

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**



**INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO No 3-2018 DEL  
ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO  
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO.**

**Julio 4 a noviembre 3 de 2018**

**REALIZADO POR:**

**CARLOS MAURICIO GARCIA ESCOBAR**

Jefe de Control Interno

Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro.

**RIONEGRO**

**NOVIEMBRE DE 2018**

## **PRESENTACIÓN**

La Oficina de Control Interno del Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, 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° 3 del año 2018 del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro.

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

El Informe corresponde al período del 4 de julio al 3 de noviembre de 2018, se ha Estructurado conforme a lo dispuesto en la dimensión 7, de Control Interno del Decreto 1499 de 2017 que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG., que contempla los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno para verificar y evaluar el Sistema Institucional de Control Interno - SICI.

Desde la Oficina de Control Interno, se lideran 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.

# SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO - SICI HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO

## Línea estratégica

Alta dirección-representante legal-comité institucional de control interno-comité institucional de gestión y desempeño

## Línea de defensa 1

## Línea de defensa 2

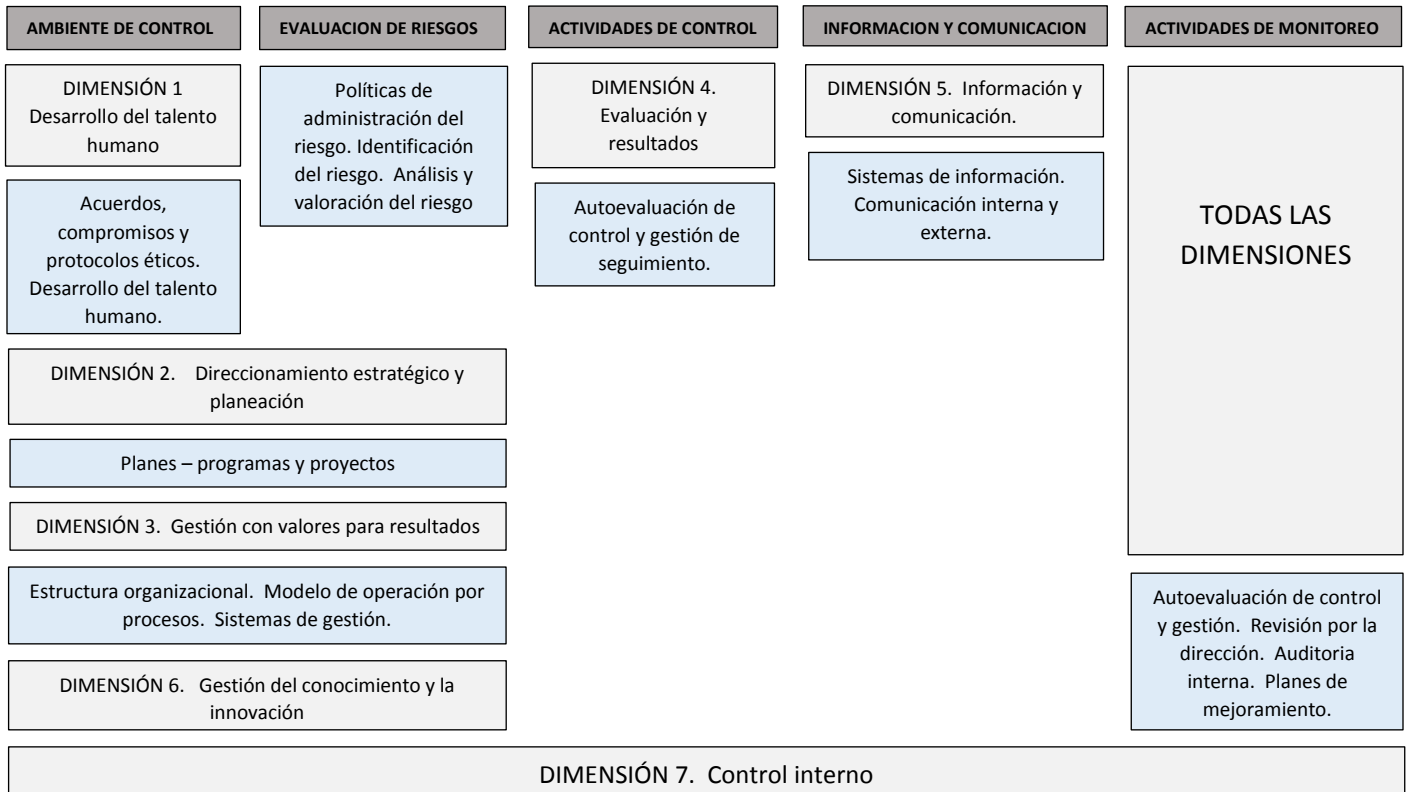
## Línea de defensa 3

Líderes de proceso

Instancias de seguimiento - líderes de calidad y planeación

Control Interno

## COMPONENTES



## **I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL**

### **1.1 Dimensión Talento Humano.**

#### **1.1.1. Código de Ética y Buen Gobierno.**

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno; la versión 3, con todas sus correcciones, falta la aprobación para publicarlo en la pagina web.

#### **1.1.2. Planeación del talento humano.**

Actualmente el Hospital cuenta con una planta de 765 plazas de las cuales 53 son de planta del hospital, 676 son por agremiaciones y 36 por prestación de servicios.

#### **1.1.3. Planta de cargos y manual de funciones.**

A la fecha la planta de cargos se distribuye así:

- De período: 2
- De libre nombramiento: 4
- De carrera: 40
- Provisionales: 6
- Trabajadores Oficiales: 1.
- Vacantes: Cargos de Carrera Administrativa: 40

#### **1.1.4. Programa de Bienestar, estímulos e incentivos.**

Para el período informado se ha venido ejecutando de una manera responsable el presupuesto para este rubro en las actividades que corresponden.

#### Fortalezas.

- Se realizan actividades que motivan al personal vinculado.
- Se realizan eventos en el cual se hacen el reconocimientos a los funcionarios en diferentes categorías.
- Estas actividades sirven para motivar al personal en su desempeño laboral.

#### Debilidades

- No poder reconocer ni premiar al personal por contrato de prestación de servicios ni de agremiaciones por sus esfuerzos y aportes.

