

# INFORME CUATRIMESTRAL N° 10 - 2019

**Informe Pormenorizado del  
Estado del Sistema Institucional  
de Control Interno del  
Hospital General de Medellín**

**Período: julio 3 a noviembre 4 de 2019**



**Alcaldía de Medellín**  
**Cuenta con vos**

# INFORME CUATRIMESTRAL N° 10 - 2019

## **Equipo Oficina de Auditoría Interna**

### **Jefe de la Oficina:**

Carlos Uriel López Ríos

### **Auditores:**

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

### **Técnico:**

Julio E. Suescún Montoya

### **Correo Oficina:**

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

Oficina de Auditoría Interna  
Hospital General de Medellín  
Carrera 48 #32 – 102  
PBX: 3847300  
Medellín – Antioquia  
Colombia

[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)



Hospital General de Medellín  
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

## PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial lo dispuesto por el Decreto 648 de 2017 en su artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes, al Decreto Nacional 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”; y el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 presenta el **Informe Cuatrimestral Pormenorizado N° 10-2019 del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín**, correspondiente al período del **4 de julio al 3 de noviembre de 2019**

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

El presente informe se ha estructurado conforme a lo dispuesto en la dimensión 7, de Control Interno del Decreto Nacional 1499 de 2017 que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG., que contempla los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno para verificar y evaluar el Sistema Institucional de Control Interno - SICI.

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

---

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

## TABLA DE CONTENIDO

### PRIMERA PARTE ..... 9

#### I. GENERALIDADES.....10

1.1.	Fundamento Normativo.....	10
1.2.	Estructura del Informe.....	11
1.3.	Informe Pormenorizado Cuatrimestral N° 10 - 2019.....	11

### SEGUNDA PARTE.....15

#### I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL .....15

1.1.	Dimensión N°1. Talento Humano.....	15
1.1.1.	Estructura organizacional.....	15
1.1.2.	Manual de funciones.....	15
1.1.3.	Planta de cargos.....	15
1.1.4.	Selección de personal.....	16
1.1.5.	Entrenamiento en el puesto de trabajo.....	16
1.1.6.	Programa de inducción.....	16
1.1.7.	Programa de reinducción.....	16
1.1.8.	Política de retención.....	16
1.1.9.	Concertación de compromisos.....	16
1.1.10.	Acuerdos de gestión.....	17
1.1.11.	Metas por dependencias.....	17
1.1.12.	Evaluación del desempeño laboral.....	17
1.1.13.	Código de Ética y Buen Gobierno.....	18
1.1.14.	Plan estratégico del talento humano.....	18
1.1.15.	Planeación del talento humano.....	18
1.1.16.	Plan anual de vacantes.....	18
1.1.17.	Plan de previsión del talento humano.....	18
1.1.18.	Plan de estímulos e incentivos.....	18
1.1.19.	Plan de bienestar.....	19
1.1.20.	Plan institucional de capacitación – PIC.....	19
1.1.21.	Programa de bienestar.....	19
1.1.22.	Plan de incentivos.....	19
1.1.23.	Participación de la mujer en alta dirección.....	19
1.1.24.	Declaración de bienes y rentas.....	20
1.1.25.	Día nacional del servidor público.....	20
1.1.26.	Comisión de Personal.....	20
1.1.27.	Rotación alta dirección.....	20
1.2.	Dimensión N° 2. Direccionamiento estratégico y planeación.....	21
	Dimensión N° 6. Gestión del conocimiento y la innovación.....	21
1.2.1.	Implementación Modelo MIPG.....	21
1.2.1.1.	Comité de Gestión y Desempeño.....	21
1.2.1.2.	Línea Base Modelo MIPG – FURAG II.....	21



1.2.1.2.1.	Diagnóstico FURAG – Oficina de Calidad y Planeación.	21
1.2.1.2.2.	Diagnóstico FURAG – Oficina de Auditoría Interna.	21
1.2.1.3.	Plan de Actualización Modelo MIPG.	21
1.2.2.	Políticas de Gestión y Desempeño.	22
1.2.3.	Planes institucionales.	22
1.2.3.1.	Plan Estratégico 2016 – 2027.	22
1.2.3.2.	Plan de Desarrollo 2016 – 2019.	22
1.2.3.3.	Plan de Acción Institucional 2019.	22
1.2.3.4.	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.	23
1.2.3.5.	Plan Anual de Adquisiciones.	23
1.2.3.6.	Plan de Movilidad Empresarial Sostenible - MES.	24
1.2.3.7.	Plan de Austeridad.	24
1.2.3.8.	Sistema control interno contable.	24
1.2.3.9.	Presupuesto Anual 2019.	25
1.2.4.	Programas.	25
1.2.4.1.	Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.	25
1.2.4.2.	Programa 2. Programas de Práctica Clínica.	26
1.2.4.3.	Programa 3. Competitividad.	26
1.2.4.4.	Programa 4. Capital Humano.	26
1.2.4.5.	Programa 5. Fortalecimiento Sistema de Gestión Integral de Calidad	27
1.2.4.6.	Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.	27
1.2.4.7.	Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.	28
1.2.4.8.	Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.	28
1.2.4.9.	Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.	28
1.2.5.	Proyectos.	28
1.2.5.1.	Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.	28
1.2.5.2.	Proyecto 2. Unidad atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.	29
1.2.5.3.	Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.	29
1.2.5.4.	Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos.	30
1.2.5.5.	Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.	30
1.2.5.6.	Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.	31
1.2.5.7.	Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.	31
1.2.5.8.	Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.	31
1.2.5.9.	Proyecto 9. Gobierno Digital.	32
1.2.5.10.	Proyecto 10. Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de riesgos).	32
1.2.5.11.	Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.	32
1.2.5.12.	Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario.	33
1.2.5.13.	Proyecto 13. Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.	34
1.2.5.14.	Proyecto 14. Adecuación Servicio Diagnóstico Cardiovascular, Laboratorio de Función Pulmonar y Electro-diagnóstico.	34
1.2.5.15.	Proyecto 15. Adecuación Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur.	35
1.2.5.16.	Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.	35
1.2.5.17.	Proyecto 17. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.	35
1.2.5.18.	Proyecto 18. Cumplimiento de estándares Norma ISO 27000 (Seguridad de la información).	35
1.2.5.19.	Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.	36
1.2.6.	Elemento: Gestión Presupuestal.	37
1.2.6.1.	Gestión de Cartera.	37
1.2.6.2.	Proceso de facturación.	38
1.2.6.3.	Realización de inventarios anuales.	38
1.2.6.3.1.	Inventario de activos fijos.	38
1.2.6.3.2.	Inventario de material médico quirúrgico y medicamentos.	38
1.2.6.3.3.	Inventario de reactivos.	39
1.2.6.3.4.	Inventario de banco de sangre.	39
1.2.6.3.5.	Inventario de material de osteosíntesis.	39

1.2.6.3.6.	<i>Inventario de insumos de odontología.</i>	39
1.2.6.3.7.	<i>Inventario farmacia – imagenología.</i>	40
1.2.6.3.8.	<i>Inventario farmacia – urgencias.</i>	40
1.2.6.3.9.	<i>Inventario farmacia – central y bodegas de medicamentos.</i>	40
1.3.	<i>Dimensión N° 3. Gestión con Valores para Resultados.</i>	40
1.3.1.	<i>Sistemas de Gestión.</i>	40
1.3.1.1.	<i>Gestión Ambiental.</i>	40
1.3.1.2.	<i>Salud y seguridad en el trabajo.</i>	40
1.3.1.3.	<i>Responsabilidad Social.</i>	41
1.3.1.4.	<i>MIPG - Modelo Estándar de Control Interno – MECI.</i>	41
1.3.1.5.	<i>Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.</i>	42
1.3.1.5.1.	<i>Sistema Único de Habilitación.</i>	42
1.3.1.5.2.	<i>Auditoría Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.</i>	42
1.3.1.5.3.	<i>Sistema de Información para la Calidad – SIC.</i>	42
1.3.1.5.4.	<i>Sistema Único de Acreditación.</i>	43
1.3.2.	<i>Comités institucionales.</i>	43
1.3.2.1.	<i>Comités administrativos.</i>	43
1.3.2.1.1.	<i>Comité de gestión y desempeño.</i>	43
1.3.2.1.2.	<i>Comité Coordinador de Control Interno.</i>	43
1.3.2.1.3.	<i>Comité Sysoma.</i>	44
1.3.2.1.4.	<i>Comité gobierno digital.</i>	44
1.3.2.1.5.	<i>Comité de inventarios.</i>	44
1.3.2.1.6.	<i>Comité de contratación.</i>	44
1.3.2.1.7.	<i>Comité de saneamiento contable.</i>	45
1.3.2.1.8.	<i>Comité de archivo.</i>	45
1.3.2.1.9.	<i>Comité de activos fijos.</i>	45
1.3.2.1.10.	<i>Comité de transparencia.</i>	46
1.3.2.1.11.	<i>Comité de convivencia laboral.</i>	46
1.3.2.1.12.	<i>Comité docencia servicio.</i>	46
1.3.2.1.13.	<i>Comité de emergencias.</i>	46
1.3.2.1.14.	<i>Comité de conciliación.</i>	47
1.3.2.2.	<i>Comités asistenciales.</i>	47
1.3.2.2.1.	<i>Comité de farmacia y terapéutica.</i>	47
1.3.2.2.2.	<i>Comité de ética hospitalaria.</i>	47
1.3.2.2.3.	<i>Comité de infecciones.</i>	48
1.3.2.2.4.	<i>Comité de vigilancia epidemiológica.</i>	48
1.3.2.2.5.	<i>Comité gerencial de seguridad del paciente.</i>	48
1.3.2.2.6.	<i>Comité de historias clínicas.</i>	49
1.3.2.2.7.	<i>Comité técnico científico.</i>	49
1.3.2.2.8.	<i>Comité de trasplante de tejidos.</i>	49

## **II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.....50**

2.1.	<i>Lineamientos de Política.</i>	51
2.2.	<i>Identificación del riesgo.</i>	51
2.3.	<i>Análisis del riesgo.</i>	51
2.4.	<i>Evaluación del riesgo.</i>	51
2.5.	<i>Monitoreo y revisión.</i>	51
2.6.	<i>Mapa de Riesgos.</i>	51

### III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.....52

3.1.	Indicadores Institucionales.....	53
3.2.	Indicadores Institucionales – Sistema de Información de la Calidad. ....	53

### IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. ....54

4.1.	Dimensión N° 5. Información y Comunicación. ....	55
4.1.1.	Tecnologías de la información y comunicación. ....	55
4.1.1.1.	Sistemas de información. ....	55
4.1.1.2.	Desarrollo Tecnológico. ....	55
4.1.1.3.	Derechos de autor de Software.....	55
4.1.2.	Comunicación Institucional.....	55
4.1.2.1.	Plan de comunicaciones. ....	55
4.1.2.1.1.	Comunicación interna. ....	55
4.1.2.1.1.1.	Información a la comunidad hospitalaria .....	55
4.1.2.1.1.2.	Campañas.....	55
4.1.2.1.1.3.	Eventos institucionales .....	56
4.1.2.1.1.4.	Medición de la apropiación del mensaje.....	56
4.1.2.1.2.	Comunicación externa.....	56
4.1.2.1.2.1.	Canales de comunicación: Carteleros digitales .....	56
4.1.2.1.2.2.	Relacionamiento con usuarios y comunidad en general.....	56
4.1.2.1.2.3.	Relacionamiento con medios de comunicación .....	57
4.1.2.1.2.4.	Señalización.....	57
4.1.2.2.	Sistema de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU. ....	57
4.1.2.3.	Rendición de cuentas. ....	58
4.1.2.4.	Gestión documental. ....	58
4.1.2.4.1.	Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición. ....	58
4.1.2.4.2.	Aplicación de Tablas de Retención Documental. ....	58
4.1.2.4.3.	Aplicación de Tablas de Valoración Documental. ....	58
4.1.2.5.	Línea de transparencia.....	58
4.1.2.6.	Participación ciudadana. ....	58
4.1.2.7.	Índice de Transparencia Activa – ITA.....	59

### V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.....61

5.1.	Dimensión N° 4. Evaluación de Resultados. ....	61
5.1.1.	Evaluación de la gestión – Segunda línea de defensa. ....	61
5.1.1.1.	Evaluación del clima laboral.....	61
5.1.1.2.	Evaluación del desempeño laboral.....	61
5.1.1.3.	Seguimiento Plan Anual de Vacantes. ....	61
5.1.1.4.	Seguimiento Plan de previsión del talento humano.....	61
5.1.1.5.	Seguimiento Plan estratégico del talento humano.....	61
5.1.1.6.	Seguimiento Plan de estímulos e incentivos. ....	61
5.1.1.7.	Seguimiento Plan de capacitación institucional.....	61
5.1.1.8.	Seguimiento Plan de bienestar. ....	61
5.1.1.9.	Revisión por la Alta Dirección. ....	61
5.2.	Dimensión N° 7. Control Interno.....	62
5.2.1.	Auditoría Interna. ....	62

5.2.1.1.	Plan Anual de Auditorías Interna – PAAI .....	62
5.2.1.2.	Auditorías Internas por Externos. ....	62
5.2.1.2.1.	Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación. ....	62
5.2.1.2.2.	Auditoría NTC 14.001. ....	62
5.2.1.2.3.	Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001. ....	63
5.2.1.2.4.	Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE. ....	63
5.2.1.2.5.	Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM. ....	63
5.2.1.3.	Informes de cumplimiento de auditoría interna.....	63
5.2.1.3.1.	INFO-Cumplimiento Control interno contable.....	63
5.2.1.3.2.	INFO-Cumplimiento Avance del Plan de Austeridad.....	64
5.2.2.	Planes de Mejoramiento. ....	65
5.2.2.1.	Plan de Mejoramiento Institucional. ....	65
5.2.2.2.	Plan de Mejoramiento Auditoría Interna. ....	65
5.2.2.3.	Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.....	65
5.2.2.4.	Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal. ....	66
5.2.2.5.	Plan de Mejoramiento Archivístico .....	66
5.2.2.5.1.	Aplicación de Tablas de Retención Documental a la Historia Clínica. ....	66
5.2.2.5.2.	Proyecto de Digitalización de Historias Laborales y de Salud Ocupacional del Personal Activo, resoluciones y Acuerdos. ....	66
5.2.2.5.3.	Plan de Mejoramiento de Gestión Documental "Cero Papel" .....	66

## TERCERA PARTE .....68

## ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO – SICI.....68





# PRIMERA PARTE

## I Generalidades

Fundamento Normativo

Estructura del Informe

## PRIMERA PARTE

### GENERALIDADES

#### 1.1. Fundamento Normativo.

- **Ley 87 del 29 de noviembre de 1993.** Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado.

