

## **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

### ***Construimos Confianza***

### **INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO N° 3-2017 DEL ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

**Marzo 4 a julio 3 de 2017**

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

**JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA**  
Profesional Control Interno

**MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO**  
Profesional Control Interno

**MARÍA CENOBIA MUÑETÓN JIMÉNEZ**  
Secretaria

Medellín  
2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

## PRESENTACIÓN

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

El Informe corresponde al período del 4 de marzo al 3 de julio de 2017, en los módulos y el eje transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

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

El presente documento es el resultado de la información proporcionada y validada con las áreas responsables en la Entidad.

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

---

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>I.</b>	<b>MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.</b>	<b>COMPONENTE TALENTO HUMANO.....</b>	<b>5</b>
1.1.1.	Acuerdos, compromisos o protocolos éticos. ....	5
1.1.2.	Desarrollo del talento humano.....	5
<b>1.2.</b>	<b>COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....</b>	<b>9</b>
1.2.1.	Planes programas y proyectos. ....	9
1.2.2.	Modelo de Operación por procesos.....	11
1.2.3.	Estructura organizacional.....	15
1.2.4.	Indicadores de Gestión. ....	15
1.2.5.	Políticas de Operación. ....	16
<b>1.3.</b>	<b>COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.....</b>	<b>17</b>
1.3.1.	Políticas de Administración del Riesgo.....	17
1.3.2.	Identificación del Riesgo. ....	18
1.3.3.	Análisis y valoración del Riesgo. ....	18
<b>II.</b>	<b>MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.</b>	<b>COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.....</b>	<b>20</b>
2.1.1.	Autoevaluación del Control y gestión. ....	20
2.1.2.	Revisión por la Dirección.....	20
<b>2.2.</b>	<b>COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA. ....</b>	<b>21</b>
2.2.1.	Auditoría Interna.....	21
2.2.2.	Auditorías de certificación externas.....	21
<b>2.3.</b>	<b>COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. ....</b>	<b>23</b>
2.3.1.	Plan de Mejoramiento. ....	23
2.3.2.	Evaluación y cumplimiento del Plan de Mejoramiento.....	24
<b>III.</b>	<b>EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....</b>	<b>24</b>
3.1.	Información y comunicación interna. ....	25
3.2.	Información y comunicación externa. ....	26
3.3.	Sistemas de Información y comunicación.....	31
<b>IV.</b>	<b>ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.....</b>	<b>33</b>
4.1.	Normativa.....	33
4.2.	Concepto.....	34

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

## INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

### Estructura

#### I. MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

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

#### II. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

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

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

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

**I. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

INFORME CUATRIMESTRAL PORMORMENORIZADO DEL  
SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

**I. MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

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

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

**AVANCES**

**1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.**

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

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

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

**1.1.2. Desarrollo del talento humano.**

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

A julio de 2017, el Hospital cuenta con 1.079 funcionarios, como se detalla en la tabla N° 1: Planta de cargos:

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Planta de cargos			
Descripción	A diciembre 2016	A marzo de 2017	A julio de 2017
De período	2	2	2
De libre nombramiento y remoción	10	10	9
En carrera administrativa	291	290	284
Provisionales	440	439	425
Temporales	360	357	348
Trabajadores oficiales	11	11	11
<b>Total funcionarios</b>	<b>1.114</b>	<b>1.109</b>	<b>1.079</b>

Tabla Nro. 1. Planta de Cargos

Para el año 2017, la entidad aprueba un incremento salarial del 6,5% para los funcionarios públicos y del 7% para los trabajadores oficiales.

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

### **Fortalezas**

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

Para el año 2017 se asignó para capacitación un presupuesto de \$433.671,053; el subtotal del proyectado del primer semestre es de \$229.195.000. Para el bimestre mayo a junio, se proyectaron unos costos de \$77.220.000 y se ejecutaron \$104.650.000.

La meta de capacitación de funcionarios se superó, se programaron 425 funcionarios y finalmente se capacitaron 447. El cumplimiento del cronograma de capacitación para este periodo evaluado 2017 (Marzo- junio) fue del 93,65%.

### **Debilidades**

- No contar con un software de capacitación; la información se genera manualmente.
- **Programa de Inducción y Reinducción.**

El Hospital realizará contratación con la Fundación Guayacanes para iniciar la actualización de la inducción y reinducción virtual; ya se encuentra en el montaje de los módulos 1, 2, 3, 4, 6 y 8.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### **Fortalezas**

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

#### ▫ **Programa de Bienestar.**

Para el año 2017 se asignó para el Programa de Bienestar un presupuesto de \$857.740.921. De la meta prevista de ejecución al 30 de junio de \$123.136.278; se ejecutaron \$112.277.129 para un porcentaje de cumplimiento del 91%.

### **Fortalezas**

- Participación del Grupo Familiar de los funcionarios en las actividades programadas de Bienestar.
- Los beneficios del 50% en consultas médicas y ayudas diagnósticas para los funcionarios y su grupo familiar; el mayor porcentaje de las consultas son las odontológicas y el laboratorio clínico.
- El Programa de vivienda para los funcionarios en las diferentes modalidades: Compra de vivienda, reforma y crédito hipotecario.

### **Debilidades**

- Inconformidad por parte de los funcionarios en la eliminación del transporte de la actividad del día de la familia; en razón al tema de la austeridad presentada por Gestión Humana.

#### ▫ **Plan de Incentivos**

En este período no se han realizado actividades de este Plan, aplica para el mes de agosto.