### **1.1.5. Acuerdos de Gestión**

La Gerencia concertó los compromisos para el año 2018-2019. Igualmente se realiza evaluación a los Directivos de la Institución.

### **1.1.6. Evaluación del desempeño laboral.**

Se realizó primera evaluación parcial para el personal de carrera administrativa, Igualmente se realizó la evaluación anual de los funcionarios nombrados en provisionalidad, Además se programó la concertación de objetivos para el periodo 2018-2019.

#### Debilidades

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

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

Con el apoyo de la Gerencia y las subgerencias, la Dirección de Gestión Humana y los subgerentes ha podido adelantar los entrenamientos en el puesto de trabajo de los funcionarios y contratistas que ingresan al Institución, garantizando que tengan un tiempo dedicada al proceso de entrenamiento en el puesto de trabajo.

#### Debilidades.

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

### **1.1.8. Declaración de Bienes y Rentas.**

De 53 funcionarios vinculados, solo faltó una persona por entregarla, los otros 52 funcionarios entregaron la actualización de su declaración de bienes y rentas.

### **1.1.9. Procesos de Conciliación.**

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

## **1.2. Dimensión direccionamiento estratégico y planeación.**

### **Planes.**

#### **1.2.1. Plan de desarrollo 2016 – 2020.**

El plan de desarrollo 2016-2020, se ejecuta en el mediano plazo, a través de los planes de acción que se ejecutan en el corto plazo de un año. Actualmente se han ejecutado las vigencias 2016, 2017 y en curso 2018.

#### Fortalezas

- El direccionamiento estratégico del Hospital san Juan de Dios está alineado con el plan de desarrollo de la alcaldía "Rionegro tarea de todos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.
- La estructura organizacional del Hospital es la adecuada para el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo.
- La gerencia y su grupo directivo priorizó la revisión y/o actualización de la actual estructura organizacional y plataforma estratégica.
- El Plan de Desarrollo 2016-2019 del Hospital san Juan de Dios está alineado con el plan de desarrollo de la alcaldía "Rionegro tarea de todos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud del municipio.
- La estructura organizacional de Hospital y el direccionamiento estratégico trazado en el largo, mediano y corto plazo esta siendo revisado por la gerencia y su grupo directivo.

#### **1.2.2. Plan de Acción 2018.**

El plan de acción se ejecuta en el corto plazo (12 meses). Se compone de la ejecución de programas y proyectos estratégicos y de la ejecución de los procesos del Hospital San Juan de Dios.

Se realiza seguimiento de manera anual. La líder de calidad se reúne con los responsables de los proyectos y de los procesos y recopila la información. Se solicitan evidencias de la realización de las actividades programadas, se levantan actas.

#### Fortalezas

- El Plan de acción 2018 está alineado con el plan de desarrollo del Hospital san Juan de Dios y de la alcaldía "Rionegro tarea de todos", contribuyendo a los indicadores y metas de los programas y proyectos del área de la salud.

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

Para este período se documentó el plan anticorrupción y atención al ciudadano pero no se evidencia ningún seguimiento.

#### Debilidad.

No se evidencia el seguimiento correspondiente al 30 de abril ni al 31 de agosto, se debe tener en cuenta que el próximo seguimiento es al 31 de diciembre, también se debe tener en cuenta que estos seguimientos se deben publicar en la página web, a los 10 días siguientes

#### **1.2.4. Control Interno Contable.**

Se realizan reclasificaciones de cambio de plan de cuentas de COLGAAP a NIIF en cumplimiento de la Resolución 037 de 2017; se llevan a cabo reuniones con el Comité de Saneamiento Contable con la finalidad de sanear algunas partidas como los recursos entregados. Se trasmite información contable pública y de convergencia a la Contaduría General de la Nación al igual que al

Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. Se remite a la Superintendencia de Salud las cuentas por pagar de acuerdo a la Circular 016 de 2016.

#### Debilidades.

- Falta de documentación de algunas actividades que se deben vincular en la Gestión de la Contabilidad.
- Se recomienda definir un plazo para superar la debilidad descrita, ya que la misma es reiterativa.

#### **1.2.5. Plan de Austeridad 2018.**

#### Debilidad.

No se evidencia el seguimiento correspondiente al 30 de abril ni al 31 de agosto, se debe tener en cuenta que el próximo seguimiento es al 31 de diciembre.

#### **1.2.6. Plan Anual de Adquisiciones.**

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

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

#### **1.2.7. Presupuesto 2019.**

Se realizó revisión de las necesidades presupuestales para realizar el anteproyecto del presupuesto 2019 con los diferentes responsables de cada área y el Gerente. Se aprobó el presupuesto 2019 por parte de la Junta Directiva.

#### **1.2.8. Gestión de Cartera.**

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Realización de conciliaciones financieras permanentes con las diferentes entidades que adeudan a la institución.

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

#### Fortalezas.

- Fuentes de información confiable.
- Soportes físicos, seguimiento y supervisión de los contratos.
- Datos y cifras conciliadas para presentación de informes.
- Capacidad de Gestión de cobro y conciliación a todo nivel.
- Gran recuperación de cartera en el año 2018.

#### Debilidades.

- Falta de articulación entre las áreas.
- Algunos reprocesos en conciliaciones con las diferentes entidades.
- Incumplimiento en tareas establecidas por parte de las entidades.
- Falta de seguimiento a actas de conciliación y acuerdos de pago

#### **Programas.**

- Se realizó el despliegue del modelo de atención al personal del Hospital en diferentes escenarios: Charlas en el auditorio, despliegues en los servicios asistenciales, y de manera virtual a través de la plataforma de inducción y reinducción institucional.

#### Fortalezas.

- Se esta realizando una planeación bien organizada para integrar al modelo de atención la Política de Atención Integral de Salud - PAIS; el Modelo de Atención Integral de Salud – MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, desde los proyecto a ejecutar por el hospital de la RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO.

#### Debilidades.

- Rotación del personal Asistencial.

### **1.3. Dimensión Gestión con Valores para Resultados.**



### **1.3.1. Estructura organizacional.**

En el momento se están realizando modificaciones a la estructura organizacional y a la plataforma estratégica.

