
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO N° 6-2018
DEL ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

Marzo 4 a Julio 3 de 2018

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS
Jefe de Auditoría Interna

JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA
Profesional de Auditoría Interna

MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO
Profesional de Auditoría Interna

Medellín
Julio 10 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 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 marzo al 3 de julio 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.

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

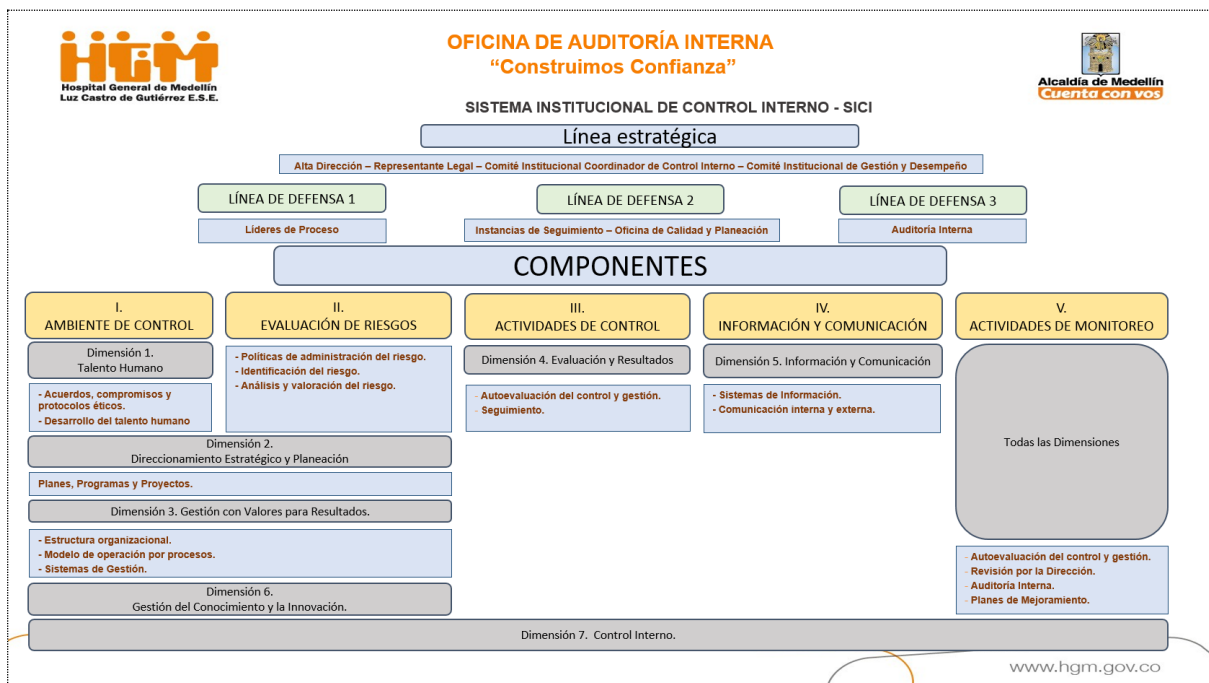
I.	COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL	5
1.1.	Dimensión 1. Talento Humano.....	5
1.1.2.	Planeación del talento humano.....	5
1.1.3.	Planta de cargo y manual de funciones.....	6
1.1.4.	Plan Institucional de Capacitación – PIC.....	7
1.1.5.	Programa de Inducción y Reinducción.....	7
1.1.6.	Programa de Bienestar.....	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.....	10
1.1.11.	Aplicación "Ley de Cuotas".....	10
1.1.12.	Actualización Declaración de Bienes y Rentas.....	10
1.2.	Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación.....	10
1.2.1.	Planes.....	10
1.2.2.	Programas.....	13
1.2.3.	Proyectos.....	18
1.3.	Dimensión 3. Gestión con Valores para Resultados.....	31
1.3.1.	Estructura organizacional.....	31
1.3.2.	Modelo de Operación por procesos.....	31
1.3.3.	Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.....	32
1.3.4.	Sistema de Gestión / Salud y seguridad en el trabajo.....	33
1.3.5.	Sistema de Gestión / Responsabilidad Social.....	34
1.3.6.	Sistema de Gestión / Modelo Estándar de Control Interno – MECI.....	34
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.....	35
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.....	35
II.	COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.....	36
2.1.	Lineamientos de Política.....	36
2.2.	Identificación del riesgo.....	36
2.3.	Análisis del riesgo.....	36
2.4.	Evaluación del riesgo.....	37
2.5.	Monitoreo y revisión.....	37
2.6.	Mapa de riesgo.....	37
III.	COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.....	37
3.1.	Indicadores de Gestión.....	37

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.	37
4.1. Dimensión 5. Información y Comunicación.	37
4.1.1. Sistemas de Información.	37
4.1.2. Desarrollo Tecnológico.	37
4.1.3. Derechos de Autor de Software.	38
4.1.4. Comunicación interna.	39
4.1.5. Comunicación externa.	40
4.1.6. Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU.	41
4.1.7. Rendición de cuentas.	41
4.1.8. Gestión documental.	42
4.1.9. Plan de comunicaciones.	43
4.1.10. Transparencia y lucha contra la corrupción.	43
4.1.11. Participación ciudadana.	43
V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.	44
5.1. Dimensión 4. Evaluación de Resultados.	44
5.1.1. Evaluación del Clima Laboral.	44
5.1.2. Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento.	44
5.1.3. Seguimiento al Plan de Austeridad.	44
5.1.4. Enfoque de autoevaluación.	45
5.1.5. Revisión por la Dirección.	46
5.1.6. Control Interno Contable – Seguimiento.	47
5.1.7. Plan de Auditorías Independientes.	47
5.1.8. Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna.	48
5.1.9. Auditorías de certificación externas.	48
5.1.10. Auditoría NTC 14.001.	48
5.1.11. Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001.	49
5.1.12. Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.	49
5.1.13. Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.	50
5.1.14. Plan de Mejoramiento Archivístico.	50
5.1.15. Plan de Mejoramiento Institucional.	51
5.1.16. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna.	52
5.1.17. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.	52
5.1.18. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.	52
VI. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.	52
6.1. Normativa.	52
6.2. Concepto.	53

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza



I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

1.1. Dimensión 1. 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 1.338 plazas de las cuales 879 plazas corresponden la planta HGM y 459 a la planta temporal, de los cuales se encuentran activos 1035 y 178 plazas vacantes de cargos de Carrera Administrativa y 125 vacantes de la planta Temporal.

Fortalezas:

- Elaboración de Informe Plan de vacantes. AP-GHU-AP001D01

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Debilidades

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

1.1.3. Planta de cargo y manual de funciones.

A la fecha la planta de cargos se distribuye así:

- De período: 2;
- De libre nombramiento: 12;
- De carrera: 256;
- Provisionales: 420;
- Temporales: 334; y
- Trabajadores Oficiales: 11
- Retiros: De marzo 03 a julio 04 se han generado 21 retiros.
- Vacantes: Cargos de Carrera Administrativa: 169; Encargos: 9 y planta Temporales: 125.

Manual de Funciones:

- Acuerdo N° 181 del 03 de marzo 2018. "Por el cual se revoca el Acuerdo N° 158 de enero de 2017, por medio del cual se aprueba modificación al Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales del Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez Empresa Social del estado.
- Acuerdo N° 175 del 08 de marzo de 2018. "Por medio del cual se aprueba modificación al Manual de Funciones y Competencias Laborales del Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez E.S.E".
- Aprobar la incorporación de las siguientes modificaciones al Manual de Funciones del Hospital General de Medellín:
- Cambiar la denominación del cargo de Asesor de Control Interno, por el Jefe de Oficina de Auditoria Interna, incluyéndose las funciones puntuales que trae el artículo 12 de la Ley 87 de 1993.
- Cambiar la denominación del cargo de Profesional Universitario 1 (Control Interno) por profesional Universitario 1 (Auditoria Interna).
- Cambiar el cargo de Enfermera (Control Interno) por Profesional Universitario 2 (Auditoria interna).

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Definir el propósito, funciones esenciales y requisitos de estudio y experiencia, del cargo de Profesional Universitario 1 (Auditoría Interna) grado 2 creado por Acuerdo 171 de 2017.

Fortalezas:

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

1.1.4. Plan Institucional de Capacitación – PIC.

Para el año 2018 se asignó al plan de capacitación un presupuesto de \$208.200.000, con un % de cumplimiento de 74%.

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.

- Seguimiento a los participantes personal asistencial

El curso de inducción y reinducción dio inicio el 17 de noviembre, el número de personas matriculadas fue 1.328, de estas 1.162 han participado en el curso y 166 no han participado en el curso.

En el curso de inducción y reinducción del personal asistencial con 1.328 personas matriculadas, aprobaron y se certificaron 948 personas 380 no aprobaron o no han terminado, se observa un porcentaje de certificación de 71%.

- Seguimiento a los participantes personal administrativo.

El curso de inducción y reinducción dio inicio el 17 de noviembre, el número de personas matriculadas fue 332 de estas 299 han participado en el curso y 33 no han participado en el curso.

En el curso de inducción y reinducción del personal administrativo con 332 personas matriculadas, aprobaron y se certificaron 248 personas 84 no aprobaron o no han terminado, se observa un porcentaje de certificación de 75%.

- Seguimiento a los participantes personal terceros

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Para el curso de inducción y reintroducción fueron matriculadas 236 personas de estas 144 participaron en el curso y 92 no participaron en el curso.

En el curso de inducción y reintroducción del personal de terceros con 236 personas matriculadas, aprobaron y se certificaron 108 personas 128 no aprobaron o no han terminado el curso, se observa un porcentaje de certificación de 46%.

