$433.671,053; para el período julio – octubre, se proyectaron \$362.800.000 y se ejecutaron \$319.479.000, esto es un cumplimiento del 88%. De los 995 funcionarios a capacitar lo hicieron 858.

El cumplimiento del cronograma de capacitación para este periodo evaluado, julio a octubre de 2017, fue del 97,5%.

Debilidades

- No contar con un software de capacitación; la información se genera manualmente.

▫ **Programa de Inducción y Reinducción.**

Con la Fundación Guayacanes se hizo montaje de 10 módulos para iniciar con la Inducción y Reinducción Virtual. Los módulos son los siguientes:

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

Se le informa a través de la Intranet a todo el personal que se iniciará con la Reinducción y la Inducción el día 17 de noviembre de 2017; al respecto la Fundación Guayacanes enviará a cada uno de los funcionarios un correo donde se le dará toda la explicación y cronograma de cómo debe proceder a realizar la inducción.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Fortalezas

- Actualización de los procesos que nos permitirán aplicarlos e iniciando con la reinducción a todo el personal.
- 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.

▫ **Programa de Bienestar.**

Para el año 2017 se asignó para el Programa de Bienestar un presupuesto de \$857.740.921. La meta esperada del período julio a octubre era de \$338.928.887 y se ejecutaron \$246.664.241 para un cumplimiento del 88%.

Fortalezas.

- Participación del Grupo Familiar de los funcionarios en las actividades de bienestar programadas.
- 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.
- El Programa de vivienda para los funcionarios en las diferentes modalidades: Compra de vivienda, reforma y crédito hipotecario.

Debilidades

- El ajuste de algunas actividades con respecto a la programación de los participantes por el tema de austeridad.

▫ **Plan de Incentivos**

El 31 de agosto de 2017 se realizó en el auditorio de la salud el evento “Exaltación de los Mejores”, en el cual se premiaron las siguientes categorías: Quinquenios, mejor evaluado, pensionados, atención con calidad asistencial y administrativo, mejor servicio evaluado en visitas de calidad, fortalecimiento de la investigación, investigación e innovación y trabajo en el mejoramiento de la seguridad.

El Hospital entrega para compra de bonos \$21.000.000 de los cuales se asignan \$3.000.000 para premiar el evento de Humanización; la inversión total en el evento fue de \$26.072.648.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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.

▫ **Evaluación del Clima Laboral.**

Desde el año 2014 el Hospital aplica anualmente la Encuesta de Satisfacción de Cliente Interno y de esta se extraen las preguntas y respuestas que hacen parte de la evaluación del Clima Laboral. Actualmente se encuentran los funcionarios aplicando dicha encuesta la que permitirá realizar todos los análisis correspondientes para su respectivo plan de mejoramiento a los hallazgos que de ella se deriven.

Como parte del proceso de Clima laboral se trabajó todo el tema de riesgo psicosocial y sus resultados fueron presentados a la gerencia a través de un Plan de Mejoramiento que se encuentran interviniendo por la psicóloga de la ARL SURA.

Fortalezas.

- Informe de Plan de Mejoramiento como resultado encuesta riesgo psicosocial.
- Intervención a los grupos a los cuales se les encontraron acciones de mejora.

▫ **Acuerdos de Gestión**

El Gerente realizará primera evaluación de acuerdos de Gestión para el período 2017-2018, con corte al 30 de julio.

- Director Clínicas Quirúrgicas
- Asesor de Control Interno
- Jefe Oficina Jurídica
- Subgerente de procesos Asistenciales
- Subgerente de procesos Asistenciales
- Director de Gestión Humana
- Jefe Oficina Calidad y Planeación
- Profesional de Comunicación

Así mismo establece compromisos a los Directores Nuevos:

- Director Ambulatorios
- Director de Imágenes Diagnósticas

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

- Director Financiero.

Fortalezas

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

▫ **Evaluación del desempeño.**

La primera evaluación parcial de funcionarios de carrera del 1° de febrero de 2017 al 31 de julio de 2017 se realizó en la plataforma EVADES; el total de funcionarios a evaluar es de 277.

En total se evaluaron 228; pendientes por evaluar, 46 e incapacitados 3. Los resultados fueron: sobresaliente, 63; destacados, 154 y satisfactorio, 11.

La evaluación de desempeño de los funcionarios en provisionalidad, se realizó a través de la plataforma SAP realizadas del período del 1° de julio de 2016 al 31 de julio de 2017.

El total de funcionarios a evaluar es de 424; de los cuales se evaluaron 330 y quedan por evaluar, 94.

Debilidades.

- Los objetivos concertados y las evaluaciones realizadas por los responsables a evaluar no lo hacen con la objetividad que se debe realizar.
- Se tiene pendientes funcionarios por evaluar.

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

Se ajusta el procedimiento entrenamiento en el puesto de trabajo con el fin de cerrar las brechas y se realiza el entrenamiento de los funcionarios que ingresaron nuevos a la institución.

Fortalezas

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

▫ **Aplicación "Ley de Cuotas".**

Se dio cumplimiento a través de la página del Departamento Administrativo de la Función Pública de reportar la información, en la que se dio a conocer el número de cargos ocupados por mujeres en el máximo nivel directivo.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

Fortalezas

- Por medio de la Ley de Cuotas el Estado garantiza la participación adecuada de la mujer en los niveles del poder público definidos.
- **Actualización Declaración de Bienes y Rentas.**

Los servidores públicos de la entidad diligenciaron el formato de bienes y rentas, entre el 1º de junio y el 31 de julio del presente año.

Debilidades.

- Se cuenta con personal que a la fecha no han diligenciado el formato.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

1.2.1. Planes programas y proyectos.

- **Plan estratégico 2016 – 2027.**

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

Fortalezas

- Seguimiento y evaluación sistemática a los proyectos del plan de acción 2017.

Debilidades.

- Débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos.
- **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.

Fortalezas

- Seguimiento y evaluación sistemática a los proyectos del plan de acción 2017.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Debilidades.

- Débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos.

▫ **Plan de Acción 2017.**

La institución cuenta con un plan de acción 2017, aprobado por la junta directiva mediante Acuerdo 153 del 16 de diciembre de 2016, en el cual se establecieron 8 objetivos estratégicos desarrollados a través de 9 programas y 18 proyectos del Plan de Desarrollo 2016 - 2019, con sus correspondientes acciones y actividades, y gestión por procesos.

A este Plan se le realiza un seguimiento sistemático por todo el equipo directivo de manera bimestral, a continuación se presenta la ejecución del plan de acción 2017 por programas y procesos de enero a agosto de 2017:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN		
Ejecución Programas Plan de Desarrollo		
1	Atención centrada en el usuario.	100,00%
2	Programas de Práctica Clínica.	100,00%
3	Competitividad.	97,70%
4	Capital Humano.	76,90%
5	Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad.	88,00%
6	Modelo de gobierno corporativo público.	99,40%
7	Investigación, Desarrollo e Innovación.	83,60%
8	Adecuación y mejoramiento de infraestructura física.	92,90%
9	Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.	88,90%
	Subtotal Programas Plan de Desarrollo.	91,90%
Ejecución de Gestión por Procesos		
1	Gestión Integral de Calidad.	84,60%
2	Atención Integral en Salud.	98,90%
3	Gestión Humana.	94,00%
4	Gestión de Recursos Físicos.	94,30%
5	Gestión Financiera.	90,60%
6	Evaluación y Control de la gestión.	90,00%
	Subtotal Gestión de Procesos.	92,10%
Ejecución Plan de Acción Enero - Agosto.		92,00%

Tabla Nro. 2. Avance Plan de Acción 2017.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Fortalezas

- Seguimiento sistemático por parte de la Oficina de Calidad y Planeación a través de la profesional universitaria de planeación 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.