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

En el periodo evaluado se revisaron y ajustaron las políticas de MIPG que se encontraban documentadas; de las 16 políticas se escogieron 9 como prioridad para empezar a trabajar en el año 2018 tal como se evidencia a continuación:

- Como parte del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en lo que respecta a la Dimensión Gestión con Valores para Resultados, todo lo referente a la política de Servicio Ciudadano, racionalización de trámites (YA TIENE RESOLUCIÓN DE GERENCIA) y participación ciudadana se están desarrollando e implementando.
- Como parte del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en lo que respecta a la Dimensión Gestión con Valores para Resultados, se viene construyendo la política de Gobierno Digital y se concluyó la construcción de la política de seguridad digital (YA TIENE RESOLUCIÓN DE GERENCIA)
- Se revisó y se realizó una nueva política de gestión documental (YA TIENE RESOLUCIÓN DE GERENCIA).

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

#### Impactos Ambientales

Durante el mes de marzo del 2018 se realizó el cambio de termómetros de mercurio por termómetro digital en ambas sedes, a fin de disminuir el impacto negativo que este metal pesado puede generar en la salud y en el medio ambiente en el momento de su descarte y con la finalidad de dar cumplimiento normativo.

En busca de la mitigación de impactos ambientales durante en el 2018 se continuó con el cambio de las luminarias en la sede Jorge Humberto González Noreña alcanzando un 90% y también cambio de luminarias en la sede Gilberto Mejía Mejía donde se cambió a led las luminarias de la zona externa.

#### Manejo de residuos

los residuos orgánicos generados en el servicio de alimentación desde el año 2017 por requerimiento de la autoridad ambiental CORNARE se empezaron a reportar en los informes RH1 se diseñó y entregó el formato de entrega de residuos orgánicos generados en trampa grasa del servicio de alimentación a fin de que quede a ambas partes el registro del manejo adecuado de dichos residuos.

Se realizó capacitación del manejo de los residuos anatomopatológicos y se dieron algunos cambios en el instructivo de los mismos los cuales se dieron a conocer al COVE, Patología y el servicio de Obstetricia y cirugía siendo estos los servicios más involucrados en la generación y manejo de los residuos anatomopatológicos en especial fetos y amputaciones. Se realizó la entrega y colocación

de los planos de movimiento interno de los residuos en cada puesto de aseo y se realizó la colocación de los planos de movimiento de residuos.

Se actualizó el Plan de gestión Integral de residuos en el cual se integran las dos sedes, se aprobó por calidad y gerencia.

#### Informes a entes de control

se diligenció la encuesta ambiental de la contraloría, después de dar a conocer la información que se subiría a la misma a la gerencia de la institución. Se atendió de forma oportuna las diferentes visitas realizadas por los entes de control y se han realizado las respectivas acciones de mejora.

se realizó la encuesta del ministerio de salud sobre el uso de productos con mercurio y sus posibles sustitutos, en la cual se suministró información sobre los elementos con mercurio y sus sustitutos usados durante los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 y la generación de residuos con mercurio en los mismos años; en la sede Jorge Humberto González Noreña solamente, dado a que en el momento del diligenciamiento de la misma no se tiene una entrega de inventarios formal y el resto de la información se tienen de forma parcializada.

se realizó el reporte del RH1 en la plataforma GIRAS para la sede Jorge Humberto González Noreña, y se envió de forma física a los entes de control el RH1 de la sede Gilberto Mejía Mejía. se envió a empresas públicas de Rionegro los resultados de los muestreos de aguas residuales de ambas sedes con el radicado N° 20181162 del 18/10/2018.

#### Ahorro y uso eficiente de agua y energía

se rediseñaron los avisos de ahorro y uso eficiente de agua y energía para ambas instituciones y se realizó la colocación de dichos avisos en las áreas de los cafetines de ambas .

se realizó el muestreo de aguas residuales en la sede Jorge Humberto Gonzalez Noreña y se realizó el mismo muestreo en la sede Gilberto Mejía Mejía. los resultados dieron a conocer que se da cumplimiento a lo establecido en el artículos 38 y 39 del decreto 3930 del 2010 y la resolución 0075 de 2011 del ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial.

se continuo en la sede principal y se implementó en la sede Gilberto Mejía el seguimiento y control a las actividades de limpieza y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable y el mantenimiento y cambio de los filtros de agua ubicados en los diferentes servicios de ambas sedes, esto con la finalidad de mejorar más la calidad de agua suministrada a los usuarios.

#### Aspecto organizacional

se realizó la presentación del proceso de gestión ambiental, en reunión de PAMEC. se realizó por parte de la asesora de calidad la evaluación del POA, en la cual se tiene para el primer semestre un cumplimiento del 68,42%.

se reglamenta el comité de gestión ambiental del hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro y se asignan unas funciones y responsabilidades, en el cual se modifica el artículo 2 donde se hace referencia a los integrantes del comité quedando así: “ Artículo segundo: Conformación en su componente de gestión interno se constituye al interior del hospital un grupo administrativo de gestión ambiental conformado por personal de la institución cuyos cargos están relacionados con el manejo de los residuos hospitalarios y similares. El grupo estará conformado por: el gerente o su delegado, subdirector administrativo y financiero, subdirectora(o) científica o su delegado, coordinadora(o) sede Gilberto Mejía Mejía o su delegada, Jefe o coordinador de servicios generales, coordinador o encargado de salud ocupacional, ingeniera(o) ambiental” es de destacar que desde el mes de marzo

se viene contando con participación de personal de la sede Gilberto Mejía en el comité como invitados.

#### Formación y educación

Se ha brindado capacitación en especial en el manejo integral de residuos; para lo cual se mantiene activa la campaña MIRS Manejo Integral de Residuos Hospitalarios “Un Hospital con sentido humano y ecológico” y sus diferentes estrategias.

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

##### Evaluaciones medicas ocupacionales:

Se realizaron 5 evaluaciones de ingreso, 3 de retiro, se cumplió con el cronograma de exámenes de control periódico de todo el personal asistencial de planta, (personal administrativo no aplico para este año).

##### Controles ocupacionales para expuestos a radiaciones ionizantes:

Se realizaron 5 controles médicos ocupacionales para los expuestos a radiaciones ionizantes del personal de planta.

