

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Oficina de Auditoría Interna



## INFORME SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Periodo: enero 1 a diciembre 31 de 2022

28 de febrero de 2023  
Informe tipo Cumplimiento



Alcaldía de Medellín

# INFORME SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

**Periodo: enero 1 a diciembre 31 de 2022**

## **Equipo Oficina de Auditoría Interna**


**William Alberto Higueta Lopera**  
Jefe de la Oficina

**José Heriberto Vargas Lema**  
**María Janeth Agudelo Arango**  
**Karina Marina Ruíz De la Hoz**  
Auditores

**Julio E. Suescún Montoya**  
Técnico Auditor

**Hospital General de Medellín,**  
PBX: 3847300  
Carrera 48 #32 – 102, Medellín – Colombia  
[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)


Correo Oficina: [oficinadeauditoria@hgm.gov.co](mailto:oficinadeauditoria@hgm.gov.co)

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

## Tabla de Contenido

<b>I.</b>	<b>GENERALIDADES.....</b>	<b>5</b>
1.1	Objetivo.....	5
1.2	Alcance .....	5
1.3	Marco Normativo .....	5
1.4	Periodo del Informe. ....	5
1.5	Componentes a evaluar.....	5
1.5.1.	Acción Inmediata .....	5
1.5.2.	Oportunidad de Mejora. ....	5
<b>II.</b>	<b>PARÁMETROS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>6</b>
2.1.	Resultados y Análisis.....	6
2.2.	Plan de Mejoramiento Institucional.....	6
2.3.	Planes de Mejoramiento por procesos .....	6
2.4.	Plan de Mejoramiento por Acción Inmediata.....	8
2.5.	Plan de Mejoramiento por Oportunidad de Mejora .....	9
2.6.	Planes de Mejoramiento Institucional por Auditorías .....	9
2.6.1.	Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC.....	10
2.6.2.	Plan de Mejoramiento Auditorías Externas .....	10
2.6.3.	Plan de Mejoramiento Auditoría Interna .....	10
2.6.4.	Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités.....	10
2.6.5.	Plan de Mejoramiento Eventos Adversos.....	11
2.6.6.	Plan de Mejoramiento "Grupos de Mejoramiento" .....	11
<b>III.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>12</b>
<b>IV.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>12</b>



	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	<p>CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06</p> <p>VERSIÓN: 01</p> <p>Fecha: 29/06/2022</p>
--	---	---	--

## Presentación

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de “Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI”, presenta el Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, correspondiente a la vigencia 2022.

El Informe se establece mediante el seguimiento al plan de mejoramiento institucional realizado por la oficina de calidad y planeación, que recopila las diferentes acciones inmediatas y oportunidades de mejora, producto de las diferentes auditorías realizadas por Auditoría Interna Calidad, Auditorías Externas, Auditorías Internas, los diferentes Comités y Grupos de Mejoramiento, así como el grupo de análisis de los Eventos adversos.

El presente Informe se enmarca en la Línea III. Una Auditoría de Impacto y Efectiva. Plan Estratégico 2021 – 2027 “Construimos Confianza” de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima de fondo contribuir al cumplimiento de los objetivos del Hospital General de Medellín con la observancia plena de los requerimientos de orden legal y de buenas prácticas de transparencia en el marco del buen gobierno público, gestión de riesgos y control efectivo.


Continuaremos liderando un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

**Oficina de Auditoría Interna.**  
Construimos Confianza  
**Hospital General de Medellín.**  
Atención Excelente y Calidad de Vida.



**Oficina de Auditoría Interna**  
“Construimos Confianza”



	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

## I. GENERALIDADES

### 1.1 Objetivo

Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional, generado por las diferentes fuentes de entradas al modelo de mejoramiento institucional realizadas en el 2022 al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

### 1.2 Alcance

Este seguimiento se aplica al Plan de Mejoramiento Institucional acumulado con corte a 31 de diciembre de 2022, y esta dirigido hacia el Programa de Auditorías:

- Auditoría Interna Calidad
- Auditorías Externas
- Auditorías Internas
- Comités
- Eventos adversos
- Grupos de Mejoramiento

### 1.3 Marco Normativo

- Ley 87 de 1993: organiza el ejercicio del Control Interno de los organismos del Estado.
- Decreto 1499 de 2017: actualiza Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG.
- Decreto 403 de 2020: prevé medidas de fortalecimiento del control fiscal y articulación entre la Contraloría General de la República y las Oficinas de Control Interno.