- Débil cultura organizacional en gestión de proyectos, debido a la falta de apropiación y liderazgo de responsables de la ejecución oportuna de las actividades y acciones de los proyectos.

▫ **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 Control Interno realizó el segundo seguimiento con corte a 31 de agosto 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.

▫ **Control Interno Contable.**

Se realizó reunión de socialización con la nueva líder de contabilidad respecto a todos los hallazgos evidenciados por la revisoría fiscal que entregó la firma Deloitte. A partir de ahí la Oficina de Control Interno propuso una matriz de 55 numerales sobre los cuales se debe realizar un plan de mejoramiento.

Debilidades.

- Se identifican cuentas de balance pendientes de depuración.

▫ **Plan de Austeridad.**

Se realiza seguimiento con corte a junio, a julio, a agosto, y del período julio a septiembre, de los rubros contemplados desde la gerencia y presentados a junta en el mes de febrero. Al corte del mes de septiembre se lleva un cumplimiento del 104%.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

▫ **Plan de Mejoramiento Archivístico.**

Se formula la propuesta del Plan de Mejoramiento a partir de la Referenciación con Empresas Públicas de Medellín y el Hospital Pablo Tobón Uribe, para análisis y aprobación del Comité Interno de Archivo, con los siguientes temas:

1. Implementación de la política “Cero papel”: en el HGM no circularán documentos en soporte papel.
2. La firma mecánica como está establecida en Eurodoc son válidas para la producción documental, se deben implementar en las áreas que lo requieran.
3. La documentación interna no se volverá a imprimir.
4. Todos los documentos producidos en todas las áreas del HGM, se deben radicar.
5. Todo servidor público responsable de la elaboración de documentos debe hacerlo en las plantillas de Eurodoc con su correspondiente radicación.
6. Centralización de los archivos. Desaparecen los archivos de gestión.
7. Se eliminarán las rondas fijas internas de mensajería. La distribución de las comunicaciones oficiales se realiza a través de Eurodoc y los documentos no radicables se distribuirán a demanda.
8. Los documentos y facturas en soporte papel que llegan al HGM, se reciben en la taquilla y almacenes, se radican y/o registran y se conforman los consecutivos y expedientes de acuerdo a las TRD. El trámite en los archivos de gestión se realiza con el documento digital.
9. El archivo central salen del HGM a un espacio que cumpla con todos los requisitos de ley para desde allí recibir y aplicar todos los procesos documentales a la información, en cualquier soporte. Se requieren procesos juiciosos de depuración para controlar el crecimiento del área de almacenamiento. Se incrementa la cantidad de documentos a custodiar.
10. Los espacios que ocupa el depósito de archivo podrán ser utilizados por el HGM para el cumplimiento de su misión.
11. Alineación del área jurídica a la cultura de cero papel de la institución.
12. Cultura de trámite digital garantizando la radicación en el sistema de Gestión documental: cuando los servidores reciben una comunicación oficial, vía correo electrónico la envían al correo institucional de Gestión Documental para su respectiva radicación y trámite.
13. Aseguramiento del documento físico de las comunicaciones recibidas: una vez se radica y digitaliza, el documento se conserva técnicamente por Gestión Documental.
14. Custodia de archivo de Historias clínicas completamente tercerizado.
15. Digitalización del consentimiento informado una vez firmado por el paciente.
16. Digitalización de relaciones de envío con la prueba de recibido por el asegurador. La guardan 3 meses y se eliminan
17. Solo se imprime una copia de la factura para el asegurador, se garantiza la seguridad de la información con la copia del sistema. En caso de requerirse se reimprime la factura.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

18. Control de las actas de los comités una vez firmadas, por parte del área de Gestión Documental.
19. Participación en el control del contrato de impresión.
20. Control de buzón para comunicación con los juzgados.
21. Herramienta para manejo de comunicaciones oficiales digitales con gran cantidad de documentos anexos.
22. Se tiene una cuenta de correo institucional donde se reciben y se envían las comunicaciones oficiales.

Fortalezas.

- Con el plan de mejoramiento se acatará la directiva presidencial de cero papel y se hará un eficiente manejo de los recursos económicos, humanos y de espacio físico de la entidad. Además se incrementa la seguridad y la oportunidad en el acceso a la información.
- La documentación estará en manos del personal técnico de Gestión Documental.

Debilidades.

- No existe la cultura del cero papel en el HGM. Se hará la modificación y sensibilización de los procesos por etapas, en las diferentes áreas.

▫ **Plan Anual de Adquisiciones.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

1. Capacitación de la herramienta para la realización del plan anual de adquisiciones 2018.
2. Recepción de correos por parte de cada área sobre el plan anual de adquisiciones.
3. Consolidación de información para generar el total del plan anual por parte del Hospital.
4. Presentación a la Subdirección Administrativa y al área financiera.
5. Ajustes al plan anual de adquisiciones por parte de las áreas.
6. Presentación del plan anual a la Gerencia del Hospital junto con el presupuesto.
7. Presentación a las áreas del resultado del Plan Anual y el Presupuesto.
8. Presentación del déficit arrojado y decisiones para disminuir cifras en el plan anual por parte de las áreas.
9. Reunión con cada líder para revisión del plan y ajustes de disminución.
10. Reunión con Gestión Humana y Presupuestos para revisión de planta de cargos vs prestación de servicios.
11. Ajustes en el Plan con todas las propuestas presentadas por las áreas.
12. Presentación del plan a la Subgerencia Administrativa y Financiera con ajustes y ahorros realizados.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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

Inicialmente se había establecido un grupo de trabajo con un equipo externo de obstetras sub-especialistas en perinatología y medicina fetal, que por los costos no se pudo concretar, por lo cual se definió el trabajo con equipo propio del hospital. Entre las actividades realizadas están:

1. Diseño, revisión, adopción y adaptación de la guía de RCIU.
2. Diseño del instrumento de adherencia a guía.
3. Revisión del proceso de atención de ginecoobstetricia adoptado a la patología
4. Reuniones de seguimiento con la Oficina de calidad.
5. Revisión de costos con la encargada de dicha oficina para el valor de los seguimientos en el programa RCIU.
6. Definición del carácter ambulatorio del programa
7. Involucramiento de personal especializado universitario en el proyecto (CES).

Fortalezas.

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

Debilidades.

- Falta de oportunidad en la consecución de las nuevas tecnologías
- Problemática relacionado con la cartera morosa de diferentes aseguradoras (Savia Salud, principalmente)

▫ **Proyecto 3. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos.**

Se identifican oportunidades de mejora en los procesos asistenciales de apoyo diagnóstico, Clínicas Quirúrgicas, Ginecobstetricia, Hospitalización y Urgencias, en los cuales se aplicó la herramienta Lean para levantar el diagnóstico de los procesos. Adicionalmente, se generaron los siguientes productos: El formato guía de evaluación del contexto de los procesos organizaciones, el informe de la sombra del paciente, el instrumento de medición de tiempos, el mapa del flujo de valor, y presentaciones. Las oportunidades de mejora se agruparon en las categorías de: recursos, documentación, adherencia y humanización de la atención.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

▫ **Proyecto 4. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.**

Se entregan los objetos de costo de acuerdo al cronograma establecido, se están solicitando las cotizaciones para que un consultor externo avale la metodología actual de costos.