##### Capacitaciones 2018

Se programaron 25 capacitaciones de las cuales tuvimos 6 en riesgo biológico, 3 en riesgo físico (radiaciones ionizantes), 3 condiciones de seguridad (aires medicinales) 4 en riesgo psicosocial, 1 en riesgo público, 1 en riesgo ergonómico, 7 canceladas.

##### Cierre de casos por Accidente de Riesgo Biológico:

Se presentaron 4 accidentes de riesgo biológico de los cuales solo 2 caso de encuentran abiertos.

##### Cierre de casos con restricciones laborales.

Se tiene solo un caso de restricciones laborales, no se presentó ningún cierre en el presente año.

##### Evaluaciones de puestos de trabajo:

Sede Gilberto Mejía Mejía:

- Auxiliar de Enfermería Luz Elena Jaramillo por restricciones laborales. Realizado por la ARL COLMENA
- Regente, resultado Risgo Muy ALTO ACTUACIÓN INMEDIATA
- Auxiliar de Farmacia, resultado de Riesgo ALTO NECESARIO PRONTO.

Sede Jorge Humberto González Noreña:

- Auxiliar de Tesorería, Riesgo MEDIO, Intervención NECESARIA, por cambios posturales Riesgo MUY ALTO, ACTUACIÓN INMEDIATA
- Tesorera: Riesgo MEDIO posterior análisis NECESARIO, por proceso operativo en la intervención cambios de postura, riesgo ALTO NECESARIO PRONTO.

##### Seguimiento a recomendaciones laborales:

En seguimiento al único caso de personal de planta del Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro, se evidencia que se cumple con la restricción de asignaciones que no concuerdan con las recomendaciones médicas laborales, la trabajadora realiza funciones administrativas en su totalidad sin embargo aún no se han realizado los cambios en el puesto de trabajo recomendados por la ARL en la evaluación del 29 de agosto del 2018.

#### Dotación de elementos ergonómicos en puestos de trabajo:

Se compraron 34 sillas ergonómica, se adquirieron insumos para reparación de sillas ergonómicas. Se hizo entrega de 6 pat mouse y 3 reposa muñecas.

#### Inspecciones de seguridad:

Se realizaron 13 inspecciones de seguridad en riesgos específicos y se abarco los siguientes servicios:

Coordinación Facturación, Talento humano, Revisoría de cuentas, Contabilidad, Auditoria Medica, CAD, Tesorería, División científica, Gerencia, Jurídica, Sistemas, Estadística y seguridad del paciente, Gestión Ambiental, Cartera, Atención al usuario, Tomografía, Ecografías, Sala de Lecturas, Rayos x, Banco de Sangre, Salud Visual, consulta externa citas, programación de cirugías, facturación, consultorios de consulta externa, servicios generales, Endoscopias, Urodinamias, Dermatología, Urología, Pediatría, Obstetricia, Ortopedia, Urgencias Obstétricas, Quirúrgicas, Personal de aseo, Medicina interna, Mantenimiento Biomédico, Mantenimiento Físico, Residuos, Urgencias. Sede GMM.

#### Evaluación de elementos plomados:

Se realiza prueba a los 3 chalecos de Rayos x y 8 de Cirugía, protectores de tiroides, protectores de gónadas, para verificar la integridad del plomo.

#### **Funcionamientos de comités:**

El comité de Seguridad y Salud en el trabajo COPASST se encuentra activo, realizó 19 reuniones y 6 inspecciones en los servicios. El comité de Convivencia Laboral CCL se encuentra activo, realizó 3 reuniones y atendió 2 casos.

#### Controles ambientales de equipos de rayos x:

Se realizó estudio Ambiental del Angiografo sede JHGN y del Equipo Periapical convencional Sede GMM.

#### Procedimientos y protocolos elaborados:

Procedimiento para atención del Riesgo Publico, Instructivo Elección y funcionamiento del Comité de convivencia laboral, Manual Programa de fatiga laboral, Plan estratégico de seguridad vial.

#### Evaluaciones diagnosticas aplicadas:

Evaluación de Riesgo Psicosocial, Encuesta diagnostica para riesgo publico, Encuesta diagnostica de factores generadores de fatiga, Encuesta diagnostica de Seguridad Vial, Diagnostico de gestión

de Riesgo de Trabajo en alturas, Se realizó auditoria a titulación de anticuerpos para Hepatitis b, de todos los funcionarios asistenciales.

Actualización de matriz de peligros: Aire medicinal, Banco de Sangre. En proceso: Gestión Humana, Gestión documental, Laboratorio, Consulta Externa, Aseo, Sistemas, Facturación, Sede Gilberto Mejía.

#### Auditoría de contratistas:

-Investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales: se tuvieron 4 accidentes laborales, de los cuales se realizaron 4 investigaciones.

-Entrega de elementos de protección personal: Se realizó revisión de gafas de protección personal para asistenciales de planta de las cuales no fue necesario realizar ningún cambio, por encontrarse en buenas condiciones.

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

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

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

En el 2018 no se realizaron novedades significativas de habilitación, en enero se realizo la autoevaluación para renovación de la habilitación hasta el 31 de enero de 2019. en febrero se hizo apertura de los servicios de consulta externa de las especialidades de ginecobstetricia, medicina interna y pediatría en la sede GMM, en junio se realizo actualización de las salas de procedimientos de la sede JHGN y en octubre se cerro el servicio de consulta externa de otras especialidades no oncológicas (Consulta vascular) en la sede JHGN.

En cuanto a las acciones realizadas para el mantenimiento de los requisitos de habilitación, se hizo mantenimiento de servicios como urgencias, laboratorio y rayos X que presentaban algunos deterioros, así mismo se dio inicio a la revisión de documentación para actualización de acuerdo con los cambios mas relevantes con el inicio de la historia clínica electrónica.

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

En este ciclo de PAMEC, se identificaron 415 acciones de mejora según la auto-evaluación realizada frente a estándares de acreditación (Resolución 123 de 2012), se priorizaron 18 estándares, de los cuales el grupo prioriza 5, teniendo en cuenta la posibilidad de impacto según disponibilidad de tiempo del personal y recursos necesarios para implementar las acciones correctivas; al final de esta priorización se obtuvieron 15 oportunidades de mejora a las cuales se les generó las respectivos acciones de mejora.