### 1.4 Periodo del Informe.

El presente Informe comprende el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.

### 1.5 Componentes a evaluar.


El Informe hace seguimiento a los compromisos encontrados en las diferentes auditorías y adquiridos por los responsables de áreas registrados en Eurodoc, esto permite obtener un gran número de actividades distribuidas como Acción Inmediata y Oportunidad de Mejora.

#### 1.5.1. Acción Inmediata

Las acciones inmediatas son las acciones correctivas que deben tomarse en cualquier proceso, para motivar los cambios necesarios sobre la marcha y en el menor tiempo. Esta etapa consiste en la formulación del conjunto de actividades que permita la formulación de la acción, plantear sus metas, responsables y fechas de cierre

#### 1.5.2. Oportunidad de Mejora.

Las observaciones de las auditorías tanto interna como externas realizadas en la entidad, pueden permitir la identificación de oportunidades para la mejora y la adhesión de buenas prácticas.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

## II. PARÁMETROS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

### 2.1. Resultados y Análisis

Es necesario precisar que, para el corte de este seguimiento, tanto la Acción Inmediata y como la Oportunidad de Mejora registraron un cumplimiento del 80%, así:

Análisis Plan de Mejoramiento Total de Acciones					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	555	52	80	687	81%
Oportunidad de Mejora	168	22	31	221	76%
<b>Total general</b>	<b>723</b>	<b>74</b>	<b>111</b>	<b>908</b>	<b>80%</b>

Tabla 1. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

### 2.2. Plan de Mejoramiento Institucional

El Plan de Mejoramiento Institucional es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática para mejorar los procesos y la calidad del Hospital General de Medellín – HGM.

Los Planes de Mejoramientos resultado de diferentes fuentes de información deben ser liderados por la alta dirección, la gerencia, equipo directivo, cada uno, con su rol y responsabilidad articulados como equipo para el análisis de las situaciones, los resultados de las evaluaciones internas y externas, definiendo la meta y cómo hacerlo.


*“El plan de mejoramiento de la institución se compone de un plan único que integra las diferentes fuentes y se encuentra ubicado en la carpeta compartida planes de mejoramiento del servidor de la institución, a excepción del plan de mejoramiento específico para contraloría el cual lo consolida la oficina de auditoria interna.*

*La consolidación de los planes de mejoramiento será responsabilidad de la Oficina de Calidad y Planeación”. Modelo de Mejoramiento Institucional*


### 2.3. Planes de Mejoramiento por procesos

A continuación, se relaciona el cumplimiento de la Acción Inmediata y como la Oportunidad de Mejora por dependencia y responsable:

Acciones por Dependencias						
Area	Responsable	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
		Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Auditoría Médica	Auditoría	5	0	0	5	100%
Banco de Sangre	Banco de Sangre	8	0	1	9	89%
Comunicaciones	Comunicaciones	7	1	0	8	88%
Coordinación de Enfermería	Coordinación de Enfermería	39	0	1	40	98%
	Educación al Paciente	1	0	0	1	100%
Dirección Clínicas quirúrgicas	Dirección Clínicas	41	0	2	43	95%
Dirección de Ambulatorios	Dirección de Ambulatorios	48	0	2	50	96%