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

Se programaron seis talleres “Capacitación y Evaluación del Desempeño” que se ejecutaron en las siguientes fechas, con invitación abierta a directivos y responsables de evaluar, los días 20 y 21 de junio con 45 asistentes y los días 22 y 23 de junio con 29 asistentes; en total asistieron 74 personas. Se continúa con el cronograma de las actividades programadas.

Fortalezas.

- Se programaron y se dictaron las capacitaciones de evaluación del desempeño a los funcionarios con el fin de que conocieran lo establecido en el Acuerdo 565 de 2016 donde se establecen las competencias que deben ser evaluadas.

Debilidades.

- El ausentismo de los profesionales y directivos a las capacitaciones programadas.

▫ **Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.**

Se realizó el taller de transformación cultural en el cual se capacitaron 40 personas del área de auditoría médica. Se entregan evidencias de las 35 evaluaciones realizadas a los talleres.

Fortalezas.

- Fortalecer a los funcionarios y colaboradores de la institución en todo lo concerniente en la cultura basada en valores.

Debilidades.

- Se presenta retraso en el proyecto debido a que no se contaba con la profesional que continuaría con el proceso.

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

El 18 de octubre la Corporación Fenalco Solidario nos entregó el certificado de Responsabilidad Social, luego de la evaluación de la información enviada por la Institución.

Se realizaron las auditorías internas del Sistema de Gestión Ambiental norma técnica ISO 14001:2015 y formulación y ejecución del plan de mejoramiento.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

Se realizaron las auditoria interna del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo según decreto 1072 de 2015, la Resolución 1111 de 2017 y norma técnica OHSAS 18001:2007 y formulación y ejecución del plan de mejoramiento.

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

Durante este periodo se recibe el informe del cuarto ciclo de acreditación, en el cual la Junta de Acreditación decidió otorgar al Hospital la categoría de Acreditación Condicionada en Salud. Esta condición no le permite a la institución disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un período adicional de diez (10) meses para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado.

A partir del informe del cuarto ciclo de acreditación, se estructuraron varias presentaciones para socializar en diferentes instancias y en los grupos de mejoramiento, las oportunidades de mejora identificadas. Se estructuró presentación dirigida a la junta directiva, al comité ampliado de gerencia, a los gestores de calidad y para cada grupo de mejoramiento o grupo que lidera algún eje transversal del sistema único de acreditación como el de humanización. Se envió presentación para facilitar su consulta y de igual manera se encuentran en la carpeta compartida de visita de acreditación subcarpeta de cada grupo de mejoramiento. Se formuló con los grupos de mejoramiento el plan de mejoramiento derivado del informe del cuarto ciclo de acreditación y se envió al Icontec en el tiempo establecido.

Se realizó entrenamiento en el modelo de mejoramiento institucional a la subgerente de procesos administrativos y financieros como líder del grupo de segundo nivel gerencia del ambiente físico y al director de ambulatorios como líder de los grupos de mejoramiento de primer nivel de urgencias y ambulatorios. También se realizó entrenamiento al grupo de primer nivel del laboratorio clínico y patología, ya que la mayoría de los integrantes del grupo se renovaron.

De igual manera como estrategia de entrenamiento en el modelo de mejoramiento, y a partir del informe del cuarto ciclo de acreditación, se aplicaron las etapas de: revisión de fuentes, agrupación y priorización de oportunidades de mejora, análisis causal de las oportunidades de mejora priorizadas y definición de acciones de mejora. Este entrenamiento se realizó con los siguientes grupos de segundo nivel: Cliente asistencial, direccionamiento y gerencia, gerencia del talento humano, gerencia de la información, gestión de la tecnología y gerencia del ambiente físico.

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

Dentro de las actividades para la implementación NTC ISO 31000, está la actualización de los riesgos por proceso, realizando un acompañamiento a los líderes de los procesos y su equipo de trabajo para ajustar y/o actualizar la identificación, valoración y definición de

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

controles (tratamiento) de los riesgos. Para ello se planearon tres fases, en cada fase se acompañó a 13 procesos en la actualización de sus matrices de riesgo.

▫ **Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

1. Culmina el proyecto de investigación “Laboratorio de Cocreación en Salud: Alternativelab” HGM - CES - EIA.
2. Se firma el convenio marco y se aprueba el Programa “Laboratorio de cocreación en salud: unidad estratégica de negocios 2018-2019” en las instituciones aliadas (HGM - CES - EIA).
3. Validación y ajuste de dispositivos para uso interno del HGM.
4. Aprobación de proyecto de investigación para desarrollar tecnología médica intra-hospitalaria con el apoyo de la Universidad de Antioquia.
5. Apoyo a procesos de formación de 36 estudiantes de Ingeniería Biomédica.
6. Se realiza ponencia en el III Congreso Internacional de Innovación y Tendencias en Ingeniería, realizado en la Universidad Católica de Colombia.
7. Se realiza ponencia en el Encuentro Internacional de Educación en Ingeniería ACOFI en Cartagena.
8. Se hace presentación del Laboratorio de cocreación en Salud en eventos como: Encuentro de Redes de Hospitales de Antioquia, Red Iconos, Club Bench, proceso de referenciación Clínica Prado.
9. Se realiza procesos de referenciación con Hospital Universitario Karolinska (Suecia), Corporación Universitaria Parc Tauli (España), Parque Explora (Colombia), Industrias Médicas Sampedro (Colombia), SimDesign Universidad de Standford - EAFIT - CES (USA - Colombia), Materialise (Bélgica - Colombia).

Fortalezas.

- Consolidación de la relación entre las agencias HGM, Universidad CES, Universidad EIA.
- Generación de confianza en la Junta Directiva y el Equipo Directivo del HGM.

Debilidades.

- Insuficiente comunicación y divulgación de las actividades del Laboratorio entre los colaboradores del HGM.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

1. Se presentó ante el Comité Docencia Servicio Institucional, el Plan de Desarrollo Docente HGM. Está sujeto a revisión de nueva versión.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

2. Se realizó con el SENA, Curso Metodología de la Investigación, con la participación de 25 colaboradores del HGM.
3. Se realizó con el SENA, Curso de Redacción de Artículos Científicos, con la participación de 25 colaboradores del HGM.
4. Se realizaron cinco (5) Reuniones Académico Pedagógicas, con la asesoría técnica de la Universidad Cooperativa de Colombia.
5. Se realizaron cinco (5) Reuniones Clínico Médicas, en el Auditorio de la Salud, con la participación de Profesionales de los Servicios del HGM y Docentes y Estudiantes de las Instituciones Educativas.
6. Se aprobaron 12 Proyectos de Investigación presentados ante el Comité de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación HGM.
7. Rotaron por el HGM: 1940 estudiantes de Pregrado, 179 estudiantes de Posgrado, 382 estudiantes de técnica y 27 estudiantes de tecnología.
8. Se adecuaron cuatro puestos de trabajo en el área de sala de cómputo docencia investigación en el cuarto piso sur.
9. Se continúa con el modelo de supervisión a las prácticas formativas aplicando los siguientes instrumentos:
 - Prueba de Objetivos y Competencias.
 - Lista de Chequeo (encuesta en línea).
 - Encuesta a Involucrados (encuesta en línea)
 - Encuesta Evaluación Escenario de Práctica (encuesta en línea),
10. Se realizaron Comités Docencia Servicio con cada una de las 16 Instituciones Educativas con las que hay Convenio Docencia Servicio vigente.

Fortalezas.