Fortalezas

- Plataforma Virtual con la Fundación Guayacones.
- Actualización de los procesos, inducción al personal y reintroducción a todos los funcionarios y contratistas de la Institución.

Debilidades

- Se encuentran funcionarios que no tienen correo electrónico, por lo que debe pensarse en una estrategia adicional para que lo puedan realizar.
- Dificulta de los terceros que no cuentan con la facilidad de ingresarse al sistema.

1.1.6. Programa de Bienestar.

Para el año 2018 se asignó para Bienestar un presupuesto de \$540.622.530. Cliente interno satisfecho el 93.31%. El Hospital de 2018 concedió el beneficio del 50% por un valor de \$37.962.304. El mayor número consultas: procedimientos odontológicos.

La proporción de cumplimiento de la ejecución del plan de bienestar 68%

Fortalezas.

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

1.1.7. Plan de Incentivos

Esta actividad está programada para el mes de agosto de 2018, en la que se exaltarán los mejores funcionarios en las siguientes categorías de acuerdo a lo establecido en la resolución de incentivos aprobada por la junta Directiva a través del acta de junta número 56 del 14 de diciembre de 2017.

- Categoría de quinquenios.
- Categoría mejor evaluado.
- Categoría pensionados.
- Categoría atención con calidad asistencial y administrativo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Categoría mejor servicio evaluado en visitas de calidad.
- Categoría fortalecimiento a la investigación.
- Categoría investigación e innovación.
- Categoría trabajo en el mejoramiento de la seguridad.

Fortalezas.

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

Debilidades

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

1.1.8. Acuerdos de Gestión

- El Gerente realizó evaluación de acuerdos de Gestión para el periodo 2017, a los Subgerente y Directores con una calificación del 90% del nivel destacado.
- Se realizó planeación para el periodo 2018 el cual se realizará en el mes julio del presente año y se encuentra en proceso de realizar por parte de la Gerencia la calificación de los acuerdos de Gestión 2017-2018.

1.1.9. Evaluación del desempeño laboral.

- Se procedió con la concertación de objetivos para el periodo 2018-2019 la cual se realizó del 01 al 15 de febrero con corte al 30 de enero de 2018.
- Se evaluaron 261 funcionario de carrera, cuatro (4) funcionarias no fueron evaluadas por encontrarse incapacitadas.
- Se analizan las competencias evaluadas por nivel donde se identifican que la competencia mejor evaluada.
- Experticia Técnica: Trabajo en Equipo y Colaboración (Con personal a cargo).
- Calificación Cualitativa: Muy alto con del 96 puntos dentro del nivel sobresaliente.

Fortalezas.

- Contar con la Plataforma EVADES más amigable.

Debilidades

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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 al Institución, garantizando que tengan una semana dedicada al proceso de entrenamiento en el puesto de trabajo.

Debilidades.

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

1.1.11. Aplicación "Ley de Cuotas".

Actualmente se está actualizando el informe de cumplimiento de la Ley de cuotas.

1.1.12. Actualización Declaración de Bienes y Rentas.

Actualmente los funcionarios Hospital se encuentran en el diligenciamiento de la declaración de bienes y rentas a través de la plataforma SIGEP., se tiene como plazo de entrega el 31 de julio del presente año.

Fortalezas

- Plataforma SIGEP.

Debilidades.

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

1.2. Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación.

1.2.1. Planes.

1.2.1.1. Plan Estratégico. 2016 – 2027.

El Plan Estratégico del HGM 2016 - 2027 el cual dura 12 años, se ejecuta a través del Plan de Desarrollo 2016 -2019 y éste último se ejecuta cada año, en el corto plazo a través de los planes de acción de las vigencias 2016, 2017 y estamos ejecutando la vigencia actual 2018.

Fortalezas

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Seguimiento y evaluación cada dos meses a los programas y proyectos estratégicos y a los macro-procesos y procesos claves para cada vigencia.
- Adicionalmente se alimenta el avance de indicadores y metas establecidos para los objetivos estratégicos que se reflejan en el Cuadro de Mando Integrado.

Debilidades.

- Algunos empleados desconocen los elementos del direccionamiento estratégico del HGM.

1.2.1.2. Plan de Desarrollo 2016 – 2019.

El Plan de Desarrollo del HGM 2016 - 2019 tiene una duración de 4 años y éste se ejecuta a través de los planes de acción que tienen vigencia de 1 año. A la fecha se han ejecutado los planes de acción de las vigencias 2016, 2017 y estamos ejecutando la vigencia actual 2018.

Fortalezas

- Seguimiento y evaluación cada dos meses a los programas y proyectos estratégicos y a los macro-procesos y procesos claves para cada vigencia.
- Adicionalmente se alimenta el avance de indicadores y metas establecidos para los objetivos estratégicos que se reflejan en el Cuadro de Mando Integrado.

Debilidades.

- Algunos empleados desconocen los elementos del direccionamiento estratégico del HGM lo que dificulta la articulación de algunas y sus debidos procesos para lograr los objetivos estratégicos propuestos.

1.2.1.3. Plan de Acción 2018.

El Plan de Acción de la vigencia 2018 tiene una duración de 12 meses. El Plan de acción se compone del seguimiento a los programas y proyectos estratégicos del HGM y a los macro procesos y procesos claves del direccionamiento estratégico.

Fortalezas

- En cada vigencia se formulan los proyectos en las fichas establecidas en el proceso de planeación y también se registra en el aplicativo de la MGA los proyectos de infraestructura y dotación que superan en monto establecido. También se inscriben en el Plan Bienal de Inversiones en Salud (Resolución 2514 de 2012).
- A partir del 2017, se comenzó a realizar el Plan Plurianual de Inversiones teniendo en cuenta el artículo 6 de la Ley 152 de 1994 y la Ley Orgánica del Presupuesto.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Adicionalmente los proyectos cuentan con un cronograma en el cual se detallan las tareas que se deben desarrollar en el periodo programado.
- Al plan de acción tiene 6 seguimientos en el año, cada dos meses se realiza seguimiento y evaluación a la ejecución de las actividades programadas de los programas y proyectos estratégicos y de los macro procesos y procesos clases del hospital.

1.2.1.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Con corte al 31 marzo los responsables se realizaron seguimiento efectividad de los controles implementados para mitigar el riesgo, incluidos aquí los riesgos de corrupción, diligenciando las evidencias en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos propia.

Fortalezas.

- Ejecución de las actividades del cronograma para el desarrollo con base en la normatividad vigente de cada uno de los componentes del plan

1.2.1.5. Control Interno Contable.

Se llevan a cabo reuniones con el comité de saneamiento contable con la finalidad de sanear algunas partidas como incapacidades y nómina por pagar. Se transmite información contable pública y de convergencia a la Contaduría General de la Nación al igual que al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del decreto 2193. Se remite a la superintendencia de salud cuentas por pagar de acuerdo a la circular 016. Se realizan capacitaciones de políticas contables a las diferentes áreas que alimentan información al área contable.

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.

1.2.1.6. Plan de Austeridad.

No se presenta el reporte.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

1.2.1.7. Plan Anual de Adquisiciones.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realizó la contratación del abogado solicitado para apoyar los procesos de adquisición de bienes y servicios, al igual que la profesional para suministros quien quedó a cargo, entre otras, de sus funciones con las que realizaba la química farmacéutica (cargue de lista de necesidades en SAP y la confirmación en Bionexo de medicamentos y mmq, a fin de conservar el punto de control y no estén concentradas las funciones en los auxiliares de suministros)
- Se culminaron los estudios previos y se montó la convocatoria de medicamentos, oncología y dispositivos médicos, se está en la etapa de análisis de requisitos habilitantes.
- Se efectuó reunión de referenciación en BIONEXO con el Hospital Erasmo Meoz en las instalaciones del Hospital General, con una participación activa del personal involucrado.
- Se revisan y consolidan desde la dirección de apoyo logístico todas las solicitudes de modificaciones al PAA 2018 según las necesidades reportadas por cada una de las áreas mediante memorando, las cuales son aprobadas en comité de contratación; en lo corrido del año se tiene consolidado hasta la modificación N° 13; todas con la debida resolución de la Gerencia.

Fortalezas.

- Se fortalece la estructura del área de suministros con personal idóneo para mejorar los procesos de adquisición de bienes y servicios.
- Se definen listas de necesidades para los procesos de convocatoria de insumos médicos.
- Plan Anual de Adquisiciones actualizado y ajustado a las necesidades de los servicios.

Debilidades.

- Continuar con mayor optimización y uso de la plataforma de compras por Bionexo, lo que genera mayor transparencia en los procesos de compra.

1.2.2. Programas.

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

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se validan los 5 procesos asistenciales de Apoyo Diagnóstico, Clínicas Quirúrgicas, Gineco-obstetricia, Hospitalización, Urgencias; revisan los procedimientos, realizan ajustes con el objeto de que estén alineados con el nuevo modelo de atención.
- Se dio inicio al despliegue del modelo de atención ajustado a través del vídeo publicado en la plataforma del curso de reinducción para personal asistencial y administrativo; adicionalmente se expuso en el Comité Técnico Científico y en los servicios asistenciales de Apoyo Diagnóstico; Ambulatorios y en algunos pisos de Hospitalización.
- Se hacen ajustes a los 5 procesos en mención.
- Se inicia el proceso de selección de los estudiantes para la aplicación de la herramienta a los procesos faltantes.