Las oportunidades de mejora encontradas fueron:

1. Continuar con la implementación de los paquetes instruccionales
2. Socializar, implementar y evaluar, la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente por medio de auditorías.

3. Realizar búsqueda activa de eventos adversos e incidentes.
4. Realizar una adecuada inducción específica de todo el personal en seguridad del paciente, especialmente las auxiliares de enfermería y camilleros.
5. Implementar y medir adherencia al protocolo de atención de víctimas de violencia sexual, donde se especifique el que hacer para cada situación en particular.
6. Incluir en el plan de capacitación continua el tema de manejo de víctimas de abuso sexual, maltrato infantil, violencia intrafamiliar.
7. Implementar estrategias que permitan identificar las necesidades del usuario y su familia en cuanto a la educación en salud y dar respuesta oportuna y clara por parte de los profesionales de la institución.
8. Establecer un protocolo de información que debe ser entregado al usuario y familia sobre la información y manejo de la enfermedad.
9. Definir estrategias de educación al paciente mediante volantes, cartillas y ayudas audiovisuales.
10. Evaluar la satisfacción de los usuarios con la educación recibida durante el proceso de hospitalización y al egreso.
11. Generar ambientes favorables que propicien motivación, compromiso y productividad.
12. Identificar las necesidades de las personas para encaminar programas.
13. Capacitar y desarrollar a los empleados CONTINUAMENTE.
14. Estructurar un proceso de despliegue de la información a los clientes internos y externos.
15. Diseñar plan de comunicaciones.

Producto de la priorización por estándar para las 15 oportunidades de mejora se proyectó un total de 40 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2018.

#### Fortalezas

- Estrategias para el mejoramiento institucional aplicadas de manera sistemáticas.
- Ejercicios de autoevaluación sistemáticos, interdisciplinarios y participativos que generan acciones para la mejora.
- Acompañamiento sistemático a los grupos de mejoramiento en la ejecución de las acciones de mejora definidas para las oportunidades identificadas.

#### Debilidades.

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

- Dificultad en las agendas para el cumplimiento de las reuniones de los grupos de mejoramiento en las fechas establecidas.

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

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

#### Fortalezas

- El trabajo articulado de las áreas de sistemas y estadística, al momento de la entrega de reportes.

### **1.3.9. Defensa Jurídica.**

En los Procesos Judiciales en contra de la entidad los apoderados han participado oportunamente en el desarrollo de cada etapa procesal. Se realizaron trámites de Actos Administrativos, Conciliaciones, Conceptos, Informes y apoyo jurídico a las áreas. Se cuenta con una política de defensa jurídica (YA CUENTA CON RESOLUCIÓN DE GERENCIA).

#### Fortalezas

- Personal idóneo para asumir la defensa del interés Institucional.

- Equipamiento con asistencia técnica y trabajo en equipo

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

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

#### Debilidades

-No existe una política definida de gestión de riesgo y ni un programa estructurado de gestión de riesgo adaptado a la nueva normatividad relacionada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, estos deben ser validados por el Comité Coordinador de Control Interno. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, nos trae unos lineamientos que vienen a estructurar todo el tema de la gestión de riesgos con un enfoque más exigente basado en COSO, esto es un reto para avanzar a un modelo de gestión de riesgos que sea consolidado y maduro

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

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

### Debilidades

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

### **2.3. Análisis del riesgo.**

### Debilidades

-Cada uno de los 18 procesos debe contar con su matriz de riesgos, donde se debe realizar una valoración de probabilidad e impacto para los posibles eventos de riesgos que impiden el logro del objetivo del proceso y se determine el riesgo residual.

-Cada dueño de proceso es propietario de los riesgos y debe tener la responsabilidad de socializar los riesgos identificados con su equipo de trabajo y realizar el seguimiento a los controles implementados para mitigar dichos riesgos.

### **2.4. Evaluación del riesgo**

### Debilidades

-No se evidencia por parte de los responsables de los procesos un seguimiento a los controles implementados para mitigar los riesgos, incluidos los riesgos de corrupción. Todo este ejercicio debe ir en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos.

### **2.5. Monitoreo y revisión.**

Para el seguimiento y monitoreo a la gestión de riesgos se debe involucrar y capacitar al personal operativo.

### **2.6. Mapa de riesgo.**

Este mapa no se encuentra actualizado ni publicado , en dicho mapa deben estar incluidos los riesgos de corrupción, allí se deben vincular los procesos más vulnerables de materializarse en dichos riesgos y que son transversales en la institución.

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

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

Se tienen los indicadores institucionales del plan de desarrollo institucional, del plan operativo anual y del plan de gestión del gerente, a los cuales se les hace seguimiento anual.

### Debilidades.



-Se tienen documentados los indicadores de gestión por proceso en las diferentes caracterizaciones, pero no se realizan seguimientos en periodos determinados.

-no se tiene consolidado un manual de indicadores o un tablero de indicadores ajustado a las metas a lograr y las fichas técnicas de cada uno de los mismos.

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

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

El área de comunicaciones del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro Antioquia, ha desarrollado y apoyado diferentes procesos, actividades y estrategias en aproximadamente 8 meses.

Teniendo en cuenta el propósito y objetivo principal del área “Generar estrategias de comunicación efectiva interna y externa, que desarrollen nuevas herramientas, métodos y técnicas de difusión de la información, para potenciar el sentido de pertenencia, la identidad corporativa y la eficiencia del equipo de trabajo de la institución”, se realizaron las siguientes acciones:

-Fortalecimiento de los canales de comunicación en la Institución, tanto internos como externos.

-Consolidación de una cultura organizacional en el Hospital Mejoramiento de la Imagen institucional frente a los diferentes públicos objetivos

-Planeación y desarrollo de acciones estrategias que han permitido incrementar la participación ciudadana

-Fortalecimiento de actividades internas comunicativas del Hospital, con una adecuada difusión de los servicios, del Portafolio de servicios y de todas las actividades que se ejecutan desde la entidad.