- La consolidación del equipo de trabajo de la unidad de docencia e investigación.
- El fortalecimiento de la relación con las Instituciones Educativas.
- La monitorización de los proyectos de investigación aprobados.
- Supervisión de las prácticas formativas.
- Concertación de los Planes de Mejoramiento y Contraprestación con las Instituciones Educativas.

Debilidades.

- El Sistema de Información de la Relación Docencia Servicio, aún se hace con bases de datos independientes.
- Los datos e información para los procesos de inducción virtual de estudiantes, no están actualizados porque la plataforma, en este período, no está actualizada.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

1. Se realiza Auditoría Interna para la verificación de requisitos relacionados con la Certificación en Buenas Prácticas Clínicas BPC.
2. Se realiza Plan de Mejoramiento de acuerdo con los resultados de la Auditoría Interna.
3. Se continúa con la ejecución de 8 Ensayos Clínicos contratados con la Industria Farmacéutica.
4. Se recibe respuesta del INVIMA acusando solicitud de visita de recertificación, e indicando que la Institución está en la lista de visitas a realizar, y recordando que se dará aviso 8 días antes de la visita. En la comunicación afirman que el hospital continúa certificado hasta que se realice la nueva visita.

Fortalezas.

- Equipo del Centro de Ensayos Clínicos con competencias sólidas para la conducción de Ensayos Clínicos.
- Apoyo de la Junta Directiva y del Equipo Directivo.

Debilidades.

- El sistema de facturación del CEC continúa en proceso de consolidación.
- El sistema de costos del CEC continúa en proceso de consolidación.

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

Se tiene completo el proyecto con presupuesto aprobado por el Ministerio de Salud y se incluyó en el Plan Bienal, falta la resolución de aprobación escrita. Se inscribió en el plan bienal, pero según información de la Seccional de Salud, se debe aplicar de nuevo esta inscripción. El proyecto fue retirado del Plan de acción con aprobación de la junta directiva por dificultades financieras y por falta de la aprobación del Ministerio de Salud.

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.

▫ **Proyecto 15. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.**

El proyecto consta de varios programas:

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

1. Programa Residuos Hospitalarios.

- a. Levantamiento línea base sobre residuos y diseño de plan de buenas prácticas a incorporar en gestión de residuos hospitalarios.
- b. Caracterización microbiológica de residuos con laboratorio acreditado y análisis físico y químico.
- c. Capacitación al personal asistencial sobre manejo de residuos hospitalarios, se capacitaron en dicho período 600 personas
- d. Inspecciones en separación, almacenamiento y conocimiento del manejo adecuado de residuos en las diferentes áreas y servicios del Hospital, en el período se realizaron 15 inspecciones.
- e. Auditorías a empresas gestoras externas, en el mes de septiembre se realizó auditoría a la empresa Coambiental y Recuperar.

2. Programa Manejo Seguro de Sustancias Químicas.

- a. Inspeccionar el manejo adecuado y conocimiento en las áreas del hospital en sustancias químicas, al período se realizaron 27 inspecciones.
- b. Inventario de sustancias químicas con características de peligrosidad en cada área donde estas se usen.
- c. Caracterización de peligrosidad de cada sustancia estableciendo las sustancias carcinógenas, de toxicidad aguda y peligrosa para el medio ambiente.
- d. Elaboración del instructivo estándar de operación, para manejo seguro del formol o formaldehído que próximamente será divulgado en la brigada y con el personal expuesto a esta sustancia.
- e. Elaboración del 40% de matrices de compatibilidad química.
- f. Definición y diseño de etiquetado.
- g. Evaluación y análisis de puestos de trabajo en patología.
- h. Evaluación y aprobación de nuevas sustancias químicas conforme a los estándares de SST.
- i. Capacitar a 641 personas incluido personal profesional, asistencial, técnico y trabajador oficial; al período ya se superó la meta con un total de 708 personas capacitadas.

3. Programa Uso Eficiente de los Recursos.

- a. Monitoreo y seguimiento periódico del sistema de potabilización; dicha actividad se realizó con laboratorio acreditado.
- b. Seguimiento a las rutinas de mantenimiento y notificaciones a través del AM que impliquen impacto ambiental.
- c. Realizar campañas y capacitación al personal en el uso eficiente de los recursos naturales; para el período se han capacitado 140 personas.
- d. Inspeccionar las prácticas en el uso eficiente de los recursos, en dicho período se realizaron 15 inspecciones.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

4. Compras Sostenibles.

- a. En dicho período se recibió capacitación por convenio 826 de 2016 donde se tuvo en cuenta al Hospital para participar en dicho proyecto.
- b. Socialización del convenio a la junta directiva.

Fortalezas.

- Para el desarrollo y ejecución del proyecto Plan Maestro de Sostenibilidad Ambiental se ha evidenciado adherencia del personal administrativo y asistencial en el conocimiento de la Gestión Ambiental en el hospital y la responsabilidad que eso conlleva con el crecimiento del Hospital en cuanto a imagen y sobre todo la responsabilidad legal que esto implica.
- También se evidencia mayor adherencia en los temas de capacitación y compromiso con las actividades que implican impacto ambiental por la actividad económica del Hospital.

Debilidades.

- Aunque se evidencia un avance de la Gestión Ambiental en el Hospital, falta estructurar el área con un equipo de trabajo que tenga las competencias correspondientes al tema y que oriente a la institución en el seguimiento y desarrollo del mismo.
- Alinear el equipo de trabajo que hace parte del proceso y las actividades pertenecientes al sistema.

▫ **Proyecto 16. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.**

Se incorpora la practicante que realizará el proceso de evaluación anual de obsolescencia de equipos biomédicos; se elabora listado de equipos, realiza la evaluación de obsolescencia y se elabora informe preliminar. Se analiza resultado de la evaluación; se priorizan los equipos a renovar según criticidad y con ello se elabora propuesta de plan de adquisiciones para el 2018.

Además se define la prioridad de equipos a renovar por reposición (congelador de plasma, 2 carros de medicamentos, carro de clínica de heridas); se solicita CDP para la adquisición de estos equipos. Se recibe ventilador mecánico de transporte para urgencias.

En el mes de julio se programaron 526 equipos para mantenimiento preventivo, en agosto 366; de los cuales se realizaron en julio 494 y en agosto 326. Total realizados en el bimestre 820 mantenimientos para un cumplimiento del 94% en julio y en agosto 90%. Total bimestre 92%.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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

Para julio se programaron 206 actividades de control metrológico y se realizaron 198 para un cumplimiento del 96%. En agosto se programaron 220 actividades de control metrológico y se realizaron 209 para un 95% de cumplimiento.

Teniendo en cuenta los reportes del software Keeper, a la fecha se ha realizado control metrológico a 995 equipos biomédicos (263 en enero, 249 en febrero, 276 en marzo, 207 en abril, 244 en mayo, 231 en junio 231, 198 en julio 198 y 209 en agosto).

En septiembre se programaron 155 equipos y se ejecutaron 155 para un cumplimiento del 100%; en octubre se programaron 188 equipos y se ejecutaron 179 para un cumplimiento de 95%.

En el mes de febrero se capacitaron 106 personas, en marzo 64, en abril 336, en mayo 40, en junio 267, en julio 23 y en agosto 267.

El índice de satisfacción en el bimestre, julio-agosto, fue de 100% (en el mes de julio respondieron 774 encuestas con calificación positiva y en el mes de agosto se respondieron 770 encuestas las cuales fueron positivas).