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

Para el mes de octubre el Hospital tiene programada la encuesta de satisfacción del cliente interno, de la cual se extraen los resultados que evalúan el clima laboral.

### **Fortalezas**

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

### **Debilidades**

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

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

#### ▣ **Acuerdos de Gestión**

Se tiene previsto realizar el primer seguimiento de los Acuerdos de Gestión en el mes de agosto para el período 2017-2018, con corte al 30 de junio.

#### **Fortalezas**

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

#### ▣ **Evaluación del desempeño.**

Del 1° al 15 de julio se procedió con la realización de la evaluación del personal que se encuentra nombrado en provisionalidad con corte al 30 de junio del presente año.

Actualmente se están recibiendo las evaluaciones que ya se encuentran legalizadas entre el evaluado y el evaluador para posteriormente continuar con el informe final del cumplimiento de estas.

#### **Debilidades.**

- Los objetivos concertados y las evaluaciones realizadas por los responsables deben mejorar la objetividad en el marco de lo establecido por la ley.

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

Se realizaron los entrenamientos en los puestos de trabajo de los funcionarios que ingresaron nuevos a la institución.

#### **Fortalezas**

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

#### **Debilidades.**

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



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### 1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

#### 1.2.1. Planes programas y proyectos.

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

El 14 de abril de 2016, la Junta Directiva aprobó el Plan Estratégico 2016-2027 el cual contiene la plataforma estratégica (Visión, misión, principios y valores, propuesta de valor y mega); 8 objetivos estratégicos, 9 programas y 31 proyectos.

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

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

#### **Fortalezas**

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

#### **Debilidades.**

- Débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos.

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

El 28 de octubre de 2016, la Junta Directiva aprobó el Plan de Desarrollo 2016 -2019 el cual contiene la plataforma estratégica (Visión, misión, principios, valores, propuesta de valor y mega); 8 objetivos estratégicos, 9 programas y 18 proyectos, con un plan de inversiones por valor de \$ 3.554 millones.

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

#### **Fortalezas**

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

- En la formulación y aprobación del Plan de Desarrollo 2016-2019 hubo una participación muy importante de la Junta Directiva en el análisis y revisión de cada uno de los proyectos, adicionalmente la participación y sustentación ante la junta de cada uno de los responsables de los proyectos.

**Debilidades.**

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

▫ **Plan de Acción 2017.**

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

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

Ejecución Programas Plan de Desarrollo		
1	Atención centrada en el usuario.	100,00%
2	Programas de Práctica Clínica.	100,00%
3	Competitividad.	96,10%
4	Capital Humano.	97,90%
5	Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad.	90,50%
6	Modelo de gobierno corporativo público.	90,70%
7	Investigación, Desarrollo e Innovación.	82,30%
8	Adecuación y mejoramiento de infraestructura física.	40,40%
9	Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.	90,20%
	Subtotal Programas Plan de Desarrollo.	87,60%
Ejecución de Gestión por Procesos		
1	Gestión Integral de Calidad.	83,90%
2	Atención Integral en Salud.	98,40%
3	Gestión Humana.	96,20%
4	Gestión de Recursos Físicos.	94,70%
5	Gestión Financiera.	86,20%
6	Evaluación y Control de la gestión.	90,00%
	Subtotal Gestión de Procesos.	91,60%
	Ejecución Plan de Acción Enero - Junio.	89,70%

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Tabla Nro. 2. Avance Plan de Acción 2017.

#### **Fortalezas**

- Seguimiento sistemático por parte de la Oficina de Calidad y Planeación de la ejecución de los proyectos, empleando herramientas metodológicas de acuerdo al PMI: Cronograma, presupuesto y actas de seguimiento.
- Seguimiento sistemático de manera bimestral al plan de acción por el Comité Ampliado de Gerencia

#### **Debilidades.**

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

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

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

Se ha avanzado en el diagnóstico de las condiciones de la versión 2015 de la norma ISO 14001. Se tiene el comparativo de las versiones de ambas normas.

#### **Debilidades.**

- Compromiso insuficiente por parte de los procesos que tienen que ver directamente con el sistema de gestión y con los terceros.

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

Se hizo el diagnóstico de cumplimiento de los deberes de la norma, se actualizaron los documentos y se está desarrollando los programas según lo planeado.

Se inició la evaluación inicial del sistema de acuerdo con los criterios de la Resolución 1111 de 2017.

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

Se estructuró el Informe de Responsabilidad Social Empresarial 2016, mediante la metodología GRI-4; como elementos fundamentales se introdujeron el nuevo modelo de sostenibilidad el cual contiene el compromiso institucional con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde se

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

realizó un trabajo para profundizar en el análisis de materialidad y alinear los asuntos con estos objetivos.

Se realizó la divulgación del informe de responsabilidad social empresarial mediante la estructuración de un resumen ejecutivo el cual se entregó a todas las partes interesadas.

Se diligenció la herramienta DIAGNOSTICARSE II de Fenalco Solidario, con todas las actividades realizadas en responsabilidad social empresarial, el cual se le entregó a la entidad certificadora junto con el reglamento, el formato de postulación, la declaración de fondos, la inversión realizada durante el 2016 y una carpeta de evidencias.

Se revisó y ajustó el programa de responsabilidad social en relación a la nueva estructuración del modelo de sostenibilidad y la introducción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

### **Fortalezas**

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

### **Debilidades**

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

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

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

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

Se ejecutaron todas las acciones del plan de mejoramiento derivado de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de habilitación.

