

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO N° 7-2018 DEL ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Julio 4 a Noviembre 3 de 2018

EQUIPO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS

Jefe de Auditoría Interna

JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA

Profesional de Auditoría Interna

**MARÍA JANETH AGUDELO
ARANGO**

Profesional de Auditoría Interna

KARINA RUIZ DE LA HOZ

Profesional de Auditoría Interna

JULIO SUESCÚN MONTOYA

Técnico Administrativo de Auditoría
Interna

VALERIA RIVAS ARTEAGA

Practicante U de A – Profesional en
Administración en Salud

Medellín
Noviembre 12 de 2018

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial lo dispuesto por el Decreto 648 de 2017 en su artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes, al Decreto Nacional 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”; y el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 presenta el **Informe Cuatrimestral Pormenorizado N° 7 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 2018, se ha estructurado conforme a lo dispuesto en la dimensión 7, de Control Interno del Decreto 1499 de 2017 que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG., que contempla los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno para verificar y evaluar el Sistema Institucional de Control Interno - SICI.

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

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza
TABLA DE CONTENIDO

I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL	6
1.1. Dimensión Talento Humano.....	6
1.1.1. Código de Ética y Buen Gobierno.....	6
1.1.2. Planeación del talento humano.....	6
1.1.3. Planta de cargos y manual de funciones.....	6
1.1.4. Plan Institucional de Capacitación – PIC.....	7
1.1.5. Programa de Inducción y Reinducción.....	7
1.1.6. Programa de Bienestar.....	8
1.1.7. Plan de Incentivos.....	8
1.1.8. Acuerdos de Gestión.....	9
1.1.9. Evaluación del desempeño laboral.....	9
1.1.10. Entrenamiento en el puesto de trabajo.....	9
1.1.11. Aplicación "Ley de Cuotas".....	9
1.1.12. Declaración de Bienes y Rentas.....	10
1.1.13. Procesos de Conciliación.....	10
1.2. Dimensión Direccionamiento estratégico y planeación.	10
1.2.1. Plan Estratégico 2016 – 2027.....	10
1.2.2. Plan de Desarrollo 2016 – 2019.....	11
1.2.3. Plan de Acción 2018.....	11
1.2.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.....	12
1.2.5. Control Interno Contable.....	12
1.2.6. Plan de Austeridad.....	13
1.2.7. Plan Anual de Adquisiciones.....	13
1.2.8. Presupuesto 2018.....	13
1.2.9. Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.....	13
1.2.10. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.....	14
1.2.11. Programa 3. Competitividad.....	14
1.2.12. Programa 4. Capital Humano.....	14
1.2.13. Programa 5. Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad.....	14
1.2.14. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.....	14
1.2.15. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.....	15
1.2.16. Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.....	15
1.2.17. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.....	16
1.2.18. Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.....	16
1.2.19. Proyecto 2. Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.....	17
1.2.20. Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.....	17
1.2.21. Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos.....	17
1.2.22. Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.....	18
1.2.23. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.....	18
1.2.24. Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.....	18
1.2.25. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.....	19
1.2.26. Proyecto 9. Gobierno Digital.....	19
1.2.27. Proyecto 10. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos).....	20

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

1.2.28. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.....	20
1.2.29. Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario.	21
1.2.30. Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.....	22
1.2.31. Proyecto 14. Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro-diagnóstico.	24
1.2.32. Proyecto 15. Adecuación del Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur.....	24
1.2.33. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.	24
1.2.34. Proyecto 17. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.....	26
1.2.35. Proyecto 18. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información).	26
1.2.36. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.....	26
1.2.37. Gestión de Cartera.....	28
1.2.38. Proceso de Facturación.....	28

1.3. Dimensión Gestión con Valores para Resultados.....29

1.3.1. Estructura organizacional.....	29
1.3.2. Modelo de Operación por procesos.....	29
1.3.3. Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.....	30
1.3.4. Sistema de Gestión / Salud y seguridad en el trabajo.....	31
1.3.5. Sistema de Gestión / Responsabilidad Social.....	33
1.3.6. Sistema de Gestión / Modelo Estándar de Control Interno – MECI.....	33
1.3.7. Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema Único de Habilitación.....	34
1.3.8. 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.....	34
1.3.9. Sistemas de Gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - Sistema de Información para la Calidad – SIC.....	35
1.3.10. Sistema de gestión / Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Sistema Único de Acreditación.....	36
1.3.11. Defensa Jurídica.....	36

II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.....36

2.1. Lineamientos de Política.....	36
2.2. Identificación del riesgo.....	37
2.3. Análisis del riesgo.....	37
2.4. Evaluación del riesgo.....	37
2.5. Monitoreo y revisión.....	38
2.6. Mapa de riesgo.....	38

III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.....39

3.1. Indicadores Institucionales.....	39
---------------------------------------	----

IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....39

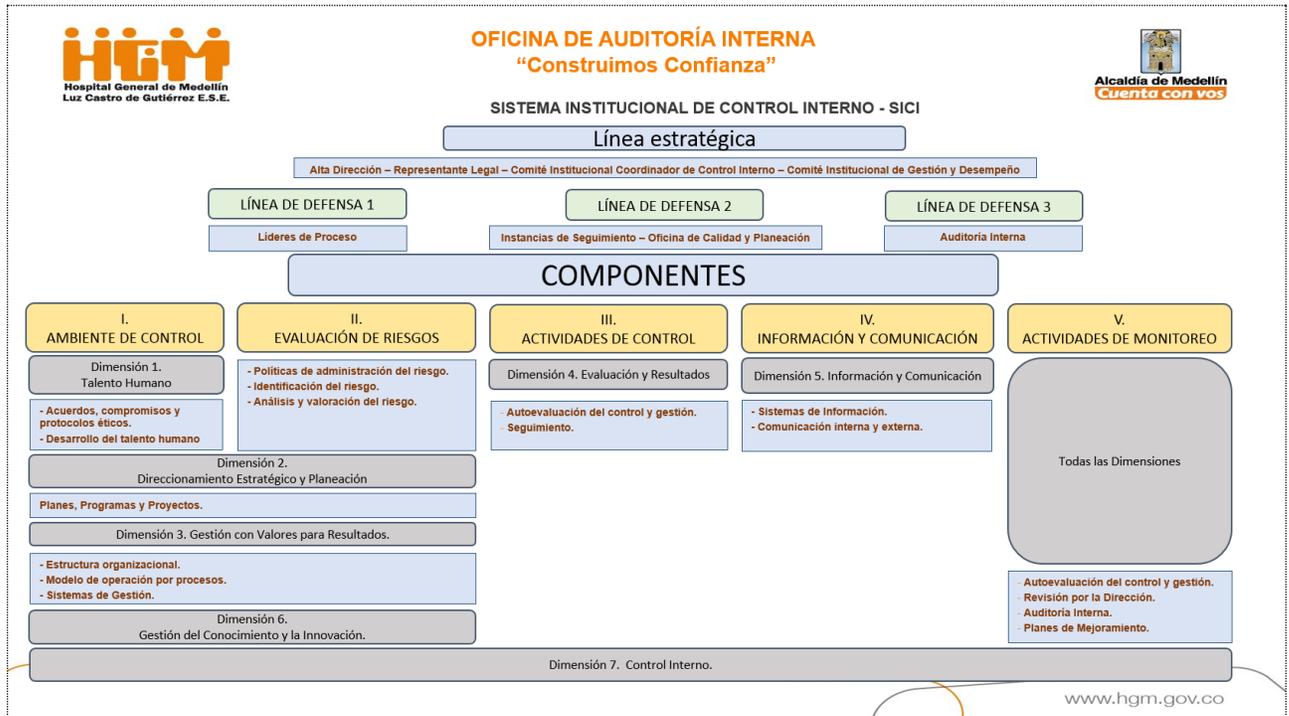
4.1. Dimensión 5. Información y Comunicación.....	39
4.1.1. Sistemas de Información.....	39
4.1.2. Desarrollo Tecnológico.....	39

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

4.1.3. <i>Derechos de Autor de Software</i>	39
4.1.4. <i>Comunicación interna</i>	40
4.1.5. <i>Comunicación externa</i>	41
4.1.6. <i>Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU</i>	42
4.1.7. <i>Rendición de cuentas</i>	43
4.1.8. <i>Gestión documental</i>	43
4.1.9. <i>Plan de comunicaciones</i>	44
4.1.10. <i>Transparencia y lucha contra la corrupción</i>	44
4.1.11. <i>Participación ciudadana</i>	44
V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO	44
5.1. <i>Dimensión 4. Evaluación de Resultados</i>	44
5.1.1. <i>Evaluación del Clima Laboral</i>	44
5.1.2. <i>Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento</i>	44
5.1.3. <i>Seguimiento al Plan de Austeridad</i>	45
5.1.4. <i>Enfoque de autoevaluación</i>	45
5.1.5. <i>Revisión por la Dirección</i>	45
5.1.6. <i>Control Interno Contable – Seguimiento</i>	46
5.1.7. <i>Plan de Auditorías Independientes</i>	46
5.1.8. <i>Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna</i>	46
5.1.9. <i>Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación</i>	47
5.1.10. <i>Auditoría NTC 14.001</i>	47
5.1.11. <i>Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001</i>	47
5.1.12. <i>Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE</i>	48
5.1.13. <i>Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM</i>	48
5.1.14. <i>Plan de Mejoramiento Archivístico</i>	48
5.1.15. <i>Plan de Mejoramiento Institucional</i>	49
5.1.16. <i>Plan de Mejoramiento Auditoría Interna</i>	50
5.1.17. <i>Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín</i>	50
5.1.18. <i>Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal</i>	50
VI. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO	50
6.1. <i>Normativa</i>	50
6.2. <i>Concepto</i>	51

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza



I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

1.1. Dimensión Talento Humano.

1.1.1. Código de Ética y Buen Gobierno.

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno; la versión 2, se encuentra publicada en la plataforma de la entidad, desde el 21 de febrero de 2016. Página 1 de 20.

1.1.2. Planeación del talento humano.

Actualmente el Hospital cuenta con una planta de 1.339 plazas de las cuales 880 corresponden a plazas de cargos de carrera administrativa y 459 plazas temporales.

1.1.3. Planta de cargos y manual de funciones.

A la fecha la planta de cargos se distribuye así:

- De período: 2;
- De libre nombramiento: 13;

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- De carrera: 251;
- Provisionales: 535;
- Temporales: 333; y
- Trabajadores Oficiales: 11.
- Vacantes: Cargos de Carrera Administrativa: 62; Encargos: 7 y planta Temporales: 125.
- Retiros: 19.

Modificación de la planta.

Sesión del 12 de julio de 2018 y Acuerdo N° 183 de agosto del mismo mes y año, la Junta directiva aprobó la creación del cargo de Profesional Universitario 1 (Oficial de cumplimiento SARLAFT), cargo de Libre Nombramiento y Remoción adscrito a la Gerencia, así como la incorporación al Manual de funciones y competencias.