Art. 9. **Definición de la Unidad u Oficina de Coordinación del Control Interno.** Es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Parágrafo. Como mecanismo de verificación y evaluación del Control Interno se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptada, la selección de indicadores de desempeño, aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficacia y seguridad.

- **Ley 1474 de julio 12 de 2011.** Estatuto Anticorrupción. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Art. 9. ...El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. Los informes de los funcionarios del control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten.

- **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” que establece:

#### **Título 21. Sistema de Control Interno.**

Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias: Artículo 2.2.21.2.5. Evaluadores, en su literal e) establece: “Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana”.

#### **Título 21. Sistema de Control Interno.**

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

#### **Artículo 2.2.21.3.4. Planeación.**

Establece: “a) (sic) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces: Evalúa el proceso de planeación, en toda su extensión; implica, entre otras cosas y con base en los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores definidos, un análisis objetivo de aquellas variables y/o factores que se consideren

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

#### Artículo 2.2.21.3.5. **Organización.**

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

#### Artículo 2.2.21.3.6. **Ejecución.**

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

#### 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”.

## 1.2. **Estructura del Informe.**

La estructura del Informe cuatrimestral, propuesta por la Oficina de Auditoría Interna, para la evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, del Hospital General de Medellín, se determina a partir de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, definidos en la Dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG con el total de la Dimensiones del Modelo MIPG:

- Ambiente de Control.
- Evaluación del Riesgo.
- Actividades de Control.
- Información y Comunicación.
- Actividades de Monitoreo.

## 1.3. **Informe Pormenorizado Cuatrimestral N° 10 - 2019.**

El Informe pormenorizado cuatrimestral se ha convertido en un instrumento importante para el seguimiento y verificación del estado del Sistema Institucional de Control Interno, a través del cual reportan actualmente 26 personas entre líderes y servidores de la entidad. Hasta la fecha y desde agosto de 2016, se han realizado con el presente diez (10) informes; por lo cual se ha considerado oportuno modificar su presentación y estructura.

**SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO - SICI**

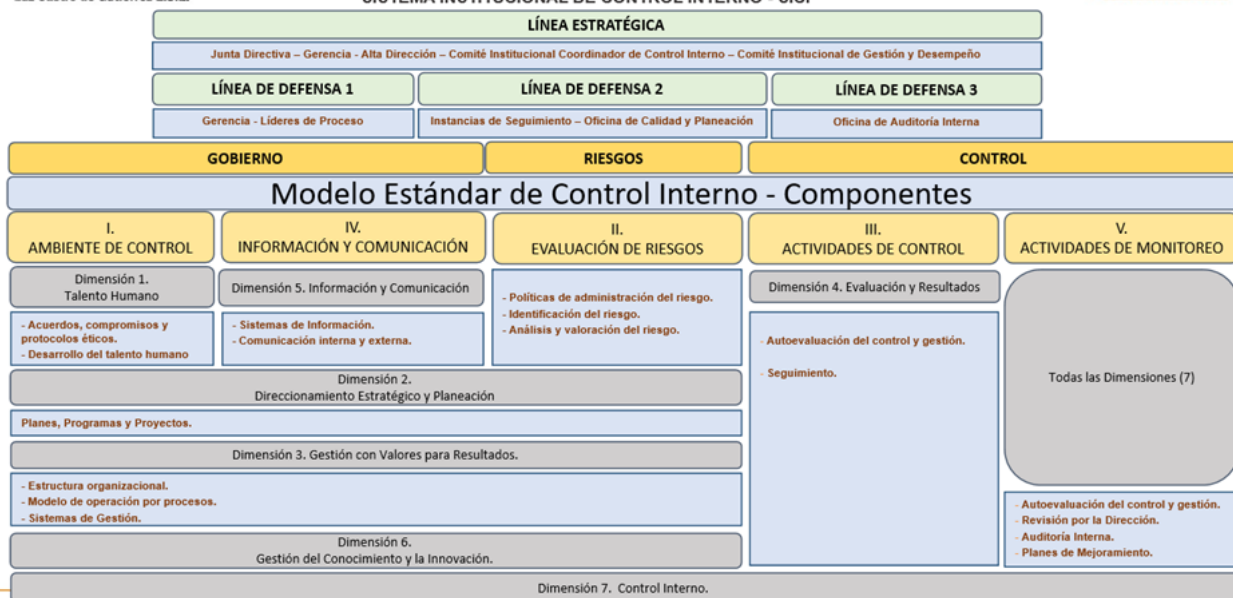


Diagrama elaborado por la Oficina de Auditoría Interna. Fuente: Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)

Diagrama elaborado por la Oficina de Auditoría Interna.  
Fuente: Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG del DAFP.





# SEGUNDA PARTE

- I Componente Ambiente de Control
- II Componente Evaluación del Riesgo
- III Componente Actividades de Control
- IV Componente Información y Comunicación
- V Componente Actividades de Monitoreo





# **I. Componente Ambiente de Control**

**Dimensión 1.**

Talento Humano.

**Dimensión 2.**

Direccionamiento estratégico y planeación.

**Dimensión 3.**

Gestión con Valores para Resultados.

## SEGUNDA PARTE

### I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

#### 1.1. Dimensión N°1. Talento Humano.

##### 1.1.1. Estructura organizacional

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Durante el periodo se realizó estudio de mercado, en el marco del proyecto de nueva estructura organizacional, con empresas reconocidas del sector y se realizó presentación a la junta directiva de dicho estudio, solicitando su aprobación.
- Con corte a la fecha del presente informe se encuentra en proceso de contratación de la empresa que implementará el proyecto.

##### **Fortalezas**

- Se obtuvo la autorización por parte de la junta directiva para proceder a la contratación del estudio que llevará a la modernización de la estructura organizacional.

##### **Debilidades.**

- Se cuenta con poco tiempo el resto del año para finalizar las acciones del proyecto.

#### 1.1.2. Manual de funciones.

La entidad cuenta con el Manual de funciones publicado en la Intranet. Versión 10

#### 1.1.3. Planta de cargos.

El Hospital cuenta con una planta de cargos de 1340 plazas: 881 plazas administrativas y asistenciales y 459 plazas temporales. Las 881 plazas se distribuyen como se muestra en el cuadro siguiente, que compara la planta del período anterior con la actual:

N°	Clasificación	Cantidad	
		A julio 2019	a noviembre 2019
1	Empleos de Período	2	2
2	Libre Nombramiento	13	11
3	Carrera Administrativa	234	222
4	Provisionales	147	141
5	Periodo Prueba	422	439
6	Trabajadores Oficiales	11	11
7	Vacantes	52	55
<b>Total Plazas</b>		<b>881</b>	<b>881</b>

Además, el Hospital cuenta con una planta temporal de cargos de 459 plazas distribuida así: 220 cargos ocupados y 239 vacantes.

#### **1.1.4. Selección de personal.**

A través de la convocatoria 426 de 2016 la Gerencia del Hospital le ha dado posesión a 439 plazas de las personas que superaron el proceso de acuerdo a las listas de elegibles enviadas por la CNSC de las 448 personas que fueron nombradas.

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

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Dando cumplimiento a los requisitos de ingreso del personal a la Institución, el Hospital invita al personal que ingresa a participar en la inducción presencial, con el acompañamiento de los profesionales responsables de los temas programados para esta.
- Posterior a esta inducción esto los funcionarios nuevos al día siguiente se desplazan a las áreas de trabajo para proceder con el entrenamiento en sus puestos de trabajo.

#### **1.1.6. Programa de inducción.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Como requisito de ingreso todas personas que ingresaron a la Institución independiente de su tipo de vinculación deben de realizar la inducción a través de la plataforma virtual. (Guayacanes)
- Con el acompañamiento de los profesionales de la Institución se programa inducción presencial al personal nuevo que ingresa a la Institución.

#### **1.1.7. Programa de reinducción.**

Con el fin de cumplir con la normatividad vigente en cuanto a los Programas de Reinducción, en cuanto a que por lo menos cada dos años se impartan este tipo de programas; el hospital General tiene programado para todos los empleados el programa de reinducción para el año 2020.

#### **1.1.8. Política de retención.**

Actualmente el Hospital No cuenta con una política de retención.

#### **1.1.9. Concertación de compromisos.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se concertó compromisos de evaluación del desempeño para todos los funcionarios de carrera administrativa del Hospital para el periodo 2019-2020, en la plataforma de la CNSC (Comisión Nacional del Servicio Civil) – EDEL (Evaluación del Desempeño Laboral).

- El Hospital define tres (3) compromisos Institucionales dando cumplimiento al Acuerdo 617 de 2018 Evaluación del Desempeño y los evaluadores definirán dos más de acuerdo a las funciones realizadas no superando el 100% del peso porcentual.
- Igualmente se concertaron los compromisos de la evaluación de periodo de prueba a los servidores que han ingresado en virtud de la convocatoria 426 de 2019.

#### **1.1.10. Acuerdos de gestión.**

A la fecha se realizó la concertación de los compromisos de los acuerdos para el período 2019.

#### **1.1.11. Metas por dependencias.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- A partir de la entrada en vigencia del Acuerdo 617 de 2018 de la CNSC, ya no se tiene en cuenta la evaluación por áreas.
- Se comparte con las áreas los tres compromisos institucionales que sirven de insumo para la concertación de objetivos de la vigencia 2019 y para el personal que ingresa en periodo de prueba con motivo de la convocatoria 426 de 2016. Los tres compromisos son:
  - Contribuir a la gestión adecuada de los recursos institucionales, mediante una gestión basada en procesos, incrementando la eficiencia y la calidad en el desempeño de los mismos.
  - Aumentar los niveles de satisfacción, oportunidad y calidez en el servicio, mediante el acompañamiento integral que se traduzca en una fidelización y confianza de nuestros clientes, y un referente como empresa líder en el sector salud.
  - Fortalecer la cultura de la calidad, mediante la participación activa en los sistemas de gestión institucional, promoviendo buenas prácticas ambientales, de salud y seguridad en el trabajo y de calidad en la prestación del servicio que aporten al desarrollo organizacional y de la región.

#### **Fortalezas**

- El proceso de evaluación del desempeño se encuentra alineado con lo establecido en la normatividad vigente.
- Los líderes de los procesos establecen los compromisos de acuerdo con las prioridades institucionales.
- Para este periodo se incluye el personal que ingresa en periodo de prueba.

#### **Debilidades.**

- No se evidencia ninguna debilidad en el proceso.

#### **1.1.12. Evaluación del desempeño laboral.**

A partir del día 1 de febrero de 2019 el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral, que se aplicará a los empleados públicos de carrera y en periodo de prueba, es regulado por el Acuerdo 617 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, dentro del que se estipula

que la evaluación se debe ejecutar en la nueva herramienta tecnológica para la Evaluación del Desempeño Laboral, Sistema de Evaluación del Desempeño Laboral (SEDEL), el cual es administrado por la CNSC, aplicativo en cual el jefe de talento humano cuenta con el rol de “Administrador entidad” que solo permite funciones básicas de administración, más toda la información necesaria para el seguimiento y control del proceso de evaluación debe ser solicitada a la CNSC, la cual ante el volumen de identidades que usan el SEDEL no se puede contar de manera inmediata con ella.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se concertó compromisos de evaluación del desempeño para todos los funcionarios de carrera administrativa del Hospital para el periodo 2019-2020, en la plataforma de la CNSC (SEDEL) para lo cual se le ha solicitado a la Comisión Reporte de la concertación realizada.
- El Hospital define tres (3) compromisos Instituciones dando cumplimiento al Acuerdo 617 de 2018 Evaluación del Desempeño y los evaluadores definirán dos más de acuerdo a las funciones realizadas no superando el 100% del peso porcentual.
- En el mes de agosto se cumplió con la obligación de evaluar parcialmente el primer semestre del periodo de evaluación.

#### **1.1.13. 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, a la fecha no ha tenido cambios en su versión.

#### **1.1.14. Plan estratégico del talento humano.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad.

#### **1.1.15. Planeación del talento humano.**

El Hospital, actualmente No cuenta con una política de retención.