La institución recibió del 8 al 24 de marzo de 2017, la visita de verificación de las condiciones de habilitación por parte de la entidad territorial departamental, una vez terminada la verificación en todos los servicios del Hospital, el equipo evaluador de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia establece que el hospital cumple la condiciones de habilitación: El 24 de abril es entregado el certificado de cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación de los 88 servicios declarados.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### **Fortalezas**

- Los estándares y sus criterios con evaluación de cumple por parte del equipo evaluador.

#### ▫ **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 período se realizaron las siguientes actividades:

Se revisaron las diferentes fuentes de mejoramiento y se identificaron oportunidades de mejora asociadas a los diferentes procesos institucionales, las cuales posteriormente fueron agrupadas y priorizadas teniendo en cuenta criterios de riesgo, afectación de la imagen institucional y volumen.

Se realiza análisis causal para las oportunidades de mejora priorizadas y para las acciones que ingresan al plan de mejoramiento institucional, se definen las acciones, tiempos y responsables acorde a lo establecido en el modelo de mejoramiento institucional.

Para la etapa de medición al desempeño de los procesos, durante este periodo se aplican todas las estrategias definidas en el cronograma PAMEC 2017: Auditorías internas, visitas de calidad, paciente trazador, auditorías externas de certificación, que para este caso fue la visita para la certificación del cuarto ciclo de acreditación y autoevaluación de los elementos del SGIC, que para este periodo se refiere a la autoevaluación para la recertificación de buenas prácticas clínicas.

Para comunicar el mejoramiento y generar aprendizajes organizacionales, se realizó la jornada anual de presentación de avances y cierres de ciclo de los grupos de mejoramiento de segundo nivel, se estructura un boletín especial con estos cierres y de manera sistemática se comunican los mejoramientos a través de publicaciones de novedades en la intranet y ubicación de carteleras.

### **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 CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### **Debilidades**

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

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

En el periodo se fortaleció el proceso automático de generación de los indicadores del sistema de información para la calidad, con fundamento en la Resolución 256 del 2016, proceso que se hace en coordinación con el área de Tecnología de la Información, especialmente en los tipos de archivo de consulta, urgencias, procedimientos, imágenes desde RIS, eventos adversos y satisfacción al usuario, logrando poca manipulación de datos manuales.

### **Fortalezas**

- Trabajo en equipo con el área de TI y las demás áreas de la entidad para el logro efectivo del cargue a la plataforma.

### **Debilidades**

- Validaciones manuales a los archivos de datos entregados por el sistema BI y ajustes repetitivos que debe hacerse por exigencia de PISIS, lo cual no es posible controlar desde el Hospital.

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

Durante este período se realizó acompañamiento a todos los grupos de mejoramiento de segundo nivel: Direccionamiento y gerencia; Cliente asistencial; Gerencia del talento humano; Gerencia del ambiente físico; Gerencia de la información y Gestión de la Tecnología.

A nivel transversal se trabajaron en los grupos las siguientes actividades: se realizó seguimiento a las oportunidades de mejora del plan institucional, se estructuraron las carpetas para la consolidación de las evidencias de los estándares de cada grupo y de las oportunidades de mejora, se terminó de actualizar el instrumento de consolidación de los 158 estándares de acreditación como insumo para la visita y se explicó nuevamente su funcionamiento, se entregó una lista de chequeo con los criterios que cada grupo de mejoramiento debe tener disponible para favorecer la adecuada realización de la visita. Se identificaron nuevas fuentes de mejora y se llevaron a cada grupo para correr nuevamente el modelo de mejoramiento.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

Durante los días 18 y 19 de abril, se realizaron las jornadas de preparación y entrenamiento de los grupos de segundo nivel con el asesor externo para la visita del cuarto ciclo de acreditación.

Del 25 al 28 de abril se realizó la visita del cuarto ciclo de acreditación por parte del equipo evaluador del ICONTEC, durante la reunión de cierre se presentaron las fortalezas y oportunidades de mejora generales identificadas durante la visita. Se realizó una novedad institucional para comunicarlas a toda la comunidad hospitalaria, y se direccionaron a los grupos de mejoramiento pertinentes para su gestión.

### **Fortalezas**

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

### **Debilidades**

- Poca adherencia de los grupos de primer nivel al modelo de mejoramiento institucional.
- No diligenciamiento oportuno del seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento por parte de los responsables.
- Débil cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales y de la comunicación del mejoramiento.

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

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

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

#### ▫ **Indicadores Institucionales.**

A partir del uso de las herramientas de BI se ha logrado iniciar la automatización de informes de producción a partir del uso de queries, acción que es continua dada la magnitud de los informes.

### **Fortalezas**

- La posibilidad de desarrollos directos en la institución, contar con un consultor dedicado a la programación y la disposición de las áreas para el desarrollo de estos.



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**Debilidades.**

- Indicadores del tablero de mando que a la fecha no ha sido posible incluir, dado el proceso de priorización que se tiene y la limitación de recursos; actualmente los tableros se manejan en excel generando riesgos de pérdidas de información.

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

En el periodo se tiene en productivo los tableros de información de interconsultas, fortalecimiento del tablero, conforme el Decreto 2193 de 2004, con visualización en BI y generación automática, proceso de rediseño del manual de indicadores institucionales para vigencia 2018, generación automática según lo dispuesto por la Resolución 256 de 2016.