Fortalezas:

- Publicación del Manual en la Intranet y le permite al funcionario realizar consulta de las funciones de los cargos en planta del Hospital.

Debilidades

- No poder realizar ajustes al Manual de funciones hasta tanto no se tenga definido el proceso de la convocatoria Nivel Nacional (CNCS).

1.1.4. Plan Institucional de Capacitación – PIC.

Para el año 2018 se asignó al plan de capacitación un presupuesto de \$208.200.000 y se ha ejecutado para este periodo a evaluar \$148.271.400 con un cumplimiento del 71%. El cumplimiento del cronograma de capacitación para el periodo Evaluado 2018: 98%

Debilidades

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

1.1.5. Programa de Inducción y Reinducción.

De 133 funcionarios que ingresaron a la Institución, 122 realizaron la inducción virtual lo que representa el 91%.

Fortalezas:

- La información le permite a los funcionarios conocer el Hospital General de Medellín.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

1.1.6. Programa de Bienestar.

Para el período informado se programó una ejecución del presupuesto en actividades de \$227.543.775 y se ejecutó \$223.237.159, lo que representa un cumplimiento del 98%.

Fortalezas.

- Actividades que motivan al personal vinculado y tercero para que realicen bien sus funciones.

1.1.7. Plan de Incentivos

El 22 de agosto del presente año se realizó el evento “Exaltación de los Mejores” en el cual se hizo el reconocimiento a los funcionarios en las siguientes categorías:

- Categoría Quinquenios: se exaltaron 97 funcionarios.
- Categoría Mejor Evaluado: Nivel Directivo, Nivel Profesional Asistencial, Nivel Técnico, Nivel Asistencial.
- Categoría Pensionados: Se exaltan 13 funcionarios que se jubilaron durante el año 2018.
- Categoría Atención con Calidad Asistencial y Administrativo: Se hizo reconocimiento a Víctor Vallejo Piedrahita en la categoría Asistencial y la Enfermera Especialista Liliana Bermúdez Carvajal en la categoría Administrativa.
- Categoría Mejor Servicio Evaluado en Visitas de Calidad: Se reconoce a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos UCIP-9 sur.
- Fortalecimiento a la Investigación: Se exaltan a los doctores: María Claire Borroue Mejía, Ana Girleza Múnera, Indira Berrio y Jaime Enrique Paliller González.
- Categoría Investigación e Innovación: Programa de Higiene de Manos.
- Categoría Trabajo en el Mejoramiento de la Seguridad: Sexto Piso Norte.
- Categoría Conducta Auto Seguridad: Martha Lucía Lora Bustamante y Gestores Urgencias Adultos.
- Igualmente se hizo la invitación a los terceros para que exaltaran a sus mejores funcionarios.

Fortalezas.

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Debilidades

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

1.1.8. Acuerdos de Gestión

La Gerencia concertó los compromisos para el año 2018-2019. Igualmente se realiza primera evaluación parcial a los Directivos de la Institución, y se establecen compromisos a los directivos nuevos que ingresaron a la Institución para el periodo 2018-2019.

1.1.9. Evaluación del desempeño laboral.

Se realizó primera evaluación parcial para el personal de carrera administrativa con un porcentaje de cumplimiento del 98% y un porcentaje del Nivel destacado del 71%, las dos faltantes se encuentran vinculados. Igualmente se realizó la evaluación anual de los funcionarios nombrados en provisionalidad, con un cumplimiento del 95% y evaluación en un Nivel Destacado del 72%. Además se programó la concertación de objetivos para el periodo 2018-2019.

Debilidades

- Falta compromiso por parte de algunos funcionarios responsables a evaluar para la entrega de la información al área de Gestión Humana.

1.1.10. Entrenamiento en el puesto de trabajo.

Con el apoyo de la Gerencia, la Dirección de Gestión Humana ha podido adelantar los entrenamientos en el puesto de trabajo de los funcionarios y contratistas que ingresan a la Institución, garantizando que tengan una semana dedicada al proceso de entrenamiento en el puesto de trabajo. Durante el periodo se realizaron entrenamientos en el puesto de trabajo a 26 vinculados y 34 contratistas.

Debilidades.

- Garantizar que se respeten los tiempos asignados para este proceso.

1.1.11. Aplicación "Ley de Cuotas".

El Hospital no está dando cumplimiento a la Ley de Cuotas. El total de cargos de nivel directivo que son 11, se distribuyen así:

- Máximo Nivel Decisorio: 3 cargos: 1 mujer y 2 hombres.
- Otros Niveles Decisorios: 8 cargos: 1 mujer, 6 hombres y 1 vacante.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

1.1.12. Declaración de Bienes y Rentas.

De 1045 funcionarios vinculados, el 91% de estos cumplieron con la entrega de actualización de su declaración de bienes y rentas.

Debilidades.

- Funcionarios que tienen dificultad en realizar el trámite de actualización por no tener conocimiento de ingreso a la plataforma.

Observación de Auditoría Interna.

- La entidad debe requerir a los funcionarios que faltan por diligenciar e iniciar trámite disciplinario por incumplimiento de mandato legal.

1.1.13. Procesos de Conciliación.

Se presentaron al comité todas las solicitudes de conciliación prejudicial y judiciales programadas entre el mes de marzo a julio de 2018, así como se elaboraron las respectivas constancias de comité de conciliación de cada caso para ser aportadas como anexos en sede judicial y prejudicial.

1.2. Dimensión Direccionamiento estratégico y planeación.

Planes.

1.2.1. Plan Estratégico 2016 – 2027.

El plan estratégico 2016 -2027 se ejecuta en el largo plazo, a través del plan de desarrollo 2016-2019, el cual se ejecuta en el mediano plazo, a través de los planes de acción que se ejecutan en el corto plazo de un año. Actualmente se han ejecutado las vigencias 2016, 2017 y en curso 2018.

Fortalezas

- El direccionamiento estratégico del HGM está alineado con el plan de desarrollo de la alcaldía "Medellín Cuenta con Vos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.

Debilidades.

- La estructura organizacional de HGM no es la adecuada para el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Observación de Auditoría Interna.

- Se ha recomendado a la administración, en diferentes instancias y oportunidades, priorizar la revisión y/o actualización de la actual estructura organizacional.

1.2.2. Plan de Desarrollo 2016 – 2019.

El plan de desarrollo 2016 -2019, el cual se ejecuta en el mediano plazo, a través de los planes de acción que se ejecutan en el corto plazo de un año, actualmente se han ejecutado las vigencias 2016, 2017 y en curso 2018.

Fortalezas

- El Plan de Desarrollo 2016-2019 del HGM está alineado con el plan de desarrollo de la alcaldía "Medellín Cuenta con Vos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.

Debilidades.

- La estructura organizacional de HGM no es la adecuada para el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo.

Observación de Auditoría Interna.

- Se ha recomendado a la administración, en diferentes instancias y oportunidades, priorizar la revisión y/o actualización de la actual estructura organizacional.

1.2.3. Plan de Acción 2018.

El plan de acción se ejecuta en el corto plazo (12 meses). Se compone de la ejecución de programas y proyectos estratégicos y de la ejecución de los procesos del HGM. Se realiza seguimiento de manera bimestral (6 seguimientos al año). La profesional de proyectos se reúne con los responsables de los proyectos y de los procesos. Se solicitan los entregables como evidencia de la realización de las actividades programadas, se levantan actas de seguimiento a los cronogramas de los proyectos.

Fortalezas

- El Plan de acción 2018 está alineado con el plan de desarrollo del HGM y de la alcaldía "Medellín Cuenta con Vos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Debilidades.

- La estructura organizacional de HGM no es la adecuada para el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo.

Observación de Auditoría Interna.

- Se ha recomendado a la administración, en diferentes instancias y oportunidades, priorizar la revisión y/o actualización de la actual estructura organizacional.

1.2.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

En este período no se reportó ninguna actividad, dado que no tuvo modificaciones.

1.2.5. Control Interno Contable.

Se realizan reclasificaciones de cambio de plan de cuentas de COLGAAP a NIIF en cumplimiento de la Resolución 037 de 2017; se llevan a cabo reuniones con el Comité de saneamiento Contable con la finalidad de sanear algunas partidas como los recursos entregados a la Fiduciaria Central y a la Fundación Santa Fe. Se trasmite información contable pública y de convergencia a la Contaduría General de la Nación al igual que al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. Se remite a la Superintendencia de Salud las cuentas por pagar de acuerdo a la Circular 016 de 2016.

Fortalezas.

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

Debilidades.

- Falta de documentación de algunas actividades que se deben vincular en la Gestión de la Contabilidad.

Observación de Auditoría Interna.

- Se recomienda definir un plazo para superar la debilidad descrita, ya que la misma es reiterativa.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

1.2.6. Plan de Austeridad.

Se realiza el seguimiento con corte a septiembre de 2018, presentando un ahorro de \$4.704.419.750 con respecto a la meta propuesta de \$7.399.933.070 anual, para un cumplimiento de 85%.

1.2.7. Plan Anual de Adquisiciones.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se integra el plan anual de adquisiciones de acuerdo a los lineamientos interpuestos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Se realiza el presupuesto del año 2019 en conjunto con los diferentes líderes.
- Capacitación de plan de adquisiciones, para conocimiento y aplicación, así se mitiga los riesgos por mala planeación.

1.2.8. Presupuesto 2018.

Se realizó revisión de las necesidades presupuestales para realizar el anteproyecto del presupuesto 2019 con los diferentes responsables de cada área y el Gerente. Se aprobó anteproyecto del presupuesto 2019 por parte de la Junta Directiva, y se envió el informe al CHIP, Informe 2193 SIHO.

Programas.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se están “mapeando” los 4 procesos restantes de Atención Integral en Salud.
- Se normaliza la versión mejorada de los procesos MI-AIS-UR atención en urgencias y MI-AIS-AD atención en apoyos diagnósticos.
- Se aplicó la metodología “Lean” para la revisión de los procesos y la formulación de los indicadores de productividad en los procesos asistenciales de Laboratorio Clínico y Patología, Banco de Sangre, Consulta Externa, Servicio Farmacéutico
- Se realizó el despliegue del modelo de atención a todo el personal del HGM en diferentes escenarios: Charlas en el auditorio, despliegues en los servicios asistenciales, y de manera virtual a través de la plataforma de inducción y reinducción institucional.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Fortalezas.

- Se integra al modelo de atención la Política de Atención Integral de Salud - PAIS; el Modelo de Atención Integral de Salud – MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

Debilidades.

- Rotación del personal Asistencial Directivo

1.2.10. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.

Hace parte del Programa el proyecto 2. Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas, en donde se relacionaran las actividades realizadas.