#### **1.1.16. Plan anual de vacantes.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.

#### **1.1.17. Plan de previsión del talento humano.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.

#### **1.1.18. Plan de estímulos e incentivos.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.



#### **1.1.19. Plan de bienestar.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.

#### **1.1.20. Plan institucional de capacitación – PIC.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.

#### **1.1.21. Programa de bienestar.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.

#### **1.1.22. Plan de incentivos.**

Se formuló en su oportunidad, y a la fecha se encuentra publicado en la página de la entidad de acuerdo con la obligación legal.

#### **1.1.23. Participación de la mujer en alta dirección.**

El hospital General tiene nueve cargos de nivel decisorio, los cuales son:

- Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros,
- Subgerente Procesos Asistenciales,
- Director de Clínicas Quirúrgicas,
- Directora de Hospitalización,
- Director de Apoyo Logístico,
- Director de Apoyo Diagnóstico,
- Director Financiero,
- Director de Gestión Humana,
- Director de Ambulatorios.

De los cuales se encuentran vacantes los cargos de Director de Apoyo Diagnóstico y Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros. A la fecha en los cargos de nivel decisorio se tiene nombrada solo una mujer, por lo que, con el fin de cumplir con la adecuada participación de la mujer en los niveles decisorio, la Gerencia debe nombrar a mujeres en los cargos que en actualidad están vacantes. El porcentaje de cumplimiento de la Ley de cuotas es del 11%.

#### **Debilidades.**

- A la fecha de su reporte la institución no cumple con el 30% exigido.

## **Observación de Auditoría Interna.**

- Se recomienda adoptar los mecanismos para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4° de la Ley 581 de 2000; so pena de las sanciones previstas en el párrafo del mismo artículo.

### **1.1.24. Declaración de bienes y rentas.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se remitió circular dirigida a todo el personal vinculado al hospital con el fin de recordar la obligación de diligenciar la declaración de Bienes y Rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega a 31 de julio del presente 2019.
- Los funcionarios Hospital diligenciaron la declaración de Bienes y rentas a través de la plataforma SIGEP con corte de entrega a 31 de julio del presente 2019.

De 1.047 funcionarios, diligenciaron la declaración 1.037 lo que representa un 99.04%.

### **1.1.25. Día nacional del servidor público.**

Se cumplió con la obligación legal, del Art. 2.2.15.1 del Decreto Nacional 1083 de 2015, celebrando el Día Nacional del Servidor Público, por medio de una actividad de capacitación e información institucional que tuvo lugar en el Auditorio de la Salud el día 28 de junio de 2019.

### **1.1.26. Comisión de Personal.**

El día cuatro de julio de 2019 se realizó la elección de los representantes de los empleados a la Comisión de Personal para un período de dos (2) años, de acuerdo con lo que estipula el artículo 2.2.14.2.13 del Decreto 1083 de 2015.

### **1.1.27. Rotación alta dirección.**

Se desvinculó la Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros, se nombró en encargo en la vacante.

#### **1.1.27.1. Servidores del nivel directivo desvinculados.**

Se desvinculó del cargo a la Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros, vacante que la fecha no se ha llenado en propiedad.

#### **1.1.27.2. Informes de Entrega del cargo.**

Los servidores públicos del hospital al momento de su desvinculación están cumpliendo con la obligación de realizar entrega de los asuntos a su cargo, mediante acta de informe de gestión acta de entrega de puesto de trabajo; informe que es verificado por el respectivo jefe de área con el fin de expedir el respectivo paz y salvo.

## **1.2. Dimensión N° 2. Direccionamiento estratégico y planeación.**

### **Dimensión N° 6. Gestión del conocimiento y la innovación.**

#### **1.2.1. Implementación Modelo MIPG.**

##### **1.2.1.1. Comité de Gestión y Desempeño.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se crea el comité Institucional de gestión y desempeño como organismo encargado de articular y tomar decisiones en relación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- El comité se reúne mensualmente y se deja constancia en actas.

#### **Fortalezas**

- Se ha logrado dinamizar el comité por medio de la integración de los demás comités establecidos en la normatividad al respecto

#### **Debilidades.**

- Dificultad con los entrenamientos de los directivos, aunque se tiene definida una semana para realizar su entrenamiento no se respetan los tiempos programados.

#### **1.2.1.2. Línea Base Modelo MIPG – FURAG II.**

##### **1.2.1.2.1. Diagnóstico FURAG – Oficina de Calidad y Planeación.**

Se realiza el diligenciamiento del Furag en la plataforma dispuesta para ello.

#### **Fortalezas**

- Se logra el envío de la información, con el apoyo de los líderes de los diferentes procesos.
- La institución obtiene un puntaje por encima de la media a nivel Nacional, sin embargo, es necesario enfatizar el cumplimiento de algunas acciones que permitan elevar las dimensiones más comprometidas.

##### **1.2.1.2.2. Diagnóstico FURAG – Oficina de Auditoría Interna.**

El Furag para este año se activará entre el 20 de noviembre y el 20 diciembre. Inmediatamente se activen las respectivas claves se procederá con su diligenciamiento.

#### **1.2.1.3. Plan de Actualización Modelo MIPG.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se formula el plan de actualización del MIPG con base en los resultados obtenidos en la evaluación del Furag.
- Se encuentra pendiente la presentación y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño

### **Fortalezas**

- La elaboración y puesta en marcha del plan favorecerá el cumplimiento de lo establecido en el MIPG y la articulación institucional.

### **1.2.2. Políticas de Gestión y Desempeño.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Un grupo de funcionarios de la organización participó en el curso de Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, obteniendo las herramientas necesarias para la construcción de las políticas institucionales conectadas con el Modelo.
- Se proyecta un cronograma de formulación de las políticas con la participación de los líderes de los procesos.

### **Fortalezas**

- Contar con el curso ofrecido por el SENA y ACESI permitió un mayor conocimiento del MIPG lo que se traduce en mejor implementación del mismo.

### **1.2.3. Planes institucionales.**

#### **1.2.3.1. Plan Estratégico 2016 – 2027.**

Para la vigencia no se han presentado modificaciones al plan estratégico 2016-2027

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

El plan de desarrollo 2016-2019 no ha sufrido modificaciones durante la vigencia reportada

#### **1.2.3.3. Plan de Acción Institucional 2019.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Acuerdos a modificaciones al plan de acción.
- El último aprobado aún se encuentra en proceso de firma por parte de los integrantes de la junta directiva.

### **Fortalezas**

- Las modificaciones al plan de acción han sido debidamente justificadas a la junta directiva del Hospital y han sido aprobadas

### **Debilidades.**

- El cumplimiento del plan de acción se ha visto influenciado por temas externos no manejables como la aprobación de proyectos por parte del Ministerio de la Protección Social.

#### **1.2.3.4. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- El plan anticorrupción se encuentra diligenciado y reportado oportunamente con corte al 31 de agosto de 2019, así como el cronograma de ejecución del mismo.
- Reporte datos DAFP SUIT actualizados.
- Envío sistemático de la información consolidada en el proceso SIAU a los directores y líderes de los procesos.
- Mejoramiento en la oportunidad y calidad de la respuesta a las PQRS.

### **Fortalezas.**

- Se da cumplimiento a la normatividad vigente reportando oportunamente la información requerida.
- Creciente compromiso de algunos de los directores y líderes de los procesos en las respuestas a las PQRS recibidas en la Oficina de Atención al Usuario.

### **Debilidades.**

- Se requiere mejorar el compromiso de todos los líderes en la gestión de las PQRS.
- Lograr mayor adherencia y reconocimiento de la importancia del SIAU dentro de los planes de mejoramiento institucional.

#### **1.2.3.5. Plan Anual de Adquisiciones.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Conformación de un grupo interdisciplinario entre la Dirección Financiera y la Dirección de Apoyo Logístico.
- Estructuración del Plan de Trabajo y metodología a implementar.
- Socialización con las áreas.
- Recolección de la información.
- Elaboración y codificación del plan anual de adquisiciones para el 2019

### **Fortalezas**

- El plan anual de adquisiciones, permite identificar y justificar el valor total de recursos requeridos por la entidad para compras y contratación.
- Sirve como referente inicial para evaluar el nivel de ejecución del presupuesto.
- Permite pronosticar la demanda de bienes y servicios de la entidad durante el año referido en el Plan.



### **Debilidades.**

- Puede estar sujeto a modificaciones según las necesidades presentadas en el Hospital.

#### **1.2.3.6. Plan de Movilidad Empresarial Sostenible - MES.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Despliegue al personal de las generalidades del Plan de Movilidad Empresarial Sostenible.
- A la fecha se cuenta con el 100% de las encuestas diligenciadas de acuerdo al tamaño de la muestra (321 y se realizaron 440 encuestas en total).
- Diligenciamiento del 100% de las encuestas en la Plataforma SIM V.5 del AMVA (Área Metropolitana del Valle de Aburrá).
- Con los resultados que arrojó la plataforma se estructura el documento técnico Plan MES – HGM (Falta aprobación de Gerencia).

### **Fortalezas**

- Compromiso gerencial para la implementación del Plan.

#### **1.2.3.7. Plan de Austeridad.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se envía memorando a los directores y líderes de proceso solicitando los conceptos en los cuales van a aplicar austeridad en el gasto para el 2019.
- Se genera reporte con los costos y gastos más relevantes y que pueden ser objeto de control para reducir el gasto y se socializa con los directivos de la institución para que tomen medidas sobre los diferentes centros de costos.

### **Fortalezas**

- Se cuenta con el área de costos que da soporte a los diferentes directivos para la toma de decisiones encaminadas a la austeridad del gasto.

### **Debilidades.**

- Falta de compromiso de los involucrados en la contención de costos y gastos.

#### **1.2.3.8. Sistema control interno contable.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se hace cierre contable del tercer trimestre 2019 en aplicación de las instrucciones emitidas por la Contaduría General de la Nación
- Se presenta informe CHIP a la Contaduría General de la Nación trimestre 3-2019
- Se presenta informe en cumplimiento de la Resolución 2193 de 2004 - SIHO trimestre 3-2019

- Se realizaron reuniones para socialización de procesos con algunas áreas de la institución (nómina, activos fijos, farmacia).

### **Fortalezas.**

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

### **Debilidades.**

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

### **Observación de Auditoría Interna.**

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

#### **1.2.3.9. Presupuesto Anual 2019.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se socializa con los Directores y líderes de la entidad el Cronograma de Actividades para la realización del Anteproyecto de Presupuesto 2020.
- Se presenta anteproyecto de presupuesto de ingresos y Gastos a la junta Directiva para la vigencia 2020, el cual fue aprobado en primera instancia, según acuerdo No.199 octubre 31 de 2019.
- Se radica ante el Comfis el Proyecto de presupuesto 2020 del Hospital General de Medellín.

### **Fortalezas.**

- Trabajo en equipo en la Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones y Anteproyecto de Presupuesto 2020.

#### **1.2.4. Programas.**

##### **1.2.4.1. Programa 1. Atención Centrada en el usuario y su familia.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- La organización cuenta con un modelo de atención centrado en el usuario y su familia código documental ES-PLI-GP002D01, el cual se encuentra en el sistema de gestión documental en su versión 1. Está compuesto por 7 ejes.
- El modelo de atención se encuentra incluido en la estrategia del despliegue institucional en la 4 semana del mes de abril. La presentación para dicho despliegue se encuentra ubicada en la intranet Institucional.
- Adicional a lo anterior, el modelo de atención se encuentra en la plataforma de inducción virtual de la Institución, a la que acceden todos los funcionarios que ingresan.

### **Fortalezas**

- El compromiso de todos los funcionarios de la organización en la implementación de un modelo donde lo más importante es el paciente y su familia. Lo anterior evidenciado en los altos porcentajes de satisfacción de los pacientes.

#### **1.2.4.2. Programa 2. Programas de Práctica Clínica.**

El programa solo incorpora el proyecto "Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas"

### **Fortalezas**

- Incrementar la oferta de servicios de alta complejidad, impactando positivamente la MEGA del HGM.

### **Debilidades.**

- Actualmente no se cuenta con el desarrollo de un sistema de información unificado para la atención de estas pacientes en red.

#### **1.2.4.3. Programa 3. Competitividad.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se recibió capacitación en un modelo integral de mercadeo que se realizó en el Comité ampliado de Gerencia.
- Se inició la evaluación de costos individuales por servicios, el cual se ha presentado el ejercicio a la Junta Directiva, demostrando la necesidad de ajustes en la actual estructura de costos, tanto con el personal que opera esta área como la dinámica de trabajo, re-direccionar el proyecto de costos como tal, a corto, mediano y largo plazo, ya que en estos momentos no contamos con los recursos, como resultado del costeo de algunos servicios y comparando tarifas con los manuales tarifarios en Imagenología y Consulta externa, nos da la posibilidad de ser más competitivos en el mercado.
- Compras con formalidades plenas a través de convocatorias públicas y privadas.
- Capacitación a un grupo estratégico que permitirá redireccionar el sistema de costos del Hospital ajustándolo a las realidades del mercado.

### **Fortalezas**

- Transparencia en los procesos de contratación.