El índice de satisfacción en el bimestre, septiembre-octubre, 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 (con limitación de presupuesto).
- 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 a 2.807 equipos biomédicos
- Laboratorio de metrología en las instalaciones del hospital y relación a largo plazo con el ITM.
- Capacitación en el uso de la tecnología (1000 x año).
- La realización de las jornadas de seguridad del paciente con buena asistencia del personal.
- Evaluación y seguimiento (encuestas de satisfacción (9000x año).
- Alto grado de satisfacción.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Debilidades.

- Debido al escaso personal de ingeniería la evaluación se realiza con estudiantes en practica
- 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 este en los servicios.
- El cubrimiento de la capacitación para reentrenamiento no es el adecuado por falta de recursos para programarla y dictarla.

▫ **Proyecto 17. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información).**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

1. Se define la lista de chequeo para la verificación de la ejecución de incidentes de seguridad; se aplicó la lista a todos los integrantes del equipo de TI.; y se tabulan los resultados y se encuentra que se conoce el proceso y es necesario continuar trabajando en la cultura del reporte.
2. Se hace reunión periódica para revisar los incidentes de seguridad detectados, su análisis e intervención.
3. Se concluye la publicación del procedimiento de gestión de usuarios, para completar el 100% del bimestre mayo - junio.
4. Se definieron las listas de chequeo del dominio gestión de usuarios; se citaron y aplicaron las listas a los encargados de ejecutar el procedimiento y a algunos integrantes del grupo para medir conocimiento del proceso; se tabularon los hallazgos y se encuentra que el proceso se conoce y ejecuta de acuerdo a lo definido.
5. Se continúa con la concientización de los usuarios en seguridad de la información: Tips de seguridad, manejo de contraseña segura. Se cambió la plataforma de antivirus para tener mayores funcionalidades como control de navegación, control de dispositivos que se conectan a los equipos (USB, discos externos), control de aplicaciones que se usan en los equipos, mejora en los módulos de detección para los nuevos tipos de virus rasomware, módulo de firewall, anti botnets, detección de virus de día cero por heurística, administración de parches y detección y parchado de vulnerabilidades en equipos.

▫ **Proyecto 18. Desarrollo del sistema de información e informática.**

1. Se hace presentación del proyecto de Mesa de ayuda Unificada a los líderes del proyecto en Gestión Humana, se comienza la construcción del portafolio.
2. Se recibe portafolio y promesas de servicio, se parametriza la herramienta.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

3. Se inicia el proyecto de usabilidad y apropiación, se hizo el inventario de desarrollos realizados, se clasificaron para dar la línea base para el proyecto. Existen 1868 posibles Z, Población 174, se evaluaron 124 clínicos.
4. Se realiza la construcción de la herramienta de medición, la definición de la muestra para aplicarla y definición de indicadores. Se hace presentación ante los comités técnicos tanto administrativo como científico para enterarlos del proyecto y pedir su apoyo con la asistencia de los seleccionados a presentar el test. Se definen los indicadores.

1.2.2. Modelo de Operación por procesos.

▫ Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.

Se hizo la auditoria interna al sistema de gestión ambiental con base en los criterios de la norma ISO 14001 versión 2015.

Debilidades.

- No se cumplen muchos de los criterios de la versión 2015 de la norma, se tiene plazo por parte del Icontec en implementar la norma con esta versión hasta agosto de 2018. La auditoría externa del Icontec se solicitó con la versión 2004 ya que no cumplimos en este momento con la actual versión. Debemos comprometernos a implementar los criterios de la nueva versión y solicitar la auditoria de seguimiento en agosto de 2018

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

Se inició la evaluación inicial del sistema de acuerdo con los criterios de la Resolución 1111 de 2017. La auditoría interna realizada en el mes de agosto se hizo con los criterios de OHSAS 18001 y los criterios de la resolución 1111 de 2017.

Debilidades.

Algunos de los criterios de la resolución 1111 de 2017 no se cumplen lo cual requiere de implementación de plan de mejoramiento.

▫ Sistema de Gestión / Responsabilidad Social.

El 18 de octubre la Corporación Fenalco Solidario nos entregó el certificado de Responsabilidad Social, luego de la evaluación de la información enviada por la Institución.

Fortalezas

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

- La Metodología GRI-4.
- el Modelo de Sostenibilidad.
- Articulación de los Objetivos de Desarrollo sostenible.
- Actividades con medición cualitativa y cuantitativa.

Debilidades

- Fortalecer las actividades de responsabilidad social empresarial con los proveedores.
- **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.

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

Se realizó novedad de cierre de la Sede Ambulatoria y cierre de los servicios de consulta especialista nefrología, medicina general, psicología, y nutrición y dietética en el REPS y se radico novedad en la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Fortalezas

- Cumplimiento de los estándares y criterios en los 88 servicios habilitados por la Institución
- **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 del cuarto ciclo de acreditación, se identificaron las oportunidades de mejora asociadas a los diferentes grupos de estándares, las cuales posteriormente fueron agrupadas y priorizadas teniendo en cuenta criterios de riesgo, afectación de la imagen institucional y volumen, para las oportunidades que ingresan al plan de mejoramiento institucional se definen las acciones, tiempos y responsables acorde a lo establecido en el modelo de mejoramiento institucional.

Se inicia la revisión de los indicadores asociados a cada proceso con el acompañamiento de los líderes, profesional de calidad y gerente en sistemas de información, se revisan y ajustan las metas de los mismos, teniendo como referentes el estándar internacional High Reliability

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Organizations, –HRO-, o en español, Organizaciones Altamente Confiables, en el marco de la etapa de calidad deseada. Muchos de estos indicadores apuntan al seguimiento de los estándares que se están trabajando en el plan 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 certificación en BPM.

Se realiza la 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.

▫ **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 del sistema de información para la calidad, enmarcado en la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016, 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 (Business Intelligence), de allí se sube a la plataforma PISIS del Sistema SISPRO del Ministerio de Salud.

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.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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

Durante este periodo se recibe el informe del cuarto ciclo de acreditación, en el cual la Junta de Acreditación decidió otorgar al Hospital la categoría de Acreditación Condicionada en Salud. Esta condición no le permite a la institución disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un período adicional de diez (10) meses para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado.

A partir del informe del cuarto ciclo de acreditación, se estructuraron varias presentaciones para socializar en diferentes instancias y en los grupos de mejoramiento, las oportunidades de mejora identificadas. Se estructuró presentación dirigida a la junta directiva, al comité ampliado de gerencia, a los gestores de calidad y para cada grupo de mejoramiento o grupo que lidera algún eje transversal del sistema único de acreditación como el de humanización. Se envió presentación para facilitar su consulta y de igual manera se encuentran en la carpeta compartida de visita de acreditación subcarpeta de cada grupo de mejoramiento. Se formuló con los grupos de mejoramiento el plan de mejoramiento derivado del informe del cuarto ciclo de acreditación y se envió al ICONTEC en el tiempo establecido.

Se realizó entrenamiento en el modelo de mejoramiento institucional a la subgerente de procesos administrativos y financieros como líder del grupo de segundo nivel gerencia del ambiente físico y al director de ambulatorios como líder de los grupos de mejoramiento de primer nivel de urgencias y ambulatorios. También se realizó entrenamiento al grupo de primer nivel del laboratorio clínico y patología, ya que la mayoría de los integrantes del grupo se renovaron.

De igual manera como estrategia de entrenamiento en el modelo de mejoramiento, y a partir del informe del cuarto ciclo de acreditación, se aplicaron las etapas de: revisión de fuentes, agrupación y priorización de oportunidades de mejora, análisis causal de las oportunidades de mejora priorizadas y definición de acciones de mejora. Este entrenamiento se realizó con los siguientes grupos de segundo nivel: Cliente asistencial, direccionamiento y gerencia, gerencia del talento humano, gerencia de la información, gestión de la tecnología y gerencia del ambiente físico.