1.2.11. Programa 3. Competitividad.

Aunque en el 2017 se realizaron algunas actividades de costeo de algunas áreas asistenciales, para el 2018 se programaron actividades para realizar el diagnóstico del actual sistema de costos del HGM, y se contratará una consultoría externa que inicie con el diagnóstico para el desarrollo del plan de trabajo a implementar que permita validar lo realizado a la fecha y de esta forma tener tarifas estandarizadas y nos permita ser más competitivos y rentables, acordes con el mercado y la política de rentabilidad de la Entidad.

1.2.12. Programa 4. Capital Humano.

Se relatan algunas explicaciones sobre el Programa Capital Humano: Implementar un modelo de gestión por competencias y Fortalecimiento de la cultura organizacional.

1.2.13. Programa 5. Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad

Se entrega informe al ICONTEC y se mantienen las certificaciones.

1.2.14. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realizó un diagnóstico de los 4 componentes de la estrategia de Gobierno en Línea (Tic para servicios, Tic para el Gobierno Abierto, Tic para la Gestión y Seguridad y Privacidad de la Información)
- Se definen los lineamientos para la gestión y desempeño institucional, adaptando la 3ª Dimensión del MIPG denominada "Gestión con Valores para Resultados" De la Ventanilla Hacia Adentro.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se definen los lineamientos para la gestión y desempeño institucional, adaptando la 3ª Dimensión del MIPG: "Gestión con Valores para Resultados"
- Relación Estado Ciudadano.

Fortalezas.

- Articulación del proyecto con el MIPG

1.2.15. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.

Las actividades realizadas en este Programa se relacionan en los proyectos:

- Generar Capacidades de Innovación
- Consolidación del HGM como un hospital universitario
- Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.

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

Se excluyó del Plan de Acción 2018, el proyecto "Adecuación del servicio Cuidado Básico Neonatal". Así mismo se incluyó en el Programa Estratégico "Adecuación y mejoramiento de infraestructura física, el Proyecto Estratégico, "Adecuación y dotación de la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos del Piso 7 de la Torre Sur".

Fortalezas.

- Del proyecto "Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro diagnóstico", se tienen completos los diseños arquitectónicos y técnicos con el respectivo presupuesto, lo que garantiza una buena ejecución inmediatamente sea aprobado en el MPS. El proyecto está en el Plan Bienal de inversiones en salud del Ministerio de Salud en la segunda versión.

Debilidades.

- El trámite para conseguir la aprobación del Ministerio de Salud ha sido muy difícil, dado que el proyecto se debía incluir en el plan bienal de salud y solo hasta marzo se pudo realizar cuando el Ministerio habilitó el acceso al plan. Después se tuvo que esperar hasta junio que se emitieran las aprobaciones, para poder entregar de nuevo a la Dirección Seccional de Salud, quien luego lo envía al Ministerio para la aprobación, la cual se está esperando, lo que hace muy lento el proceso de aprobaciones para poder iniciar la ejecución del proyecto.

La excesiva tramitología que no está al alcance del hospital, hace que la ejecución de los proyectos se retrase y sea muy lenta, dado que sin la resolución del Ministerio

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

no se puede iniciar ningún tipo de obra; así el Ministerio no esté haciendo aportes económicos al proyecto, se debe registrar el mismo.

1.2.17. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.

Se está desarrollando todas las actividades según el plan de acción, relacionadas con el Proyecto Estratégico 18 Cumplimiento al Estándar ISO-27000. Se están finalizando varios sub-proyectos según lo previsto en el plan de acción, relacionadas con el Proyecto Estratégico 19: Desarrollo del sistema de información e informática, los demás que no se pudieron ejecutar se tienen dentro del alcance del próximo año.

Observación de Auditoría Interna.

- Se recomienda indicar las razones por las cuales algunas actividades o proyectos se aplazan para el año 2019.

Proyectos.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se están “mapeando” los 4 procesos restantes de Atención Integral en Salud.
- Se normaliza la versión mejorada de los procesos MI-AIS-UR atención en urgencias y MI-AIS-AD atención en apoyos diagnósticos.
- Se aplicó la metodología “Lean” para la revisión de los procesos y la formulación de los indicadores de productividad en los procesos asistenciales de Laboratorio Clínico y Patología, Banco de Sangre, Consulta Externa, Servicio Farmacéutico
- Se realizó el despliegue del modelo de atención a todo el personal del HGM en diferentes escenarios: Charlas en el auditorio, despliegues en los servicios asistenciales, y de manera virtual a través de la plataforma de inducción y reinducción institucional.

Fortalezas.

- Se integra al modelo de atención la Política de Atención Integral de Salud - PAIS; el Modelo de Atención Integral de Salud – MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

Debilidades.

- Rotación del personal Asistencial Directivo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Desarrollar el sistema de información que permita la ejecución y monitoreo de las variables definidas.
- Medir la adherencia a GPC y cumplimiento de las metas propuestas de los indicadores.
- Se dio inicio al análisis de la competencia del programa materno-perinatal COMPARTO.

Fortalezas.

- El compromiso de los especialistas asignados.
- La vinculación al HGM de uno de los especialistas.
- Los recursos asignados.
- Se tiene SAP como plataforma para gestionar la información del programa.

Debilidades.

- Los trámites del proceso de compra dilatan los tiempos estimado del proyecto (Ecógrafos).
- La adecuación de consulta externa dilata los tiempos estimado del proyecto.
- La estrategia de mercadeo necesita una asesoría externa.

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

Se realiza diagnóstico interno, y de acuerdo a la nueva directriz, se contratará consultoría externa para realizar diagnóstico del sistema de costos

1.2.21. Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Gestión de Cartera.
- Gestión descuento por pronto pago
- Plan de Austeridad
- Gestión de la Glosa
- Gestión de Acuerdo de Pago

Fortalezas.

- Se definen indicadores de seguimiento.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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

Se elabora documento descriptivo de pensum de competencias con los siguientes módulos: Materia de las Emociones, Automotivación-Gestión de las emociones, Competencias, terreno, Influencia e impacto. A la fecha se han capacitado 205 personas.

Fortalezas.

- Participación de los funcionarios al conocimiento de las competencias con los despliegues que se encuentran realizando las psicólogas del proceso.

1.2.23. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se elabora Protocolo de puntos (12 hojas), que se basan en el programa de incentivos según la resolución N° 713 de 2017, donde se aprueba el plan de estímulos e incentivos. Este protocolo de puntos aplica para resaltar competencias que se trabajan en proyecto de manera individual y colectiva, para generar recordación frente al futuro “Modelo de competencias-MCCV”. Fueron aprobados a través del acta en el día 29 de agosto de 2018.
- Diseño y generación de piezas gráficas e informe de explicación de la marca y su objetivo. Se hace entrega del Diseño e informe de explicación de la marca y su objetivo. El diseño de la marca se está desarrollando en apoyo de la oficina de comunicaciones. El Comunicador debe apoyar al equipo en la construcción de la campaña y del lanzamiento. Esta actividad se debe de realizar en el 5 bimestre (septiembre - octubre) Ya que de esta actividad dependen las actividades del proyecto de cultura.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Planificar, ejecutar y realizar seguimiento al sistema de Gestión Ambiental Norma Técnica ISO 14001: 2015
- Implementar el sistema de seguridad y salud en el trabajo según el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 1111 de 2017
- Planificar, ejecutar y realizar seguimiento al programa de Responsabilidad Social

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

1.2.25. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.

Durante este periodo se realizan las siguientes actividades teniendo en cuenta lo establecido en el plan de acción 2018 y el plan de trabajo específico para este componente del Sistema de Gestión Integral de Calidad:

- Acompañamiento a los grupos para correr el modelo de mejoramiento institucional.
- Acompañamiento a los grupos de mejoramiento en la ejecución de las acciones derivadas del plan de mejoramiento institucional y en su seguimiento sistemático.
- Se estructuran las carpetas para las oportunidades de mejora de cada grupo y se inicia con la consolidación de las evidencias que soportan la oportunidad.
- Se actualiza el instrumento de indicadores para evidenciar el cumplimiento de la dimensión de resultados en los 158 estándares del sistema único de acreditación.
- Se acompaña la estructuración y ejecución de la estrategia lúdica de evaluación de conocimientos " Olimpiadas de calidad".
- Se realizan talleres de generalidades de acreditación y el modelo de mejoramiento institucional con procesos y personal priorizado, incluyendo el personal directivo.
- Se realiza la jornada de presentación de avances y cierres de ciclos de los grupos de mejoramiento.
- Se realizan jornadas de simulación de acreditación en los diferentes servicios asistenciales y administrativos.

Fortalezas.

- Compromiso del personal de la institución con el proyecto
- Acompañamiento sistemático a los grupos de mejoramiento en la ejecución de las acciones de mejora definidas para las oportunidades identificadas.
- Seguimiento sistemático por parte de la Oficina de Calidad y Planeación a 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

1.2.26. Proyecto 9. Gobierno Digital.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realizó un diagnóstico de los 4 componentes de la estrategia de Gobierno en línea (Tic para servicios, Tic para el Gobierno Abierto, Tic para la Gestión y Seguridad y Privacidad de la Información)
- Se definen los lineamientos para la gestión y desempeño institucional, adaptando la 3ª Dimensión del MIPG denominada "Gestión con Valores para Resultados" De la Ventanilla Hacia Adentro.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se definen los lineamientos para la gestión y desempeño institucional, adaptando la 3ª Dimensión del MIPG: "Gestión con Valores para Resultados".
- Relación Estado Ciudadano.

Fortalezas.

- Articulación del proyecto con el MIPG

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

En este período no se reportó ninguna actividad.

1.2.28. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.

Entre las actividades realizadas están:

- Se Identifican y se caracterizan las necesidades de Co-creación en los servicios asistenciales realizando rondas hospitalarias.
- Continúa la validación comercial de los siguientes dispositivos:
 - Dispensador de guates y sensor de concentración de alcohol para incrementar la adherencia al proceso de higiene de manos.
 - Contenedor rígido de esterilización.
 - Protector flujómetro.
 - Soporte de cánister.
- Se continúa con el diseño de los nueve (9) proyectos de tecnología médica que fueron priorizados por el comité técnico del laboratorio de Co-creación; estos proyectos tienen potencial realización en el 2019.
- Se aprueba en Comité de Gerencia Ampliado, el Plan de Acción 2019 para este Proyecto.
- Se realizan las reuniones ordinarias del Comité Técnico del Laboratorio de Co-creación, con la participación de los involucrados designados por las Universidades CES y EIA y el HGM.
- Se realizan las reuniones ordinarias del Comité Coordinador del Laboratorio de Co-creación, con la participación de los involucrados designados por las Universidades CES y EIA y el HGM.
- Participación del HGM en el Laboratorio de Innovación de Gobierno auspiciado por Ruta N, con la selección de un Reto o Desafío relacionado con un Modelo de Oferta y Demanda de las Especialidades de mayor Complejidad en el HGM. En el momento de este reporte, ya fueron presentadas a Ruta N varias alternativas a este desafío propuesto por el HGM, por Solucionadores interesados; está pendiente la revisión y evaluación de las propuestas para selección de la propuesta más adecuada, lo que debe ocurrir en las próximas 3 semanas.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Fortalezas.