1.2.2.2. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se da inicio a la implementación del modelo operacional de RCIU, capacitando a los Gineco-obstetras en ecografía doppler y se despliega el proyecto al grupo asistencial de gineco-obstetricia.
- Se diseña una herramienta en excel que contempla las variables para dar inicio a la medición y adherencia al modelo de RCIU.
- Se entrega primer avance y es una presentación en la cual se da a conocer el portafolio de servicios y el costo del proyecto RCIU por medio del programa COMPARTO.

1.2.2.3. Programa 3. Competitividad.

El Objetivo Estratégico 3 “Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización”, contiene el Programa Estratégico “Competitividad” el cual se compone de dos proyectos estratégicos:

- El primer proyecto es “Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen”, y
- El segundo proyecto es “Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos”.

Se redefinió el proyecto con aprobación de la junta directiva eliminando la actividad de contratar asesor externo y manejar el estudio de costos con recurso propio.

Se tiene el cálculo de los costos unitarios de 485 objetos de costos, equivalentes al 40% de la producción promedio del HGM; el total se estima para culminar para diciembre de 2018; estos se presentarán a la junta para su conocimiento, a partir de allí se hace la fijación de tarifas con el complemento de referenciación de las mismas en entidades del sector; entre las cuales se han definido: Apoyo diagnóstico especializado, consultas médicas, procedimiento odontológico y cirugía de tórax.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Fortalezas.

- Programa y proyecto actualizado.
- Avance en el cálculo de costos con recursos propios.

Debilidades.

- Pendiente socializar los costos con las áreas asistenciales para revisar y validar.

1.2.2.4. Programa 4. Capital Humano.

- Se entrega informe de seguimiento a planes.
- El día 8 de mayo se dio inicio a los entrenamientos, razón por la cual se entregarán los formatos de asistencia a partir del tercer bimestre.

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

El Objetivo Estratégico 5 “Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad”, tiene el Programa Estratégico “Fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad”, el cual se compone de dos proyectos estratégicos; el primero es “Gestionar la acreditación con excelencia” y el segundo “Consolidación del sistema de gestión integral de calidad”.

Ambos proyectos tienen actividades programadas para la vigencia 2018, a las cuales se les realiza seguimiento cada dos meses durante el año.

1.2.2.6. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.

El Objetivo Estratégico 6 “Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública”, contiene el Programa Estratégico “Modelo de gobierno corporativo público”, el cual se compone de dos proyectos estratégicos; el primer proyecto es “Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos)” y el segundo proyecto es “Gobierno en línea”.

Teniendo en cuenta la nueva Política de Gobierno Digital y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPGI, se modifican algunas actividades del proyecto “6.2. Gobierno en línea” el cual es presentado para aprobación de la Junta Directiva y socializado a los responsables para los correspondientes ajustes a cada política según el MIPG

El proyecto estratégico “Gobierno en Línea” tiene definido el alcance “TIC para servicios implementado en los componentes servicios centrados en el usuario; trámites y servicios en línea; sistema integrado de PQRD. TIC para el Gobierno Abierto, implementado en los

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

componentes participación; colaboración y Transparencia. Las actividades programadas para el proyecto son: Identificar las brechas de la Estrategia Gobierno en Línea en el HGM; TIC para servicios y TIC para el Gobierno Abierto; para lo cual se consolida y valora la Matriz de Diagnóstico y sus brechas.

Entre las actividades se tienen: Primera “Definir 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” y la segunda actividad “Definir los lineamientos para la gestión y desempeño institucional, adaptando la 3ª Dimensión del MIPG denominada “Gestión con Valores para Resultados” en la Relación Estado Ciudadano”. La tercera actividad será “Definir los lineamientos para la gestión y desempeño institucional, adaptando la 5ª Dimensión del MIPG denominada “Información y Comunicación”.

Teniendo en cuenta la transformación de la Estrategia de Gobierno en Línea a política de Gobierno Digital que tiene como objetivo “Promover el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones para consolidar un Estado y ciudadanos competitivos, proactivos, e innovadores, que generen valor público en un entorno de confianza digital”. Adicionalmente el Hospital debe realizar la implementación de la política de Gobierno Digital, conforme a lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el cual debe articular todos los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías y estrategias para el desarrollo de las políticas del MIPG y en esta medida, lograr que Gobierno Digital se desarrolle articuladamente con las demás políticas en el marco del sistema de gestión de la entidad.

Acorde a lo anterior, se modifica el alcance; se conserva la actividad “Identificar las brechas de la Estrategia Gobierno en Línea en el HGM” y se modifican las otras dos (2) “TIC para servicios” y “TIC para el Gobierno Abierto”, de la siguiente manera:

Se define un nuevo alcance: Contribuir a la Política de Gobierno Digital adaptando la tercera y quinta dimensión del MIPG. La Dimensión 3: “Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos” y “Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas”. La Dimensión 5: “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

Fortalezas.

- Programa y proyecto actualizado.
- Estructuración y valoración del diagnóstico con los cuatro componentes de Gobierno en línea.
- Identificación y análisis de las dimensiones 3 y 5 del MIPG "nueva política gobierno en línea"

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Redefinición de las actividades del proyecto de "gobierno en línea" con la nueva política.

Debilidades.

- Normatividad nueva con pocos desarrollos y avances en el sector salud, como punto de referenciación y de prácticas exitosas.
- Desconocimiento y desarticulación por parte de los involucrados, buscar más capacitación y empoderamiento del tema en la cultura organizacional del Hospital.

1.2.2.7. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.

El Objetivo Estratégico 7 "Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud", tienen el Programa Estratégico "Investigación, docencia e innovación", el cual contiene tres (3) proyectos estratégicos. El primero es "Generar capacidades de innovación"; el segundo es "Consolidación del HGM como un hospital universitario" y el tercero es "Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos".

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

El Objetivo Estratégico 8 "Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros", con su Programa Estratégico "Adecuación y mejoramiento de infraestructura física", el cual se compone de tres proyectos; el primer proyecto es "Adecuación del Servicio de Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electrodiagnóstico", el segundo proyecto es "Adecuación del servicio Cuidado Básico Neonatal" y el tercer proyecto es "Plan Maestro de Sostenibilidad Ambiental".

Se requiere:

- a. Incluir 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" en el Plan de Acción 2018, y
- b. Excluir del plan de acción 2018 el Proyecto estratégico "Adecuación del servicio Básico Neonatal" porque la intervención del servicio representada en refacciones de techos, rediseño de redes de aire acondicionado y ampliación de áreas requiere de su traslado a otro espacio hospitalario. Por la naturaleza de este servicio, dicho espacio debe observar condiciones técnicas obligatorias como conexiones de aire medicinal, succión, oxígeno y red eléctrica regulada. En la actualidad no hay espacio disponible para el traslado. Con el desarrollo del proyecto "Adecuación y dotación de la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos del piso 7 Torre Sur" se cumpliría con los

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

requerimientos técnicos necesarios para el traslado provisional del servicio mientras procede la intervención.

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 segundo proyecto es “Adecuación del servicio Cuidado Básico Neonatal” y el tercer proyecto es “Plan Maestro de Sostenibilidad Ambiental”. Aquí después de una reunión con las subgerencias administrativa y asistencial, además del jefe del servicio se decide iniciar un proyecto de adecuación nuevo e integral para no hacer mejoras puntuales que no resuelvan en esencia el problema del servicio en la parte de hacinamiento y redistribución de espacios.
- En desarrollo del proyecto “Adecuación y dotación de la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos del piso 7 Torre Sur”, se entregó completo a la Dirección Seccional de Salud, para su aprobación y posterior envió al Ministerio de la Protección Social.

Debilidades.

- Se tiene que los procesos para conseguir la respectiva aprobación del MPS 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.

1.2.2.9. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.

No se tiene reporte.

1.2.3. Proyectos.

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

Entre los logros se tienen:

- Se validan los 5 procesos asistenciales de Apoyo Diagnóstico, Clínicas Quirúrgicas, Gineco-obstetricia, Hospitalización, Urgencias; se revisan los procedimientos, se

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

realizan ajustes con el objeto de que estén alineados con el nuevo modelo de atención.

- Se dio inicio al despliegue del modelo de atención ajustado a través del vídeo publicado en la plataforma del curso de reinducción para personal asistencial y administrativo; adicionalmente se expuso en el Comité Técnico Científico y en los servicios asistenciales de Apoyo Diagnóstico; Ambulatorios y algunos pisos de Hospitalización.
- Se hace ajuste a los procesos evaluados para implementar mejoras de acuerdo a la metodología LEAN.

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

Entre los logros se tienen:

- Se da inicio a la implementación del modelo operacional de RCIU, capacitando a los Gineco-obstetras en ecografía doppler y se despliega el proyecto al grupo asistencial de gineco-obstetricia.
- Se diseña una herramienta en excel que contempla las variables para dar inicio a la medición y adherencia al modelo de RCIU.
- Se entrega primer avance y es una presentación en la cual se da a conocer el portafolio de servicios y el costo del proyecto RCIU por medio del programa COMPARTO.

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

No hay reporte sobre el avance en el período.

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

Se solicita a la U de A cuatro practicantes del programa de Administración en Salud, quienes iniciaran las prácticas a partir del 9 de julio, aplicando la metodología Lean en los procesos asistenciales de banco de sangre, laboratorio clínico, consulta externa y farmacia.

Fortalezas.

- Dar continuidad al proyecto con las áreas asistenciales que faltan.

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

- Articulación de los proyectos

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Sin perder la individualidad de cada uno, se trabajarán acciones que tienen soporte en la planeación estratégica en la que no solo se tenga en cuenta cultura y competencias si no también aspectos vitales como:

- Percepción ética,
- Factores de riesgo psicosocial
- Encuesta de Satisfacción Cliente Interno
- Comité de convivencia
- Violencia en el Lugar de Trabajo

Además de procesos que jalonan la salud mental de los funcionarios del Hospital General de Medellín.