Fortalezas

- Ejercicios de autoevaluación sistemáticos, interdisciplinarios y participativos que generan acciones para la mejora.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

- 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

- Categoría de acreditación condicionada en salud

1.2.3. Estructura organizacional.

No se presentan cambios en la estructura durante este periodo.

1.2.4. Indicadores de Gestión.

▫ **Indicadores Institucionales.**

Para los tableros de indicadores institucionales se ha conformado un equipo de trabajo entre las áreas de calidad, sistemas y estadística, con el apoyo de las direcciones de las áreas, a fin de hacer actualización al manual de indicadores vigente, además de hacer redefinición del cálculo de las metas de cada uno y el plan de análisis, igual se busca una plataforma de manejo de los indicadores que limite la manipulación de datos, la existente Excel ya está agotada. Se dictó al equipo directivo un seminario de 3 horas referente a análisis de indicadores de gestión.

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

▫ **Indicadores Institucionales – Sistema de Información para la Calidad.**

Se realiza el reporte del sistema de información para la calidad, enmarcado en la resolución 256 del 5 de febrero de 2016, 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. Se dictó al equipo directivo un seminario

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

de 3 horas referente a análisis de indicadores de gestión, buscando sensibilizar al equipo directivo en torno a la importancia del monitoreo a partir de los indicadores.

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. Se destaca el trabajo en equipo para impactar el tema del monitoreo a partir de indicadores.

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. Los indicadores en formato Excel permiten manipulación manual y riesgo de distorsión en la información.

1.2.5. Políticas de Operación.

▫ Modelo de operación.

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

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

1. En el periodo del 4 de julio al 3 de noviembre se radicaron 170 solicitudes por el sistema Eurodoc y se publicaron 170, de los cuales 63 documentos fueron para solicitud de creación, 102 documentos para solicitud de modificación y 5 documentos para solicitud de eliminación.
2. Con relación el tiempo promedio de publicación de los documentos de calidad se encuentra en 3,9 días.
3. Se realiza acompañamiento y asesoría a los procesos que lo requieran para la utilización de la herramienta y la gestión documental para la calidad.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo.

▫ Lineamientos de Política.

Se publicó en intranet la Política y el Programa de Gestión de Riesgos actualizados y ajustados a las directrices de la norma NTC ISO 31000, también esta publicada la presentación de la Gestión de Riesgos para ser socializada en los espacios que se requiera, en ella está expuesta la estructura de la norma NTC ISO 31000, la política de Gestión de Riesgos y cómo dicha gestión está alineada con la plataforma estratégica y como se aplicando gestión de riesgos de manera general en la institución.

Fortalezas

- Se tiene incluida en la programación de temas para despliegue en las reuniones administrativas de todas las áreas, la presentación Gestión de Riesgos institucional como mecanismo de apropiación de conceptos que permitan ir fortaleciendo la cultura de la gestión del riesgo.

Debilidades

- Es necesario ir ampliando la cobertura de capacitación en el tema de Gestión de Riesgos para que el tema sea conocido por personal del nivel operativo.

1.3.2. Identificación del Riesgo.

La identificación del riesgo de las etapas del proceso de Gestión del riesgo según la norma NTC ISO 31000 es una etapa crítica y es por esto que se están revisando, actualizando y validando los riesgos identificados por cada proceso. Se está realizando un acompañamiento por fases para dar cobertura a los 39 procesos, además del procedimiento de ensayos clínicos.

Para identificar nuevos riesgos, ajustar los existentes y validarlos nos enfocamos en evaluar el objetivo del proceso y nos concentramos en todo aquello que pueda impedir el logro del objetivo del proceso o los objetivos institucionales.

Se procedió a partir de la información consignada en la matriz a identificar de una manera apropiada el riesgo distinguiendo las causas separadamente causas y consecuencias, puesto que generalmente los controles preventivos se implementan sobre las causas priorizadas que ocasionan el riesgo.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Debilidades.

- Revisando los riesgos de los procesos se encuentra que los riesgos están definidos unos como consecuencias (pérdidas y sanciones) otros como causas (falta) y en una sola descripción hay varios riesgos.

1.3.3. Análisis y valoración del Riesgo.

▫ **Análisis del riesgo.**

En los procesos definidos para cada fase se validaron los riesgos ajustados y/o actualizados realizando una nueva valoración teniendo en cuenta las variables de probabilidad y el impacto.

▫ **Evaluación del riesgo**

En la medida que se validan los riesgos de los procesos definidos para cada fase se está realizando una nueva evaluación de dichos riesgos.

▫ **Monitoreo y revisión.**

Se tiene programado que para la evaluación del Plan de Acción en la tercera semana de noviembre se hace el seguimiento a los controles implementados por cada proceso para mitigar los riesgos identificados; este seguimiento se realiza con corte a 31 de octubre de 2017.

▫ **Mapa de riesgo.**

En la medida que se va actualizando la identificación y validación, se actualiza el mapa de riesgos de cada proceso.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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.³

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.

AVANCES

2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.

2.1.1. Autoevaluación del Control y gestión.

▫ Enfoque de autoevaluación.

Se realizó la auto-inspección para la certificación en BPM, para la producción de aire medicinal in situ, utilizando como instrumento la Resolución 2011012580 de 2011, con la cual se verifica el cumplimiento de la Resolución 4410 de 2009. La auto-inspección fue realizada de forma conjunta entre el personal del servicio farmacéutico y el área biomédica.

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Los hallazgos derivados del ejercicio de auto-inspección se llevan al plan de mejoramiento institucional, se definen acciones, responsables, fechas de ejecución y se realiza seguimiento a su implementación.

Fortalezas

- Equipo de trabajo cohesionado y cualificado.

2.1.2. Revisión por la Dirección.

Se realiza de manera bimestral 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.

□ Plan de Auditorías Independientes.

1. Mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 167 de 21 de septiembre de 2017, se aprobó el Plan Estratégico "Construimos Confianza" 2017 - 2021 de la Oficina de Control Interno.
2. El avance del Plan de Auditorías 2017 es del 90%.
3. Se han realizado 13 auditorías así: modelo de mejoramiento institucional, atención en clínicas quirúrgicas, gestión de tesorería, órdenes de servicio, pago a proveedores, contrato 158 de 2016 Decorniza, convenio con Artmédica, contrato 66C de mantenimiento, central de esterilización, contrato con contacto humano, proceso de atención en laboratorio clínico y patología, contratos de comunicaciones y la del proceso de auditoría interna de segundo orden evaluación independiente.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

4. Se han elaborado los siguientes instrumentos de Auditoría: Estatuto de Auditoría, Manual de Auditoría. (incluye el plan anual de auditoría basado en riesgos), Código de Ética de la Auditoría Interna, Carta de Representación – Información, Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de Auditoría Interna – PAMC-AI., y Directrices de Auditoría Interna.

Fortalezas

- Plan Estratégico de la Oficina de Control Interno 2017-2021, “Construimos Confianza”, en el marco de la Mega 2017; entre las estrategias del plan se destaca la certificación de la actividad de auditoría interna bajo normas internacionales.

Debilidades

- Poco personal para el cumplimiento del Plan de Auditorías y en general para el cumplimiento de las funciones de aseguramiento y consultoría.
- Baja cobertura del universo auditable.
- Demora de los líderes de procesos y unidades auditadas para elaborar el plan de mejoramiento.