#### **1.2.4.4. Programa 4. Capital Humano.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se procede con la vinculación de 451 plaza provistas a través de la convocatoria 426 de 2016, teniendo en cuenta las 72 listas de elegibles puestas en firme el 27 de febrero de 2019 por la CNSC.
- La Comisión Nacional del Servicio Civil envió copia al Gerente del Hospital General de Medellín, para efectuar los nombramientos en periodo de prueba en los empleos convocados en el concurso, en estricto orden de mérito y de conformidad con el puntaje obtenido por las personas que ocupan un lugar de elegibilidad.

#### **1.2.4.5. Programa 5. Fortalecimiento Sistema de Gestión Integral de Calidad**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- El fortalecimiento del sistema de gestión integral de la calidad se realiza a partir de la implementación periódica y sistemática del modelo de mejoramiento Institucional en los diferentes grupos de mejoramiento de la Institución.
- Incorporación de las oportunidades de mejora derivadas de las diferentes fuentes establecidas por la Institución.
- Acompañamiento a los grupos de mejoramiento en la implementación de acciones tendientes a solucionar las oportunidades de mejora detectadas. Cierres de oportunidades de Mejora.

#### **Fortalezas**

- El compromiso de los líderes y de los grupos de mejoramiento ha favorecido la implementación del modelo de mejoramiento Institucional

#### **1.2.4.6. Programa 6. Modelo de Gobierno Corporativo Público.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se completó la nueva herramienta de autodiagnóstico de MIPG, de los cuales al 31 de julio de 2018 quedan publicados en la página WEB.
- Se realiza el plan anual de adquisiciones el cual fue avalado por la junta directiva, mediante acuerdo No 141 del 14 de abril de 2016, plan que muestra una clara alineación entre los requerimientos normativos y las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos.
- Se definen los planes de acción para intervenir y cumplir a cabalidad lo dispuesto por MIPG.
- Se participa en todos los eventos brindados por MINTIC tanto presencial como virtual.
- Para dar cumplimiento y mejorar la experiencia de los usuarios con los trámites y servicios del Hospital en línea, se reformó la página web del hospital.
- Se realizó definición de las políticas y lineamientos de Gobierno digital para el HGM, para continuar con la postulación al sello de excelencia ya que los proyectos no se han desarrollado en su totalidad.
- Para la iniciativa de Servicios Digitales de Confianza, el portal de Gestión Humana lleva un avance del 50% con elaboración del diseño de la plataforma.

### **Fortalezas.**

- Mejoramiento al sistema de seguridad de la información alineado a las mejores prácticas internacionales.

#### **1.2.4.7. Programa 7. Investigación, Docencia e Innovación.**

Las actividades realizadas, las fortalezas y debilidades de este Programa se relacionan en los proyectos:

- Generar Capacidades de Innovación.
- Consolidación del HGM como un hospital universitario.

#### **1.2.4.8. Programa 8. Adecuación y Mejoramiento de Infraestructura Física.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se ejecutaron actividades de mantenimiento de la infraestructura del hospital de acuerdo a la programación del plan anual de mantenimiento preventivo y de acuerdo a los AM reportados en el software.

### **Fortalezas.**

- Mantener y conservar en buen estado la planta física del hospital (Pintura de muros, cielos, marcos y alas de puertas de acceso y baños, closets, lechada de los baños y duchas, revisión de instalaciones hidro-sanitarias y eléctricas)

### **Debilidades.**

- Falta de materiales por parte del contratista.
- No entrega de las habitaciones en los pisos, para realizar el mantenimiento pertinente

#### **1.2.4.9. Programa 9. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.**

En el período no se reportaron actividades de este programa.

#### **1.2.5. Proyectos.**

##### **1.2.5.1. Proyecto 1. Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Durante el periodo se logró avanzar en la actualización de los diferentes procesos asistenciales con base en la evaluación realizada con la metodología LEAN. Dicha revisión y sus ajustes han sido incorporados en el sistema de gestión documental con una nueva versión de los procesos y de algunos procedimientos.



- Se continúa con la integración de la ruta integral de atención materno-fetal para la complejidad de la Institución, trabajando en red con otras instituciones de la ciudad. Al respecto se ha recibido visitas de seguimiento por parte de la Secretaría de Salud de Medellín.

#### **Fortalezas.**

- El trabajo en equipo por parte de los directores asistenciales y los líderes de procesos asistenciales ha contribuido a la fluidez de las acciones. Actualmente los diferentes procesos se encuentran en etapa de socialización de los cambios efectuados.

#### **1.2.5.2. Proyecto 2. Unidad atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Analizar los servicios, precios, la estrategia de distribución y comercialización de los competidores del servicio de medicina materno-fetal.
- Diseño e impresión del portafolio de los servicios de medicina materno-fetal.
- Implementar el plan de mercadeo del programa entre las aseguradoras con presencia en el Departamento de Antioquia
- Incremento de la estructura organizacional del área de medicina fetal
- Oferta de nuevos servicios en medicina materno-fetal
- Referenciación Clínica Santa Fe.

#### **Fortalezas.**

- Incrementar la oferta de servicios de alta complejidad, impactando positivamente la MEGA del HGM.

#### **Debilidades.**

- Actualmente no se cuenta con el desarrollo de un sistema de información unificado para la atención de estas pacientes en red

#### **1.2.5.3. Proyecto 3. Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se realiza el diplomado en gestión de costos a los directivos y líderes de procesos y a los profesionales del área financiera, con el fin de nivelar conocimientos y prepararlos para el inicio del proceso de revisión.
- Se revisó el área de costos y se presentó informe a la Junta Directiva sobre las necesidades para la estructuración adecuada del área.

#### **Fortalezas.**

- Directivos y líderes con conocimientos en metodología de costos para acompañar y avalar el proceso realizado por la consultoría.

### **Debilidades.**

- Proceso de adaptación del nuevo personal que retrasa la continuidad de las actividades.

#### **1.2.5.4. Proyecto 4. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Gestión de Cartera y facturación con las entidades
- Gestión descuento por pronto pago y se ajustó la política.
- Plan de Austeridad se continua con la construcción para el 2019 y una vez se termine se socializará con la alta dirección.
- Se integra el área de auditoría médica, cartera y facturación para gestionar las glosas y devoluciones.
- Se hace gestión de acuerdo de pago y conciliaciones con las diferentes entidades

#### **1.2.5.5. Proyecto 5. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Certificación:
  - Certificación de las competencias laborales NSCL – SENA
  - Para el 2019 la meta es certificar 100 trabajadores que se encuentran en proceso de sensibilización. Cumplimiento: 95%
- Campaña:
  - Despliegue de campaña “Cultura GHM, es la suma de tus competencias”
  - Cada 15 días medios institucionales se realizan reflexiones individuales y colectivas, se realizan cada mes despliegue en todos los servicios. Cumplimiento: 100%.
- Adaptación MIPG.
  - Caracterización y actualización de la base de datos de los servidores de acuerdo a las condiciones de MIPG. Cumplimiento: 60%
  - Actualización de Normograma del área: Cumplimiento 100%

### **Fortalezas.**

- Asimilación del concepto de competencias blandas en los funcionarios de la institución, dentro del marco normativo de perfiles profesionales a través del decreto 2539 de 2005, con relación a las competencias como servidores públicos para el desarrollo del personal (Administrativo, asistencias, profesional, entre otros).

### **Debilidades.**

- En la caracterización de los trabajadores, algunos no realizaron la encuesta, un porcentaje bajo.

#### **1.2.5.6. Proyecto 6. Fortalecimiento de la cultura organizacional.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Formaciones ejecutadas en grupos que se identifica problemáticas en los equipos de trabajo a nivel individual y grupal. Temas (Trabajo en equipo y Relaciones Interpersonales). Cumplimiento 100%.
- Sensibilizaciones en competencias del ser en áreas definidas: Cumplimiento 100%
- Capacitaciones en Transformación Cultural: Cumplimiento 100%
- Sensibilización en competencias técnicas a certificar: Cumplimiento 100%
- Campañas de sensibilización en los servicios: Cumplimiento 100%

#### **Fortalezas.**

- Identificación y consideración de las posibles necesidades de cada servicio al proceso de planes de mejoramiento y diseño de métodos propicios para la transformación cultural.

#### **Debilidades.**

- Coordinar con otros profesionales, que están implicados en dar el respaldo de los cronogramas para poder intervenir en las sesiones.

#### **1.2.5.7. Proyecto 7. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Implementación del Sistema de Salud y seguridad en el trabajo con cumplimiento pleno de los requisitos normativos.
- Fortalecimiento del Sistema de gestión ambiental
- Preparación para la visita de recertificación de ambos elementos en Diciembre de 2019.

#### **Fortalezas.**

- Equipos de trabajo comprometidos.
- Acompañamiento de entes externos que favorecen los procesos de autoevaluación.

#### **1.2.5.8. Proyecto 8. Gestionar la acreditación con excelencia.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- El Icontec entrega certificado de acreditación en Salud por 4 años.
- A nivel institucional se continúa trabajando fuertemente para incrementar los niveles de calidad que permitan acercarse a puntajes de excelencia (calificación de 4 en todos los grupos de estándares).

#### **Fortalezas.**

- Compromiso de todas las áreas de la organización

#### **1.2.5.9. Proyecto 9. Gobierno Digital.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se diseñó la Política de Gobierno Digital en concordancia con las políticas institucionales, está pendiente de revisión por equipo de trabajo para la implementación de esta y para pasarla a firma de la Gerencia. Igualmente, la Subgerencia de Procesos Administrativos, retoma todo el proceso de implementación de la política asignando roles de implementación operativa y organizando el grupo de trabajo para esta.
- En el periodo se logra la publicación de la nueva página WEB del Hospital que presenta grandes avances en la estructura de implementación de Gobierno digital, permite el relacionamiento del ciudadano con el Hospital, visibiliza la responsabilidad institucional con el tratamiento de datos personales entre otros. Los empleados pueden acceder a través de medios digitales a sus certificados; en toma de decisiones basadas en datos, se generan constantemente tableros a través de BI y se estudia la posibilidad implementar Power BI para que la información pueda ser pública para todos los funcionarios del Hospital, aspecto relevante para 2020.
- Adicionalmente se logra la interoperatividad con SAVIA SALUD, Metrosalud, Hospital Concejo de Medellín.

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

En el período no se reportaron actividades de este proyecto.

#### **1.2.5.11. Proyecto 11. Generar capacidades de innovación.**

Entre las actividades realizadas están:

- Análisis, ideación e inteligencia competitiva de las soluciones a partir de las necesidades identificadas: se han realizado un informe.
- Elaboración y construcción de conceptos de solución de los proyectos priorizados: se han elaborado dos proyectos (inmovilizador de sonda vesical; alarma no sonora para neonatos).
- Reunión del Comité Coordinador y Técnico del Laboratorio de Cocreación para la Innovación en Salud HGM-CES-EIA: tres reuniones realizadas.
- Actualización del Manual de Laboratorio de Cocreación y de los instrumentos correspondientes; pendiente su normalización.
- Vinculación en calidad de contratista, de un Ingeniero Mecatrónico.
- Participación de la Líder de Docencia e Investigación en el Seminario de la Revista América Economía realizado en junio 2019 sobre Innovación: Caminos hacia la Innovación.
- Participación del Laboratorio de Cocreación en el Evento de la OES realizado en Cartagena, en mayo 2019.
- Participación del laboratorio en Bogotá, septiembre de 2019, en el congreso de e-salud.
- Participación del laboratorio de co-creación en salud en el evento CIAGIH en Ecuador en octubre de 2019.
- Participación del Laboratorio de Cocreación en el Evento ALTEC, en octubre de 2019.

- Elaboración de 1800 distintivos para higiene de manos, para campaña de hospital seguro.
- Programación de auditoría externa en la norma NTC 5801/5802.
- Propuesta de relacionamiento interinstitucional para comercialización de productos con dos empresas del sector de fabricación de dispositivos médicos.

### **Fortalezas.**

- Proceso Gestión de la Innovación estructurado.
- Fortalecimiento del Procedimiento Gestión del Portafolio de Proyectos de Innovación.
- Fortalecimiento del Equipo del Laboratorio de Cocreación, incorporando un Ingeniero Mecatrónico.
- Fortalecimiento de los procedimientos relacionados con la transferencia de tecnología y explotación de los resultados Identificación de puntos en común del proceso con el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG)

### **Debilidades.**

- Continúa pendiente aclarar los temas de Protección de la Propiedad Intelectual aplicable al HGM.
- Definición de un líder de proceso, en temas de gestión documental según el mapa de planeación estratégica.
- El proceso está lo suficientemente maduro, como para considerar de un cargo de planta que se profesional en tareas de innovación, como lo tiene docencia y servicio e investigación.
- Poca integración con el proceso de gestión de la información, necesario para proyectos que requieran desarrollo de software y análisis de datos.