1.2.3.6. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.

Desarrollar programas de incentivos para medir y reconocer competencias colectivas e individuales del Modelo de una cultura basada en competencias - MCCV

Diseño y aprobación de la marca de cultura y competencias.

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

Entre las actividades realizadas se tiene:

- Ejecución plan de mejoramiento para la transición de la norma ISO 14001 versión 2004 a la versión 2015.
- Se implementa el sistema de seguridad y salud en el trabajo según el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 1111 de 2017; ejecutando las actividades de los programas de Control de Riesgo Osteomuscular; Control del Riesgo Biológico; Control de la Radiación Ionizantes; Control del Ausentismo Laboral por Causa Médica; Control de la accidentalidad; Control del Riesgo Psicosocial; Control Operacional.
- Ejecución y seguimiento plan de mejoramiento de la revisión inicial del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo según Resolución 1111 de 2017.

1.2.3.8. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Acorde a lo establecido en el plan de acción de este proyecto durante este cuatrimestre se termina la estructuración y consolidación del informe de acreditación para la visita complementaria. A continuación se relacionan los documentos elaborados:

- Solicitud visita complementaria ES-P-AS-01F042 (25 documentos soporte)
- ES-P-AS-01-F-043 Informe de autoevaluación parte 1 para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias. Seguimiento y complementaria (Perfil 1).
- ES-P-AS-01-F-044 autoevaluación parte 2 IPS hospitalaria. (Oportunidades de mejora)
- ES-P-AS-01-F-041 Solicitud información e indicadores institucionales

Se prepara y envía el informe al ICONTEC, en las fechas y términos establecidos, se entrega de manera personal, en la dirección de domicilio del ICONTEC en la ciudad de Bogotá, el viernes 27 de abril, se hace entrega de dos versiones en físico y dos en magnético. El radicado de envío es el N°: 2018002234.

Fortalezas.

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

Debilidades.

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

1.2.3.9. Proyecto 9. Gobierno en Línea.

Entre las actividades realizadas están:

- Se construye una herramienta para realizar el 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 realizó un estudio de mercado para la central de citas, identificando con otras entidades del sector los proveedores les prestaban este servicios se cuenta con propuestas técnicas y económicas al respecto.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Al 30 de abril se han realizado 439 solicitudes de asignación de citas con médico especialista, de las cuales se han asignado 345 para un promedio de asignación de citas del 78%. La oportunidad en la asignación de citas es de 0,71 días. Al 30 de abril se han solicitado 36 citas de imagenología a través de la página web, se han asignado 29 para un promedio de asignación de citas del 80%.
- El hospital mantiene canales electrónicos disponibles para la participación ciudadana, la rendición de cuentas y las consultas ciudadanas. El perfil de Facebook cuenta hoy 13.306 fans. De las publicaciones hechas por los usuarios el 66% son consultas ciudadanas, el 10% son comentarios positivos, el 2% negativos y el 22% neutros. se implementó la estrategia de publicar en Facebook las felicitaciones recibidas a través del SIAU con un porcentaje de respuesta del 100%.
- 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.

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

Entre las actividades realizadas están:

- Se realiza seguimiento y monitoreo a la gestión de riesgos
- Con corte al 31 marzo los responsables se realizaron seguimiento efectividad de los controles implementados para mitigar el riesgo, diligenciando las evidencias en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos propia.
- Se hace la verificación de efectividad de controles a los procesos institucionales: Gestión de Cartera, Gestión de la Glosa, Gestión de la Planeación, Planificación y Consolidación del SGIC, Gestión Disciplinaria, Gestión de la Relación Docencia Servicio, Gestión de la información Clínica y Administrativa, Evaluación del Sistema de Control Interno.

1.2.3.11. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.

Entre las actividades realizadas están:

- Se define la metodología a implementar de acuerdo con las NTC 5801 / 5802; se actualiza el Proceso Gestión de la Innovación, así como los 5 Procedimientos originales; se incorpora un nuevo Procedimiento denominado Medición, Análisis y Mejora; finalmente el Proceso se normaliza con 6 Procedimientos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se normaliza el Manual de Operaciones del Laboratorio de Cocreación en Salud, que contiene los mecanismos e instrumentos de funcionamiento del Laboratorio en el HGM.
- Se Identifican y se caracterizan las necesidades de Co-creación en los servicios asistenciales realizando rondas hospitalarias.
- Continúa la validación de los siguientes dispositivos:
 - a. Dispensador de guates y sensor de concentración de alcohol para incrementar la adherencia al proceso de higiene de manos en el piso octavo (8) sur de hospitalización.
 - b. Prueba de validación del dispositivo corriendo desde el 8 de marzo hasta el 31 de julio de 2018. Se instaló el dispositivo, se capacitaron 25 personas del personal asistencial en salud en el uso del dispositivo, se espera a finales de julio tener los datos consolidados de la prueba.
 - c. Segunda prueba de validación del contenedor rígido de esterilización: Esta prueba consistió en dejar el material quirúrgico en el contenedor durante cuatro (4) meses en la bodega de la central de esterilización a partir de enero de 2018. El análisis microbiológico arrojó que el material de esterilización estaba estéril.
 - d. Protector flujómetro: se hacen pruebas de funcionamiento del prototipo en hospitalización de prescolares. Se fabrica un producto comercial con la empresa Ingeplásticos con un valor de 22.450 sin incluir IVA. Se contacta un comercializador para establecer un acuerdo de cooperación empresarial (Ideas Biomédicas) para su distribución fuera del Hospital. El departamento de ingeniería y el comité de seguridad del paciente consultan cómo debe procederse para hacer una instalación en el HGM para los servicios que lo requieran.
 - e. Soporte de canister. Se fabrica un soporte de canister comercial con la empresa Ingeplásticos; este protector tiene un valor de \$16.600 sin IVA. El departamento de ingeniería biomédica pregunta cuál es el paso a seguir para instalarlo en los servicios que lo requieran.
- Nueve (9) proyectos de tecnología médica fueron priorizados por el comité técnico del laboratorio de Cocreación; estos proyectos tienen potencial realización en el 2019.

Fortalezas.

- Competencia del Talento Humano del Laboratorio de Cocreación.
- Relacionamiento estratégico entre el HGM y las Universidades CES y EIA.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Participación de Colaboradores del HGM para la validación 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.
- Esta dificultad, por ejemplo, ha obstaculizado que las Universidades puedan hacer los desembolsos para la operación del Laboratorio, tal y como se había acordado en el documento Convenio Marco.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se realiza la caracterización de servicios y especialidades objeto de formación de posgrados en: neurocirugía, ortopedia, traumatología, enfermedades infecciosas, medicina crítica, cuidados intensivos, neonatología, anestesiología, entre otras. De estas especialidades ya se encuentran activas algunas rotaciones que varían de acuerdo con el calendario académico de cada universidad.
- Se levantó la línea base de actividades docentes.
- Se realizó documento de plan de supervisión de actividades docentes en especialidades básicas médicas como pediatría, medicina interna, anestesiología, cirugía general y ginecobstetricia. Además aquellos temas que son de interés trazador en el control de infecciones seguridad del paciente y adherencia a guías e instructivos que se favorece con los RCM, tutorías y capacitación en higiene de manos. La estrategia de difusión se hace en la intranet.
- Se realizó un Comité de I+D+i, en el cual fueron analizados 12 proyectos de investigación nuevos, de los cuales fueron aprobados 10 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 formaliza un nuevo Convenio Docencia Servicio con la Universidad Simón Bolívar, de Barranquilla, Institución Educativa de carácter privado, con Acreditación de Alta Calidad por el MinEducación.
- Se continúa con el desarrollo del Proyecto Sistema de Información de la Relación Docencia Servicio; se presentó ante la Junta Directiva autorización para la contratación del desarrollo de este proyecto, y fue Aprobado; debe ser ejecutado antes del 31 de diciembre de 2018.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Fue Aprobada la Conciliación del Proyecto de Ley 261 de 2017 Senado, 272 Cámara, por el cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones, publicada en Gaceta del Congreso Número 362 del 5 de junio de 2018. Nuestra interpretación de esta norma, de acuerdo con el Parágrafo 1° del artículo 12, indica que debemos modificar las contraprestaciones convenidas con las Universidades de Cartagena y Simón Bolívar, que fueron pactadas con un valor como porcentaje de la matrícula de los Residentes. Este asunto, debe ser dilucidado con la Oficina Jurídica del HGM.

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.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se recibió la Recertificación en Buenas Prácticas Clínicas BPC por parte del INVIMA.
- Se ha dado inicio a la Auto-inspección de BPC.
- Se dio inicio a la construcción del plan de negocios del CEC.
- Han sido diligenciadas 14 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 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Es evidente el control de los costos, con énfasis en la reducción de las horas aprobadas por el Interventor.

Fortalezas.

- Recertificación en BPC del CEC por parte del INVIMA.
- Competencia del Talento Humano del Centro de Ensayos Clínicos.
- Apoyo de la Dirección Financiera para la negociación de presupuestos.

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.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Fue aprobado en el plan bienal 2018-2019
- Cuenta con el aval técnico de la DSSA
- Se presentó el 20 de junio a la DSSA para que sea enviado al MSPS.

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.