- Competencia del Talento Humano del Laboratorio de Co-creación.
- Relacionamiento estratégico entre el HGM y las Universidades CES y EIA.
- Participación de colaboradores del HGM para la validación de los dispositivos en prueba.
- Relacionamiento con agencias externas privadas para la validación comercial de los dispositivos en prueba.

Debilidades.

- La naturaleza pública del HGM que impide el relacionamiento flexible y dinámico con agentes públicos y privados de los ecosistemas de innovación en los ámbitos local, territorial, nacional e internacional.

Observación de Auditoría Interna.

- Se recomienda analizar esta situación y adoptar una medida que supere esta situación reiterativa.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se continúa con el control de las actividades docentes que ocurren en el campus del Hospital.
- Se continúa con el desarrollo de la supervisión de actividades docentes.
- Se realizaron 3 Reuniones Clínico Médicas con énfasis en Casos Clínicos de interés para el Equipo de Salud, Docentes y Estudiantes.
- Se realizaron 4 Tutorías para apoyar con temas administrativos al Equipo de Salud del HGM, con énfasis en Médicos Especialistas.
- Se realizaron 4 Comités de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación I+D+i, en los cuales fueron aprobados 19 Proyectos de Investigación nuevos, para su ejecución en el HGM.
- Se continúa con la Monitorización de los Proyectos de Investigación, haciendo uso de la Matriz de Seguimiento, cuyo análisis se presenta bimestralmente en el Comité I+D+i.
- Se continúa con la supervisión de las contraprestaciones acordadas entre las Instituciones Educativas y el HGM, de acuerdo con Actas de Concertadas suscritas en noviembre 2017 para la vigencia 2018.
- Se realiza propuesta de documento Convenio de Práctica Académica, como instrumento para normalizar las prácticas de estudiantes que hacen parte de programas académicos que no son del área de la salud, de acuerdo con el Decreto

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

2376 de 2010. El documento fue puesto a consideración de la Oficina Jurídica y fue avalado por esa dependencia.

- Se desarrollaron las actividades previstas en el Plan de Desarrollo Docente:
- Se desarrollaron las actividades previstas con el SENA:
 - Curso Introductorio a la Metodología de la Investigación (25 participantes).
 - Curso Redacción Artículos Científicos (25 participantes).
 - Curso Diseño de Estrategias Pedagógicas y Didácticas (12 participantes).
- Se continúa con el desarrollo del Proyecto Sistema de Información de la Relación Docencia Servicio; actualmente se encuentra en fase de diseño y pruebas para salir a productivo en el mes de enero de 2019.
- Se desarrollan los Comités Docencia Servicio con las Instituciones Educativas con las que se tiene Convenios Docencia Servicio vigentes y activos.
- Se aprueba en Comité de Gerencia Ampliado, el Plan de Acción 2019 correspondiente a ese Proyecto.

Fortalezas.

- Concertación de las actividades de la Unidad de acuerdo con las competencias principales de los Colaboradores.
- Confianza de las Instituciones Educativas en los procesos de supervisión.
- Supervisión de las Prácticas Formativas de acuerdo con el instructivo correspondiente.

Debilidades.

- Insuficiente actualización de la matriz de capacidad instalada para monitorizar la asignación de los cupos de estudiantes por tipo de programa y por Institución Educativa.
- No se han discutido con profundidad, los alcances para el HGM y los Convenios Docencia Servicio vigentes, de la Aprobación del Proyecto de Ley por el cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia.

Observación de Auditoría Interna.

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

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se realiza Auto-inspección de BPC 2018 y se elaboró el Plan de Mejoramiento.
- Se continuó con la Asesoría de la Oficina de Calidad y Planeación, para la construcción del Modelo de Negocios aplicable en el CEC.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Han sido diligenciadas 26 nuevas factibilidades, que aunque no representan en sí mismas nuevos contratos con la Industria Farmacéutica, son la fuente inicial obligatoria para eventuales nuevos Ensayos Clínicos, y evidencian la confianza de la Industria en el Centro de Ensayos Clínicos.
- Se suscribieron dos nuevos contratos con la Industria.
- Se continúa con la monitorización de la situación financiera del CEC, que no es fácil, en virtud de que nuevos contratos para la ejecución de ensayos clínicos no ocurren con la rapidez que conviene para una operación sin afugas.
- Nuevos presupuestos para nuevos ensayos clínicos, se están construyendo con al apoyo de la Dirección Financiera del HGM, siguiendo instrucciones de la Gerencia; estos presupuestos debidamente contruidos, con enviados a los Patrocinadores, con fundamento en los cuales se firma finalmente el contrato.
- Es evidente el control de los costos, con énfasis en la reducción de las horas aprobadas por el Interventor.
- Se aprobó en Comité de Gerencia Ampliado, el Plan de Acción 2019, que incluye la revisión de la factibilidad de un Comité de Ética en Investigación en Humanos Independiente con asiento en el HGM.
- El Centro de Ensayos Clínicos está ejecutando en la actualidad 7 ensayos clínicos contratados con la Industria Farmacéutica y se están desarrollando actividades previas al inicio de 14 nuevos ensayos clínicos que se espera comiencen 2 en lo que resta de 2018, y 12 en el 2019, siempre que sean debidamente aprobadas por el Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES, por el INVIMA, y la negociación de los presupuestos y del contrato llegue a término.

Fortalezas.

- Apoyo de diferentes dependencias del Hospital como: Oficina de Calidad y Planeación, Dirección Financiera, para la negociación de presupuestos; Oficina de Costos y de la Oficina de Estadística.
- Competencia del Talento Humano del Centro de Ensayos Clínicos.

Debilidades.

- La naturaleza pública del HGM, que impide el relacionamiento flexible con agencias extranjeras que no tienen representación legal en Colombia y que disponen de recursos para financiar ensayos clínicos para los que el HGM ha sido aprobado como sitio de ejecución.
- Los tiempos institucionales de revisión jurídica, y financiera de los contratos que la Industria Farmacéutica pone a consideración del HGM.
- Inadecuado avance en el desarrollo de los Módulos que el CEC requiere para su integración con SAP.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Observación de Auditoría Interna.

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

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

Entre las actividades del proyecto se tienen que fue aprobado en el plan bienal 2018-2019 y cuenta con el aval técnico de la DSSA.

Fortalezas.

- Proyecto formulado con un equipo multidisciplinario lo que garantiza un buen proyecto para su ejecución.
- Información de planimetría y documentos completos para la posterior convocatoria
- Recursos económicos disponibles para la ejecución del proyecto

Debilidades.

- Procesos en el Ministerio muy demorados para entregar la resolución de aprobación, que no está bajo el resorte del hospital.

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

Este proyecto ya fue aprobado en el plan bienal 2018-2019 y cuenta con el aval técnico de la DSSA.

Fortalezas.

- Voluntad de trabajo con el equipo multidisciplinario para trabajar en equipo el rediseño del servicio completo.

Debilidades.

- Malestar de los empleados del servicio por las condiciones de incomodidad.
- Familiares poco cómodos en el servicio por el hacinamiento actual.

1.2.33. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se cumple con todas las mediciones de ley para los vertimientos, emisiones y residuos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se está en desarrollo de un plan de acción definitivo para presentar al Área Metropolitana para solicitar la licencia de vertimientos.
- Se propuso y está iniciando un nuevo control administrativo sobre los vertimientos de los sobrantes de leches en los servicios de mayor uso tales como pediatría y recién nacidos. Se incluye un nuevo procedimiento para almacenamiento y disposición final de la misma.
- En el banco de sangre se detectó un paso en el procesamiento de los elementos sanguíneos, que puede ser contaminante de los vertimientos y del mismo modo se estableció un almacenamiento y una inactivación, mejorado este tema.
- Se integra a los terceros mediante sensibilizaciones el uso de los vertimientos.
- Se realiza valoración, seguimiento y mantenimiento a las trampas de grasa existentes en el hospital
- Se solicitó una asesoría personal al Área Metropolitana para definir la viabilidad y factibilidad de un proyecto macro para la separación de aguas residuales domésticas y no domésticas.
- Un trabajo Macro consistió en liberar la institución de la carga del Lavado y contratarlo por fuera de la como parte de intervención de la emisión de químicos a las aguas residuales. Se hace control estricto a las condiciones ambientales del contratista
- Se tiene un nuevo proveedor que ha permitido ahorro en dinero y muy buena calidad en la operación.

Fortalezas.

- Compromiso de la Gerencia y de la alta dirección con el tema.
- Certificación en normas internacionales.
- Participación de líderes de operaciones en el tema ambiental, tales como arquitecto e ingeniero de la Institución.
- Ya se tiene una persona para el manejo de terceros con toda la capacidad y formación para el control efectivo de estos.
- Se tiene un área de comunicaciones muy activo y comprometido con el tema de capacitación y sensibilización a la comunicad.

Debilidades.

- Falta la conformación de un equipo propio de Gestión ambiental, incluyendo Ingeniera y auxiliar para el tema.
- Falta aún mayor compromiso por parte de terceros.
- Falta más participación de los usuarios Hospitalarios en el tema de vertimientos.
- Normatividad estricta.
- Pocos recursos en el sector salud con altas carteras que hacen difícil actividades e envergadura en temas ambientales.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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

En este período no se reportó ninguna actividad.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó aprobación y firma del contrato de auditoría; el proveedor NewSol presentó la propuesta al personal del área de Sistemas, Director de Gestión Humana y personal de Auditoría Interna. Se estipulan 3 etapas del proceso: el proceso de TI, el cumplimiento de la norma ISO27000 y articulación con MIPG, adicionalmente se hará seguimiento a los hallazgos de la última auditoría realizada.
- Se presenta la primera etapa de la auditoría donde se dejan 10 hallazgos para los cuales se les hará el respectivo plan de acción.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

Proyecto Implementación GRD's: Se tiene los siguientes avances:

- Se presenta análisis de la línea base ante la gerencia por parte de la firma Processum, dejando acciones de mejora como el fortalecimiento del equipo de codificación, la gestión del área de sistemas del diseño del CMBD1,2,3
- Se presenta como oportunidades de mejora a partir de la línea base generada a partir del proceso en Avedian de los RIPS 2010-2017, aspectos como fortalecimiento del proceso de codificación de diagnósticos con grupo de codificadores, diseño y validación de datos de CMBD1, 2, 3 desde el área de sistemas, uso de las plantillas Avedian para ingreso de información de costos por parte de la profesional de costos.
- Se logra desde sistemas diseñar el CMBD 1, 2, 3 que fue validado desde Estadística, haciéndose ajustes en los contenidos y calidad de datos, enviándose luego a la casa matriz de Avedian para una 2da Validación, para luego proceder a subir a productivo el aplicativo que alimentará los primeros GRD del Hospital General a partir de un CMBD.
- Se hace la valoración de la calidad de la información contenida en las bases de datos a cargar en el CMBD 1.2.3, se presenta proceso de capacitación en el manejo del módulo de codificación por parte de funcionarios entrenados de la IPS Universitaria, generándose retroalimentación entre las partes con el objeto de mejorar la calidad del dato.