-Proyección de acciones que han permitido difundir y crear contenido de educación en salud y comunicación, tanto para el público interno como externo.

-Coordinación y actualización de los canales de comunicación dentro y fuera del Hospital, con información de interés en salud para los usuarios y para el personal que labora en la institución.

##### **4.1.1. Comunicación interna.**

Información al personal:

se continua con el fortalecimiento de canales de comunicación dentro del Hospital tales como:

- Boletines Informativos
- Pantallas de televisión
- Descansa pantallas
- Tablero Informativos
- Cadenas de difusión de Whatsapp
- Redes Sociales
- Página web

#### 4.1.2. Comunicación externa.

##### Canales de comunicación:

Se mantienen las carteleras digitales a través de los televisores para usuarios en salas de espera con contenidos segmentados informativos y educativos. Página web actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización de 70 % al 31 de octubre.

##### Relacionamiento con usuarios y comunidad en general:

Se solicitaron citas web de medicina especializada. En el Chat también atendieron usuarios durante el periodo. Durante el periodo se enviaron boletines y comunicados de interés interno y externo.

durante el proceso de trabajo del área de comunicaciones se han apoyado diversos procesos administrativos, institucionales y en convenio como:

- Campañas
- Programa radial
- Eventos internos
- Comités
- Eventos institucionales
- Rendición de Cuentas
- Días especiales
- Semana del Hospital

#### 4.1.3. Desarrollo Tecnológico.

Durante el año 2018 se ha venido renovando la planta tecnológica de la institución en software y en hardware, con una inversión a la fecha de \$ 427.337.103 a continuación se describe lo mas relevante.

Renovación anual del servicio de actualización y soporte del aplicativo CNT Pacientes, módulos asistenciales y administrativos, según propuesta G2912 del 19 de diciembre de 2017.
Renovación anual del servicio de actualización y soporte del aplicativo Servinte Clinical Suite Enterprise, en los módulos de: Admisiones, Autorizaciones, Ayudas, Citas, Cirugia, Facturación, Cartera, Suministros, Contabilidad, CXP, Caja y Bancos, Presupuesto, Ministerio, Activos, Anticipos, DM&R, Maestros Adm, Sisteg, Gespac, Maestros Clínicos, Tablero de Paientes Hospitalizados, Tablero de Servicios Ayudas Dx, Preadmisiones de Remitidos y Referencia, Ingreso corto de urgencias, Historia Clínica Integrada.
Adecuación punto de red para Auxiliar Administrativa en el Servicio Programa Familia Canguro.
Adecuación punto de red para la Trabajadora Social.
Dos (2) computadores todo en uno, para la Auditora Médica Gloria y el Auditor Concurrente Sergio Ramirez.
Tres (3) computadores todo en uno y dos (2) impresoras para el Área de Lecturade Rx.
Instalación de tres puntos de Red en categoría 6 y 3 salidas electricas reguladas, en ducto tipo canaleta metalica blanca 10*4, con sus respectivos accesorios, marcación e identificación, en el Area de Sistemas.
Computador Todo en Uno para el Área de Tesorería, Proceso Sede GMM.
Computador Todo en Uno para el Área de Comunicaciones
Licencia de Adobe Acrobat, para la Comunicadora María Alejandra Altamiranda.
Facturación. Cuatro (4) equipos de computo todo en uno para personal de contingencia y cambio de equipo de la unidad ambulatoria.
Consultorios de Urgencias Obstetricas. Dos (2) computadores todo en uno

Patología, dos (2) computadores portátiles para citología y microscopía, para ampliación del área de patología.
Patología, dos (2) licencias de MS Office, para patología
Patología, dos (2) licencias de File Maker, para patología
Soporte y Actualización sistema Document vigencia 2018.
Calidad. Computador todo en uno para Seguridad del Paciente.
Calidad. Impresora a color para reemplazo de la actual.
Salud Visual. Un (1) computador todo en uno para el programa alegrarte, con licencia de office.
Paquete de cinco (5) licencias de Office 2016 Standard, que se requieren para equipos nuevos de Auditoría Concurrente, CUPS y renovación en varias áreas administrativas y asistenciales.
Seis (6) computadores todo en uno para las áreas de Consulta Externa, Ginecología, Facturación Unidad Ambulatoria, Medicina Interna - Quirúrgicas y Pediatría.
Un (1) computador para el área de Presupuestos
Renovación del Hosting
Suministro e Instalación de veinte (20) puntos de red en diferentes áreas del Hospital y Switches Hpe Aruba de 24 puertos
Suministro e Instalación de mecanismo de seguridad perimetral FORTIGATE 300E con su respectiva configuración, VPN entre los equipos Fortigate de ambas sedes.
Renovación de las licencias de INFORMIX hasta el 30 de Septiembre de 2019
Renovación de FORTINET, Fortigate 100D Unified (UTM) Protection 1 year Forticare Plus Application Control.
Cinco (5) computadores portátiles Intel Core i5, 4Gb RAM DD 500Gb, para uso de los anestesiólogos en los quirófanos.
REF. 794582U Servicio de Mantenimiento Post garantía 1 año 23x7x4 Middle Server SERVIDORES X3650 IBM
Servicio de 200 horas de ingeniería especializada para la instalación de la actualización de facturación electrónica.
Instalación de 9 puntos de red y actualización de UPS de 40Kva a 70Kva
Suministro de veinticinco (25) licencias de Office Standard y 100 licencias adicionales de Eset Endpoint Antivirus para la sede Gilberto Mejía, más renovación de 350 licencias hasta 21 de octubre de 2019.
Bolsa de Veinte (20) Horas de Ingeniería Especializada en Informix
Renovación Anual del Software Osirix MS
Google Apps G-Suite. Renovación Anual Correo Electrónico
Instalación de seis (6) puntos de red, tres (3) en la oficina de sintrasan y tres (3) en calidad.
Computador Todo en Uno para el Servicio Farmacéutico Siria Valecia
Traslado de dos puntos de red en Laboratorio y un punto de red con salidas eléctricas en rehabilitación cardíaca.
Tesorería. Un (1) Scanner
Imagenología. Unidad de DVD Externa para el Tomógrafo
Imagenología. Instalación de dos puntos de red con energía regulada y no regulada.
GMM. Mantenimiento a UPS de 6KVA Powerware Prestige 6000
GMM PIC. Dos tablets para realizar pruebas en conjunto con la administración municipal
GMM PIC. Veinticuatro (24) tablets para el PIC con 26 simcard con plan de datos de 500 mb
Unidad Ambulatoria. Cableado Regulado en reemplazo de la UPS de 10 KVA
PIC. Tablet para premiación del PIC
Rendición de Cuentas: Punto de Red para conexión de la impresora.
WS FE. Servicio Web para facturación electrónica sede GMM
Talento Humano. Tres puntos de red para control de Acceso de los Empleados