**Fortalezas**

- El trabajo en equipo logrado con las áreas y la disposición para que la norma pudiera ser implementada con apoyo tecnológico.

**Debilidades.**

- Los indicadores que se tienen establecidos en los tableros de mando, presentan dificultades en el proceso de administración debido al riesgo de pérdida o alteración de datos por los usuarios, dada la poca seguridad que genera el Excel.
- Falta análisis por parte de los responsables de los diferentes indicadores.

**1.2.5. Políticas de Operación.**

▫ **Modelo de operación.**

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

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

- En el periodo se radicaron 139 solicitudes por el sistema Eurodoc y se publicaron 283; las 144 solicitudes que no se radicaron por el sistema pertenecen a los documentos creados durante la visita de habilitación, la Superintendencia de Salud, acreditación y otros de cumplimiento inmediato. Durante la visita de habilitación se crearon 100 documentos nuevos y se modificaron 41.
- Con relación el tiempo promedio de publicación de los documentos de calidad se encuentra en 5.5 días.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

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

### **Fortalezas**

- El 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.

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

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

#### **▫ Lineamientos de Política.**

Dentro de los proyectos planteados por la entidad en el Plan de Desarrollo 2016-2019 está el cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Principios y Directrices para la Gestión de Riesgos).

Como una de las actividades para la implementación NTC ISO 31000 se revisó y ajustó la Política y el Programa de Gestión de Riesgos institucional siguiendo las directrices de la esta norma.

### **Fortalezas**

- Desde la Coordinación de Gestión de Riesgos se revisó y ajustó la política y el programa atendiendo las directrices de la norma NTC ISO 31000 y teniendo en cuenta aportes realizados por el equipo de trabajo de la Oficina de Calidad y Planeación y de la Oficina de Control Interno.

### **Debilidades**

- La implementación de los Principios y Directrices de la norma ISO 31000 es gradual y se requiere un período importante de tiempo para que los colaboradores logren apropiarse de la cultura de la Gestión del Riesgo.
- En la pasada actividad de las Olimpiadas de la Calidad realizada en el primer trimestre de año 2017, entre los temas de conocimiento evaluados, estuvo el tema de Eje de Gestión del riesgo, el cual tuvo un porcentaje de calificación del 65%.

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

Los lineamientos dados por la Guía de Gestión del Riesgo del DAFP están basados en la norma NTC ISO 31000, por lo que el proceso de Gestión del riesgo no cambia la metodología utilizada. A partir del inventario de riesgos construido y depurado, se están validando los riesgos identificados por cada proceso

#### **Fortalezas**

- Se dispone de inventario de riesgos con descripciones depuradas construido a partir de la identificación de riesgos que se tiene en cada proceso.

#### **Debilidades.**

- A finales del mes de junio de 2017 se inició una nueva validación de los riesgos con cada proceso con poco avance.

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

#### **▫ Análisis del riesgo.**

El proceso de Gestión del Riesgo no cambió y siguen las mismas tablas de 5x5 para calificar la probabilidad y el impacto. Una vez validados los riesgos identificados por cada proceso se realiza una nueva valoración.

Se incluyeron los riesgos de corrupción en los procesos más vulnerables de que se materialicen dichos riesgos; para que se realice el seguimiento periódico a los controles implementados para prevenirlos o evitarlos.

#### **Debilidades**

- A finales del mes de junio de 2017 se inició una nueva valoración de los riesgos con poco avance.
- El proceso de gestión del riesgo es cíclico y de una etapa continua la otra dependiendo de la valoración se evalúa el riesgo y se determina el tratamiento al riesgo.

#### **▫ Evaluación del riesgo**

En la medida que se validan los riesgos se está realizando una nueva valoración para determinar su criticidad.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### **Debilidades.**

- Es importante determinar adecuadamente la criticidad de los riesgo que afecten el logro del proceso o el logro de los objetivos institucionales

#### ▫ **Monitoreo y revisión.**

Se realizó un seguimiento a los controles implementados para mitigar los riesgos identificados con corte a 30 abril; además se viene trabajando en una herramienta que integre las 41 matrices en un sólo archivo y permita un monitoreo.

Se están aplicando los controles del SARLAFT tanto a proveedores como a colaboradores.

### **Debilidades.**

- Se deben verificar controles existentes, muchos controles pueden estar sobrevalorados; así como la efectividad controles en mitigar los riesgos identificados.
- La Gestión de Riesgo requiere de una gobernabilidad y organización efectivas, con un entendimiento claro de quién es el dueño de los riesgos y quién es el responsable de su gestión.
- Es importante que todos los funcionarios tengan conocimiento sobre el modelo de las "Tres Líneas de Defensa" en la gestión de riesgos corporativa e implementarlas de manera activa como guía para el gobierno corporativo y la alta dirección.

#### ▫ **Mapa de riesgo.**

En la medida que se va actualizando la identificación y validación es necesario actualizar el mapa de riesgos de cada proceso y el mapa de riesgos institucional

### **Debilidades**

- El nuevo mapa de riesgos institucional como el mapa de riesgos de los procesos, están en proceso de actualización.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

**II. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL  
SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

**II. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

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

**AVANCES**

**2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.**

**2.1.1. Autoevaluación del Control y gestión.**

▫ **Enfoque de autoevaluación.**

Durante este periodo se realizó la auto-inspección para la certificación en Buenas Prácticas Clínicas (BPC), bajo los requisitos de la resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) para las instituciones que conducen investigaciones con medicamentos en seres humanos.