Proyecto Crecimiento en Almacenamiento. Debido a los periodos de contratación y ejecución del proyecto no es posible el desarrollo dentro de la vigencia 2018.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Proyecto Implementación Portal. Debido a los periodos de contratación y ejecución del proyecto no es posible el desarrollo dentro de la vigencia 2018.

Proyecto Implementación Software Laboratorio clínico en SAP. Se tiene los siguientes avances:

- Se realiza contrato con la empresa Labcore para la implementación y para los desarrollos de integración con SAP se solicita requerimiento a la Unión Temporal.
- Se elabora documento de BBP que contiene las necesidades del proceso y los desarrollos requeridos en SAP y el nuevo sistema de laboratorio.
- Se inició con el desarrollo del nuevo software.
- En la actualidad se está desarrollando el proceso el cual se encuentra en pruebas y está próximo a salir a productivo.

Proyecto Implementación Facturación Electrónica. Se tiene los siguientes avances:

- Se realiza contrato con el proveedor Cadena.
- Se realizó presentación del plan de trabajo en el auditorio de la gerencia.
- En la actualidad se está desarrollando la actividad.
- Se definieron las ubicaciones del CUFE y el QR en las facturas de ISH y SD, se mapearon los campos de la factura por parte de Cadena, con consultoría SAP ya se está trabajando en los web services en los programas: Factura de Ish, factura de SD, nota crédito por Ish, nota crédito por SD y nota crédito por Glosa.

Proyecto Implementación Desarrollar Sistema de Información del proceso de gestión de la relación Docencia Servicio. Se tiene los siguientes avances:

- Se elaboró contrato con la empresa InnovaPues.
- Semanalmente se realizan reuniones de seguimiento en las cuales se realiza la entrega de los productos y se valida con los líderes responsables.
- Este proyecto se está ejecutando con metodología Scrum Manager la cual permite reducir el tiempo y optimizar las fases del mismo. Respecto al cronograma presentado el proyecto se está ejecutando en relación a los tiempos y actividades pactadas. Es importante recordar que este fue un diseño propio realizado por el área de sistemas, donde se levantaron los procesos y se ajustaron para cumplir con el objetivo de administrar y controlar todas las relaciones docencia servicio que presta el Hospital.

Proyecto Migración de Sistema de Correo. Se tiene los siguientes avances:

- Se tienen problemas en la definición del licenciamiento requerido para la implementación de la solución.
- Se realizó el levantamiento de la información, está pendiente de definir el licenciamiento de SAP requerido.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Proyecto Sistema de seguimiento y control de inventarios. Debido a los periodos de contratación y ejecución del proyecto no es posible el desarrollo dentro de la vigencia 2018.

1.2.37. Gestión de Cartera.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Realización de conciliaciones financieras permanentes con las diferentes entidades que adeudan a la institución.
- Se realizó gestión de cobro, análisis de cartera, compensación y circularización de estado de cartera a las diferentes, aseguradoras y prestadores que adeudan a la institución.
- Se realizó seguimiento a Firmas de Cobro Jurídico y cartera entregada, revisión de actas de acuerdos de pago con fechas establecidas y compromisos adquiridos.
- Se presentó los informes solicitados por los diferentes entes de control.

Fortalezas.

- Fuentes de información confiable.
- Soportes físicos, seguimiento y supervisión de los contratos.
- Datos y cifras conciliadas para presentación de informes.
- Capacidad de Gestión de cobro y conciliación a todo nivel.

Debilidades.

- Falta de articulación entre las áreas.
- Reproceso en conciliaciones con las diferentes entidades.
- Incumplimiento en tareas establecidas.
- Falta de seguimiento a actas de conciliación y acuerdos de pago.
- Débil Soporte Jurídico

1.2.38. Proceso de Facturación.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Implementación de oficina de aseguramiento de afiliaciones a recién nacidos, para dar cumplimiento al decreto 2353 de 2015.
- Reestructuración de proceso operativo de oficina central de facturación, garantizando la equidad en la distribución de cargas laborales.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Fortalezas.

- Garantía de plena identificación de aseguramiento a pacientes sin vinculo en el SGSS y Afiliación oportuna de recién nacidos en el HGM, evitando tramites externos a la madre.
- Equipo trabajo con capacidad integral para garantizar la calidad de la facturación y oportunidad en la radicación al ente asegurador.

Debilidades.

- Se observa poca colaboración de las madres del recién nacido en la gestión para el aseguramiento.
- Población migrante en estado de irregularidad, sin gestión personal para legalizarse que dificulta para identificar el ente pagador.
- Manualidad en el proceso de selección y distribución de roles en la oficina central de facturación.

1.3. Dimensión Gestión con Valores para Resultados.

1.3.1. Estructura organizacional.

A la fecha no se han realizado modificaciones la estructura organizacional, y el proyecto que se encuentra adscrito al objetivo 1 no se encuentra priorizado

1.3.2. Modelo de Operación por procesos.

En el periodo evaluado se revisaron y ajustaron las políticas de MIPG tal como se evidencia a continuación, falta aprobación por parte del Comité de Evaluación y Desempeño Institucional.

- Como parte del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en lo que respecta a la Dimensión Gestión con Valores para Resultados, todo lo referente a la política de Servicio Ciudadano, racionalización de trámites y participación ciudadana se incluyó en la política de Atención y Orientación al Usuario con código ES-PLI-GP001L05.
- Como parte del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en lo que respecta a la Dimensión Gestión con Valores para Resultados, todo lo referente a la política de Gobierno Digital se incluyó en la política de Información con código ES-PLI-GP001L02.
- Se realizó una nueva política de gestión documental la cual se separó de la política de Información.
- Se incluyó la política de Fortalecimiento Organizacional dentro de Manual de Calidad de la Institución ES-GIC-GC001M01.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Con relación a la documentación del SGIC para la gestión por procesos en el periodo evaluado se realizó lo siguiente:
 - 109 Documentos Normalizados
 - Apoyo a 21 Procesos.
 - Tiempo Promedio 4,5 días.
 - Guías de Práctica Clínica: Se actualizaron las guías de práctica clínica de trombo profilaxis con código MI-AIS-GPC168 y la guía de epilepsia del Ministerio MI-AIS-GPC378.
 - Instructivos Asistenciales: Cateterismo vesical MI-AIS-IAS012 y uso adecuado de guantes MI-AIS-IAS134.

Fortalezas

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

Debilidades

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

Observación de Auditoría Interna.

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

1.3.3. Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.

Los avances en el tema de gestión ambiental son importantes, desde la asesoría externa para la implementación de la nueva norma ISO 14000 versión 2015, hasta el involucramiento del sistema Global Armonizado en los aspectos ambientales de la institución.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Auditoría interna con su respectivo plan de mejoramiento que se cumplió a cabalidad.
- Auditoría Externa que dejó tareas de implementación inmediata y a mediano plazo para el mejoramiento del sistema de gestión.
- Auditoría por parte de una empresa externa y a cargo de revisoría fiscal.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Producto de estas auditorías, todas ellas satisfactorias, y de otras actividades del Hospital tal como: visitas de calidad, comités, grupo primarios de intervención, inspecciones, revisiones internas de documentación etc., se derivan otros aspectos sobre los cuales se está trabajando y se tienen ya mejoras:
- Mejora de la matriz de requisitos legales, en general en su contenido y también en su análisis y por supuesto en su implementación.
- Se propone y se ha empezado a trabajar mediante las mediciones, identificación y propuesta de intervención en el programa de Manejo adecuado de Formaldehído y de Citostáticos.
- Se ha migrado en el manejo de los químicos dentro de la estructura del sistema globalmente armonizado.
- Controlamos el ciclo de vida de las sustancias tanto de manejo propio como de terceros.
- Se cuenta con más de tres asesorías en dos meses por parte de experta de la ARL.

Fortalezas.

- Compromiso de la Gerencia y de la alta dirección.
- Certificación en normas internacionales.
- Participación de líderes de operaciones en el tema ambiental, tales como arquitecto e ingeniero de la Institución.
- Ya se tiene una persona para el manejo de terceros con toda la capacidad y formación para el control efectivo de estos.
- Se tiene un área de comunicaciones muy activo y comprometido con el tema de capacitación y sensibilización a la comunicad Hospitalaria.

Debilidades.

- Falta de conocimiento e la comunidad en el tema.
- Falta aún mayor compromiso por parte de terceros.
- Falta más participación de los usuarios Hospitalarios en el tema de vertimientos.
- Pocos recursos en el sector salud con altas carteras que hacen difícil actividades e envergadura en temas ambientales.

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

Se están cumpliendo las metas propuestas. Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se han realizado 758 evaluaciones médicas periódicas, ingreso, retiro, seguimiento a personal con recomendaciones; con el objetivo de verificar las condiciones de salud de los trabajadores. De los cuales se remitieron 20 personas para seguimiento por EPS.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se realizó sensibilización en alimentación sana con el apoyo de nutriciones del Salamanca, en el cual se realizó taller sobre alimento ricos en fibra, y capacitación en tema de porciones. Con la participación de 75 personal.
- Se continua con el beneficio de la entrega de la fruta para las madres gestante
- Se continúa con el incentivo del uso de la bicicleta.
- Se ha cerrado los casos por at riesgo biológico en un 90%, por la ARL continúan 1 caso abierto en seguimiento con infectólogo.
- Capacitaciones y sensibilización en normas de Bioseguridad, estándar de seguridad (descarte de material corto punzante, punción venosa, uso de micro método, apertura de ampolla) protocolo de manejo de riesgo biológico a 298 personas con un cumplimiento del 100% en el período mayo – agosto
- Se realizaron 199 observaciones de comportamiento a los ítems críticos de los estándares de seguridad punción venosa, apertura de ampollas, uso de micro método con una adherencia del 91% de comportamientos positivos.
- Se generaron 2 planes de acción por investigación de accidentes de trabajo por riesgo biológico, cerradas en un 100%.
- Evaluaciones ergonómicas de puestos de trabajo: 95
- Dotación de elementos ergonómicos en puestos de trabajo: 153 mouse, 13 descansapiés, 4 bases para computador, 2 sillas interlocutoras.
- Capacitación en estándares de seguridad OM Estándar de Movilización de Pacientes y Estándar de Trabajo en Computador, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas: 296 personas
- Seguimiento a recomendaciones laborales: 152 funcionarios con un cumplimiento del 100%.
- Inspecciones de seguridad: 40 llevadas a cabo en la Torre Sur y Norte.
- En el Tema de Riesgo Psicolaboral, se han realizado las siguientes intervenciones:
 - TEMA - ÁREA – ASISTENTES
 - Autoconocimiento - 5 norte – 5.
 - Comunicación asertiva - Consulta externa, unidad neonatal, 4 norte – 22.
 - Empatía - 9 norte, unidad neonatal – 8.
 - Pensamiento creativo - Consulta externa – 6.
 - Relaciones interpersonales - Camilleros, consulta externa, gestores de calidad – 28.
 - Resolución de problemas y conflictos - Consulta externa – 4
 - Toma de decisiones - Consulta externa – 5
 - Para un total de 78 asistentes.
 - TEMA No. ASISTENTES
 - Técnicas de afrontamiento del estrés 22
 - Salud mental 16
 - Violencia en el lugar de trabajo 77
 - Misión médica 7
 - Manejo de armas 16

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas 18
- Trabajo en equipo 6
- Para un total de 162

Fortalezas.