#### **4.1.4. Derechos de Autor de Software.**

Se presenta el informe de Derechos de autor, este se encuentra registrado en la página [www.derechosdeautor.gov.co](http://www.derechosdeautor.gov.co), aquí se consigna la información básica solicitada como el número de

equipos en la institución y los controles que se tienen implementados. Se han aplicado políticas dentro del controlador de dominio de modo tal que solamente las personas de soporte técnico sean las autorizadas para la instalación de software en los equipos. La instalación de software sólo puede realizarse a través de una solicitud directa al grupo de sistemas. Adicionalmente al momento de dar de baja al equipo, también se da de baja al sistema operativo, ya que este es único a la máquina, las licencias de office quedan disponibles para ser utilizadas en otras máquinas ya que el licenciamiento es por volumen, y estas pueden ser usadas en otros equipos siempre y cuando la versión se encuentre registrada a nombre del Hospital san Juan de Dios.

#### **4.1.5. *Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos – SIAU.***

El proceso SIAU se materializa en la Oficina de Atención al Usuario; allí se desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona.

Es por esto que se cuenta con dos funcionarias y se dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad: telefónicos, virtuales, presencial, físico y buzones. Son actividades principales:

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

#### Fortalezas

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

#### Debilidades

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

#### **4.1.6. *Rendición de cuentas.***

en cumplimiento de la ley 1474 de 2011, por la cual se desarrollan y fortalecen mecanismos de prevención a la corrupción, la efectividad del control de la gestión pública y donde además se ejerce el derecho de los usuarios al diálogo y a la veeduría ciudadana.

## Presentación informe de gestión

El doctor Luis María Otalvaro explico el objetivo de la oficina de atención al usuario y los tramites que los usuarios pueden realizar en dicha oficina y realizó contextualización frente al uso de los servicios de urgencias, la clasificación de triage y los tiempos de atención. Se resaltó la cantidad de reconocimientos recibidos en los diferentes servicios donde manifiestan el trato amable y se informaron las oportunidades de mejora implementadas frente a las quejas, donde se incluye el aumento de personal, la auditoria concurrente, capacitación en seguridad del paciente.

Se mostraron los resultados de las encuestas de satisfacción en el 2017, la cual fue de más de 95%, así mismo el indicador de fidelización estuvo en más del 98%. No obstante en el último trimestre se aumentaron las quejas, principalmente por la entrada en operación de la sede Gilberto Mejía Mejía.

Se socializaron cuáles son los espacios de participación disponibles para los usuarios y las diferentes actividades que se realizan en atención al usuario, entre las cuales están las capacitaciones, actividades con el voluntariado.

se recordo al usuario que sus acciones también impactan los servicios de salud, como la inasistencia a las citas médicas o el uso inadecuado del servicio de urgencias. Se resaltó la labor de las voluntarias enfocados siempre en el usuario, incluyendo donaciones de equipos (monitor fetal), sillas para la comodidad.

Se presentaron las estadísticas de producción de la sede Gilberto Mejía Mejía y se recalca que en el hospital actualmente se encuentran trabajando personas que trabajaban en al Hospital Gilberto Mejía Mejía ahora liquidado. Se aplica que en la sede se están prestando algunas consultas de medicina especializada para apoyar los programas de promoción y prevención, sin pretender tener otro centro con servicios de segundo nivel de complejidad. La contadora Juliana hace presentación de los estudios financieros detallando cada ítem.

## Espacio de participación

### 1. Un usuario manifestó la falta de oportunidad en la atención del servicio de urgencias

La doctora Patricia Quintero, subdirectora científica, indico que para esto se aumentó el número de médicos en urgencias y se ha trabajado continuamente con la secretaria de salud en el proceso de urgencias actual y se están realizando gestión para el desarrollo de una nueva unidad de urgencias.

### 2. Hay dificultad con acceso telefónico

Se están creando estrategias en conjunto con las EPS, especialmente Savia Salud para evitar la movilización de los usuarios.

### 3. Dificultad en las altas hospitalarias

Se ha fortaleció el procesos de facturación con las secretarias de sala que lo faciliten y se busca implementar el cargue en tiempo real de la atención, pero este es un proceso difícil de implementar.

### 4. Inconformidad con agendas de medicina interna

El hospital ha tenido dificultad con la consecución del recurso humano, pero para este mes se logró aumentar los especialistas para dar respuesta a la cantidad de demanda, también se está considerando la posibilidad de implementar la consulta externa en modalidad de telemedicina.

### 5. Ingresos por cuentas maestras

Se aclara que el hospital no recibe recursos por cuentas maestras de destinación general, solo las del Sistema General de Participación que son de destinación específica.

7. Una usuaria manifestó que ella realiza el trámite de citas para usuario de municipios lejanos que no pueden viajar pero que no le están asignando las citas.

El hospital está ideando estrategias con Savia Salud quien tiene la mayor población para realizar la gestión de autorización de citas especializadas directamente el hospital con Savia, para que los usuarios no tengan que hacer trámites y esperen solo al llamado de asignación de la cita por los gestores de Savia.

8. Un usuario manifestó que fue atendida en el servicio de salud visual y que le mandaron exámenes para envigado y le queda muy lejos

Se revisara el caso con Savia Salud para ver si lo pueden direccionar al hospital, no obstante se aclara que no es competencia del hospital la asignación de prestadores de servicios de salud.

#### **4.1.7. Gestión documental.**

Se describen las actividades desarrolladas dentro de los procesos de elaboración, presentación y aprobación de las Tablas de Valoración Documental (TVD) y de la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD).