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Acciones por Dependencias						
Area	Responsable	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
		Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Dirección de Apoyo Logístico	Activos Fijos	2	0	1	3	67%
	Arquitecto	13	2	3	18	72%
	Contratación	1	0	0	1	100%
	Dirección de Apoyo Logístico	39	3	4	46	85%
	Ingeniería	0	0	3	3	0%
	Mantenimiento e Infraestructura	28	2	13	43	65%
Dirección de Ayudas Diagnosticas	Dirección de Ayudas	11	1	4	16	69%
Dirección de Gestion Humana	Dirección de Gestion Humana	21	0	1	22	95%
	Talento Humano	0	0	4	4	0%
Dirección de Hospitalización	Dirección de Hospitalización	51	1	14	66	77%
	Estancia	1	2	7	10	10%
	UCI	0	0	1	1	0%
Dirección Financiera	Dirección	10	3	0	13	77%
	Gestión de Costos	0	0	5	5	0%
	Gestión de Facturación	12	0	5	17	71%
	Gestión de la Contabilidad	0	0	2	2	0%
Docencia y Servicio	Docencia y Servicio	9	0	0	9	100%
Donación y Trasplantes	Donación y Trasplantes	0	0	3	3	0%
Gestión de Glosas	Gestión de Glosas	0	1	4	5	0%
Gestión Documental	Gestión	18	0	0	18	100%
Gestión Farmacéutica	Gestión Farmacéutica	65	8	5	78	83%
GinocoObstetricia	GinocoObstetricia	0	0	1	1	0%
Higiene de Manos	Higiene de	4	0	0	4	100%
Investigación y Docencia	Ensayos Clínicos	1	1	0	2	50%
	Investigación y Docencia	17	1	0	18	94%
Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	9	1	4	14	64%
Nutrición	Nutrición	0	0	1	1	0%
Oficina de Auditoría Interna	Oficina de Auditoría Interna	4	0	0	4	100%
Oficina de Calidad y Planeación	Atención al Calidad	16	0	3	19	84%
	Calidad	14	1	1	16	88%
	Oficina de Calidad y Planeación	10	0	0	10	100%
	Planeación	3	0	3	6	50%
	Seguridad del Paciente	23	0	0	23	100%
Oficina Juridica	Oficina Juridica	6	2	2	10	60%
Salud Ocupacional	Salud Ocupacional	86	23	1	110	78%
	Sistema Gestión Salud en el Trabajo	0	0	2	2	0%

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Acciones por Dependencias						
Area	Responsable	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
		Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Sistemas	Sistemas	10	0	1	11	91%
Subgerencia Asistencial	Central de Monitoreo	0	0	4	4	0%
	Epidemiología	10	0	1	11	91%
	Estadística	4	18	2	24	17%
	Subgerencia Asistencial	36	2	0	38	95%
Sugerencia Administrativa y Financiera	Sugerencia Administrativa y Financiera	40	1	0	41	98%
Total general		723	74	111	908	80%
Cumplimiento		80%	8%	12%	100%	

Tabla 2. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

## 2.4. Plan de Mejoramiento por Acción Inmediata

La Acción Inmediata cuenta con un total de 687 compromisos radicados en Eurodoc.

Acción Inmediata	
Auditorías	No. Acciones
Auditoria Interna Calidad	141
Auditorias Externas	4
Auditorias Internas	40
Comités	393
Eventos adversos	9
Grupos de Mejoramiento	100
Total general	687


Tabla 3. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

Realizando un Análisis por cumplimiento de las acciones inmediatas se observa que, se encuentra en un 80% de avance.

Acción Inmediata					
Auditorías	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Auditoria Interna Calidad	122	9	10	141	86,5%
Auditorias Externas	2	0	2	4	50,0%
Auditorias Internas	30	2	8	40	75,0%
Comités	310	30	53	393	78,9%
Eventos adversos	9	0	0	9	100,0%
Grupos de Mejoramiento	82	11	7	100	82,0%
Total general	555	52	80	687	80,8%

Tabla 4. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación



	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

## 2.5. Plan de Mejoramiento por Oportunidad de Mejora

La Oportunidad de Mejora cuenta con un total de 221 compromisos radicados en Eurodoc.

Oportunidad de Mejora	
Auditorías	No. Acciones
Auditoria Interna Calidad	16
Auditorías Externas	24
Auditorías Internas	60
Comités	70
Eventos adversos	9
Grupos de Mejoramiento	42
<b>Total general</b>	<b>221</b>

Tabla 5. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

El Análisis por Oportunidad de Mejora, está en un cumplimiento del 76%.