#### **1.2.5.12. Proyecto 12. Consolidación del HGM como un hospital universitario.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se realizaron los Comités Docencia Servicio con las Instituciones Educativas con las que se dispone de Convenios Vigentes; aún pendiente Uniremington, Colegio Mayor y UPB.
- Se suscribió el Convenio Docencia Servicio y de práctica académica HGM-UNIMINUTO
- Se realizaron 14 actividades académicas programadas entre los meses de julio a octubre de 2019, se realizó el primer congreso internacional en cuidados de la mujer, Quinto simposio de actualización médica y quirúrgica, primer simposio de enfermería.
- Se realizaron 4 reuniones del Comité de I+D+i, en las que se aprobaron 17 nuevos Proyectos de Investigación para ser ejecutados en el HGM de julio a octubre de 2019
- Se culminó el proceso de participación en la Convocatoria de estancias posdoctorales de COLCIENCIAS con el proyecto: "Diseño del modelo pedagógico del Hospital General de Medellín para el fortalecimiento de las competencias de los docentes y estudiantes con el apoyo de las TIC" Los resultados preliminares serán conocidos a finales de noviembre de 2019.
- Se publicó la convocatoria para la conformación del grupo de gestores docentes del HGM.
- Se firmó convenio con la Universidad UCC para la realización del Diplomado para enfermería en endoscopia digestiva básica y terapéutica.
- Se finalizó el Diplomado Terapia Nutricional Neonatal realizado en convenio con el CES

### **Fortalezas.**

- Incremento en la participación en las jornadas académicas y tutorías, incremento en la presentación de proyectos de investigación para ser aprobados por el comité I+D+I, se realizó orden de servicios para algunas actividades de mantenimiento del Software ATENEA y una orden de servicios con una firma especializada para la creación del marco jurídico de propiedad intelectual para el HGM.

### **Debilidades.**

- Aún quedan pendiente contratar nuevos requerimientos para optimizar el funcionamiento del software ATENEA

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

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Se continúa con Asesoría para el montaje y operación del Comité de Ética en Investigación en Humanos propio del HGM.
- Se aprobó la participación del estudio con la Industria Farmacéutica Melody con Medimmune, en espera de recibir el contrato para revisión y legalización.
- Se declinó la participación en el estudio LatinaBreast con ROCHE, luego del análisis de la relación costo beneficio.
- Se presentó plan de mejoramiento según los hallazgos de la auditoria interna realizada al CEC por el grupo de auditoria del HGM.
- Se firmó orden de servicios para la auditoria externa al CEC.
- Se dictó el curso de Buenas Prácticas Clínicas a 19 investigadores.
- Se continúa con asesoría para el montaje y operación del Comité de Ética en Investigación en Humanos propio del HGM.

### **Fortalezas.**

- Incremento en el reclutamiento de pacientes en el estudio EPI
- Relacionamiento con la Industria Farmacéutica.
- Relacionamiento con la Universidad CES.
- Personal del CEC comprometido con su función y sus roles.

### **Debilidades.**

- La insuficiente participación de algunos de los Profesionales Especialistas vinculados al HGM en los diferentes Ensayos Clínicos como Investigadores Principales.

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

En el período se avanza en la ejecución de la construcción de las obras.



### **Fortalezas.**

- Cumplimiento de la norma de habilitación para los tres espacios en mención.
- Mejorar la atención a los pacientes con espacios adecuados.

### **Debilidades.**

- No se observan debilidades.

#### **1.2.5.15. Proyecto 15. Adecuación Servicio Cuidado Básico Neonatal – Piso 4° Sur.**

El proyecto se presentó a Junta Directiva y fue excluido del Plan de Acción de este año.

#### **1.2.5.16. Proyecto 16. Plan maestro de sostenibilidad ambiental.**

Entre las actividades del proyecto se tienen:

- Actualización de la Caracterización del Proceso de Gestión Ambiental.
- Realización del Estudio de Valoración Económica de Impactos Ambientales con la empresa Ingeobosques, la cual no requiere un plan de intervención, implementación ni seguimiento, además, Referenciación en el HPTU, Hospitales Verdes y Saludables.
- Programa de Control de Emisiones Atmosféricas: Se realizó el Informe parcial de Huella de Carbono de 2019 y el despliegue de la Huella de Carbono Corporativa y se solicitaron cotizaciones para Auditoría Energética.

### **Fortalezas.**

- Se cuenta con profesionales encargados de la implementación y seguimiento del Plan (Área de Gestión Ambiental)

### **Debilidades.**

- Pocos proveedores en el mercado que realicen el estudio de Auditoría Energética, a la fecha solo se cuenta con una propuesta comercial.

#### **1.2.5.17. Proyecto 17. Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.**

En el período no se reportaron actividades de este proyecto.

#### **1.2.5.18. Proyecto 18. Cumplimiento de estándares Norma ISO 27000 (Seguridad de la información).**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Participación en los eventos presenciales y virtuales brindados por Mintic.
- Asistencia a Taller de Seguridad y de la Información y Riesgos Digitales.
- Definición de políticas y lineamientos de Gobierno Digital para el HGM.
- Intervención hallazgos identificados por la Consultoría.

### **Fortalezas.**

- Mejoramiento al sistema de seguridad de la información alineado a las mejores prácticas.

### **Debilidades.**

- Falta de sensibilización del personal con los sistemas que rigen la entidad para una mejora continua de la institución

### **Observación de Auditoría Interna.**

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

#### **1.2.5.19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.**

Entre las actividades realizadas está el desarrollo de los proyectos que se relacionan a continuación, con los cuales, se da cumplimiento a la normatividad requerida para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se implementan nuevos desarrollos en la institución con el fin de optimizar procesos:

#### **Proyecto 19.1. Implementación Facturación Electrónica.**

- Definido con fundamento en el Decreto 1349 de 22 de agosto de 2016; la Fase 1 se encuentra en producción desde el mes de julio y se inicia el análisis de la Fase 2 a implementar en el 2020.

#### **Proyecto 19.2. Código de Barras en el Almacén General.**

- El proyecto finalizó en el mes de mayo, y actualmente se encuentra en funcionamiento.

#### **Proyecto 19.3. Implementación. Portal de autoservicios para empleados.**

- El proyecto finaliza y sale a producción en el mes de agosto. Entre septiembre y octubre se socializa con el personal del HGM.

#### **Proyecto 19.4. Renovación de PC (301 máquinas)**

- Se completa la ejecución del proyecto de renovación de equipos en el mes de julio. A partir del segundo semestre todos los equipos de cómputo son propiedad del HGM.

#### **Proyecto 19.5. Desarrollo del SW para RCIU**

- Se completaron los desarrollos de la Interfaz SAP\_Carestream, los cuales serán probados en el último bimestre del año.

### **Proyecto 19.6. Unificación de planes de mejora institucionales**

- Actualmente se encuentra en la fase de finalización de la ejecución del proyecto.

### **Proyecto 19.7. Central de referencia**

- Se efectúa la estimación del proyecto y debido al tiempo que requiere y a la priorización que se da con la consultoría, se define realizar en el 2020.

### **Proyecto 19.8. Sistema de gestión de SST**

- Se evaluaron las alternativas existentes en el mercado teniendo como prerequisite que estuvieran integradas a SAP. Se aplaza para el próximo año debido a que no cuenta con el presupuesto requerido.

### **Proyecto 19.9. Implementación GRD's**

- Actualmente el proyecto de GRD ya presenta avances en Grupos relacionados de diagnósticos para la parte clínica, se ha logrado el desarrollo de un CMBD (conjunto mínimo básico de datos) que contiene las variables que permiten la caracterización en la complejidad de los pacientes, se cuenta con el contrato de licenciamiento de la plataforma AVEDIAN.
- El proyecto de GRD presenta barreras en los aspectos económicos, toda vez que el área de costos aún no logra estructurar los reportes necesarios para alimentar la plataforma y permitir el cruce entre la complejidad de los pacientes en la clasificación de cada GRD con los costos que implica la atención de estos. Sin estos no es posible el desarrollo de un modelo de contratación por GRD.

#### **1.2.6. Elemento: Gestión Presupuestal.**

##### **1.2.6.1. Gestión de Cartera.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realiza solicitud de creación de un desarrollo, porque desde el sistema SAP era muy difícil bajar la información para dicha presentación en la plataforma PISCIS.
- Para el reporte del mes de octubre, aunque se tenía el desarrollo se tuvo que realizar una parte manual, pero se realizaran los ajustes respectivos desde Sistemas.

#### **Fortalezas.**

- Desarrollo desde el área de sistemas con el programa SAP, para que la información que se requiere para su presentación no fuera tan difícil y dispendiosa.
- Presentación de manera confiable y oportuna.

#### **Debilidades.**

- El sistema no estaba diseñado para bajar la información, que se requiere para su presentación ante el SISPRO.

- La información que era reportada no cumplía con los lineamientos que están establecidos para la presentación.
- Alta manualidad para la generación de los reportes.

#### **1.2.6.2. Proceso de facturación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Implementación del Registro de Actividades con los auxiliares de Piso, con el objetivo de efectuar medición de las labores que desempeñan día a día a partir de aquellas actividades que se desarrollan y que generan registro en los sistemas de información.
- Implementación del seguimiento al personal que entre sus labores diaria desarrolla labores propias de facturación de episodios, para de esta manera contar con una herramienta de medición que permita establecer evoluciones o retrocesos en el trámite de la facturación de los episodios.

#### **Fortalezas.**

- Permite tener un registro de las actividades que se desarrollan y hacer un seguimiento día a día y mes a mes de aquellas tareas asignadas y de la facturación de los episodios.

#### **Debilidades.**

- No se contaba con una herramienta de seguimiento de las actividades que se desarrollan por parte de los auxiliares de Piso y es necesario un registro de estas.

#### **1.2.6.3. Realización de inventarios anuales.**

##### **1.2.6.3.1. Inventario de activos fijos.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se han realizado los inventarios mes a mes en cada una de las áreas donde se han realizado tomas físicas en cada centro de costos.

#### **Fortalezas.**

- Control y valoración de los activos del hospital.

#### **Debilidades.**

- Dificultad en la ubicación de algunos activos.

##### **1.2.6.3.2. Inventario de material médico quirúrgico y medicamentos.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó el inventario en Almacén de Dispositivos Médicos el día 19 de octubre de 2019.

#### **1.2.6.3.3. Inventario de reactivos.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- En el mes de mayo del 2019, en cumplimiento del memorando de gerencia con radicado 2019001892 del 7 de mayo del 2019, y con el fin de hacer la debida entrega a la nueva líder del servicio, se convoca al personal asignado y se realiza el inventario de reactivos e insumos del laboratorio clínico, sin embargo, este no es efectivo porque no fue posible contabilizar el inventario final.
- Se solicita al área financiera dar solución al problema con el fin de realizar un nuevo inventario antes del cierre de la vigencia 2019.

#### **Fortalezas.**

- El inventario del laboratorio clínico realizado el pasado mes de mayo se llevó a cabo de forma organizada, participativa y eficiente. Se observa una adecuada organización y dirección. Todos los actores mostraron sentido de pertenencia obteniendo resultados satisfactorios.

#### **Debilidades.**

- Se detectaron errores en la configuración o parametrización del módulo de presupuesto, que posiblemente está realizando validaciones que no aplican y que afectan los inventarios de diferentes servicios.

#### **1.2.6.3.4. Inventario de banco de sangre.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- En el mes de abril del 2019, en cumplimiento del memorando de gerencia con radicado 2019001132 del 26 de marzo del 2019, se convoca al personal asignado y se realiza el inventario de reactivos e insumos del banco de sangre, con resultados satisfactorios.

#### **Fortalezas.**

- El inventario del banco de sangre realizado el pasado mes de abril del 2019 se llevó a cabo de forma organizada, participativa y eficiente. Se observa una adecuada organización y dirección. Todos los actores mostraron sentido de pertenencia obteniendo resultados satisfactorios.

#### **1.2.6.3.5. Inventario de material de osteosíntesis.**

No se realiza inventario porque todo el material es en consignación, controlado por el proveedor.

#### **1.2.6.3.6. Inventario de insumos de odontología.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

#### **1.2.6.3.7. Inventario farmacia – imagenología.**

Se realizó inventario el día 26 de octubre de 2019.

#### **1.2.6.3.8. Inventario farmacia – urgencias.**

Se realizó inventario el día 02 de noviembre de 2019.

#### **1.2.6.3.9. Inventario farmacia – central y bodegas de medicamentos.**

Está programado inventario para el sábado 23 de noviembre.

### **1.3. Dimensión N° 3. Gestión con Valores para Resultados.**

#### **1.3.1. Sistemas de Gestión.**

##### **1.3.1.1. Gestión Ambiental.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Seguimiento y desarrollo de los Programas de Gestión Ambiental
- Seguimiento a los Planes de Acción resultantes de la visita de la Secretaría de Salud y de requerimientos del AMVA.
- Monitoreo y Medición de Gases de Combustión a calderas.
- Monitoreo de Calidad de Agua Potable.
- Inspecciones Ambientales.
- Capacitaciones Ambientales.
- Actualización de Documentos Ambientales.
- Desarrollo y análisis a Indicadores de Gestión Ambiental.
- Participación activa en el Comité Ambiental del Sector Salud.

#### **Fortalezas.**

- Se cuenta con profesionales encargados de la implementación y seguimiento del proceso de Gestión Ambiental

#### **Debilidades.**

- Falta de aprensión y adherencia de algunos temas ambientales por parte del personal institucional

##### **1.3.1.2. Salud y seguridad en el trabajo.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Manejo seguro de las sustancias críticas de acuerdo al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo - SSST:



- Rotulación de sustancias químicas bajo SGA, capacitación al personal e inspecciones a los diferentes servicios.
- Se continúa con la implementación del SVE para formaldehidos: Realización de exámenes de laboratorio y valoración médica personal del expuesto.
- Compra e instalación de ducha lavajojos en patología, instalación de la puerta que separe el área administrativa, del área técnica, compra del formol dosificado, solicitud con soporte de la necesidad de nivelar el personal expuesto a la clase de riesgo, aún no se ha realizado debido a cambios en la estructura del hospital. compra y dotación en diferentes áreas con el kit de derrames.
- Gestión de solicitud y revisión de hojas de seguridad para implementar SVE de medicamentos cito tóxicos.
- Se realizó la evaluación de los estándares mínimos del SGSST bajo la Resolución 0312 de 2019.
- Se continúa con el seguimiento y desarrollo de los Programas de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo: Investigación y gestión de la accidentalidad y el ausentismo, evaluación puestos de trabajo, inspecciones, capacitaciones, evaluaciones médicas y seguimientos de laboratorio, control operacional de terceros y sicosocial. Revisión y actualización de la matriz de las diferentes matrices.