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

Se requiere:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

- a. Incluir 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” en el Plan de Acción 2018, y
- b. Excluir del plan de acción 2018 el Proyecto estratégico “Adecuación del servicio Cuidado Básico Neonatal” porque la intervención del servicio representada en refacciones de techos, rediseño de redes de aire acondicionado y ampliación de áreas requiere de su traslado a otro espacio hospitalario. Por la naturaleza de este servicio, dicho espacio debe observar condiciones técnicas obligatorias como conexiones de aire medicinal, succión, oxígeno y red eléctrica regulada. En la actualidad no hay espacio disponible para el traslado. Con el desarrollo del proyecto “Adecuación y dotación de la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos del piso 7 Torre Sur” se cumpliría con los requerimientos técnicos necesarios para el traslado provisional del servicio mientras procede la intervención.

Este proyecto ya:

- Fue aprobado en el plan bienal 2018-2019
- Cuenta con el aval técnico de la DSSA
- Se presentó el 20 de junio a la DSSA para que sea enviado al MSPS.

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.

1.2.3.16. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.

Se realizan inspecciones en separación, almacenamiento y capacitaciones sobre el adecuado manejo integral de residuos hospitalarios; el manejo seguro de sustancias químicas, el programa de control de emisiones atmosféricas y el programa de uso eficiente de recursos naturales. A la fecha se han capacitado 450 personas en los programas anteriormente mencionados.

Fortalezas.

- La gestión ambiental está definida desde la formulación del plan estratégico del Hospital

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se cuenta con presupuesto destinado a la Gestión ambiental.
- Recertificación en la norma 14001 versión 2014.

Debilidades.

- Adolece la institución de un departamento estructurado de Ambiental, lo que hace que la Ingeniera responsable directa de este tema tenga una contratación mediante el control de un tercero. Seguridad y salud en el trabajo apoya el que hacer pero esto dificulta los controles a la operación de propios y terceros.

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se han capacitado 430 personas en el uso de la tecnología
- En el periodo comprendido entre marzo y junio, se ha realizado Mantenimiento preventivo de equipos a 2.856 equipos de 3.000 programados.
- En el periodo comprendido entre Marzo y junio, se ha realizado Control metrológico a 808 equipos biomédicos de los 847 programados.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó reunión con varios proponentes como son: b-security, b-sec, IT Security, E&Y, Newsol, O4IT y Fluid Signal.
- Se recibe oferta de NewSol y O4IT donde proponen realizar la auditoria a los procesos de TI y el diagnostico con respecto a MIPG, luego se realiza acercamiento con estos 2 proveedores para aclarar dudas.
- Se realizó el comparativo entre las 2 ofertas presentadas, a partir de esto se seleccionó el proponente NewSolution Consulting, se elaboró solicitud de contrato el 7 de junio de 2018. En junio 12 se presentó en contratación y el 25 de junio fue devuelta por contratación debido a que se requería visto bueno de la Gerencia. Al día de hoy está pendiente de dicha aprobación.

1.2.3.19. 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:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se firma contrato 55C de 2018 a partir de abril 19 de 2018. Objeto: Servicio de licenciamiento de acceso y uso del software "Avedian" para la implementación de la metodología GRD.
- A mayo 21 se firma contrato de Asesoría en la implementación de GRD, se hizo contratación de funcionarios para proceso de recodificación de diagnósticos de la historia clínica electrónica, proceso del cual se presentó un primer informe de morbilidad ajustada por codificación externa al documento elaborado por el médico.
- Se retoma el informe del procesamiento de datos de RIPS 2010 a 2017 y se solicita al contratista abordar la información entregada de costos con lo cual se tiene establecido enmarcar la situación actual del Hospital en el contexto de los GRD, del primer informe se concluye la necesidad de tener un incremento sustancial de diagnósticos por pacientes, que reflejen la comorbilidad y complejidad de estos, toda vez que solo se tiene en promedio 1.8 diagnósticos por paciente."
- Como primer aspecto a mejorar se tiene la codificación diagnostico en la plataforma AVEDIAN en forma paralela al registro médico en las tablas diagnosticas de la historia clínica.
- El plan de mejoramiento en GRD está determinado desde el informe de análisis clínico de GRD generado a partir del procesamiento de los archivos RIPS de 2010 a 2017, en el cual se contempla la necesidad de generar desde la fuente del sistema un CMBD y no obtener GRD a partir de RIPS, se consideró igualmente la necesidad de implementar un proceso de codificación alterno al que realiza el médico, para lo cual se tomó como acción, la conformación de un equipo de codificación capacitado por Avedian y acompañado por el equipo de trabajo de la IPS Universitaria que implemento GRD con la misma entidad.
- Se presenta informe de GRD clínicos a partir de los RIPS de los periodos 2010 a 2017, en el cual se concluye la necesidad de iniciar un proceso de codificación alterna de diagnósticos, de generar un CMBD desde la fuente del dato y abordar el sistema de costos que permita obtener GRD desde el CMBD con un buen nivel de confianza para la toma de decisiones en aspectos de contratación y aspectos clínicos.
- Se presentaron en el periodo capacitaciones virtuales en temas de codificación diagnostica a partir de la plataforma AVEDIAN, se hizo homologación de equipos de trabajo en GRD en conjunto con las entidades participantes en el proyecto piloto de la ANDI, en total 5 sesiones de 4 horas cada una. La asistencia a estas es del equipo base operativo del proyecto.

Proyecto Implementación Portal de autoservicios, para empleados se tiene el siguiente avance:

- Se ha realizado la exploración de mercado buscando una solución ya montada o desarrollar una con el módulo de Succes factor de SAP. Se encuentra un producto desarrollado por la empresa HR Solutions, nos ofrece montar un piloto por dos meses como demostración del funcionamiento, no se realiza porque debe hacerse desarrollos. También se revisó con la empresa EPI USE las capacidades del módulo de Succes factor, presentaron oferta, incluye los servicios de consultoría y

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

suscripciones del módulo employee central, pero es demasiado costoso. Por tanto se realiza estudios previos para iniciar proceso con otros proveedores de consultoría y realizar desarrollos para ser publicados por web service.

- El 18 de junio se envía a contratación los estudios previos ya revisados, con el listado de proveedores a invitar. Se está en espera de aprobación por parte del gerente para la elaboración de ofertas

Para el proyecto Implementación Software Laboratorio clínico en SAP, se tiene el siguiente avance:

- Se ha realizado la exploración de mercado buscando una solución, se han revisado las soluciones de Labcore y Enterprise, se han realizado visitas de referenciación a Prolab, Hospital San Vicente Fundación, Hospital Pablo Tobón Uribe. Se está en proceso la elaboración de los estudios previos.
- Se seleccionó el proveedor Labcore, se solicitó documentación al proveedor y por indicaciones de la Sub-gerencia Administrativa y la Dirección de Apoyos Logísticos se solicitó información financiera para que sea evaluada por la Dirección Financiera.

Proyecto Implementación facturación electrónica, se tiene el siguiente avance:

- Se realizaron 2 reuniones con los actores del HGM del proceso de recepción de facturas de los proveedores, proceso de la emisión de facturas por servicios de salud misiones y no misionales.
- Adicionalmente enviaran como soporte la circular emitida por el área financiera respecto a la presentación de la facturación.
- A la fecha no se ha realizado porque se debe definir los estudios previos para poder ejecutar esta acción.
- Para el proyecto Desarrollar Sistema de Información del proceso de gestión de la relación Docencia Servicio se tiene el siguiente avance:
- Se tiene elaborado los estudios previos, el 27 de abril se envió a contratación para su revisión.
- El 7 de junio se presentó a Junta Directiva para aprobación, el 25 de junio se entregó a la gerencia para firma de la solicitud del contrato

Proyecto Migración de Sistema de Correo, se tiene el siguiente avance:

- Exploración de Mercado con google y con ARUS y la referenciación se realizó con la empresa ARUS.
- Lo anterior se debe llevar al comité de contratación del mes de mayo. Por lo tanto se reprograma la actividad para el tercer bimestre.
- En junio 7 se presentó en junta directiva y fue aprobado. Los estudios previos fueron revisados por contratación

Proyecto Usabilidad y Apropiación, se tiene el siguiente avance:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

- Se desarrolló un plan de intervención por cada analista, se completó la ejecución de la intervención del módulo de MED, se realizó un taller diario a todos el personal asistencial. Se enviaron a las subgerencias asistencial y administrativa, directores y líderes responsables.
- Durante el bimestre se realizaron tutorías al equipo asistencial y directivo. Dónde le levantan listados de asistencia y evaluaciones.

1.3. Dimensión 3. Gestión con Valores para Resultados.

1.3.1. Estructura organizacional.

A la fecha no se han realizado modificaciones a la estructura organizacional.

1.3.2. Modelo de Operación por procesos.

En el periodo evaluado se aprobó la modificación a la política de pago a proveedores. Se cuenta con 20 políticas institucionales. Con relación a la documentación del SGIC para la gestión por procesos en el periodo evaluado se realizó lo siguiente:

- 104 Documentos Normalizados
- Apoyo a 20 Procesos.
- Tiempo Promedio 3,4 días.
- 75% de los documentos vencidos actualizados
- Atención en Laboratorio Clínico y Patología
- Atención en Banco de Sangre y Servicio Transfusional
- Gestión Farmacéutica
- Gestión de Activos Fijos
- Gestión de la Adquisición de Bienes y Servicios
- Administración de Personal
- Gestión de la Educación Continua
- Gestión del Bienestar Laboral
- Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- Gestión de la Infraestructura de Tic
- Gestión Documental
- Gestión de la Facturación
- Gestión de Tesorería
- Gestión de la Investigación
- Gestión de la Innovación

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Guías de Práctica Clínica
- MI-AIS-GPC376 Guía de práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento.

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.