- Compromiso de la Gerencia y la alta dirección.
- Certificación en normas internacionales.
- Participación de líderes de operaciones en el tema Seguridad y salud en el trabajo, tales como arquitecto e ingeniero de la Institución
- Funcionaria para el control de terceros en temas de SST y Ambiental
- Se logró fortalecer con un médico laboral más para SST en temas de medicina preventiva y del trabajo.

Debilidades.

- Falta de empoderamiento por parte de jefes de área para el control operacional en lo que se refiere a SST y Ambiental.
- Falta aún mayor compromiso por parte de terceros.
- Falta aún mayor compromiso por parte de EPS en el tema preventivo, mesas laborales y evaluaciones de restricciones.

1.3.5. Sistema de Gestión / Responsabilidad Social.

La memoria de Sostenibilidad 2017, fue entregada al Hospital General se están realizando los ajustes pertinentes en relación a la edición del documento. Se tiene ya creado el espacio en la plataforma DATA BASE GRI bajo GRI-Standars, lo que agrega valor a la responsabilidad social en el Hospital General, además de la comparación con otras entidades de nivel mundial.

Fortalezas.

El Hospital General de Medellín es pionero en el programa Pymes para el Mundo lo que contribuye a la comparación de estándares GRI a nivel mundial referenciados.

1.3.6. Sistema de Gestión / Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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

Durante el periodo evaluado no se presentaron novedades de habilitación ante la Secretaría de Salud.

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

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

- Se terminan de definir acciones de mejora para las oportunidades que ingresan al plan, se realiza el análisis causal para la oportunidad de mejora priorizada del grupo de direccionamiento y gerencia, se definen nueva acciones de mejora para la oportunidad agrupada relacionada con riesgos.
- Para la etapa de medición al desempeño de los procesos, durante este periodo se aplican todas las estrategias definidas en el cronograma PAMEC Ejercicios de Autoevaluación, Auditorías internas, visitas de calidad, paciente trazador, auditorías externas de certificación, que para este caso fue la visita para la recertificación en ISO 14001 Versión 2015.
- Las acciones de mejora son ejecutadas por los diferentes grupos de mejoramiento a los cuales fueron asignadas y se realiza seguimiento sistemático en las reuniones ordinarias de los mismos y en el seguimiento al plan de acción. Los resultados de la ejecución del plan de mejoramiento se presentan en el ítem de plan de mejoramiento de este instrumento.
- Se realiza socialización del PAMEC en la estrategia de despliegue semanal y la comunicación del mejoramiento durante este periodo se realiza a través de la publicación de las novedades, seguimiento al plan de acción y reuniones de los grupos de mejoramiento. Con respecto a la etapa de aprendizaje organizacional, se realiza la jornada de "Presentación de avances y cierres de ciclo" de los grupos de mejoramiento con la participación de la comunidad hospitalaria.

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Acompañamiento sistemático a los grupos de mejoramiento en la ejecución de las acciones de mejora definidas para las oportunidades identificadas.

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.
- Se debe fortalecer la identificación y documentación de las buenas prácticas, en el marco de la etapa de aprendizaje organizacional.
- Dificultad en las agendas para el cumplimiento de las reuniones de los grupos de mejoramiento en las fechas establecidas.

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

Se hace el reporte de la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 al Ministerio de Salud y Protección Social, correspondiente al Primer semestre 2018, el mismo se hace a partir del reporte sistemático desarrollado en BI por parte del área de sistemas.

Dentro del contexto del sistema de información para la calidad se tiene igualmente el reporte de la producción a partir del Decreto 2193 de 2004, de este se hizo reporte al ministerio de salud, a través de la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, para el cual se hizo desarrollo en BI que genera el mismo en forma automática, la validación de datos se hace a partir de plantillas diseñadas desde la norma por la Secretaria Seccional.

Fortalezas

- El trabajo articulado de la áreas de sistemas y estadística, al momento de la entrega de reportes y se consideran los indicadores como parte de la evaluación de gestión que se realiza bimestralmente.

Debilidades.

- La generación de algunos informes en formato excel, antes de la generación del reporte en BI hace en algunos casos se tenga un riesgo de calidad del dato.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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

Igual a lo descrito en el ítem del proyecto estratégico "Acreditación con excelencia".

1.3.11. Defensa Jurídica.

En los Procesos Judiciales en contra de la entidad los apoderados han participado oportunamente en el desarrollo de cada etapa procesal. El HGM pasó de 473 procesos a 541 Procesos judiciales en el primer cuatrimestre del año 2018.

En el mismo periodo hubo un incremento de 73 tutelas y 20 peticiones. Se incrementó el trámite de Actos Administrativos, Conciliaciones, Conceptos, Reconocimiento de créditos judiciales, tramite de pago a peritos, Informes y apoyo jurídico a las áreas.

Fortalezas

- Personal idóneo para asumir la defensa del interés Institucional.
- Herramientas de litigio virtual y SAP/EUROCC para los trámites a cargo de la dependencia.
- Equipamiento con asistencia técnica y trabajo en equipo.

Debilidades.

- Notorio incremento de las actividades de la oficina con respecto al período anterior.
- La exigencia de la oportunidad en las respuestas.
- Personal con recargo de actividades en las que se tiene que cumplir en la oportunidad legal.

II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

2.1. Lineamientos de Política.

Recientemente se actualizó la política y el programa de gestión de riesgos adaptándolas a la nueva normatividad relacionada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, directrices de la NTC 14001 versión 2015 del Sistema de Gestión Ambiental y la nueva versión de la NTC 31000: 2018, Gestión del Riesgo, Directrices, está pendiente ser validado por el Comité Coordinador de Control Interno.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, nos trae unos lineamientos que vienen a estructurar todo el tema de la gestión de riesgos con un enfoque más exigente basado en COSO, esto es un reto para avanzar a un modelo de gestión de riesgos cada vez más consolidado y maduro.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Debilidades.

- Con los cambios de la normatividad especialmente con el tema el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es importante fortalecer la apropiación de los roles y responsabilidades de las líneas de defensa para la gestión de riesgos institucional, en la medida que se asuman esas responsabilidades por cada nivel se avanzará cultura de gestión del riesgo en la institución.

2.2. Identificación del riesgo.

Como herramienta para la gestión de riesgos en la institución se dispone de 40 matrices de riesgo, en cada proceso se han ido depurando los riesgos identificados, partiendo de dichas matrices se actualiza el inventario institucional del riesgos; estos riesgos han sido categorizados en riesgos estratégicos, financieros, operativos, riesgos de azar o asegurable, estas categorías nos permiten agruparlos los distintos tipos de riesgos para facilitar su gestión

Debilidades

- Se evidencian debilidades en el registro de eventos materializados de riesgo por cada uno de los responsables de los procesos, dicho registro permite tener estadísticas para posteriores análisis de probabilidad de ocurrencia y también permite tener lecciones aprendidas de cómo se gestionó dicho riesgo materializado.

Observación de Auditoría Interna.

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

2.3. Análisis del riesgo.

Cada uno de los 39 procesos cuenta con su matriz de riesgos, donde se ha realizado una valoración de probabilidad e impacto para los posibles eventos de riesgos que impiden el logro del objetivo del proceso y se determina el riesgo residual. Cada dueño de proceso o propietario de los riesgos (NTC ISO 31000), tienen la responsabilidad de socializar los riesgos identificados con su equipo de trabajo y realizar el seguimiento a los controles implementados para mitigar dichos riesgos.

2.4. Evaluación del riesgo

Los responsables de los procesos son los encargados de realizar el seguimiento a los controles implementados para mitigar los riesgos, incluidos los riesgos de corrupción. Con corte al 31 Octubre de 2018, cada responsable de proceso realiza seguimiento a los

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

controles implementados para mitigar el riesgo dejando constancia con evidencias, en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos.

Como apoyo del corredor de seguros ITAÚ se aprobó en la institución implementar próximamente la "Línea de Transparencia" como canal de denuncia de hechos irregulares, dicha línea estará disponible para todos los grupos de interés y en especial contra la lucha contra la corrupción. Esta es una buena práctica de gobierno corporativo y transparencia, que permite crear un ambiente propicio para una cultura de integridad institucional.

2.5. Monitoreo y revisión.

En el seguimiento y monitoreo a la gestión de riesgos se viene involucrando al personal operativo (grupos primarios de mejoramiento) en el seguimiento a riesgos como una de las fuentes sistemática del modelo de mejoramiento institucional.

Se realizaron jornadas de evaluaciones a la solidez de los controles a los riesgos identificados en dieciséis (16) los procesos: Gestión de Cartera, Gestión de la Planeación, Planificación y Consolidación del SGIC, Gestión de la Glosa, Gestión de la Relación Docencia Servicio, Evaluación y Control de la Gestión, Gestión Disciplinaria, Gestión de la Información Clínica y Administrativa, Gestión de la Historia Clínica, Gestión Jurídica, Gestión de la SST, Gestión de Equipos Biomédicos, Gestión de la Adquisición de Bienes y Servicios, Gestión de la Infraestructura de TIC y Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria. Ésta actividad se está realizando por etapas dada la capacidad operativa de la gestora de riesgos para realizar dicha evaluación y la manualidad de las herramientas en la gestión de riesgos en la institución.