Oportunidad de Mejora					
Auditorías	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Auditoria Interna Calidad	16			16	100,0%
Auditorías Externas	16	3	5	24	66,7%
Auditorías Internas	38	10	12	60	63,3%
Comités	59	6	5	70	84,3%
Eventos adversos	7		2	9	77,8%
Grupos de Mejoramiento	32	3	7	42	76,2%
<b>Total general</b>	<b>168</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>221</b>	<b>76,0%</b>

Tabla 7. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

## 2.6. Planes de Mejoramiento Institucional por Auditorías

En el hospital a la fecha de corte 26 de enero de 2023 y de acuerdo a la información suministrada por la Oficina de Calidad y planeación, extraída del I sistema documental Eurodoc, se cuenta con 6 planes de mejoramiento agrupados por auditorías así:

- Plan de Mejoramiento Auditoria Interna Calidad
- Plan de Mejoramiento Auditorías Externas
- Plan de Mejoramiento Auditorías Internas
- Plan de Mejoramiento Comités
- Plan de Mejoramiento Eventos adversos
- Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

### 2.6.1. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC

En este Plan de mejoramiento se encuentran la auditoría de calidad relacionando las actividades por Acción Inmediata y Oportunidad de Mejora, estas registraron un cumplimiento del 88%, así:

Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	122	9	10	<b>141</b>	<b>87%</b>
Oportunidad de Mejora	16	0	0	<b>16</b>	<b>100%</b>
<b>Total general</b>	<b>138</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>157</b>	<b>88%</b>

Tabla 8. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

### 2.6.2. Plan de Mejoramiento Auditorías Externas

Para el Plan de mejoramiento de las auditorías externas, se puede observar 28 actividades entre actividades por Acción Inmediata (4) y Oportunidad de Mejora (24), con un cumplimiento del 64%.

Plan de Mejoramiento Auditorías Externas					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	2	0	2	<b>4</b>	<b>50%</b>
Oportunidad de Mejora	16	3	5	<b>24</b>	<b>67%</b>
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>64%</b>

Tabla 9. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

### 2.6.3. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna


El Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna se debe mencionar que las acciones se comenzaron a ingresar en Eurodoc por medio de un acta de cierre de Auditoría Interna debidamente socializado y concertado con los dueños del proceso, permitiendo ingresar los compromisos, las acciones inmediatas y las oportunidades de mejora. El nivel de cumplimiento de este plan a la fecha de corte 26 de enero se encontraba en el 68% con un total de 100 actividades.

Plan de Mejoramiento Auditorías Internas					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	30	2	8	<b>40</b>	<b>75%</b>
Oportunidad de Mejora	38	10	12	<b>60</b>	<b>63%</b>
<b>Total general</b>	<b>68</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>68%</b>

Tabla 10. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

### 2.6.4. Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités

También hace parte de este Plan de mejoramiento Institucional los compromisos registrados en los diferentes comités, de los cuales se analizan y se organizan por acciones inmediatas y las oportunidades de mejora. Su cumplimiento está en un 80%.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	310	30	53	<b>393</b>	<b>79%</b>
Oportunidad de Mejora	59	6	5	<b>70</b>	<b>84%</b>
<b>Total general</b>	<b>369</b>	<b>36</b>	<b>58</b>	<b>463</b>	<b>80%</b>

Tabla 11. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

### 2.6.5. Plan de Mejoramiento Eventos Adversos

Para este Plan de Mejoramiento de Eventos Adversos, se incluyen los compromisos registrados en el Comité de Seguridad del Paciente, el insumo proporcionado por el Reporte de Eventos Adversos de cada servicio, donde queda registrados toda ocurrencia de estos.

*“Desarrollar mecanismos sistemáticos de divulgación y medición de la adherencia a las guías de práctica clínica que favorezca la disminución de ocurrencia de **eventos adversos** por variabilidad en el proceso de atención”. Modelo de Mejoramiento Institucional HGM.*

El total de acciones reportadas son 18 con un cumplimiento general del 89%, compuesto por Acción Inmediata (9) con un 100% de cumplimiento y de Oportunidad de mejora (9) con un cumplimiento al 78%.