1.3.3. Sistema de Gestión / Gestión Ambiental.

Manejo integral de los residuos:

Se inspeccionan los diferentes servicios con lista de chequeo, verificando el manejo de los residuos. Esto se realiza con visitas programadas y en visitas de calidad semanal. Se establecen planes de mejora y se hace control a los mismos. Se realizan capacitaciones a personas en el tema de manejo de residuos sólidos en los servicios. La clasificación de residuos ha mejorado evidenciado en las inspecciones, disminuyendo la generación de residuos peligrosos e incrementando la generación de residuos reciclables. La ubicación de residuos punzantes ha mejorado evidenciando un buen uso de guardianes.

Manejo Seguro de las sustancias químicas:

En proceso adelantado a la migración en el sistema globalmente armonizado, capacitaciones, sensibilización y detección de una sustancia cancerígena (formaldehído), por lo cual se ha diseñado el programa de vigilancia epidemiológica para el control de este riesgo detectado.

Fortalezas.

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Debilidades.

- Adolece la institución de un departamento estructurado de Ambiental, lo que hace que la Ingeniera responsable directa de este tema tenga una contratación mediante el control de un tercero. Seguridad y salud en el trabajo apoya el que hacer pero esto dificulta los controles a la operación de propios y terceros.

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

Aclaración inicial: El Hospital está certificado en la norma 18001 tienen un favorable avance en la migración del sistema establecido en el Decreto unificado del sector trabajo 1072 del 2015. Por lo anterior y con la gestión realizada en el Hospital la evaluación de avances en la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo bajo los estándares mínimos establecidos en la Resolución 1111 del 2017, realizada en noviembre del 2017, califica al Hospital General de Medellín con un 94.5%, lo que nos categoriza como Aceptable.

Basados en la exigencia de esa resolución que está en el 2018 en la fase de implementación de mejoras se realizó el plan de trabajo.

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

Se tiene un esquema de trabajo de ciclo PHVA, el control integral de los riesgos con su identificación, valoración y control expresado en una matriz de riesgo. Control de la accidentalidad, investigaciones oportunas. Manejo de riesgos en la fuente con más de 100 inspecciones entre programadas y no programadas, capacitación a más de 150 funcionarios en estándares seguros para el manejo de riesgo biológico y biomecánico que son los más identificados, manejo de un programa integral de reincorporación con 150 personas intervenidas que tienen condiciones de salud desfavorable y a los que se les garantiza sus condiciones seguras de trabajo. Finalmente participación en el control, del ausentismo con el seguimiento a las incapacidades mayores de 90 días y los recurrentes.

Fortalezas.

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

Debilidades.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- El Hospital como otros entes públicos se enfrentó a un riesgo genérico de incertidumbre, frente a la estabilidad laboral debido a la ejecución de los concurso de méritos para proveer cargos por carrera administrativa. Esto sin duda ocasionó aumento de las restricciones y de la accidentalidad como se ha analizado en los diferentes eventos ocurridos.

1.3.5. Sistema de Gestión / Responsabilidad Social.

Se encuentra en proceso de construcción el Informe de Responsabilidad Social empresarial con un avance del 65%, en la plataforma del GRI por la Participación del Hospital General de Medellín en el Programa de Sostenibilidad Corporativa y Reporte para la Competitividad de las Empresas (CSRCB por sus siglas en inglés) el cual busca una mejor integración de las PyMEs a una Cadena Global de Valor a través de informes de sostenibilidad con contenidos específicos sectoriales, resultando en más puestos de trabajo y más oportunidades de ingresos en los países objetivo, Colombia, Ghana, Indonesia, Perú, Sudáfrica y Vietnam.

La herramienta Diagnóstico II y documentos relacionados para la Certificación en Responsabilidad Social se encuentran diligenciados, se entregarán a la Corporación Fenalco Solidario, el 9 de julio, para ser evaluados por la entidad y continuar con la certificación.

Se construyó matriz de indicadores de los ODS (Objetivos de Desarrollo del Milenio), con el fin de llevar la trazabilidad de las acciones implementadas por la institucional en relación a esta directriz mundial.

Se realizó modificación al programa y a la política de Responsabilidad Social Empresarial, se llevara al comité de Gestión y Desempeño institucional para su respectiva aprobación.

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.

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

Se realizó el reporte de las siguientes novedades ante la Secretaría de Salud y la Protección Social de Antioquia:

- Cambio del representante legal en el mes de febrero y en el mes de julio.
- Se inició proceso de inscripción a Unidades Funcionales ante el Ministerio de Salud.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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 revisan y analizan las diferentes fuentes para iniciar con los grupos a correr el modelo de mejoramiento institucional, algunas de las fuentes analizadas son: resultados auditorías internas, auditorías externas, ejercicio de autoevaluación de los estándares del Sistema único de Acreditación, gestión de indicadores, resultados del SIAU (sistema de información y atención al usuario), resultados de encuestas de percepción del cliente interno, gestión de riesgos, ejercicios de referenciación comparativa etc.

Se realiza el ejercicio de agrupación por afinidad, priorización, análisis causal para las que aplica y se inicia con la definición de acciones de mejora y su registro en el plan de mejoramiento institucional. Esta actividad se realiza con el acompañamiento metodológico de la oficina de calidad y planeación.

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

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

No hay reporte de información.

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"

II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

2.1. Lineamientos de Política.

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

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

Se encuentra en revisión la actual Política de Gestión de Riesgos, para relizar los ajustes necesarios e incorporar el tema de riesgo positivo, es decir las oportunidades que hace parte de los lineamientos que trae la norma 14001 de Gestión ambiental.

2.2. Identificación del riesgo.

Se dispone de un inventario institucional del riesgos, categorizados en riesgos estratégicos, financieros, operativos, riesgos de azar o asegurables. Estas categorías nos permiten agrupar 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.

2.3. Análisis del riesgo.

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

2.4. Evaluación del riesgo

Cada responsable de proceso realiza seguimiento a los controles implementados para mitigar el riesgo dejando constancia con evidencias, en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos.

2.5. Monitoreo y revisión.

De acuerdo a las oportunidades de mejora que se desprenden de la autoevaluación de Índice de madurez de la Gestión del Riesgo de AON, se determina un plan de mejoramiento dentro del marco de referencia en la Gestión del riesgo institucional, dado que dicho mejoramiento es gradual se está trabajando en la priorización de dichas oportunidades de mejora.

2.6. Mapa de riesgo.

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

III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

3.1. Indicadores de Gestión.

No hay reporte de información.

IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

4.1. Dimensión 5. Información y Comunicación.

4.1.1. Sistemas de Información.

Entre noviembre y diciembre salen a producción 15 casos de la plataforma SAP, el valor invertido en consultoría para los meses de marzo a junio es de \$ 338.291.118. En los meses de enero y febrero de 2018, salieron a producción 16 casos de los diferentes módulos de SAP, .Se continua con el monitoreo de los consumos de internet, telefonía e impresión y se toman los correctivos necesarios a través de los líderes de las áreas. Se está trabajando en el proyecto de convergencia Colgaap Niif.

4.1.2. Desarrollo Tecnológico.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Servidores:

Estabilización del servicio de llamado de enfermería, ejecución del plan de mejoramiento de Backup para automatización del proceso e inclusión de servicios en su totalidad. Definición del proceso de actualización de parchado. Política de reinicio de equipos. Aumento de capacidad de servidores.

Redes:

Limpieza de políticas en equipo Firewall, organización centros de cableado, mantenimiento preventivo a equipos de red.

Telefonía:

Actualización de swiche de border para la entrada y salida de llamadas.

Antivirus:

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

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

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

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 de software en los equipos, Instalación de software sólo puede realizarse a través de una solicitud directa al grupo de sistemas.

Adicionalmente, se solicita la verificación de los acuerdos de licencia del Software por parte del analista de inventario para aprobar o denegar la instalación de un nuevo software solicitado. De igual forma, al momento de dar de baja al equipo, también se da de baja al

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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 6.043 usuarios y 194.108 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de google analytics. Durante el periodo se realizaron tres novedades institucionales con las noticias de la institución.

▫ **Campañas:**

Se lanzó la campaña Baños Felices para concientizar a los servidores en el correcto uso de los baños y sistemas de alcantarillado de la institución; igualmente, la de los nuevos pictogramas que identifican el manejo y uso correcto de las sustancias químicas en los servicios del Hospital y la campaña Baja el volumen y súbele al bienestar, para fomentar en funcionarios y usuarios la disminución del ruido y fomentar la cultura del silencio en la institución. Respecto a Misión Médica, se está a la espera de la visita del proveedor para determinar el tamaño y la ubicación de los emblemas que nos distinguirán como Misión Médica. Se entregaron en la Unidad Neonatal los rompetráficos sobre los cuidados en este servicio.

▫ **Eventos institucionales:**

Rendición de cuentas (El 21 de marzo se realizó en el Hospital la rendición de cuentas 2017 para público interno y grupos de interés; igualmente, se presentó la rendición a periodistas y medios de comunicación el 10 de abril). Se apoyó al área de Proyección Humana con la celebración del Día del Servidor Público y se hizo convocatoria para que los servidores públicos disfrutaran de los partidos de la Selección Colombia en el Auditorio de la Salud, previa autorización de la Gerencia.

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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.

4.1.5. Comunicación externa.

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

Durante el periodo se realizaron 3 jornadas, se atendieron 403 personas atendidas, de las cuales al 22% se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99%.

▫ **Canales de comunicación: Carteleras digitales**

Se mantienen las tres carteleras digitales para usuarios en sala de espera del segundo piso y en ginecobstetricia con contenidos segmentados para ellos son un 70% informativas y un 30% educativas. Página web actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización de 83% al 30 de junio. Con un total de 99.328 usuarios y 204.653 visitas a las diferentes secciones de la página durante el periodo de acuerdo con las estadísticas de google analytics. Perfil en Facebook al 4 de julio se tenían 13.938 fans y en el perfil de twitter 101 seguidores.