Como hallazgos en varias fuentes de mejoramiento se han identificado oportunidades de mejora relacionadas con la Gestión de Riesgos institucional, como son: Autoevaluación de Índice de madurez de la Gestión del Riesgo de AON, Auditoria interna, Autoevaluación en Gestión de Riesgos dentro de la dimensión de Control Interno de MIPG, Referenciación con otras instituciones, entre otras fuentes. Dichas oportunidades fueron llevadas a una matriz de afinidad, se priorizaron algunas oportunidades de mejora teniendo en cuenta que dicho mejoramiento es gradual, estas se trataran algunas desde el Proyecto de Cumplimiento de estándares de la NTC ISO 31000 y otras desde el Plan de Mejoramiento Institucional.

2.6. Mapa de riesgo.

Se encuentra actualizado y publicado el mapa de riesgos, en dicho mapa están incluidos los riesgos de corrupción, allí se vincularon a los procesos más vulnerables de materializarse dichos riesgos y que son transversales en la institución. Y en cada proceso podemos ver el mapa de riesgos individual con su perfil de riesgo (conjunto o panorama de riesgos por proceso con su ubicación dentro de la gráfica)

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

3.1. Indicadores Institucionales.

Se tienen tableros de mando en formato Excel que contienen los indicadores institucionales de gestión por proceso, en el periodo se ha actualizado el manual de indicadores y ajustado las metas a lograr y las fichas técnicas de cada uno de los mismos.

Fortalezas

- A partir del nuevo manual de indicadores se podrá obtener unos nuevos tableros de mando, con estructuras tecnológicas avanzadas. La versatilidad de SAP permite mejorar el sistema de información institucional con el desarrollo de nuevos tableros estratégicos y tácticos para la toma de decisiones.

Debilidades.

- Los tableros de mando que actualmente tiene el hospital están en formato Excel, los cuales no garantizan la seguridad de la información.
- El desarrollo de los tableros a partir de la plataforma BI requiere de inversiones costosas, por lo que se buscan nuevas alternativas tecnológicas para el desarrollo y modernización de los tableros de indicadores institucionales.

IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

4.1. Dimensión 5. Información y Comunicación.

4.1.1. Sistemas de Información.

Las actividades se describieron en el numeral 1.3.12. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

4.1.2. Desarrollo Tecnológico.

Las actividades se describieron en el numeral 1.3.12. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

4.1.3. Derechos de Autor de Software.

Se presenta el informe de Derechos, el cual es registrado en la página www.derechosdeautor.gov.co, aquí se consigna la información básica solicitada como el número de equipos en la institución los cuales son 705 y los controles que se tienen implementados como: Se han aplicado políticas dentro del controlador de dominio de modo tal que solamente las personas de soporte técnico sean las autorizadas para la instalación

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

de software en los equipos. La instalación de software sólo puede realizarse a través de una solicitud directa al grupo de sistemas. Adicionalmente, se solicita la verificación de los acuerdos de licencia del Software por parte del analista de inventario para aprobar o denegar la instalación de un nuevo software solicitado.

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

4.1.4. Comunicación interna.

▫ **Información a la comunidad hospitalaria:**

El público interno del Hospital se informa a través del sistema de carteleras que está compuesto por carteleras informativas y educativas; en las informativas se tienen dos carteleras digitales en los ascensores cuya distribución de contenidos fue de un 70% informativas y en un 30% educativas; y 10 carteleras generales distribuidas por las áreas comunes del Hospital, además de las carteleras de los servicios. Igualmente, se mantuvo informado al personal a través del correo electrónico y de la intranet que en el periodo tuvo 6.129 usuarios y 204.974 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de google analytics.

▫ **Campañas:**

Se lanzaron las campañas de Transparencia, que fortalece la imagen reputacional de la institución; la campaña de Competencias para dar a conocer entre los funcionarios las competencias asistenciales, profesionales y comunes que cada uno debe tener y la campaña de Acreditación como preámbulo a la visita del Icontec y generar sentido de pertenencia en la comunidad hospitalaria.

▫ **Eventos institucionales:**

Apoyo en difusión y logística del IV Simposio de Actualización en Conocimientos Médicos. Apoyo al área de Proyección Humana con la Exaltación a los Mejores.

Olimpiadas de la Calidad. Durante las ocho jornadas de las Olimpiadas participaron 36 equipos en total, 23 de la categoría asistencial y 13 de la categoría administrativa. Se realizaron 2.900 preguntas, de las cuales se contestaron acertadamente 2.058 para una apropiación del 71% con los contenidos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

▫ **Medición de la apropiación del mensaje:**

El indicador promedio de la comprensión de la información institucional se lleva cada mes teniendo diferentes fuentes de dato como son las listas de chequeo de visitas de calidad de direccionamiento y gerencia, gerencia de la información, syso y medio ambiente, practicas seguras, y ambiente físico. El promedio de este indicador a octubre 31 es de 83% 3 puntos porcentuales por encima de la meta.

4.1.5. Comunicación externa.

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

Durante el periodo se realizaron 4 jornadas, se atendieron 558 personas atendidas, de las cuales al 16% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99%.

▫ **Canales de comunicación: Cartelera digital**

Se mantienen las tres cartelera digital 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 de 86% al 31 de octubre. Con un total de 101.919 usuarios y 221.279 visitas a las diferentes secciones de la página durante el periodo de acuerdo con las estadísticas de google analytics. Perfil en Facebook al 3 de noviembre se tenían 14.894 fans y en el perfil de twitter 154 seguidores.

▫ **Relacionamiento con usuarios y comunidad en general:**

Relacionamiento con usuarios y comunidad en general: A 355 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños durante este periodo. Igualmente se solicitaron al 31 de agosto 1.124 citas web de medicina especializada y 51 citas de ayudas diagnósticas. En el Chat se atendieron 1.018 personas durante el periodo. Con la Fundación Doctora Clown se realizaron dos jornadas lúdico-recreativas para los niños hospitalizados y con la Sala Familiar y Palabras que Acompañan se realizó la celebración de Halloween.

Durante el periodo se enviaron cuatro boletines de prensa y tres comunicados a 60 periodistas para su difusión en los medios de comunicación. Los temas fueron: HGM ganador del Galardón Nacional Hospital Seguro y Sebastián Torres, innovador de América, Hospital General de Medellín como el más innovador de América Latina, certificación al Banco de Sangre

▫ **Señalización:**

Se firma contrato con la firma Zerial y se inicia el proceso de señalética en algunas áreas del Hospital donde se detectó deficiencias en la misma. En la actualidad se viene trabajando

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

muy fuerte en las áreas de hospitalización y urgencias, colocando los samblasting en las puertas y las carteleras de triage en las unidades de Urgencias y Ginecobstetricia. Se tiene ya en marcha el diseño de los mapas de rutas de evacuación.

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

El proceso SIAU se materializa en la Oficina de Atención al Usuario; allí se desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona. Es por esto que se cuenta con dos funcionarios y se dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad: telefónicos, virtuales, presencial, físico y buzones

Son actividades principales:

- Escucha activa y permanente de las manifestaciones de los usuarios presentadas por los diferentes canales mencionados
- Una vez escuchadas las manifestaciones y son clasificadas como PQRS, se procede a recibirlos y, mediante un aplicativo a radicarlos, reclasificarlos y enviarlos a la instancia pertinente para establecer las medidas correctivas o tomar las decisiones necesarias.
- Se recibe la gestión realizada por los responsables, se verifica la calidad y oportunidad en la respuesta y se procede al cierre final.
- Con toda la información obtenida se exporta desde el aplicativo para alimentar una base de datos, la cual se encuentra semaforizada, contiene gráficos y tablas que evidencian el comportamiento de cada variable como responsable, servicio, dirección, entre otras.
- Se generan informes para seguimiento semanal a manifestaciones, indicadores, plan de acción, etc.

Fortalezas

- El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), está normalizado y establecido como proceso estratégico y cuenta con un aplicativo para consolidar la información y generar reportes a los que se le realiza seguimiento mediante los indicadores; 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 hagan uso de él.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Observación de Auditoría Interna.

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

4.1.7. Rendición de cuentas.

En este período no se reportó ninguna actividad.

4.1.8. Gestión documental.

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

Número de derechos de petición sin respuesta oportuna: 111 que corresponde al 5,6 % de los 1.970 derechos de petición recibidos.

Número de derechos de petición con respuesta oportuna: 1.859 que corresponde al 94,4% de los 1.970 derechos de petición recibidos.

▫ **Seguimiento a los archivos de gestión.**

Durante el mes de octubre se realizó seguimiento a los siguientes archivos de gestión: Control Interno Disciplinario, Gerencia, Jurídica, Control Interno, Subgerencia Administrativa y Asistencial, Salud Ocupacional y Comunicaciones.

Se realizó actualización de Tabla de Retención a Salud Ocupacional y Comunicaciones. Control Disciplinario quedó con tarea de organización de los documentos de procesos disciplinarios para transferencia primaria y efectivamente se realizó. En las áreas visitadas se encontró adherencia a los procedimientos de Gestión Documental.

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.
- Trazabilidad de cada archivo en el proceso de validación de cumplimiento de requisitos de Gestión Documental.

Debilidades.

- Algunas de las respuestas a los derechos de petición se están realizando al tope del tiempo establecido, lo que implica que en muchas ocasiones no se cumple con la

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

entrega dentro de los términos del tiempo y deben hacerse pagos onerosos por dichos incumplimientos, de parte del HGM.

- Cancelación y reprogramación de fechas para la visita, lo que implica reprocesos a los técnicos de Gestión Documental.

4.1.9. Plan de comunicaciones.

Aplica la información de los ítems de comunicación interna y externa.

4.1.10. Transparencia y lucha contra la corrupción.

Se publica y se mantiene actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos e idiomas. Al 31 de octubre se tenía el 86% de la información actualizada

4.1.11. Participación ciudadana.

En este período no se reportó ninguna actividad.

V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.

5.1. Dimensión 4. Evaluación de Resultados.

5.1.1. Evaluación del Clima Laboral.

La encuesta de satisfacción para este periodo solo se tendrán resultados en el mes diciembre ya es esta se encuentra en este momento publicada en la intranet donde los funcionarios y colaboradores de la institución pueden diligenciarla.

Fortalezas.

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

5.1.2. Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento.

Se realizó primera evaluación parcial para el personal de carrera administrativa con un porcentaje de cumplimiento del 98% y un porcentaje del Nivel destacado del 71%, las dos faltantes se encuentran vinculados.

Fortalezas.

- Contar con la Plataforma EVADES más amigable.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Debilidades

- Falta compromiso por parte de algunos funcionarios responsables a evaluar para la entrega de la información al área de Gestión Humana.

Observación de Auditoría Interna.

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

5.1.3. Seguimiento al Plan de Austeridad.

Por solicitud de concejal se envió plan de austeridad año 2017; y se solicitará nuevamente a la Dirección Financiera el plan de austeridad año 2018.