2.2.2. Auditorías de certificación externas.

Se recibió la visita de certificación en Buenas Prácticas de Producción de Manufactura de gases medicinales BPM, con resultado de la renovación de la certificación.

Fortalezas

- Equipo de trabajo cualificado, competente y comprometido con la producción de aire medicinal y la calidad técnica del proceso

2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.

2.3.1. Plan de Mejoramiento.

Durante este bimestre se recibió el informe final de la evaluación del cuarto ciclo de acreditación por parte del ICONTEC, por lo tanto el trabajo en los grupos de mejoramiento se orientó a la revisión del mismo, a la validación de las oportunidades de mejora y se corrió el modelo de mejoramiento institucional en las etapas de identificación de nuevas oportunidades de mejora, agrupación por afinidad, priorización, definición de acciones de corrección inmediata y definición de acciones de mejora. Se realizó acompañamiento a todos los grupos de mejoramiento de segundo nivel: Direccionamiento y gerencia; Cliente asistencial; Gerencia del talento humano; Gerencia del ambiente físico; Gerencia de la información; Gestión de la Tecnología, mejoramiento institucional.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Con respecto a los grupos primarios, se acompañó en este mismo ejercicio al grupo de Sysoma, ambulatorios, laboratorio clínico, banco de sangre, urgencias, cirugía. De igual manera se acompañó al grupo de investigaciones, con su certificación en BPC.

En el bimestre de julio - agosto se tiene un total de 189 acciones de mejora formuladas, de las cuales 84 tienen fecha de ejecución enero-agosto de 2017, de las 84 acciones, 62 se debían cerrar en el bimestre julio- agosto, y se cerraron 49, lo que quiere decir que el resultado de la eficacia para el mejoramiento de este bimestre es del 91,67% con un acumulado del 96,2%.

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.

2.3.2. Evaluación y cumplimiento del Plan de Mejoramiento

Se tiene elaborado el plan de mejoramiento para las auditorías de modelo de mejoramiento institucional y contrato 158 de 2016 Decorniza, los planes de mejoramiento que están pendientes de elaboración son los de auditoría clínicas quirúrgicas, gestión de tesorería, órdenes de servicio y pago a proveedores, pendientes planes de mejoramiento de comunicaciones y laboratorio clínico.

Debilidades

- Se requiere mayor oportunidad en la elaboración de los planes de mejoramiento.

2.3.3. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.

El plan de mejoramiento avanza en un 40%, se espera el nombramiento del nuevo contador para continuar su implementación, se están trabajando las siguientes actividades: Aplicar estrategias para impactar la disminución progresiva de las utilidades del ejercicio en los últimos tres años, generar información detallada en el aplicativo ERP (SAP), tales como la generación de libros auxiliares, balances por terceros y demás informes detallados, revisar asientos de ajuste de inventario significativos que no obedecen a resultados de conciliación, ingreso o movimientos del juego de inventarios, revisar reportes del sistema de costos, ya que es incongruente respecto de las cifras cargadas a los estados financieros, aplicar estrategias o métodos organizados y formales de sostenibilidad contable, aplicar estrategias

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

para impactar el crecimiento en la rotación de cuentas por cobrar, ya que se están debilitando los excedentes de liquidez, evidenciar un control mensual al plan de austeridad.

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.⁴

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. Información y comunicación interna.

- Información a la comunidad hospitalaria.

La información a la comunidad hospitalaria se realiza 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 70% informativos y en un 30% educativos; y 10 carteleros generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleros de los servicios.

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Igualmente se mantuvo informado a través del correo electrónico y de la intranet; en el periodo se presentaron 7,338 usuarios de acuerdo con las estadísticas de google analytics para 103.746 visitas a las diferentes secciones, de los cuales un 6% fueron usuarios nuevos. En el 2017 no se ha realizado Pensamiento General, falta que se defina por parte de la Gerencia el contrato de diseño. En cuanto a las novedades institucionales se realizaron en el periodo 20 novedades con las noticias de la institución.

- **Campañas:**

La campaña de vivo los valores en julio, agosto, septiembre y noviembre trabajó los valores de vocación del servicio, responsabilidad, honestidad y solidaridad para lo cual, aparte de las actividades que adelanta Gestión Humana, se trabajan desde comunicaciones afiches, descansa-pantalla y papel tapiz y tips del valor sacados del manual de comportamiento; se realizaron concursos de valores en los meses de septiembre y octubre. Se diseñó de campaña del silencio a través de la metodología Desing Thinking, se presentó en el mes de octubre al Comité de Humanización y fue aprobado por la Subgerencia de Procesos Asistenciales, para que se cotizará su producción y desarrollo. La campaña contiene estrategias de interacción con el mensaje, permanencia, evaluación e informativa.

- **Eventos institucionales:**

Se realizaron los siguientes eventos en el periodo:

- Exaltación a los mejores: Con gestión humana se organizó la exaltación a los mejores que se realizó el 31 de agosto. Se realizaron piezas comunicacionales para convocatoria y la presentación para la ceremonia de exaltación.
- III Simposio de Actualización en Conocimientos Médicos: Con la Dirección de Hospitalización se organizó el simposio realizado los días 29 y 30 de octubre. Para el evento se realizaron piezas comunicacionales como banner página web, cover facebook, ecard para enviar por correo electrónico. Participaron 293 personas entre estudiantes y médicos.

- **Corazones Responsables:**

Se ha hecho difusión por diferentes canales de tips para fomentar hábitos saludables.

- **Medición de la apropiación del mensaje.**

En el mes de junio se realizó medición de la apropiación de la información institucional y dio un cumplimiento del 83%. El indicador promedio de la comprensión de la información institucional que se lleva cada mes teniendo diferentes fuentes de

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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, la apropiación en olimpiadas de la calidad tiene como promedio del año un 77,78 % dos puntos porcentuales por debajo de la meta. Y para el mes de octubre quedó en 70.80%.

- **Medición impacto de canales.**

Las carteleras son el canal más utilizado con el 38%, la intranet con el 31%, el correo electrónico con el 22%, jefes y otros con el 3%, sonido interno el 2%. El 89% de los funcionarios se enteran oportunamente de la información del hospital, las razones por las cuales no se enteran oportunamente son: 75% no estaban de turno o estaban de vacaciones, 18% no emplean los canales de comunicación, 5% otras razones. El 89% de los funcionarios manifiestan que sus jefes realizan reuniones.

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.

3.2. Información y comunicación externa.

- **Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad**

De 4 de julio 3 de noviembre julio se realizaron 7 jornadas, 1.063 personas atendidas el 101% de lo presupuestado, de las cuales el 12% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99,5%.

- **Canales de comunicación: carteleras digitales.**

Se mantienen las tres carteleras digitales para usuarios en sala de espera del segundo piso y en ginecobstetricia con contenidos segmentados para ellos son un 70% informativas, y un 30% educativas. Página web actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización del 96%, con 93,629 usuarios en el periodo de acuerdo con las estadísticas de google analytics para 195.177 visitas a las páginas de los cuales el 24,1% son nuevos visitantes. Canal de televisión con dos emisiones

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

diarias de lunes a viernes con contenidos del hospital. Perfil en Facebook al 4 de noviembre se tenían 11.948 fans

- **Relacionamiento con usuarios y comunidad en general.**

A 135 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños en el periodo, en el año 2017 se han entregado 318. Patrocinios Auditorio: \$19.830.000.