#### **Fortalezas.**

- Se cuenta con profesionales encargados de la implementación, asignación de médico laboral tiempo completo, el apoyo de la ARL y de la Gerencia

#### **Debilidades.**

- Dificultad para conseguir las hojas de seguridad completas y actualizas, y bajo el SGA.
- Ingreso de un gran número de personas a la institución: operativos y líderes que disminuyen adherencia, empoderamiento al sistema, además, de su continuidad.

#### **1.3.1.3. Responsabilidad Social.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se elabora el informe de responsabilidad social empresarial y se envía a Fenalco, con el fin de obtener el certificado como empresa socialmente responsable. Dicho certificado es otorgado en la vigencia objeto del reporte.

#### **Fortalezas.**

- La organización posee diversas fuentes para expresar su compromiso con la responsabilidad social empresarial.

#### **1.3.1.4. MIPG - Modelo Estándar de Control Interno – MECI.**

La organización se encuentra realizando actividades para dar cumplimiento a lo establecido en el MIPG y su puesta en marcha:

- Comité institucional de gestión y desempeño.
- Capacitación en el MIPG.
- Participación en talleres de preparación para el cumplimiento del MIPG.

### **1.3.1.5. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.**

#### **1.3.1.5.1. Sistema Único de Habilitación.**

La organización no ha realizado para la vigencia ninguna modificación en lo relacionado con el Sistema Único de habilitación. Actualmente se encuentra a la espera del cambio de normatividad previsto para el mes de diciembre, con el fin de iniciar un proceso de autoevaluación bajo los nuevos estándares. Tampoco se presentaron visitas del ente territorial para verificación del SUH.

#### **1.3.1.5.2. Auditoría Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.**

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

- Se terminan de definir acciones de mejora para las oportunidades que ingresan al plan, se realiza el análisis causal para la oportunidad de mejora priorizada del grupo de direccionamiento y gerencia, se definen nuevas acciones de mejora para la oportunidad agrupada relacionada con riesgos.
- Las acciones de mejora son ejecutadas por los diferentes grupos de mejoramiento a los cuales fueron asignadas y se realiza seguimiento sistemático en las reuniones ordinarias de los mismos y en el seguimiento al plan de acción. Los resultados de la ejecución del plan de mejoramiento se presentan en el ítem de plan de mejoramiento de este instrumento.

#### **1.3.1.5.3. Sistema de Información para la Calidad – SIC**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La institución realiza la medición de los indicadores contenidos en la Resolución 256 de 2016 (Sistema de información para la calidad) y se reporta con la periodicidad establecida en dicha resolución.
- Los indicadores reportados en dicha resolución son socializados y analizados en los diferentes comités Institucionales y en la reunión del comité ampliado de gerencia (plan de acción) de manera bimestral.

### **Fortalezas**

- El sistema de información de la Institución favorece la obtención de la información para el reporte oportuno

### **Debilidades.**

- Se evidencian algunos indicadores, especialmente de oportunidad por fuera del estándar. Lo anterior especialmente por saturación de los servicios.

#### **1.3.1.5.4. Sistema Único de Acreditación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La organización cuenta con la acreditación institucional por parte del Icontec hasta el año 2023.
- Trabajo continuo con los grupos de mejoramiento para fortalecer los estándares de acreditación.

#### **1.3.2. Comités institucionales.**

La entidad tiene los siguientes comités de trabajo, la mayoría creados y puestos en operación en cumplimiento de normativa vigente. Para los propósitos de este informe los hemos clasificado en administrativos y asistenciales.

##### **1.3.2.1. Comités administrativos.**

###### **1.3.2.1.1. Comité de gestión y desempeño.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- El comité se encuentra creado y ha desarrollado algunas reuniones en lo corrido del periodo.
- Articulación de los comités Institucionales que por normatividad deben articularse con el mencionado.

### **Fortalezas**

- El comité ha empezado a generar dinamismo en su funcionamiento.

### **Debilidades.**

- Es necesario garantizar el desarrollo de las reuniones con la periodicidad establecida.

##### **1.3.2.1.2. Comité Coordinador de Control Interno.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- El Comité se ha reunido en dos (2) ocasiones, de las tres programadas para el año.
- En cada reunión se hace seguimiento al Plan de Acción del Comité.

### **Fortalezas**

- Espacio para determinar políticas en materia de control interno, aprobar el Plan Anual de Auditoría interna y socializar los resultados de las auditorías internas.

### **Debilidades.**

- Fortalecer el Comité como espacio de análisis y decisiones sobre el Sistema Institucional de Control Interno.

#### **1.3.2.1.3. Comité Sysoma.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Comités rutinarios
- Seguimientos a los Planes de Acción de las Auditorías SST y Ambientales

#### **1.3.2.1.4. Comité gobierno digital.**

En el período no se reportaron actividades de este comité.

#### **1.3.2.1.5. Comité de inventarios.**

Se han realizado los inventarios mes a mes en cada una de las áreas donde se han realizado tomas físicas en cada centro de costos.

### **Fortalezas**

- Control y valoración de los activos del hospital.

### **Debilidades.**

- Dificultad en la ubicación de algunos activos.

#### **1.3.2.1.6. Comité de contratación.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

El artículo 10 de la Resolución N° 5185 del 4 de diciembre de 2013, establece que en los procesos de contratación por convocatoria pública, la Empresa Social del Estado podrá conformar un comité de apoyo a la actividad contractual. Adicionalmente en los Manuales de Contratación de las entidades estatales al ser una norma de carácter interno, se señalan además de los aspectos administrativos del trámite y desarrollo contractual, las acciones que se derivan de la vigilancia y control de la ejecución contractual.

En virtud de lo anterior, y como instrumentos de apoyo y asesoría para el mejoramiento continuo de la actividad contractual, en el Hospital General de Medellín se continuó con el Comité Asesor de Contratación, el cual existe desde el año 2004, y cuya creación se realizó mediante Resolución No. 350 de 2004.

El Comité estará integrado por los siguientes miembros con voz y voto:

1. Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros, quien lo presidirá.
2. Subgerente de Procesos Asistenciales.
3. El Director o responsable del área que define las características del bien o servicio.
4. Director Financiero.
5. Abogado encargado de los procesos contractuales, quien ejercerá la Secretaría Técnica.
6. Líder de Programa (Salud Ocupacional).
7. Director Comercial y de Servicios Generales.

#### **1.3.2.1.7. Comité de saneamiento contable.**

En reunión del 8 de octubre de 2019 se trató el tema de inventarios y saneamiento de cartera.

#### **Fortalezas**

- Participación Activa en las citaciones al último Comité.

#### **Debilidades.**

- Rotación del Personal

#### **1.3.2.1.8. Comité de archivo.**

Se anexan las actas legalizadas de los comités realizados.

#### **1.3.2.1.9. Comité de activos fijos.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se han realizado cinco reuniones del comité donde se han expuesto temas como:
  - Informe activos fijos.
  - Adquisiciones de nuevos activos.
  - Control de activos.
  - Baja de activos.
  - Avalúo Inmuebles.
  - Acciones de mejora.
- Se realizó el levantamiento de los indicadores del área de activos.

#### **Fortalezas**

- Mejorar los procesos de control de los activos del Hospital.
- Medir la efectividad en los inventarios.

#### **Debilidades.**

- Dificultad en la ubicación de algunos activos



#### **1.3.2.1.10. Comité de transparencia.**

Desde mayo del presente año, se han realizado 4 Comités ordinarios y uno extraordinario. No se realizó en octubre.

##### **Fortalezas**

- Integrado por funcionarios de la alta dirección y con conocimientos en diferentes temas

##### **Debilidades.**

- Iniciativas para generar una cultura de la transparencia en el Hospital

#### **1.3.2.1.11. Comité de convivencia laboral.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizó elección de comité de convivencia laboral periodo 2019 a 2021. La Gerencia designó sus representantes para el mismo periodo.
- Se realizó asesoría con abogada especialista en el tema de convivencia laboral en donde participó el comité de convivencia periodo 2019 a 2021.
- Se han reunido periódicamente dando cumplimiento al plan de trabajo.
- Se ha realizado entrega de informe trimestral a la gerencia.
- Se ha realizado a seguimiento a casos conciliados.

#### **1.3.2.1.12. Comité docencia servicio.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizaron los Comités Docencia Servicio con las Instituciones Educativas con las que se dispone de Convenios Vigentes; aún pendiente Uniremington, Colegio Mayor y UPB
- Se realizaron tres Comités Docencia Servicio Institucionales.

##### **Fortalezas**

- Comité activo y participativo

##### **Debilidades.**

- Cruce de agendas para las reuniones

#### **1.3.2.1.13. Comité de emergencias.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Cumplimiento plan de trabajo para 2019.
- Realización de comité y participación del Comité Gerencial seguridad del paciente, seguimiento a tareas definidas.

- Revisión, actualización y despliegue del plan de emergencias.
- Capacitación de funcionarios y grupos críticos para la atención de las emergencias, incluyendo el comité de emergencias y la Brigada de emergencias.
- Planeación, realización y evaluación de simulacro de atención de emergencia interna.

### **Fortalezas**

- Apoyo Gerencial.
- Asignación de presupuesto para Plan de emergencias.

### **Debilidades.**

- Número inferior de brigadistas.
- Ingreso de un gran número de personas a la institución: operativos y líderes que disminuyen adherencia, empoderamiento al sistema, además, de su continuidad.

#### **1.3.2.1.14. Comité de conciliación.**

##### **1.3.2.1.14.1. Seguimiento Procesos de Conciliación.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Análisis de los casos por cada uno de los abogados encargados de los procesos prejudiciales y judiciales, donde se determina los posibles riesgos jurídicos.

##### **1.3.2.1.14.2. Informe gestión Comité de Conciliación.**

El Decreto 1069 de 2015 eliminó la presentación de informes a esas entidades.

##### **1.3.2.1.14.3. Publicación de actas de acuerdos conciliatorios.**

El comité en el periodo indicado no ha decidido conciliar ningún asunto.

#### **1.3.2.2. Comités asistenciales.**

##### **1.3.2.2.1. Comité de farmacia y terapéutica.**

Se realiza comité de Farmacia y Terapéutica el tercer martes de cada mes; en el periodo se han realizado dos comités.

##### **1.3.2.2.2. Comité de ética hospitalaria.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se reiniciaron los comités que se habían interrumpido.
- Se reorienta su objetivo principal, dado este es un comité que vela por los deberes y derechos de los pacientes y No por los aspectos Bioéticos.
- Se diferencia el comité de Ética del comité de Bio-ética que no existe en el hospital.

#### **1.3.2.2.3. Comité de infecciones.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Entrega oportuna de los indicadores a los diferentes entes de control.
- Entrega oportuna al grupo de IAAS de la SSM de los requerimientos, ocasionados por los brotes institucionales.
- Detección oportuna, manejo y control efectivo de todos los brotes que se presentan en la institución. (Cándida auris, Pseudomona Auriginosa; Clostridium difficile, Rotavirus; M tuberculosis).
- Implementación del indicador de ISO por tipo de herida, tipo de infección, riesgo NHSN y especialidad.
- Implementación de la estrategia zero flebitis en todos los servicios de la institución.
- Finalista de experiencia exitosa de la Secretaria de Salud de Medellín

#### **1.3.2.2.4. Comité de vigilancia epidemiológica.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Reconocimiento de la vigilancia epidemiológica como un proceso estructural en la institución.
- Presencia del HGM en los procesos de vigilancia epidemiológica de la ciudad y el departamento.
- Ausencia de enfermedades infectocontagiosas en el personal asistencial relacionado con el manejo de pacientes con estas patologías (Varicela, M tuberculosis).
- Ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento dejados por la secretaría de salud.

#### **Fortalezas**

- Articulación efectiva de la institución con el ente territorial lo que permite la realización de directrices y la difusión oportuna de las alertas epidemiológicas mundiales, nacionales y municipales.

#### **1.3.2.2.5. Comité gerencial de seguridad del paciente.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- El comité gerencial de seguridad del paciente se encuentra constituido por resolución.
- Se reúne con la periodicidad establecida en la resolución y da cuenta de los demás comités Institucionales donde se aborda el tema de seguridad del paciente.

#### **Fortalezas**

- Existe un gran compromiso Institucional en todos los temas relacionados con la seguridad del paciente.

#### **1.3.2.2.6. Comité de historias clínicas.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Mejoras en el sistema de información de Historia Clínica Electrónica:
- En el período enero–octubre 2019, se presentan mejoras en la Historia Clínica que permiten incrementar la seguridad del paciente en su proceso de atención, estas son desarrolladas desde el área de TI, con el acompañamiento directo de los usuarios de las áreas involucradas en el proceso de atención para el cual se hace el desarrollo.
- Avances en el Monitoreo de la adherencia a la calidad de la Historia clínica y la adherencia a guías de práctica clínica.