Plan de Mejoramiento Eventos Adversos					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	9	0	0	<b>9</b>	<b>100%</b>
Oportunidad de Mejora	7	0	2	<b>9</b>	<b>78%</b>
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>89%</b>

Tabla 12. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación


### 2.6.6. Plan de Mejoramiento "Grupos de Mejoramiento"

Este Plan de mejoramiento de “Grupos de Mejoramiento”, se pueden observar 145 actividades con un cumplimiento general del 79%, se registran por Acción Inmediata (103) con un cumplimiento del 80% y Oportunidad de Mejora (42) con un cumplimiento del 76%, con un cumplimiento general del 79%.

*“El área responsable de la acción de mejora procede a ejecutar las diferentes actividades para llevar a cabo la acción de mejora propuesta involucrando a las personas de su área y su grupo de mejoramiento o de otras áreas si se requiere el apoyo”. Modelo de Mejoramiento Institucional HGM.*

Plan de Mejoramiento "Grupos de Mejoramiento"					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	82	11	10	<b>103</b>	<b>80%</b>
Oportunidad de Mejora	32	3	7	<b>42</b>	<b>76%</b>
<b>Total general</b>	<b>114</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>145</b>	<b>79%</b>

Tabla 13. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

### III. CONCLUSIONES

- El porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional es del 80%, situación que a la fecha de corte aún están en proceso de un cierre efectivo el 20% de las acciones reportadas.
- El Modelo de Mejoramiento Institucional permite identificar diferentes fuentes de mejoramiento, tanto internas como externas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.
- Si bien, el HGM presenta un avance significativo en el cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, es importante anexar las respectivas evidencias que dé cuenta del cierre efectivo de la acción de mejora y por ende que subsane la causa raíz que le dio origen a la misma.

### IV. RECOMENDACIONES

- Es necesario incluir en el plan de Mejoramiento Institucional, las acciones de mejora, provenientes de los entes de control tales como: Contraloría General de Medellín CGM, Supersalud, entre otras (Jairo Corrales).
- La entidad cuenta con un software llamado HOPEX, adquirido para el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, es necesario fortalecer su uso efectivo en el cargue de la información, y una estructura de informes y tableros de control.
- En el transcurso de la vigencia los líderes y responsables de las acciones de mejoras deberán hacer el registro oportuno del avance de estas, entre otras, aporta al cumplimiento de la resolución 408 del 2018; así mismo, deberán adjuntar las evidencias válidas y suficientes para el cierre efectivo de las acciones.
- Retomar las reuniones periódicas de los grupos de mejoramiento de la entidad.
- Es necesario, reactivar el liderazgo del tercer nivel del grupo de mejoramiento.
- En general, fortalecer la adherencia al modelo de mejoramiento institucional.
- En el análisis se evidenció acciones inmediatas con más de 30 días de antigüedad sin intervención oportuna.


#### Posición del Auditado

- El porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional es del 80%, situación que a la fecha de corte aún están en proceso de un cierre efectivo el 20% de las acciones reportadas.

Al realizar la depuración de las oportunidades de mejora se logró un 90,5 % del cumplimiento del plan de mejoramiento reportado a la supersalud archivo ST002 el 28 de febrero de 2023, lo que se concluye que existe una inoportunidad en el montaje de las evidencias que permitan realizar la eficiencia y efectividad del plan de mejora.

- El Modelo de Mejoramiento Institucional permite identificar diferentes fuentes de mejoramiento, tanto internas como externas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.

A la fecha se han identificado 35 fuentes de mejoramiento en la organización las cuales el 75 % de las fuentes están ingresando de manera sistemática al modelo y realizando la trazabilidad en los sistemas de

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

gestión, aún se encuentran planes de mejoramiento en áreas sin sistematizar por lo cual se hace búsqueda activa de estos planes, como parte del mejoramiento continuo se definieron dos fuentes activas que son indicadores y gestión de riesgos las cuales se debe de sistematizar las herramientas de seguimiento para enlazarlas de manera directa a las acciones correctivas.