En el periodo se solicitaron 478 Citas web de medicina especializada. Se dio a servicio de la ciudadanía la asignación de citas de ayudas diagnósticas, en el mes de junio, hasta noviembre se habían solicitado 24 citas. En el Chat en el periodo se atendieron 524 personas, para el año 2017 se han atendido 1.505 chat con un satisfacción del 96% con el servicio. Se celebró la fiesta de Halloween con los pacientes pediátricos en compañía de la Sala Familiar y Palabras que acompañan.

- **Relacionamiento medios de comunicación.**

Se atendieron 35 requerimientos de medios de comunicación, un 87% de lo atendido en el período marzo-julio de 2016. En todo el 2017 se han atendido 65 requerimientos de medios, un 76% de lo que se atendió en el 2016.

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.
- El chat institucional se ha convertido en un excelente canal para las consultas ciudadanas.

Debilidades

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

▣ **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 1.217 manifestaciones las cuales fueron clasificadas como 275 reclamos, 57 sugerencias, 679 agradecimientos y 206 felicitaciones.

El seguimiento se realiza mediante los indicadores:

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

- Índice Combinado de Satisfacción con un promedio para el período de 16,69;
- Índice de reclamaciones con un promedio de 10,09 por cada 1000 usuarios atendidos.
- Promedio de tiempo de respuesta a Reclamos y Sugerencias con 9,41 días.
- Reclamaciones respondidas dentro de los tiempos 77,78%;
- La medición de la Calidad de la respuesta a Reclamos y Sugerencias para el primer semestre de 2017 y la medición de satisfacción anual se encuentran en proceso de ejecución.

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.

▫ **Rendición de cuentas.**

En el período se publicaron en la página web los informes de gestión aprobados por la Junta Directiva de los bimestres mayo - junio y julio - agosto, adicionalmente se publicó en la intranet institucional en novedades el informe de gestión de los bimestres mayo - junio y julio y agosto.

Fortalezas

- Publicación permanente por los medios Institucionales de la gestión.

Debilidades

- Poca afluencia de asistentes a pesar de la convocatoria abierta

▫ **Gestión documental.**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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

- Número de derechos de petición sin respuesta oportuna: 539; promedio mensual del 21,7%
- Número de derechos de petición con respuesta oportuna: 1.487; promedio mensual del 78,43%.

- **Estado de las Tablas de Retención y Valoración Documental.**

- Se elaboraron los terceros ajustes o correcciones a ambas tablas, de acuerdo al nuevo concepto del Consejo Departamental de Archivos.
- Se aprobaron en Comité Interno de Archivo N° 4 del 18 de octubre de 2017.
- Se realizaron las respectivas comunicaciones y resoluciones de aprobación y se enviaron para su revisión y respectiva convalidación al Consejo Departamental de Archivos.

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.
- Las tablas de retención y valoración documental se están aplicando en todos los archivos de gestión y central, lo que implica la optimización de los espacios.
- Con el proyecto de digitalización de las historias laborales se reduce el tiempo de espera para el acceso a la información y se incrementa la seguridad de la información en cualquier soporte. Con el inventario de las historias clínicas se podrá realizar la selección de las que ya cumplieron su tiempo de retención para seleccionar las que se deben conservar históricamente y las que se deben entregar al usuario y no ocupar espacio con documentación que ya perdió sus valores de conservación y disponer de más espacio para las nuevas historias.

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 onerosos 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 de retención y valoración, esto ha ocasionado que el HGM no tenga todavía sus tablas convalidadas a pesar de que se elaboraron en el año 2014.
- El HGM no puede agilizar la consulta de los expedientes de las historias laborales, lo que dificulta el cumplimiento en los tiempos de respuesta. Además se está pagando por la custodia de las historias clínicas que ya perdieron sus valores de conservación y no cuenta con el espacio suficiente para las nuevas historias clínicas.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Construimos Confianza

▫ **Plan de comunicaciones.**

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

▫ **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 31 de agosto se tenía el 100 % de la información actualizada. El acumulado del año es del 97%.

Fortalezas.

- Apropiación de los responsables de actualización y envío de la información para su publicación en la página web.

▫ **Participación ciudadana.**

Dando cumplimiento a la Política de Participación Social en Salud, permanentemente por los diferentes medios institucionales, en la programación institucional que se transmite por canal cerrado de tv 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.

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.

3.3. Sistema de Información y Comunicación.

▫ **Sistemas de Información.**

Entre las actividades realizadas están:

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

1. Se hace presentación del proyecto de Mesa de ayuda Unificada a los líderes del proyecto en Gestión Humana, se comienza la construcción del portafolio.
2. Se recibe portafolio y promesas de servicio, se parametriza la herramienta.
3. Se inicia el proyecto de usabilidad y apropiación, se hizo el inventario de desarrollos realizados, se clasificaron para dar la línea base para el proyecto. Existen 1868 posibles Z, Población 174, se evaluaron 124 clínicos.
4. Se realiza la construcción de la herramienta de medición, la definición de la muestra para aplicarla y definición de indicadores. Se hace presentación ante los comités técnicos tanto administrativo como científico para enterarlos del proyecto y pedir su apoyo con la asistencia de los seleccionados a presentar el test. Se definen los indicadores.

▫ **Desarrollo Tecnológico.**

Tanto el canal como los servidores de SAP estuvieron en enero y febrero en el 100% de la disponibilidad; en marzo 100%, abril, 99,74%.

La disponibilidad de los backups y el canal en el bimestre mayo -junio estuvo al 100%. Los servidores estuvieron al 100%, es de aclarar que en este bimestre se hizo la actualización de la plataforma y esto ocasionó la programación de varias paradas por lo cual si se tienen en cuenta estas, la disponibilidad sería en mayo de 99,53% y el junio de 99,79%.

La disponibilidad en julio fue de 99,98%, en agosto de 99,87%, y en los meses de septiembre y octubre fue del 100%.

El consolidado de disponibilidad de los servidores SAP en UNE del período enero – octubre fue del 99,9%.

▫ **Derechos de Autor de Software**

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. Así mismo, la instalación de software sólo puede realizarse a través de una solicitud directa al grupo de sistemas.

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 de la entidad.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

IV. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.

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

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

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

Artículo 2.2.21.3.7 Evaluación. Establece: “d) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces debe evaluar el sistema de control interno de la entidad, con énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman y presentar informes a la Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno de la entidad, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema”.

4.2. 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 julio a 3 de noviembre de 2017, se puede conceptuar 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. El proceso de planeación está claramente definido pero se encuentra afectado en su cumplimiento, por las restricciones presupuestales, el cumplimiento de los programas y proyectos que hacen parte del Plan Estratégico Institucional; además es débil la cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos
3. La Entidad tiene definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en sus procesos. La ausencia prolongada y en encargo en varias de las dependencias afecta el desarrollo normal de las actividades institucionales.
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. Es necesario fortalecer la articulación y el reconocimiento de la cadena cliente proveedor identificada en la caracterización de los procesos.
5. 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.
6. 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: evaluación de desempeño pendientes, funcionarios sin diligenciar la declaración de bienes y rentas, débil cultura

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

de gestión de proyectos, bajo nivel de avance del Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de Medellín.

7. Se recomienda adoptar las decisiones necesarias para que la elaboración de los Planes de Mejoramiento se realicen oportunamente.

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.

ELABORACIÓN DEL INFORME:

Participaron en la elaboración del presente Informe:

José Heriberto Vargas Lema.	Profesional de Control Interno.
María Janeth Agudelo Arango	Profesional de Control Interno.
Juliana Cañas Escobar	Estudiante en Práctica – Sena Regional Antioquia.
Carlos Uriel López Ríos.	Asesor de Control Interno.

Oficina de Control Interno.
Hospital General de Medellín
Medellín, Noviembre de 2017.