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

A 192 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños durante este periodo. Igualmente se solicitaron al 30 de abril 389 citas web de medicina especializada (la información a julio 3 aún no ha sido entregada por la funcionaria encargada) 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 lúdicas recreativas para los niños hospitalizados.

▫ **Relacionamiento medios de comunicación:**

Durante el periodo se enviaron nueve boletines de prensa y tres comunicados a 56 periodistas para su difusión en los medios de comunicación. Los temas fueron: Rendición de Cuentas 2017, recertificación en Buenas Prácticas Clínicas, llamado a madres para que se conviertan en donantes del Banco de Leche Humana, Gerente (e) entrega resultados más importantes de la gestión 2017, tarde recreativa Corporación Damas Voluntarias, simulacro de emergencia interna de evacuación, celebración Día Mundial de la Donación de Leche Humana, HGM nominado por el DNP en el buen uso de los recursos del sistema de regalías y aclaración del Hospital respecto al conato de incendio presentado ne la institución el 20 de junio.

▫ **Señalización:**

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Se adelantó el proceso de contratación con la empresa Zerial para ser presentado a la Junta Directiva en el mes de julio

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

El HGM ha implementado una herramienta de apoyo para mejorar la prestación de sus servicios, el proceso Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU; este se materializa en la oficina de atención al usuario, la cual tiene desde su hacer un enfoque de atención alineado con el modelo de atención Institucional, centrado en el usuario y su familia, buscando responder a las necesidades y problemas que obstaculizan su acceso a la salud. Es por esto que dispone de distintos canales que facilitan la escucha activa de las manifestaciones de los usuarios: telefónicos, virtuales, presencial, físico y buzones

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.

4.1.7. Rendición de cuentas.

El 21 de marzo se realizó en el Hospital la rendición de cuentas 2017 para público interno y grupos de interés; igualmente, se presentó la rendición a periodistas y medios de comunicación el 10 de abril. Luego de presentado el informe se realizó un boletín de prensa sobre el tema que se envió a la base de datos de periodistas de la oficina, además, de las publicaciones realizadas en intranet, página web, redes sociales, carteleras y pantallas informativas.

Fortalezas

- Publicación permanente por los medios Institucionales de la gestión realizada

Debilidades

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- A pesar de realizar una convocatoria abierta para audiencia pública de rendición de cuentas, se presenta poca afluencia de asistentes.

4.1.8. Gestión documental.

▫ Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición.

Número de derechos de petición sin respuesta oportuna: 76 que corresponde al 4.2% de los 1793 derechos de petición recibidos.

Número de derechos de petición con respuesta oportuna: 1717 que corresponde al 95.8% de los 1793 derechos de petición recibidos.

▫ Estado de las Tablas de Retención.

Inscripción en el Registro Único de Series Documentales RUSD: Se realizó el envío del formato de migración establecido por el Archivo General de la Nación y los documentos anexos que lo soportan.

Aplicación de las Tablas de Retención Documental: Se aplicó cronograma de transferencias primarias y se midió el indicador de cumplimiento mensual, el cual se sigue cumpliendo parcialmente.

▫ Tablas de Valoración Documental.

Fueron convalidadas, se procede a su aplicación, publicación e inscripción en el RUSD.

Aplicación: Se presentó la primera autorización de eliminación, en el comité interno de archivo realizado el 27 de junio de 2018 y se procede a su publicación antes de la eliminación.

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.
- Cumplimiento de este requisito del Archivo General de la Nación.
- Con su aplicación se cumple con la normatividad archivística, en el archivo de gestión se optimizan los espacios y se disminuye el pago por custodia.
- El HGM cumple con este requerimiento normativo.
- Con su aplicación se cumple con la normatividad archivística, se disminuye el costo de la custodia y surge el Archivo Histórico.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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 entrega dentro de los términos del tiempo y deben hacerse pagos onerosos por dichos incumplimientos, de parte del HGM.
- Llenar el formato del RUSD implica cambiar toda la tabla de retención a letras mayúsculas lo que hace más lento este trámite. Luego la inscripción la debe realizar el Gerente del Hospital, lo que implica que se deba enviar por el correo de contacto los documentos para que realicen la inscripción desde el AGN.
- No acatamiento por parte de las áreas, al cronograma de transferencias establecido para cada anualidad. Falta más apoyo de los directivos de cada área.
- Llenar el formato del RUSD implica cambiar toda la tabla de valoración a letras mayúsculas lo que hace más lento este trámite. Luego la inscripción la debe realizar el Gerente del Hospital, lo que implica que se deba enviar por el correo de contacto los documentos para que realicen la inscripción desde el AGN.
- Falta de personal idóneo en la planta de cargos para que realice anualmente la aplicación de las tablas de valoración a la historia clínica, lo que implica la contratación.

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 28 de febrero se tenía el 94% de la información actualizada.

4.1.11. Participación ciudadana.

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

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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- 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.

V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.

5.1. Dimensión 4. Evaluación de Resultados.

5.1.1. Evaluación del Clima Laboral.

Se programará la encuesta de satisfacción del cliente interno para el mes de Octubre de la cual extraerán las preguntas que hacen parte de la evaluación del Clima laboral.

Fortalezas.

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

5.1.2. Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento.

Se evaluaron 261 funcionario de carrera, cuatro (4) funcionarias no fueron evaluadas por encontrasen Incapacitadas

Se analizan las competencias evaluadas por nivel donde se identifican que las competencias mejor evaluadas son: Experticia Técnica: Trabajo en Equipo y Colaboración (Con personal a cargo). Calificación Cualitativa: Muy alto con del 96 puntos dentro del nivel sobresaliente.

Fortalezas.

- Contar con la Plataforma EVADES más amigable.

Debilidades

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

5.1.3. Seguimiento al Plan de Austeridad.

Se ha solicitado a la Dirección Financiera el respectivo plan de austeridad y su seguimiento.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

5.1.4. Enfoque de autoevaluación.

Durante este periodo se realizó la autoevaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de las siguientes dimensiones:

▫ **Dimensión Talento Humano.**

1. Política de Gestión Estratégica del Talento Humano.

Etapas 1 Disponer Información El Hospital General de Medellín tiene dispuesta esta etapa con información actualizada en el macroproceso de Gestión Humana archivo de gestión.

Etapas 2 Diagnosticar el GETH Se realiza diagnóstico con la Matriz herramientas fundamentales de la política: la Matriz de GETH, incorporada en el instrumento de autodiagnóstico de MIPG se evaluaron 86 criterios.

Calificación de la Matriz del GETH: Falta por ejecutar, para calificar la entidad en:
Básico Operativo: se cumplen los requisitos básicos de la política

De Transformación: la entidad adelanta una buena gestión estratégica del talento humano, aunque tiene aún margen de evolución a través de la incorporación de buenas prácticas y el mejoramiento continuo

De Consolidación: significa que la entidad tiene un nivel óptimo en cuanto a la implementación de la política de GETH, y adicionalmente, cuenta con buenas prácticas que podrían ser replicadas por otras entidades públicas.

Etapas 3. Elaborar el plan de acción. Por ejecutar.

Etapas 4. Ejecutar el plan de acción. Por ejecutar.

Etapas 5. Evaluación del GETH. Por ejecutar.

2. Política de Integridad, se hace necesario definir:

- Desarrollar la política de Integridad
- Plan de mejora en la implementación del Código de Integridad.
- Paso 1. Generar espacios de retroalimentación que permitan recolectar ideas que ayuden a mejorar la implementación del Código de Integridad.
- Paso 2. Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento de los contenidos del Código de Integridad.
- Ejecutar el Plan de gestión del Código de Integridad.
- Evaluación de Resultados de la implementación del Código de Integridad.
- Conflicto de intereses.
- Guía de Administración Pública Conflictos de interés de servidores públicos.
- Rutas de valores.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

▫ **Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación.**

Política de Planeación Institucional. Se evaluaron 57 criterios. (Hallazgos en temas como: gestión del presupuesto desde la ejecución de los proyectos, riesgos estratégicos)

▫ **Dimensión Gestión con Valores para Resultados.**

Se realizó diagnóstico y línea base para la estrategia Gobierno Digital: En los componentes: TIC para Gobierno Abierto, TIC para servicios, TIC para la Gestión y Seguridad y privacidad de la información.

Se evaluaron también las políticas:

▫ **De la ventanilla hacia adentro.**

Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.
Política de Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público.

▫ **Relación Estado- Ciudadano.**

Política de Servicio al ciudadano
Política de Racionalización de trámites
Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública

5.1.5. Revisión por la Dirección.

La revisión por la dirección se constituye en uno de los requisitos verificables en los diferentes elementos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad del HGM y es el instrumento por medio del cual la alta dirección concluye sobre la Adecuación, Eficacia y Conveniencia del sistema y su impacto en las partes interesadas.

En la institución este mecanismo se encuentra descrito desde el manual de calidad y se sustenta con el seguimiento que se realiza de manera bimestral en el comité ampliado de gerencia, sin embargo acogiendo la recomendación de las evaluaciones externas, se decide estructurar un formato que permita compilar todas las entradas de los elementos del sistema.

De igual manera se define que la instancia para hacer este ejercicio es el comité de evaluación y desempeño.

Fortalezas.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Compromiso de la alta dirección con la implementación, mantenimiento y mejoramiento de altos estándares de calidad en los diferentes procesos organizacionales.
- Objetivo estratégico que orienta a la institución a alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.
- Seguimiento sistemático a los elementos del sistema de gestión integral de calidad.