- Si bien, el HGM presenta un avance significativo en el cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, es importante anexar las respectivas evidencias que dé cuenta del cierre efectivo de la acción de mejora y por ende que subsane la causa raíz que le dio origen a la misma.

El modelo de mejoramiento es adaptado del modelo del sistema de acreditación por lo cual se convierte en un modelo robusto para el seguimiento de acciones correctivas inmediatas, por lo cual se debe de capacitar a los equipos primarios en las herramientas de análisis causal para mejorar la elaboración de planes de mejoramiento.

#### Plan de mejoramiento

##### Recomendación

- Es necesario incluir en el plan de Mejoramiento Institucional, las acciones de mejora, provenientes de los entes de control tales como: Contraloría General de Medellín CGM, Supersalud, entre otras (Jairo Corrales).
- Retomar las reuniones periódicas de los grupos de mejoramiento de la entidad.
- En general, fortalecer la adherencia al modelo de mejoramiento institucional.

#### Oportunidad de Mejora

Fortalecer la identificación de fuentes en los equipos administrativos y seguimiento a equipos Asistenciales

##### Acciones

- Realizar entrenamientos de equipos administrativos de financiera en el modelo de mejoramiento
- Realizar entrenamientos de equipos administrativos de gestión de recursos en el modelo de mejoramiento
- Realizar entrenamientos de equipos de gestión Humana en el modelo de mejoramiento
- Evaluar semestralmente los equipos primarios asistenciales para el cierre oportuno de las acciones
- Definir las entradas el sistema de información de oportunidades de mejora desde la primera línea de procesos administrativos y seguimiento desde la segunda línea

##### Recomendación

- La entidad cuenta con un software llamado HOPEX, adquirido para el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, es necesario fortalecer su uso efectivo en el cargue de la información, y una estructura de informes y tableros de control.

#### Oportunidad de Mejora

Definir herramientas gerenciales de control y seguimiento de planes de mejoramiento

##### Acciones

- Definir los reportes para análisis de las oportunidades de mejora
- Ajustar la visualización de la intranet Hopex 360 para seguimiento a gestión de procesos, gestión de riesgos, indicadores y planes de mejora
- Realizar socialización y despliegue de uso de los reportes por parte de los equipos de mejoramiento y colaboradores de la institución
- Definir periodos de corte de información y publicación de la misma de los planes de mejoramiento.


##### Recomendación

En el transcurso de la vigencia los líderes y responsables de las acciones de mejoras deberán hacer el registro oportuno del avance de estas, entre otras, aporta al cumplimiento de la resolución 408 del 2018; así mismo, deberán adjuntar las evidencias válidas y suficientes para el cierre efectivo de las acciones.

En el análisis se evidenció acciones inmediatas con más de 30 días de antigüedad sin intervención oportuna.

- Es necesario, reactivar el liderazgo del tercer nivel del grupo de mejoramiento.



	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

#### Oportunidad de mejora

Fortalecer la oportunidad seguimiento y liderazgo de los equipos de mejoramiento de autoevaluación y mejoramiento sistémico

#### Acciones

Realizar informe a la gerencia del seguimiento de las acciones de manera semanal a través de las reuniones de gerencia

Definir plazos máximos de cierre de acciones con evidencias y revisión por parte de comités y equipos de mejoramiento

Realizar capacitación a los líderes en gestión de indicadores y elaboración de planes de mejoramiento

Documento elaborado y revisado por:

Equipo de Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Elaboró: **Julio Ernesto Suescún Montoya,**  
Técnico Auditoría Interna.  
**Karina Ruíz De la Hoz,**  
Profesional de Auditoría Interna.

Apoyo Gráfico y Edición: **Julio Ernesto Suescún Montoya,**  
Técnico Auditoría Interna.

Revisó: **William Alberto Higueta Lopera,**  
Jefe Auditoría Interna.

Medellín, enero 31 de 2023.