#### **1.3.2.2.7. Comité técnico científico.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Logro en la ejecución real de actividades del plan de acción en el programa de Atención Integral en Salud del 104.3%, permitiendo esto acercar la gestión asistencial al logro de la Mega.
- Estructuración del Plan anual de adquisiciones de las áreas de la subgerencia asistencial, lográndose consolidar una proporción importante de recursos para la inversión en actualización tecnológica y nuevos programas asistenciales en beneficio de la comunidad.

#### **1.3.2.2.8. Comité de trasplante de tejidos.**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se encuentra actualizado el listado de profesionales que intervienen en los procedimientos de trasplante y perfil por tipo de órgano o tejido, acreditando la experiencia e idoneidad.
- Se verifica la validez y la inclusión en la Red Data INS de la documentación pertinente.
- Se hace la actualización de los Protocolos médicos por tipo de trasplantes que realiza, seguimiento post-trasplante, de muerte encefálica, mantenimiento de donante, existe Divulgación y disponibilidad de los protocolos médicos y consentimiento informado.
- Se verifican en los documentos y sitios físicos o electrónicos de disponibilidad, la inclusión de los criterios de asignación y su adherencia en historias clínicas.
- Existe evaluación de los criterios de autocontrol, auditoria interna, indicadores de resultado, seguridad del paciente, adherencia a los protocolos de trasplante.
- Se verifica con la aplicación de adherencia a los protocolos de trasplante, seguimiento post-trasplante, las auditorías internas realizadas y los indicadores documentados.



## **II. Componente Evaluación del Riesgo**

**Lineamientos de Política**  
**Identificación del riesgo**  
**Análisis del riesgo**  
**Evaluación del riesgo**  
**Monitoreo y revisión**  
**Mapa de Riesgos**



## **II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

### **2.1. Lineamientos de Política.**

En el período se ajusta la política del Sistema de Gestión del Riesgo – SGIR, acorde a los lineamientos del DAFP.

**Nota:** para los numerales del 2.2. al 2.6, las actividades realizadas son las siguientes:

- Se elabora Manual del SGIR.
- Se adopta la Metodología del SGIR del DAFP.
- Matrices de procesos con la información actualizada.

### **2.2. Identificación del riesgo.**

### **2.3. Análisis del riesgo.**

### **2.4. Evaluación del riesgo**

### **2.5. Monitoreo y revisión.**

### **2.6. Mapa de Riesgos.**

#### **Fortalezas**

- Adoptar lineamientos del DAFP
- Fortalecer el SGIR del HGM.

#### **Debilidades.**

- Poca cultura del riesgo en el HGM.



# **III. Componente Actividades de Control**

Indicadores Institucionales

### **III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.**

#### **3.1. Indicadores Institucionales.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se hace el reporte de la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 al Ministerio de Salud y Protección Social, correspondiente al primer semestre 2019, el mismo se obtiene en archivo plano desde BI en forma automática, se corre en PISIS, plataforma de validación y cargue del Ministerio de Salud, la información de esta resolución se corre mensualmente y se alimentan los tableros de indicadores.
- Dentro del contexto del sistema de información para la calidad se tiene igualmente el reporte de la producción a partir del decreto 2193 de 2004, informe cargado en la plataforma del SIHO con información del 2o y 3o. Trimestre 2019, reporte generado en forma automática desde BI, no hay manipulación de datos, se valida en plantilla diseñada por la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, quien hace 2a. Validación antes de liberar reporte al Ministerio de Salud.

#### **3.2. Indicadores Institucionales – Sistema de Información de la Calidad.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se tienen tableros de mando en formato Excel que contienen los indicadores institucionales de gestión por proceso, en el periodo se publicó el nuevo manual de indicadores con ajuste en la estructura de la ficha técnica y en la tabla grafica del indicador, los responsables de cada tablero ya han hecho la actualización de datos. Dentro del presupuesto del área de sistemas, se tiene proyectado para 2020 migrar los tableros de indicadores a otra alternativa tecnológica que genere seguridad con POWER BI.
- Igual en la institución se tiene un desarrollo en BI de tableros de indicadores que se vienen mejorando con nuevos tableros e indicadores institucionales por proceso, se ha avanzado al diseñar el tablero de indicadores gerenciales en las estructuras y visualizaciones de BI, este proyecto está sin más avance debido a licencias del responsable.



## **IV. Componente Información y Comunicación**

### **Dimensión 5. Información y Comunicación**

- **Tecnologías de la información y comunicación**
- **Comunicación Institucional**



#### **IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

##### **4.1. Dimensión N° 5. Información y Comunicación.**

###### **4.1.1. Tecnologías de la información y comunicación.**

###### **4.1.1.1. Sistemas de información.**

Las actividades se describieron en el numeral 1.2.5.19. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

###### **4.1.1.2. Desarrollo Tecnológico.**

Las actividades se describieron en el numeral 1.2.5.19. Proyecto 19. Proyecto 19. Desarrollo del sistema de información e informática.

###### **4.1.1.3. Derechos de autor de Software.**

El informe de los derechos de autor se presenta anualmente en la página; la correspondiente al año 2019 ya se presentó.

##### **Fortalezas**

- Se da cumplimiento a la normativa vigente de derechos de autor y se cumple con las entregas.

##### **Debilidades.**

- Desconocimiento a nivel administrativo del proceso de derechos de autor.

###### **4.1.2. Comunicación Institucional.**

###### **4.1.2.1. Plan de comunicaciones.**

###### **4.1.2.1.1. Comunicación interna.**

###### **4.1.2.1.1.1. 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 6.514 usuarios y 221.938 visitas a las diferentes secciones de acuerdo con las estadísticas de google analytics.

###### **4.1.2.1.1.2. Campañas**

Entre las campañas adelantadas se tienen:

- Hospital Naranja y Mueve tu Corazón, dos estrategias para promover al interior de la institución unos estilos de vida saludables para servidores y colaboradores.
- Código Azul, para mejorar el reporte de estos eventos por parte del personal asistencial.
- Tips para el manejo del nuevo portal de Gestión Humana.

#### **4.1.2.1.1.3. Eventos institucionales**

Entre los eventos realizados se tienen:

- Con motivo de los 70 años del Hospital se realizaron tres eventos académicos: Congreso Internacional de Cuidados de la Mujer, Primer Simposio de Enfermería y Quinto Simposio de Actualización en Conocimientos Médicos.
- Celebración del cumpleaños del Hospital el 1° de agosto,
- Apoyo al área de Gestión Humana en el evento de Exaltación a los Mejores, Ceremonia de celebración de los 70 años del Hospital.
- En este periodo también se realizaron dos reuniones informativas de Gerencia

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

El indicador promedio de la comprensión de la información institucional se lleva cada mes teniendo diferentes fuentes de dato como son las listas de chequeo de visitas de calidad de direccionamiento y gerencia, gerencia de la información, Syso y medio ambiente, practicas seguras, y ambiente físico.

#### **4.1.2.1.2. Comunicación externa.**

##### **4.1.2.1.2.1. Canales de comunicación: Carteleras digitales**

Entre las actividades realizadas se tienen:

- 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.
- Perfil en Facebook al 3 de noviembre se tenían 17.465 fans, en el perfil de twitter 335 seguidores y en el perfil de instagram 1.737 seguidores.
- En el mes de agosto se lanzó el nuevo sitio web del Hospital, el cual le permite interactuar más a la ciudadanía a través de encuestas, foros y formulación de preguntas, cuenta con una galería multimedia para imágenes y videos y transmisión en vivo, además de una plataforma de solicitud de citas y pagos en línea.
- La página web se actualiza permanentemente y al 30 de agosto contaba con un porcentaje de actualización del 88%. Con un total de 89.210 usuarios y 231.531 visitas a las diferentes secciones de la página durante el periodo de acuerdo con las estadísticas de google analytics

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

Entre las actividades realizadas se tienen:



- A 141 pacientes se les entregó tarjeta de cumpleaños durante este periodo.
- En el Chat se atendieron 305 personas durante el periodo.
- Con la Sala Familiar y Palabras que Acompañan se celebró el Día de los Niños con los pacientes hospitalizados

#### **4.1.2.1.2.3. Relacionamento con medios de comunicación**

Durante el periodo se enviaron tres boletines de prensa a 56 periodistas para su difusión en los medios de comunicación. Los temas fueron: Ranking mejores hospitales equipados de América Latina, certificación al Hospital de Fenalco Solidario y campaña de donación de sangre

#### **4.1.2.1.2.4. Señalización**

Durante este periodo se finalizó con la instalación de los relojes de posiciones en los servicios de hospitalización, en total fueron 255 unidades instaladas. Igualmente se instalaron 50 vinilos en el área de Imagenología y otras 113 señales faltantes de servicios como Cirugía, Imagenología, Cardiología y Banco de Leche.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se cuenta con una oficina de atención al usuario la cual es de fácil acceso y ubicación para los usuarios, un proceso claramente descrito y socializado con el personal de la Institución. Se cuenta con diferentes canales para la recepción y trámite de las manifestaciones de los usuarios como buzones, correo electrónico, encuestas de satisfacción, canal personal.
- La Oficina de Atención al Usuario se encarga de recibir, radicar, clasificar y enviar las PQRS, a la instancia pertinente, para establecer las medidas correctivas y tomar las acciones necesarias. Estas manifestaciones pueden hacerse llegar por cualquiera de los medios de acceso descritos anteriormente y deben contener información clara del usuario para contactarlos y facilitar así la entrega de la respectiva respuesta.

#### **Fortalezas**

- La Institución cumple con los criterios que establece la normatividad vigente Circular 008 de 2018 (facilidad de acceso y ubicación).
- Se mejoró el espacio de la oficina de atención al usuario, se fortaleció el talento humano. Actualmente la oficina cuenta con 4 personas colaborando con el proceso 3 funcionarias de la institución y una estudiante,
- Ha mejorado de manera ostensible la oportunidad de la respuesta gracias al compromiso de los líderes y directores.

#### **Debilidades**

- A pesar de las mejoras en espacio y recurso humano, no se garantiza la privacidad del usuario en el momento de ser atendido.

#### **4.1.2.3. Rendición de cuentas.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

#### **4.1.2.4. Gestión documental.**

##### **4.1.2.4.1. Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición.**

En la página Web, en la pestaña transparencia se publica semestralmente la cantidad de derechos de petición solicitados.

##### **4.1.2.4.2. Aplicación de Tablas de Retención Documental.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se formó un grupo de Gestores Documentales.
- Mensualmente se hace socialización sobre temas de archivísticos

#### **Fortalezas**

- Se tiene un grupo competente de tecnólogos que nos apoyan con sus conocimientos archivísticos.

##### **4.1.2.4.3. Aplicación de Tablas de Valoración Documental.**

Se anexa la convalidación de las tablas.

#### **4.1.2.5. Línea de transparencia.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se está escribiendo el procedimiento de la línea.
- Se han recibido 24 casos, de los cuales se han cerrado 9 con acciones correctivas en los procesos y 8 a los cuales se les dio respuesta, están de nuevo en revisión por parte de las áreas, por solicitud del Comité

#### **Fortalezas**

- Es una herramienta administrada por una empresa independiente del Hospital.
- Permite recibir los reportes anónimamente
- Los casos reportados han sido verídicos, en su mayoría, lo que implica que la herramienta está siendo utilizada correctamente

#### **Debilidades.**

- Falta capacitación a los funcionarios para que tengan conocimiento de cómo funciona y qué situaciones pueden reportar a través de ésta.

#### **4.1.2.6. Participación ciudadana.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Fortalecimiento de la Asociación de Usuarios.
- Implementación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) a través de actividades que incluyen los ejes de Empoderamiento a la Ciudadanía e Impulso a la Cultura de la Salud invitando a los usuarios de la ESE HGM a que hagan parte de la Asociación. Se adelanta la labor pedagógica de dar a conocer en las áreas de mayor concurrencia del HGM los deberes y derechos de los usuarios.
- Reporte oportuno de las actividades de la PPSS a los entes departamentales y a la Supersalud.
- Cumplimiento de la agenda anual de capacitación dirigida a la Asociación de Usuarios que responde a la PPSS. Resolución 2063 de 2017.

### **Fortalezas**

- Se adecuó un espacio para los integrantes de la asociación de usuarios.
- Se ha cumplido con el plan de capacitación anual propuesto para la vigencia 2019.
- Se encuentra en proceso de implementación la Política de Participación Social en Salud con actividades para cada una de los ejes estratégicos.

### **Debilidades.**

- A pesar del creciente fortalecimiento de la Asociación de Usuarios, aún no se cumple con todos los criterios de ley en lo que respecta al enfoque diferencial.
- No se cuenta con un número representativo de usuarios.

#### **4.1.2.7. Índice de Transparencia Activa – ITA.**

Se diligenció y se presentó oportunamente en la página Web de la Procuraduría General de la Nación conjuntamente el área de Auditoría Interna, Sistemas y Comunicaciones; el 31 de agosto de 2019, con una calificación de: 84 sobre 100 puntos.



# **V. Componente Actividades de Monitoreo**

**Dimensión 4**

Evaluación de Resultados

**Dimensión 7**

Control Interno

## **V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.**

### **5.1. Dimensión N° 4. Evaluación de Resultados.**

#### **5.1.1. Evaluación de la gestión – Segunda línea de defensa.**

##### **5.1.1.1. Evaluación del clima laboral.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- En el mes de diciembre 2018 se aplicó la encuesta de satisfacción del cliente interno con un total de participantes de 306 entre funcionarios y contratistas.
- Se clasificaron por procesos con sus respectivos resultados.
- Se tiene previsto aplicarla este año para el mes de diciembre de 2019.