**2.1.2. Revisión por la Dirección.**

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

**Fortalezas**

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

### **Debilidades**

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

## **2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA.**

### **2.2.1. Auditoría Interna**

#### **▫ Plan de Auditorías Independientes.**

El avance del Plan de Auditorías 2017 es del 90%. Se han realizado 6 auditorías así: modelo de mejoramiento institucional, atención en clínicas quirúrgicas, gestión de tesorería, órdenes de servicio, pago a proveedores, contrato 158 de 2016 Decorniza; están en desarrollo auditoría de Artmédica y el contrato N° 66C de 2017 de mantenimiento.

Está pendiente por presentar a la Junta Directiva para su aprobación la modificación del plan anual de auditoría, el cual ya fue aprobado por el comité coordinador de control interno.

Se realizó el Comité Coordinador de Control Interno en cual se socializó el Plan de Estratégico “Construimos Confianza” 2017 -2021 de la Oficina de Control Interno.

### **Fortalezas**

- El cumplimiento de auditorías en el tiempo previsto.

### **Debilidades**

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

### **2.2.2. Auditorías de certificación externas.**

La institución recibió del 25 al 28 de abril de 2017, la visita para la evaluación del cuarto ciclo de acreditación por parte del ICONTEC, durante la reunión de cierre el equipo evaluador, identifica las siguientes fortalezas institucionales:

1. El compromiso y apoyo de la Junta Directiva para la continuidad de la estrategia de mejoramiento continuo y sostenibilidad de los logros a alcanzar.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

2. El compromiso y liderazgo de los niveles administrativos y personal operativo por los procesos de mejoramiento continuo, como garantía de transparencia en la ejecución de los procedimientos establecidos.
3. La satisfacción de los usuarios y pacientes con el proceso de atención en un ambiente seguro que responde a sus necesidades.
4. La implementación permanente de estrategias innovadoras relacionadas con la seguridad del paciente, su consolidación y gradualidad en resultados de impacto.
5. Las estrategias implementadas para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en las unidades de cuidado crítico reflejada entre otros en los resultados e indicadores.
6. El proceso de atención para la prevención de riesgos en los pacientes con enfermedad renal que impactan en el grupo poblacional objeto del programa.
7. El mantenimiento del ambiente físico. La implementación del programa para el buen uso y conservación de las instalaciones con alcance al cliente interno y externo.
8. La implementación de mejores prácticas generadas por el programa de referenciación que permite el avance significativo en los logros y resultados de la institución.
9. La implementación de la estrategia de consolidación sistémica de la información en la organización que redunde en el mejoramiento y en la oportunidad para la toma de decisiones por parte de los directivos y jefes de área.
10. Los mecanismos implementados y el convenio docente asistencial que ha permitido el mantenimiento y calibración sostenida para el óptimo uso de los dispositivos y equipos.
11. El fortalecimiento del equipo de investigación e innovación y el desarrollo de nuevas tecnologías que contribuye al diseño de nuevos servicios y unidades.

A la fecha, la institución está a la espera de la decisión de la junta de acreditación y del respectivo informe para correr nuevamente el modelo de mejoramiento institucional.

### **Fortalezas**

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

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### **Debilidades.**

- Se debe fortalecer la articulación de los sistemas de gestión.

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

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

Durante este periodo se realizó acompañamiento a todos los grupos de mejoramiento de segundo nivel: Direccionamiento y gerencia; Cliente asistencial; Gerencia del talento humano; Gerencia del ambiente físico; Gerencia de la información; Gestión de la Tecnología, Mejoramiento Institucional.

A nivel transversal se trabajaron en los grupos las siguientes actividades: se realizó seguimiento a las oportunidades de mejora del plan institucional, se revisaron las fuentes de mejoramiento asociadas a cada grupo para identificar las oportunidades de mejora, se estructuraron presentaciones con las fuentes seleccionadas como insumo para las reuniones de cada grupo, se realizó el ejercicio de agrupación por afinidad, priorización, análisis causal para las priorizadas y definición de acciones de mejora.

Con respecto a los grupos primarios, se acompañó al grupo de Sysoma, al de ambulatorios, sedes integradas en red y al proceso de investigaciones, con su certificación en BPC.

Se realiza la presentación de avances y cierres de ciclo a la comunidad hospitalaria, por parte de los diferentes líderes de los grupos de mejoramiento de segundo nivel, se realizó una novedad con los avances y cierres de ciclo de cada grupo de mejoramiento, se publicó en la intranet, además se estructuró el boletín "Pensamiento General" edición especial y se entregó a los colaboradores y demás partes interesadas.

### **Fortalezas**

- Mayor sistematicidad en la ejecución de las reuniones de los grupos de mejoramiento y en la adherencia al modelo.
- Modelo de mejoramiento referente en el medio.
- Ninguna acción de mejora definida en el plan se encuentra sin avance.

### **Debilidades**

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

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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

Se tiene elaborado el plan de mejoramiento para las auditorías de modelo de mejoramiento institucional y del contrato N° 158 de 2016 - Decorniza.

Los planes de mejoramiento que están pendientes de elaboración son los de auditoría clínicas quirúrgicas, gestión de tesorería, órdenes de servicio y pago a proveedores.

Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión de la adquisición de bienes y servicios y se encontró que continúan en proceso los siguientes hallazgos:

- Socializar el instructivo de osteosíntesis y proveedores a las partes interesadas,
- Legalizar contratos de materiales en consignación de cardiología.
- Revisar la pertinencia del instructivo de cardiología y/o material en consignación.
- Activar convocatoria pública a través del aplicativo Bionexo de medicamentos y material médico quirúrgico para formalizar contratos.
- Actualizar de lista de precios de material de osteosíntesis en consignación, este será depurado en lo que realmente requiere la institución.