Debilidades.

- Estructurar un informe en el cual se consoliden los resultados e impactos en las partes interesadas de la implementación de los estándares y/o requisitos de los elementos del sistema integrado de gestión de la calidad y le permita a la alta dirección emitir un concepto sobre la adecuación, eficacia y conveniencia del sistema

5.1.6. Control Interno Contable – Seguimiento.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se vienen registrando avances en: Fortalecer el tema de las políticas contables en cuanto a su socialización, publicación, codificación, normalización, seguimiento y verificación de cumplimiento.
- Documentar procedimiento para realizar conciliaciones.
- Depurar permanente los saldos de vigencias anteriores conciliando con las diferentes empresas contratantes de servicios de salud.
- Garantizar la contabilización de los hechos económicos en el mismo periodo contable. Fortalecer la socialización de las estrategias para la depuración de cuentas y sostenibilidad de la información contable.

5.1.7. Plan de Auditorías Independientes.

- Desde el mes de enero de 2018, se han ejecutado las siguientes auditorías:
 - Modelo de mejoramiento institucional.
 - Información exógena -medios magnéticos.
 - Ensayos clínicos.
 - Ley de cuotas.
 - Convocatoria 426.
 - Gestión de la innovación.
 - Contratos de prestación de servicios.
- El plan anual de auditoría 2018 se ha ejecutado en un 90%
- Se encuentra en ajuste el plan anual de auditoría 2018
- Se encuentra en elaboración el informe de evaluación del sistema de quejas y reclamos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Se presentó el informe de seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

Fortalezas

- Mejoramiento en la estructura de los informes de auditorías.

Debilidades

- Se requiere mayor compromiso del auditado en la elaboración de los respectivos planes de mejoramiento y su respectivo seguimiento.

5.1.8. Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna.

Actualmente se vienen revisando los procesos de la Oficina de Auditoría Interna, los indicadores de Gestión del proceso de Auditoría Interna y la metodología para la medición de la percepción ética.

Fortalezas

- Acuerdo N° 171 del 30 de noviembre de 2017, que adoptó la estructura de la Oficina de Auditoría Interna.

Debilidades

- Aún está pendiente la vinculación de los recursos aprobados por la Junta Directiva, técnico en auditoría y profesional auditor financiero, lo que tendrá impacto en la ejecución del plan anual de auditoría.

5.1.9. Auditorías de certificación externas.

En este período no se presentaron auditorías externas.

5.1.10. Auditoría NTC 14.001.

En vista que no se cumplían varios criterios de la versión 2015 de la norma, la auditoría externa del ICONTEC se realizó con la versión 2004, logrando la recertificación con esta versión. El ICONTEC tiene como plazo para implementar la norma con versión 2015 hasta septiembre de 2018. Las no conformidades y oportunidades de mejora encontrados fueron priorizados y evaluados mediante la metodología del Hospital, estableciendo el plan de trabajo que fue aprobado por los auditores y llevados al plan de Mejoramiento institucional. Se realizó la gestión para que una entidad experta acompañe en la metodología de asesoría al Hospital en la migración a la norma con la versión 2015, logrando ya la asesoría y la migración de la documentación. Posteriormente se realizaron dos auditorías internas. Se

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

tiene entonces un plan de trabajo para corregir lo encontrado en estas auditorías. Ya se tiene solicitud y cotización para la auditoria externa.

Fortalezas

- Apoyo de la alta dirección y de la oficina de calidad y planeación al proceso de mantenimiento integral del sistema.

Debilidades

- Adolece la institución de un departamento Ambiental estructurado, lo que hace que la Ingeniera responsable directa de este tema tenga una contratación mediante el control de un tercero. Seguridad y salud en el trabajo apoya el que hacer pero esto dificulta los controles a la operación de propios y terceros.

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

A finales del año anterior se realizó la auditoria externa con el Icontec, logrando la recertificación. Las no conformidades y oportunidades de mejora encontrados fueron priorizados y evaluadas mediante la metodología del Hospital, estableciendo el plan de trabajo que fue aprobado por los auditores y llevados al plan de Mejoramiento institucional. En este momento se está realizando el cronograma propuesto en las fase II de la resolución 1111 del 2017. Fortalecer indicadores, metodologías de investigación, inspecciones y la matriz de riesgos. Se programara la auditoría interna y posteriormente la externa para recertificación.

Fortalezas

- Apoyo de la alta dirección y Calidad y planeación al proceso de mantenimiento integral del sistema.

Debilidades

- El Hospital como otros entes públicos se enfrentó a un riesgo genérico de incertidumbre, frente a la estabilidad laboral debido a la ejecución de los concurso de méritos para proveer cargos por carrera administrativa. Esto sin duda ocasiono aumento de las restricciones y de la accidentalidad como se ha analizado en los diferentes eventos ocurrido

5.1.12. Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Fue planeada para el mes de septiembre de 2018, se tiene recibida la propuesta económica.

5.1.13. Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.

Fue planeada para el mes de noviembre del presente año. Aún no se tiene la propuesta económica.

5.1.14. Plan de Mejoramiento Archivístico

Se realizaron las siguientes actividades.

- Tablas de Retención y Valoración Documental.

Está en trámite el proyecto para contratación de la empresa que realice la aplicación de Tablas de retención y de valoración documental a las historias clínicas.

- Proyecto de digitalización de historias laborales y de salud ocupacional del personal activo, resoluciones y acuerdos.

Se autorizó la compra de equipos para aumento en el almacenamiento digital. El próximo año se continuará con el proceso de digitalización de la información.

- Plan de mejoramiento de gestión documental “Cero Papel”.

Continuando con el plan, se hizo referenciación con el Metro de Medellín porque tienen nuestro mismo software de administración documental, se trató exactamente el trámite documental de contratación y se proponen los cambios a los procesos de dicha oficina y de Gestión Documental. Se hará la sensibilización de la propuesta a los directivos.

Fortalezas

- Con su aplicación se cumple con la normatividad archivística, en el archivo de gestión se optimizan los espacios y se disminuye el pago por custodia.
- Con la adquisición de los equipos para aumento en el almacenamiento digital, se mejoran los medios para dar seguridad a la información y de esta manera brindar protección del documento en soporte papel.
- Inmediatez para el acceso a la información, seguridad de la información, protección del documento en soporte papel, centralización de los archivos que brinda manejo técnico de la información y más tiempo para cumplir con los objetivos de sus procesos.

Debilidades

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- Falta de personal idóneo en la planta de cargos para que realice anualmente la aplicación de las tablas de retención a la historia clínica, lo que implica la contratación.
- El HGM no cuenta con un centro de digitalización para agilizar la consulta de las demás series documentales, para contribuir con la conservación documental y la inmediatez de la recuperación de la información.
- Resistencia al cambio desde todos los ámbitos del manejo documental.

5.1.15. Plan de Mejoramiento Institucional.

Como estrategia de capacitación transversal para todo el personal, se incluyó el tema del modelo de mejoramiento institucional en la inducción virtual.

Se incluyó además en el formato de entrenamiento en el puesto de trabajo y se aplica una lista de chequeo para evaluar la apropiación de aprendizajes. Se realizó entrenamiento en el modelo a todo el personal que ingresó al hospital y que lidera o hace parte de algún grupo de mejoramiento de primer o segundo nivel.

De igual manera se realizó entrenamiento en el modelo a las tutoras de calidad, a las cuales se les asignaron diferentes servicios del hospital para acompañar en la identificación y gestión de las oportunidades de mejora derivadas de las fuentes.

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 y algunos de primer nivel. A nivel transversal se trabajaron en los grupos las siguientes actividades: se realizó seguimiento a las oportunidades de mejora del plan institucional, se trabajó en la consolidación del informe de la visita complementaria de Acreditación y se realizó el ejercicio de revisión de fuentes de mejora, agrupación por afinidad, priorización, análisis causal y definición de acciones de mejora conforme a lo establecido en el modelo de mejoramiento institucional.

Para el bimestre marzo - abril se tiene un total de 113 acciones de mejora formuladas de las cuales 33 tienen fecha de ejecución con corte a abril de 2018, de las 33 acciones, que debían cerrarse en este bimestre se cerraron 26, 7 continúan en proceso, ninguna sin avance. Lo que quiere decir que el resultado de la eficacia para el mejoramiento de este bimestre es del 79%. Las 7 que no se cerraron corresponden al grupo SYSOMA, específicamente en lo relacionado a gestión ambiental, se debe considerar que se está haciendo el cambio a la versión 2015 de la norma ISO 14001, por lo tanto se identificaron un número importante de ajustes que deberían realizarse en muy poco tiempo. Se continúa acompañando a este grupo para que alcance a cerrar las acciones pendientes.

Fortalezas

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

- 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.

5.1.16. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna.

En proceso de elaboración el plan de mejoramiento de Gestión de la innovación.

5.1.17. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.

Se elaboró y publicó en Gestión Transparente el Plan de mejoramiento auditoría regular en el componente financiero vigencia 2017.

5.1.18. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.

Se encuentra elaborado el respectivo plan de mejoramiento del informe de la Revisoría Fiscal. No hay evidencia de avance de actividades por parte de los responsables.

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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias:

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

▫ Título 21. Sistema de Control Interno.

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

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

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

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

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 de los módulos y el eje transversal que sirvieron de base para la elaboración

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

del presente Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín, del período del 4 de marzo al 3 de julio de 2018, se puede conceptuar que:

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

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 marzo 4 a julio 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.
María Janeth Agudelo Arango
Carlos Uriel López Ríos.

Profesional de Auditoría Interna.
Profesional de Auditoría Interna.
Jefe de Auditoría Interna.

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