##### **5.1.1.2. Evaluación del desempeño laboral.**

El personal de carrera administrativa evaluados en el semestre 2018 – 2019, fueron calificados el 100%.

##### **5.1.1.3. Seguimiento Plan Anual de Vacantes.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

##### **5.1.1.4. Seguimiento Plan de previsión del talento humano.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

##### **5.1.1.5. Seguimiento Plan estratégico del talento humano.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

##### **5.1.1.6. Seguimiento Plan de estímulos e incentivos.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

##### **5.1.1.7. Seguimiento Plan de capacitación institucional.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

##### **5.1.1.8. Seguimiento Plan de bienestar.**

En el período no se reportaron actividades de este tema.

##### **5.1.1.9. Revisión por la Alta Dirección.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:



- La revisión por la dirección se realiza teniendo en cuenta lo establecido en la NTC ISO 14001:2015 en su numeral 9.3 así como la NTC OHSAS 18001:2007 en su numeral 4.6. De igual manera con este ejercicio se aporta al cumplimiento de la 4ta Dimensión del MIPG, correspondiente a la evaluación de resultados.
- Se continúa con la consolidación de las entradas del sistema
- Resultados de las auditorías internas
- Resultados de las auditorías externas
- Retroalimentación partes interesadas
- Desempeño programas, proyectos, procesos
- Estado oportunidades de mejora
- Ejecución del plan de acción
- Ejecución plan de desarrollo BSC (Cumplimiento objetivos estratégicos)
- Cambios que puedan afectar el SGIC

### **Fortalezas**

- La alta dirección y los líderes de las áreas evidencian compromiso con el análisis de los datos generados en los diferentes procesos y se toman decisiones.
- Por medio de la rendición de cuentas al personal, la información se despliega a todos los niveles de la organización.

## **5.2. Dimensión N° 7. Control Interno.**

### **5.2.1. Auditoría Interna.**

#### **5.2.1.1. Plan Anual de Auditorías Interna – PAAI.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se da comienzo a la revisión de la metodología del plan anual de auditoría año 2020
- Se ejecutan en el periodo las siguientes auditorías:
  - Gestión de la Planeación.
  - Contrato de Salamanca.
  - Gestión de Riesgos.
  - Atención Laboratorio Clínico.
  - Atención Banco de Sangre.
  - Gestión Ambiental.
  - Seguridad y Salud en el Trabajo.

#### **5.2.1.2. Auditorías Internas por Externos.**

##### **5.2.1.2.1. Auditoría de Tecnologías de la Información y Comunicación.**

Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento, dándole cierre a varios hallazgos de Auditoría que se encuentran consignados en el Plan de Mejoramiento Institucional.

##### **5.2.1.2.2. Auditoría NTC 14.001.**



Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Solicitud de cotizaciones para el Sosténimiento del Sistema de Gestión Ambiental del Hospital, bajo la NTC ISO 14001:2015.
  - Recepción y evaluación de propuestas técnicas para la asesoría
  - Estructuración y desarrollo del Plan de Trabajo
  - Solicitud de cotizaciones para Auditoría Interna
  - Recepción y evaluación de propuestas técnicas para la Auditoría Interna
  - Plan de trabajo para el desarrollo de la Auditoría Interna
  - Acompañamiento durante el desarrollo de la Auditoría
  - Despliegue y retroalimentación de los hallazgos
  - Cierre (parcial) de los hallazgos

#### **5.2.1.2.3. Auditoría Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - OSHAS 18.001.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Solicitud de cotizaciones para el Sosténimiento del Sistema de Gestión Ambiental del Hospital, bajo la NTC ISO 14001:2015.
  - Estructuración y desarrollo del Plan de Trabajo.
  - Solicitud de cotizaciones para Auditoría Interna.
  - Recepción y evaluación de propuestas técnicas para la Auditoría Interna.
  - Plan de trabajo para el desarrollo de la Auditoría Interna.
  - Acompañamiento durante el desarrollo de la Auditoría.
  - Despliegue y retroalimentación de los hallazgos.
  - Cierre (parcial) de los hallazgos.

#### **5.2.1.2.4. Auditoría de Buenas Prácticas de Elaboración - BPE.**

Está gestionándose el presupuesto para programar en diciembre.

#### **5.2.1.2.5. Auditoría de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.**

Está gestionándose el presupuesto para programar en diciembre.

#### **5.2.1.3. Informes de cumplimiento de auditoría interna.**

##### **5.2.1.3.1. INFO-Cumplimiento Control interno contable.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- El seguimiento a las recomendaciones dadas en el informe de control interno contable, se efectuarán en la auditoría al proceso de gestión de contabilidad incluida en el plan anual de auditoría interna 2019.

#### **Fortalezas**

- Se cuenta con personal directivo y operativo competente y comprometido con el proceso.

- 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.
- El Sistema documental Eurodoc, que permite la visualización y consulta de los soportes contables de las transacciones y hechos económicos.
- Se tiene buena disponibilidad para proveer información general y detallada del proceso contable de la empresa y los soportes documentales requeridos.

### **Debilidades**

- Ausencia de seguimiento a las inversiones mediante tablas de amortización que permita garantizar el debido cálculo de intereses.
- Falta revisión de la gestión y administración de inventarios, especialmente del material de osteosíntesis.
- Falta de análisis, depuración y conciliación del remanente situado fiscal.

#### **5.2.1.3.2. INFO-Cumplimiento Avance del Plan de Austeridad.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La entidad cuenta con un plan de austeridad el cual incluye las siguientes acciones:
  - Optimizar los costos de honorarios por prestación de servicios.
  - Maximizar la rentabilidad de la unidad de ayudas diagnósticas.
  - Disminuir en el costo de medicamentos.
  - Uso de la plataforma OKA.
  - Reducción del 40% de los gastos de papelería e impresión con respecto a la vigencia 2019.
  - Supervisar y ejercer control sobre los consumos de servicios públicos.
  - Disminución de costos por capacitación.
  - Racionalizar las actividades de bienestar social.
  - Disminución de costos por arrendamiento de equipos.
- La Oficina de Auditoría Interna hará el seguimiento al plan para el cuarto trimestre de la vigencia 2019, dado que el Plan de Austeridad fue aprobado en septiembre de 2019.

### **Fortalezas**

- El HGM cuenta con Herramientas tecnológicas tales como OKA, plataforma para compra de medicamentos e insumo.

### **Debilidades**

- Dificultades en la elaboración del plan de austeridad.
- Alta rotación de funcionarios.

### **Observación de Auditoría Interna.**

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 984 de 2012 (Mayo 14) en el Artículo 22:

"Las oficinas de Control Interno verificarán en forma mensual el cumplimiento de estas disposiciones, como de las demás de restricción de gasto que continúan vigentes; estas dependencias prepararán y enviarán al representante legal de la entidad u organismo respectivo, un informe trimestral, que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto"; la oficina de auditoria debe elaborar un informe trimestral de seguimiento al plan de austeridad; sin embargo el mismo no se ha podido efectuar en la vigencia 2019, debido a que la administración no contaba con un plan de austeridad aprobado para esta vigencia.

En tal sentido, reiteramos la importancia de la elaboración, aprobación y seguimiento del Plan de Austeridad del HGM. El día viernes 1 de noviembre la administración manifestó la aprobación del Plan de Austeridad.

## **5.2.2. Planes de Mejoramiento.**

### **5.2.2.1. Plan de Mejoramiento Institucional.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se están realizando modificaciones al archivo de plan de mejoramiento Institucional, con el fin de favorecer su gestión y establecer fácilmente porcentajes de cumplimiento.
- Se encuentra en proceso de implementación el software para sistematizar el plan de mejoramiento.

#### **Fortalezas.**

- La herramienta de plan de mejoramiento permitirá sistematizar la información y mejorar la toma de decisiones y el dinamismo del proceso.

### **5.2.2.2. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna.**

Desde la oficina de Auditoría interna en consenso con el área auditada se incluyen dentro del Plan de Mejoramiento Único institucional las actividades de mejora de los resultados de la auditoria indicando el requisito, es decir, la fuente del hallazgo y/o observación.

#### **Fortalezas**

- Se articulan las fuentes externas al modelo de mejoramiento. Se agrupan las actividades y oportunidades de mejora por afinidad evitando reprocesos y desgaste administrativo para el área.

#### **Debilidades**

- Alto nivel de manualidad y operatividad en la gestión y seguimiento del modelo de mejoramiento, que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información en todo el modelo de la institución.

### **5.2.2.3. Plan de Mejoramiento Contraloría General de Medellín.**

Se efectuó oportunamente el cargue al aplicativo de gestión transparente de la Contraloría General de Medellín el plan de mejoramiento de la auditoria regular vigencia 2018.

### **Fortalezas**

- Trabajo en equipo con los responsables y líderes de procesos del HGM para socializar las acciones de mejora contenidas en el plan de mejoramiento.

### **Debilidades**

- Alta manualidad en el ejercicio de diligenciamiento de la información.

#### **5.2.2.4. Plan de Mejoramiento Revisoría Fiscal.**

Entre las actividades realizadas está la siguiente:

- Se efectuó el seguimiento al párrafo de énfasis del dictamen de la Revisoría fiscal correspondiente a la vigencia 2018

### **Fortalezas**

- Para mejorar el impacto procedente del deterioro de cartera, para la vigencia 2019 se aprueba por parte de la junta directiva modificación de la política contable donde se empieza a deteriorar a partir de los 360 días de vencimiento de la cartera.

### **Debilidades**

- Lenta recuperación de los recursos de incapacidades.

#### **5.2.2.5. Plan de Mejoramiento Archivístico**

Se remite el Proyecto al área de Gestión de Desarrollo Humano y a la Oficina de Calidad y Planeación para su análisis.

##### **5.2.2.5.1. Aplicación de Tablas de Retención Documental a la Historia Clínica.**

Se anexa informe realizado a la fecha.

##### **5.2.2.5.2. Proyecto de Digitalización de Historias Laborales y de Salud Ocupacional del Personal Activo, resoluciones y Acuerdos.**

Se anexa contrato con la empresa.

##### **5.2.2.5.3. Plan de Mejoramiento de Gestión Documental "Cero Papel"**

Se anexa contrato de digitalización.





# TERCERA PARTE

## Concepto Estado del Sistema Institucional de Control Interno

## TERCERA PARTE

### ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO – SICI.

Con fundamento en la información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, y las Dimensiones del Sistema de Gestión, que sirvieron de base para la elaboración del presente **Informe Cuatrimestral Pormenorizado N° 10-2019, del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín, del período del 4 de julio al 3 de noviembre de 2019, la Oficina de Auditoría Interna, conceptúa que:**

1. El Hospital General de Medellín, cuenta con un Sistema Institucional de Control Interno - SICI, diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes. No obstante, es necesaria la revisión y ajuste permanente de los “puntos de control”.
2. Los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control, de la entidad tienen definidos los niveles de autoridad y responsabilidad. Además están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional. Sin embargo es conveniente estructurar y actualizar los procesos institucionales.
3. Debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes y reportes de ley, para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías internas a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema Institucional de Control Interno. En este aspecto, 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.
4. Es de resaltar que el presente Informe contiene las debilidades reportadas por los líderes en cada uno de los componentes lo que muestra el interés por procurar su mejoramiento continuo, entre las cuales se menciona: alta manualidad en el registro de las novedades, mejorar el reporte de las actividades realizadas y la desactualización de la estructura organizacional.
5. El presente informe es un instrumento que viene adquiriendo importancia por el alto número de líderes de los diferentes procesos que reportan información; el número de estos se ha incrementado a 26 líderes. No obstante se debe mejorar la redacción de las actividades reportadas.
6. Es necesario fortalecer la verificación de las evidencias, las cuales se ven limitadas por el escaso tiempo entre el reporte de los líderes, la verificación de las evidencias y la consolidación del Informe que realiza la Oficina de Auditoría Interna.
7. Se debe fortalecer la participación de los diferentes grupos de interés en la estrategia de la rendición de cuentas de la institución.



## **FUENTES.**

1. Información diligenciada por los responsables en el formato diseñado por la Oficina de Auditoría Interna “Formato Informe Cuatrimestral Sistema Institucional de Control Interno”, del período julio 4 a noviembre 3 de 2019.
2. Informe de Avance Plan de Acción 2018 y 2019.
3. Informe de Auditorías internas.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Agradecemos a los 26 líderes de los planes, programas y proyectos en el reporte de la Información que sirve de base para el presente documento.

Documento elaborado y revisado por:

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

---

Elaboró: **Carlos Uriel López Ríos**  
Jefe de Auditoría Interna  
**Karina Ruíz De la Hoz,**  
Profesional de Auditoría Interna.  
**María Janneth Agudelo Arango,**  
Profesional de Auditoría Interna.  
**José Heriberto Vargas Lema**  
Profesional de Auditoría Interna.  
**Julio Ernesto Suescún Montoya,**  
Técnico Administrativo de Auditoría Interna.

---

Revisó: **Carlos Uriel López Ríos,**  
Jefe de Auditoría Interna.

---

Medellín, Noviembre de 2019.