### Debilidades

- Se han realizado dos (2) Planes de Mejoramiento de las 6 auditorías terminadas.
- Se requiere mayor oportunidad en la elaboración de los planes de mejoramiento.

## III. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

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

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

#### ELEMENTO

3.1. Información y comunicación interna.

3.2. Información y comunicación externa.

3.3. Sistemas de información y comunicación

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

### AVANCES



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

### 3.1. Información y comunicación interna.

#### - **Información a la comunidad hospitalaria.**

La información a la comunidad hospitalaria se realiza a través del sistema de carteleras que está compuesto por carteleras informativas y educativas; en las informativas se tiene dos carteleras digitales en los ascensores cuyo 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 a través del correo electrónico y de la intranet que para el 3 de julio había alcanzado 499.044 visitas, un aumento del 28% en las visitas. En el periodo se presentaron 8,607 usuarios de acuerdo con las estadísticas de Google Analytics para 214,966 visitas a las diferentes secciones, de los cuales un 7% fueron usuarios nuevos. Se realizó la edición especial del “Pensamiento General” con el cierre de ciclos en el mes de marzo y el informe de sostenibilidad en el mes de abril. En cuanto a las novedades institucionales se realizaron en el período 17 novedades con las noticias de la institución.

#### - **Campañas:**

Con el grupo de Higiene de manos se estructuró el Desafío Higiene de manos 2017, para celebrar el día mundial de la higiene de manos. Se inició con la campaña de “Vivo los valores”; en mayo y junio se trabajó el valor del respeto y en julio se inició con el valor de vocación del servicio; para lo cual, aparte de las actividades que adelanta Gestión Humana se trabajan desde comunicaciones afiches, descansa-pantalla y papel tapiz y tips del valor sacados del manual de comportamiento. Se mantuvo la etapa de sostenimiento de la campaña del Plan Estratégico con la permanencia de móviles, rompe-tráficos, afiches, descansa-pantallas entre otras.

#### - **Eventos institucionales:**

Se realizaron las dos audiencias de rendición de cuentas, la de la comunidad hospitalaria y la de los diferentes públicos de interés. Se realizó el evento de socialización de cierre de ciclos del plan de mejoramiento a toda la comunidad hospitalaria. Se realizó el Primer Simposio de Medicina Interna con la participación de 263 estudiantes y profesionales de la salud con una satisfacción del 98% por parte de los asistentes.

#### - **Corazones Responsables:**

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

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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

En el mes de junio se realizó medición de la apropiación con la información institucional y dio un cumplimiento del 83%

### - **Olimpiadas de la Calidad:**

Se realizó las Olimpiadas de la Calidad, estrategia de preparación a la visita de acreditación donde además de evaluar se capacita a los funcionarios. En total se realizaron 8 jornadas y una final; se tuvo 829 participantes un 10% menos que el 2015. En total 1.121 participaciones, lo que representa un 35% de repeticiones, un 6% más que en el 2015. Se acertaron 2.535 preguntas. La apropiación con el Sistema de Gestión Integral de Calidad y el Hospital fue del 66%; en categoría asistencial es de 63% y en la categoría administrativa es del 71%.

### - **Ruta de los Derechos y Deberes:**

Se comenzó la ejecución y primera medición de la ruta de los derechos y deberes, donde se encontró que el 23% de apropiación de los diferentes funcionarios con el derecho y deber que se debía socializar. Se realizó retroalimentación a través de la subgerencia asistencial a los diferentes líderes. Publicación en papel tapiz, descansa-pantalla, cartelera generales, se hicieron habladores recordatorios.

### - **Capacitación en uso de la intranet:**

Se realizó capacitación en el uso de la intranet con asistencia por los servicios y un evento de capacitación en el Auditorio de la Salud. En total se capacitaron a 494 personas.

## **Fortalezas**

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

## **Debilidades**

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

## **3.2. Información y comunicación externa.**

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

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

Del 4 de marzo al 3 de julio se realizaron 10 jornadas, 1.242 personas atendidas que representan el 92% de lo presupuestado; de las cuales el 24% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99,5 %.

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

Se mantienen las tres carteleras digitales para usuarios en sala de espera del segundo piso y en ginecobstetricia con contenidos segmentados para ellos; son un 70% informativas, y un 30% educativas. La página web es actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización del 97%; con un total de 663.652 visitas con 85.173 usuarios en el período de acuerdo con las estadísticas de Google Analytics para 182.902 visitas a las páginas de los cuales el 23,5% son nuevos visitantes. Canal de televisión con dos emisiones diarias de lunes a viernes con contenidos del hospital. En el perfil de Facebook al 3 de julio se tenían 10.890 fans

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

A 130 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños en el periodo; además se han autorizado 183 horas de préstamo del Auditorio de la Salud, que se estiman en \$17.200.000.

En el periodo se solicitaron 204 citas web y se asignaron el 63% es decir 129 con una oportunidad en la asignación de 0,96 días. Se dio al servicio de la ciudadanía la asignación de una cita de ayudas diagnósticas en el mes de junio de las dos citas solicitadas.