El proyecto de Tablas de Valoración Documental se inició en enero de 2017, siendo entregadas al Consejo Departamental de Archivos en agosto del mismo año, las mismas que fueron devueltas en febrero y agosto de 2018 para realizarles los ajustes requeridos por ellos.

El 12 de octubre llegó comunicación del concejo departamental de archivos en el que emitían “Concepto Técnico de Aprobación” de las TVD por cumplir con la elaboración y evaluación del instrumento de acuerdo con la normativa y principios archivísticos y felicita al Hospital por la importante labor que se culminó e insta para continuar con el compromiso en el manejo de los archivos. El 21 de noviembre se recibió Acto Administrativo de aprobación de las TVD emitido por el Consejo Departamental de Archivos “Por el cual se aprueban las Tablas de Valoración Documental del Hospital San Juan de Dios de Rionegro, que ordena a la alta Gerencia para realizar el diagnóstico y determinar las necesidades logísticas y de capacitación del personal, apropie los recursos financieros para la implementación y emita acto administrativo para su adopción e implementación.

Con respecto a la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD), se inició el proceso a mediados del mes de febrero del presente año, teniendo en cuenta que con la nueva Sede recibida por el Hospital, se hace necesaria dicha actualización.

De acuerdo con el Organigrama actual, aprobado mediante Acuerdo Directivo No. 019 de 2016 que contiene 38 dependencias, se le sumó la nueva Sede, de las cuales 21 dependencias son del área administrativa y 18 de la asistencial, incluyendo en esta última la Sede Gilberto Mejía Mejía.

Las funciones del CAD están centradas en un objetivo específico que es el manejo y custodia de la información, brindando un servicio oportuno y eficaz, garantizando la confidencialidad y seguridad a los documentos, estableciendo mecanismos de control y verificando su radicación, trámite y disposición final.

Además se tiene centralizada la coordinación del transporte a cargo de Claudia Galvis.

Entre las diferentes actividades se encuentran:

Ingresar correctamente al aplicativo QF-Document toda la información que requiera ser radicada de acuerdo con las series y subseries documentales establecidas en las Tablas de Retención Documental.

Capacitar a los funcionarios de las diferentes dependencias en el manejo de las plantillas electrónicas para la elaboración de documentos contenidas en la Intranet institucional, en la aplicación de Tablas de Retención Documental y demás herramientas con las que se cuente en materia de gestión documental.

Elaborar las actas del Comité Interno de Archivo y mantenerlas organizadas con los soportes en forma cronológica y consecutiva.

Elaborar los instrumentos archivísticos establecidos en los Decretos 2609 de 2012, Artículo 8º., Decreto 1080 de 2015 y Acuerdo 004 de 2013, expedidos por Archivo General de la Nación – AGN y mantenerlos actualizados como son:

- Cuadro de Clasificación Documental – CCD
- Inventarios Documentales
- Mapa de Riesgos
- Tablas de Control y Acceso a los Documentos
- Bancos Terminológicos de Tipos, Series y Subseries Documentales
- Reglamento Interno de Archivo
- Plan Institucional de Archivos – PINAR
- Programa de Gestión Documental – PGD
- Tablas de Retención Documental – TRD
- Tablas de Valoración Documental – TVD
- Manuales Archivísticos
- Sistema Integrado de Conservación – SIC
- Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos

#### ***4.1.8. Transparencia y lucha contra la corrupción.***

Se publica y se mantiene actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos. (YA TIENE RESOLUCION DE GERENCIA)

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

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

#### ***5.1.1. Evaluación del Clima Laboral.***

La encuesta de CLIMA LABORAL tendrá resultados en el mes diciembre, esta se desarrollo en el auditorio ambulatorio donde el personal va a diligenciarla.

### **5.1.2. Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento.**

Se realizó primera evaluación parcial para el personal de carrera administrativa.

#### Debilidades

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

### **5.1.3. Seguimiento al Plan de Austeridad.**

No se evidencia ninguno de los 2 seguimientos que se le deben hacer al plan de austeridad a la fecha.

### **5.1.4. Revisión por la Dirección.**

Con este ejercicio se aporta al cumplimiento de la 4ta Dimensión del MIPG, correspondiente a la evaluación de resultados. Durante este periodo se consolida la información de las diferentes áreas y se estructura este informe final teniendo en cuenta los elementos del sistema de gestión que se describen a continuación:

- Resultados de las auditorías internas.
- Resultados de las auditorías externas
- Retroalimentación partes interesadas.
- Desempeño programas, proyectos, procesos.
- Estado oportunidades de mejora.
- Ejecución del plan de acción.
- Ejecución plan de desarrollo (Cumplimiento objetivos estratégicos)

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

### **Normativa.**

- Decreto 1499 de 2017, por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, en lo atinente a Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno.
- Decreto 648 de 2017 en especial el artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes al Decreto Nacional 1083 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- El Decreto Nacional 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, establece:
- Título 21. Sistema de Control Interno.



## Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias:

Artículo 2.2.21.2.5. Evaluadores, en su literal e) establece: “Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, 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”.

## Concepto

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

1. El Hospital san Juan de Dios ESE Rionegro, cuenta con un Sistema Institucional de Control Interno - SICI, muy básico diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos se intenta establecer los controles correspondientes. No obstante, es necesaria la revisión y ajuste permanente de los “puntos de control” .
2. La Entidad tiene definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en sus procesos. Afortunadamente se han nombrado los cargos claves de la organización especialmente en el área financiera, de apoyo logístico y áreas asistenciales.

3. Los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional, Sin embargo es conveniente terminar completamente la caracterización de sus procesos y procedimientos para garantizar y continuar una completa gestión por procesos.
4. Se debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes periódicos requeridos, para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías independientes a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema Institucional de Control Interno. Se recomienda adoptar las decisiones necesarias para que la elaboración de los Planes de Mejoramiento se realicen oportunamente.
5. Es de resaltar que el presente Informe, incluye también las debilidades observadas en cada uno de los componentes lo que muestra el interés de la entidad por procurar su mejoramiento continuo.
6. Se debe fortalecer la participación de los diferentes grupos de interés en la estrategia de la rendición de cuentas de la institución.