5.1.4. Enfoque de autoevaluación.

Durante este periodo se realizó el ejercicio de autoevaluación o auto inspección para BPC "Buenas prácticas Clínicas", el cual se utiliza como fuente para correr el modelo de mejoramiento institucional.

5.1.5. Revisión por la Dirección.

La revisión por la dirección se realiza teniendo en cuenta lo establecido en la NTC ISO 14001:2015 en su numeral 9.3 así como la NTC OHSAS 18001:2007 en su numeral 4.6. De igual manera con este ejercicio se aporta al cumplimiento de la 4ta Dimensión del MIPG, correspondiente a la evaluación de resultados.

Durante este periodo se consolida la información de las diferentes entradas y se estructura el informe final teniendo en cuenta los elementos del sistema de gestión de calidad. Las entradas revisadas se describen a continuación:

- Resultados de las auditorías internas
- Resultados de las auditorías externas
- Retroalimentación partes interesadas
- Desempeño programas, proyectos, procesos
- Estado oportunidades de mejora
- Ejecución del plan de acción
- Ejecución plan de desarrollo BSC (Cumplimiento objetivos estratégicos)
- Cambios que puedan afectar el SGIC

Se presenta el informe de Revisión por la Dirección en el grupo de mejoramiento institucional y se concluye que el Sistema de Gestión Integral de Calidad es adecuado,

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

eficaz y conveniente. (El acta se encuentra en la carpeta compartida del grupo de mejoramiento de tercer nivel.)

Fortalezas.

- Articulación de las entradas del SGIC en un informe estandarizado que favorece su revisión, análisis y conclusión final.

Debilidades.

- Se debe garantizar que todas las oportunidades de mejora identificadas en el ejercicio de revisión por la dirección se utilicen como fuente para correr el modelo de mejoramiento institucional.

5.1.6. Control Interno Contable – Seguimiento.

Se realizó auditoría interna al proceso de gestión de tesorería, la cual servirá como insumo para la evaluación del control interno contable año 2018.

5.1.7. Plan de Auditorías Independientes.

Se presentó borrador de plan anual de auditoría interna año 2019, y se socializó con el equipo de auditoría.

Fortalezas

- Cumplimiento del plan estratégico Oficina de Auditoría Interna.

5.1.8. Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna.

Se vincularon los dos funcionarios a los cargos aprobados por la Junta Directiva; se producen nuevas Directrices para la orientación de las actividades de la Oficina de Auditoría Interna.

Fortalezas

- Avances en la conformación del equipo de auditoría Interna.

Debilidades

- Mejorar cobertura de las auditorías, especialmente en las áreas de sistemas de información y comunicación.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

5.1.9. Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación.

Se formalizó el contrato; el proveedor NewSol presentó el proceso de auditoría al personal del área de Sistemas, Director de Gestión Humana y personal de Auditoría Interna. Se estipulan 3 etapas del proceso donde se abarcaría primero el proceso de TI, como segundo el cumplimiento de la norma ISO27000 y articulación con MIPG, adicionalmente se hará seguimiento a los hallazgos de la última auditoría realizada.

El proveedor NewSol hace la presentación de la primera etapa de la auditoria donde se dejan 10 hallazgos para los cuales se les hará el respectivo plan de acción.

5.1.10. Auditoría NTC 14.001.

Los avances en el tema de gestión ambiental son mayores. Desde la asesoría externa para la implementación de la nueva norma ISO 14000 versión 2015, hasta el involucramiento del sistema Global Armonizado en los aspectos ambientales de la institución.

Fortalezas

- Compromiso de la Gerencia y de la alta dirección, y de todo el personal de la Institución en mejorar la calidad.
- Participación de grupos de interés como COPASST, grupo SYSOMA, Brigadas, Monitores o gestores de calidad.

Debilidades

- Exigencia de múltiples actividades del día a día, muy importantes para la gestión del Hospital.

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

Se realizó la Auditoria interna, se está ya corriendo el modelo de priorización institucional con el fin de tener un plan de intervención. Se solicitó al ICONTEC la auditoria interna ya que el certificado vence a mediados de diciembre del presente año. Se programan y se presupuestan económicamente las auditorias para el próximo año.

Fortalezas

- Compromiso de la Gerencia y de la alta dirección, y de todo el personal de la Institución en mejorar la calidad.
- Participación de grupos de interés como COPASST, grupo SYSOMA, Brigadas, Monitores o gestores de calidad.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Debilidades

- Exigencia de múltiples actividades del día a día, muy importantes para la gestión del Hospital.

5.1.12. Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.

Actividad programada con la empresa Cryogas para los días 19 y 20 de noviembre de 2018.

5.1.13. Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.

Actividad programada con la empresa "Conoser" para los días 27, 28 y 29 de noviembre de 2018.

5.1.14. Plan de Mejoramiento Archivístico

Se realizaron las siguientes actividades.

- Aplicación de Tablas de Retención Documental.

El Proyecto para la elaboración del inventario de las historias clínicas del Archivo de Gestión y del Archivo Central no fue aprobado. El personal técnico de Gestión Documental está realizando aplicación de Tablas de Retención a las Historias Clínicas.

De 768 historias clínicas, 548 cumplieron el tiempo retención en el archivo de gestión por lo tanto se realizó la transferencia primaria, las 220 restantes se inventariaron y quedaron técnicamente ubicadas en el depósito de archivo. Se continúa con esta labor.

- Plan de Mejoramiento Gestión Documental "Cero Papel"

Se inició la preparación para la producción de la factura electrónica en el Hospital, lo que implica modificación a los procedimientos de Gestión Documental.

En la taquilla única se reciben facturas digitales, las cuales se reenvían al área correspondiente para su radicación y trámite de forma electrónica. También se reciben propuestas con sus respectivos anexos digitales los cuales son debidamente radicados y tramitados virtualmente.

Fortalezas

- Personal idóneo en Gestión Documental que contribuye con el avance del proyecto de aplicación de Tablas de Retención y de Valoración Documental.
- Se han realizado mejoras al Sistema Eurodoc y a los procesos correspondientes para la radicación de documentos digitales.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Debilidades

- No se aprobaron los proyectos lo que retrasa los procedimientos de ley a la documentación y se paga por custodia a documentos que ya cumplieron el tiempo de permanencia.
- El personal idóneo que hace el avance a la aplicación de Tablas de Retención y de Valoración a las historias clínicas, no es suficiente para el volumen documental.

Observación de Auditoría Interna.

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

5.1.15. Plan de Mejoramiento Institucional.

Para el bimestre julio - Agosto se tiene un total de 237 acciones de mejora formuladas de las cuales 30 tienen fecha de ejecución con corte a agosto de 2018. De las 30 acciones, que debían cerrarse en este bimestre se cerraron 27, 3 continúan en proceso, lo que quiere decir que el resultado de la eficacia para el mejoramiento de este bimestre es del 90%.

Con el objetivo de seguir fortaleciendo el mejoramiento institucional y optimizar los recursos se incorporan al plan de mejoramiento institucional las acciones de mejora del plan de mejoramiento de auditoría interna, para gestionarlo en un solo instrumento.

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
- Buenas prácticas identificadas, estandarizadas y referenciadas a partir de la gestión de las oportunidades de mejora identificadas.

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.
- Avanzar en el desarrollo de un aplicativo que facilite la implementación de las diferentes etapas del modelo de mejoramiento y la trazabilidad de las mejoras.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

5.1.16. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna.

Se articularon las auditorías como fuente del plan de mejoramiento institucional, con un seguimiento al 31 de octubre de 2018..

5.1.17. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.

Se realizaron las siguientes actividades.

- Acompañamiento a la elaboración del plan de mejoramiento de la auditoría regular año 2017.
- Reunión de socialización con los responsables y Gerencia.
- Publicación en la plataforma de Gestión Transparente.
- Traslado de oportunidades de mejora al plan de mejoramiento institucional.
- Ajuste a plan de mejoramiento por solicitud de la contraloría.

5.1.18. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.

Se solicitaron a la Revisoría Fiscal los informes emitidos.

VI. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.

6.1. Normativa.

- Decreto 1499 de 2017, por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, en lo atinente a Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno.
-
- Decreto 648 de 2017 en especial el artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes al Decreto Nacional 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública
- 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,

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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”.

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

6.2. Concepto

Con fundamento en la información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, y las Dimensiones del Sistema de Gestión, que sirvieron de base para la elaboración del presente **Informe Cuatrimestral Pormenorizado N° 7, del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín, del período del 4 de julio al 3 de noviembre de 2018**, se puede conceptuar que:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

1. El Hospital General de Medellín, cuenta con un Sistema Institucional de Control Interno - SICI, diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes. No obstante, es necesaria la revisión y ajuste permanente de los “puntos de control”.
2. La Entidad tiene definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en sus procesos. Afortunadamente se han nombrado los cargos claves de la organización especialmente en el área financiera, de apoyo logístico y áreas asistenciales. Es necesario garantizar el entrenamiento a los nuevos funcionarios integrantes de los grupos de mejoramiento para fortalecer las competencias en el ejercicio de autoevaluación de los estándares de acreditación.
3. Los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional. Sin embargo es conveniente estructurar y actualizar los todos procesos institucionales.
4. Debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes periódicos requeridos, para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías independientes a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema Institucional de Control Interno. Se recomienda adoptar las decisiones necesarias para que la elaboración de los Planes de Mejoramiento se realice oportunamente y se articulen con el modelo de mejoramiento institucional.
5. Es de resaltar que el presente Informe, incluye las debilidades observadas en cada uno de los componentes lo que muestra el interés de la entidad por procurar su mejoramiento continuo, entre las cuales se menciona: alta manualidad en el registro de las novedades y en la capacitación del personal, débil cultura de gestión de proyectos, debido a los trámites de contratación no se hace la renovación necesaria para mantener las condiciones de actualización de la tecnología. La Oficina de Auditoría Interna recomienda analizar esta situación que es reiterada y adoptar una medida que la supere.
6. Se debe fortalecer la participación de los diferentes grupos de interés en la estrategia de la rendición de cuentas de la institución.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

FUENTES:

1. Información diligenciada por los responsables en el formato diseñado por la Oficina de Auditoría Interna “Formato Informe Cuatrimestral Sistema Institucional de Control Interno”, del período julio 4 a noviembre 3 de 2018.
2. Informe de Avance Plan de Acción 2018.
3. Informe de Auditorías.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento.

ELABORACIÓN DEL INFORME:

Participaron en la elaboración del presente Informe:

José Heriberto Vargas Lema.	Profesional de Auditoría Interna.
María Janeth Agudelo Arango	Profesional de Auditoría Interna.
Karina Ruiz de la Hoz	Profesional de Auditoría Interna.
Julio Suescún Montoya	Técnico Administrativo de Auditoría Interna.
Carlos Uriel López Ríos.	Jefe de Auditoría Interna.

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