A través del chat se atendieron 750 personas en el período, en el año 2017 se han atendido un total de 1.122 chat con un satisfacción del 95% con el servicio. Se hizo acompañamiento en brigada de cirugía infantil, en la cual se dispuso de regalos, bombas y atención en la Sala Familiar para los cinco niños beneficiados de la brigada quirúrgica para pacientes con patología infantil maxilofacial.

#### - **Relacionamiento medios de comunicación.**

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

### **Fortalezas**

- Actualización permanente de los canales de comunicación.
- Mejoró la satisfacción de los usuarios con la señalización.
- Los alcances de las publicaciones en Facebook.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

- El canal de televisión para entregar información a los usuarios.
- El chat institucional se ha convertido en un excelente canal para las consultas ciudadanas.

### **Debilidades**

- Falta de oportunidad en la entrega de información para diligenciar las estadísticas de citas web, tanto por Consulta Externa como por Atención al Usuario.
- Falta de personal profesional en comunicaciones para manejar el canal de televisión y con conocimiento en periodismo digital para mejorar el uso de estos canales.

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

El objetivo del proceso estratégico SIAU es canalizar las manifestaciones de los usuarios buscando gestionarlas dando respuesta en los términos de ley. En el período evaluado se recibieron 1.087 manifestaciones las cuales fueron clasificadas como 967 reclamos, 257 sugerencias, 364 agradecimientos y 76 felicitaciones.

El seguimiento se realiza mediante los siguientes indicadores:

- Índice Combinado de Satisfacción con un promedio para el período de 17,39;
- Índice de reclamaciones con un promedio de 7,96 por cada 1000 usuarios atendidos;
- Promedio de tiempo de respuesta a Reclamos y Sugerencias con 7,95 días.
- Reclamaciones respondidas dentro de los tiempos 81,10%;
- Calidad de la respuesta a Reclamos y Sugerencias con una satisfacción del 72,54% para el segundo semestre de 2016.

### **Fortalezas**

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

### **Debilidades**

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

#### ▫ **Rendición de cuentas.**

El martes 14 de marzo de 2017 en el auditorio de la salud de la Institución, se realizó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, la cual fue presidida por el Gerente del Hospital,

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

acompañado por el Jefe de la Oficina de Calidad y Planeación y personal de la Oficina de Atención al usuario, comunicaciones, entre otros.

Al ingreso a las instalaciones del auditorio, se realiza el registro del personal asistente y al final se aplica la evaluación de la audiencia pública y se hace entrega de un resumen en físico del informe de gestión de la institución vigencia 2016.

Asistieron 32 personas, de las cuales se deja evidencia mediante registro de asistencia.

### **Fortalezas**

- Publicación permanente por los medios Institucionales de la gestión

### **Debilidades**

- Poca afluencia de asistentes a pesar de la convocatoria abierta

#### ▫ **Gestión documental.**

- **Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición.**
  - Número de derechos de petición sin respuesta oportuna: 287 - 12,45%
  - Número de derechos de petición con respuesta oportuna: 2.061 - 87,54%
- **Oportunidad en el cumplimiento del cronograma de transferencias primarias.**

El cronograma de transferencias tuvo un cumplimiento de un 34,09%. Todos los gestores documentales que no pudieron cumplir con la transferencia se excusaron porque al mismo tiempo tenían que atender las auditorías realizadas este año.

- **Elaboración de los instrumentos de gestión documental.**

De acuerdo al Decreto 2609 de 2012 y el Manual de elaboración del Archivo General de la Nación, se elaboraron:

- Programa de Gestión Documental,
- Esquema de Publicación de Información,
- Índice de Información Clasificada y Reservada y
- Registro de Activos de Información.

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

Se elaboraron las correcciones a ambas tablas, de acuerdo al nuevo concepto del Consejo Departamental de Archivos.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
Construimos Confianza

**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.
- El cumplimiento al cronograma de transferencias primarias, valida los conocimientos en el manejo de las tablas de retención en cada uno de los responsables de los archivos de gestión, que tiene como fin optimizar los espacios en las oficinas y contribuir con la construcción de la memoria institucional.
- La elaboración de los instrumentos de Gestión Documental son el cumplimiento a requisitos legales del manejo documental del HGM.

**Debilidades.**

- Las respuestas a los derechos de petición se están realizando al tope del tiempo establecido, lo que implica que en muchas ocasiones no se cumple con la entrega dentro de los términos establecidos por lo cual se incurre en pagos a raíz de dichos incumplimientos.
- Aunque al inicio del año se entrega la programación de las transferencias primarias a todos los responsables de los archivos de gestión, no las preparan con el debido tiempo de antelación y aunque se entreguen más adelante, se afecta el indicador.
- Se debe hacer sensibilización a los responsables de actualizar la información para dar estricto cumplimiento a lo establecido en el esquema de publicación.
- El Consejo Departamental de Archivos se toma mucho tiempo para el envío de las correcciones que se deben hacer a las tablas de retención y valoración; lo cual ha ocasionado que el HGM no tenga todavía sus tablas convalidadas a pesar de que se elaboraron en el año 2014.

▫ **Plan de comunicaciones.**

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

▫ **Participación ciudadana.**

Permanentemente por los diferentes medios institucionales, en la programación que se transmite por canal cerrado de tv y de forma personalizada, se invita a los usuarios a hacer parte de la asociación de usuarios; se utiliza además el escrito publicado en el reverso del formato de Gestión de reclamos y sugerencias.

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

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

### **Fortalezas**

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

### **Debilidades**

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

### **3.3. Sistemas de Información y comunicación.**

#### ▫ **Administración y seguridad de la información.**

Se está trabajando en seguridad de la información, verificando la ejecución correcta de los procesos y procedimientos definidos, es así que se reforzó la capacitación al equipo de sistemas en seguridad de la información y los procesos, se validan los dominios de gobierno de seguridad y gestión usuarios. Se encuentra que hay debilidad en el conocimiento de cómo ejercer el gobierno, se envían tips al grupo de gobierno para generar conocimiento. En cuanto a gestión de usuarios se estandariza el proceso para la gestión de usuarios en las diferentes plataformas que maneja el Hospital (SAP, correo, archivos, aplicaciones no SAP).

En el proyecto de actualización de la plataforma SAP se hace cambio de alcance: Actualización módulo HR. Plan de aplicación de parches y pruebas en un servidor de prueba (sandbox), para verificar el impacto del cambio y corregirlo antes de llevarlo a producción. El proyecto consta de 4 fases: Las fases se definieron de acuerdo a los tiempos de indisponibilidad que genera sacar la actualización a producción. No pueden ser más de dos horas en cada salida. Se aplicaron los parches hasta el nivel 111.

Proyecto GRD: Se definió que efectivamente el proyecto va por el convenio con la ANDI, el software agrupador será AVEDIAN, se hizo la exploración del módulo SAP con los analistas de sistemas y con la empresa Common. Está pendiente estimar cuánto valdría la implementación. Se definió que el conjunto mínimo básico de datos que es el que propone el software AVEDIAN.

Proyecto Docencia servicio: Se realizaron las reuniones con los implicados, se definió el alcance, se hizo la recopilación de documentación de normatividad y procesos del área de docencia, se documentó al 100% el requerimiento. Se recibieron cotizaciones para su desarrollo.



## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

#### **Fortalezas**

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

#### ▫ **Desarrollo tecnológico.**

La disponibilidad de redes en el mes de abril fue del 99,98%; para mayo y junio fue 99,99% y 99,92% respectivamente; ésta disminución se debe a que la conexión a Internet bajo a un 99,60% por la ejecución de una ventana de mantenimiento el día 25 de Junio por parte del proveedor de ISP Level 3. Sin embargo los servicios no se vieron afectados porque se tiene plan de contingencia y cuando esto ocurre, se pasa todo el tráfico al canal de internet alterno.

En el mes de mayo la disponibilidad de los servidores fue de 99,98%, en Junio del 100%.

El inventario de equipos propio continua disminuyendo e incrementando la cantidad de equipos alquilados, debido a que no hay presupuesto de inversión para reposición ni renovación. Se tienen 703 máquinas con mantenimiento preventivo en el semestre.

Se cumple con los tiempos de atención de incidentes por la mesa de ayuda. La oportunidad de atención de incidentes de la mesa de ayuda en marzo fue de 97%, abril del 96%, cumpliendo con la meta establecida. El % promedio para los meses de mayo y junio fue del 97%. En junio se cerraron 727 incidentes por parte de la Mesa de Ayuda, de los cuales 699 fueron atendidos dentro de los ANS establecidos, cumpliendo la meta con un 96%. En el mes de mayo se cerraron 907 incidentes por parte de la Mesa de Ayuda, de los cuales 888 fueron atendidos dentro de los ANS establecidos, cumpliendo la meta con un 98%.

En marzo y abril se sacaron a producción 34 casos para el mejoramiento de la plataforma SAP, en mayo y junio 26 casos

#### **Fortalezas**

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



OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

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

**4.1. Normativa.**

- Decreto 648 de 2017 en especial el artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes al Decreto Nacional 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública
- El Decreto Nacional 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, establece:
  - Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias:

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

- Capítulo 3. Sistema Institucional Nacional de Control Interno, 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

## OFICINA DE CONTROL INTERNO

### Construimos Confianza

existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman y presentar informes a la Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno de la entidad, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema”.

#### 4.2. Concepto

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

1. El Hospital General de Medellín, cuenta con un Sistema de Control Interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes. No obstante, es necesaria la revisión y ajuste permanente de los “puntos de control”.
2. El proceso de planeación está claramente definido pero se encuentra afectado en su cumplimiento, por las restricciones presupuestales, el cumplimiento de los programas y proyectos que hacen parte del Plan Estratégico Institucional; además es débil cultura organizacional en metodologías de gestión de proyectos
3. La Entidad tiene definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en sus procesos. La ausencia prolongada y en encargo en varias de las dependencias afecta el desarrollo normal de las actividades institucionales.
4. Los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional. Es necesario fortalecer la articulación y el reconocimiento de la cadena cliente proveedor identificada en la caracterización de los procesos.
5. Debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes periódicos requeridos, para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías independientes a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema.
6. Se deben adoptar las decisiones necesarias para que la elaboración de los Planes de Mejoramiento se realicen oportunamente.
7. 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.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Construimos Confianza

**FUENTES:**

1. Información diligenciada por los responsables en el formato diseñado por la Oficina de Control Interno “Base informe cuatrimestral pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno”, del período 4 de marzo a 3 de julio de 2017.
2. Informe de Avance Plan de Acción 2017.
3. Informe de Auditorías 2017.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento 2017.

**ELABORACIÓN DEL INFORME:**

Participaron en la elaboración del presente Informe:

José Heriberto Vargas Lema.	Profesional de Control Interno.
María Cenobia Muñetón Jiménez.	Secretaria
Carlos Uriel López Ríos.	Asesor de Control Interno.

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