

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO  
LEY 1474 DE 2011**

**Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:** Juan Guillermo Posada Mejía.

**Período evaluado:** Segundo Tercer Cuatrimestre de 2017.

**Fecha de elaboración:** 11 de Diciembre de 2017.

**Entidad:** E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia.

**Representante de la Entidad:** Santiago Caicedo Restrepo.

**AVANCES DEL MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:**

**1. COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO:**

**1.1. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos**

Se tiene el código de ética del año 2010, el cual fue elaborado con la participación de todos los funcionarios, los valores y compromisos éticos fueron incluidos en el **Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020 “Camino a la Acreditación en Salud”**. Se crea el comité de ética hospitalaria mediante la Resolución No 065 A de julio de 2010 el cual se reúne de manera regular cada trimestre en Marzo Junio, Septiembre, Diciembre y en forma ocasional cuando se requiera.

**1.2. Desarrollo del Talento Humano:**

Existe un Manual de Funciones y Competencias del año 2015 Adoptado por el Acuerdo No 10 de Julio 6 de 2015 y socializado. En el 2016 fue actualizado por la Junta directiva mediante el Acuerdo Nro 003 de Marzo 10 de 2016 y el Acuerdo No 08 de Junio 27 de 2016.

Con respecto al Plan Institucional de Capacitaciones del Hospital se elaboró un documento con el Plan en el año 2011 y adoptado por medio de la Resolución No 090 de 2012 y todos los años se realiza su actualización de acuerdo con las necesidades y competencias del personal. Para Julio del 2017 se ha realizado el PIC y no ha sido adoptado mediante Resolución.

Se tiene adoptada por Resolución No 120 de mayo del 2014 El sistema general de estímulos. La cual sirve de base para elaborar en forma anual el Plan de Bienestar Social e incentivos y el Plan Institucional de capacitación. Para Julio del 2017 se cuenta con el Plan de bienestar Social e Incentivos del presente año.

Existe un documento del año 2011 con el manual de inducción y reinducción el cual fue actualizado en el 2016 y que consta de unos formatos de bienvenida, presentación jefe, un programa, ubicación y entrenamiento, el cual es aplicado por la entidad cuando Ingresan los

Nuevos funcionarios al Hospital el cual debe ser firmado por cada responsable de las áreas que prestan la inducción y reinducción y queda como evidencia.

Existe un documento del año 2011 con el proceso de selección del talento humano y el proceso meritocrático.

Con respecto a la evaluación del desempeño el Hospital se acoge al sistema tipo establecido por la CNSC y se realizan las evaluaciones de acuerdo con la norma. Para el mes de Enero del 2017 se dicta una charla a todos los jefes de dependencia sobre los cambios al sistema de evaluación del desempeño a los empleados de carrera administrativa y se emiten las resoluciones Nro 037 de 31 de Enero del 2017 Por medio de la cual se adopta el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba y la Resolución Nro. 048 de 1 de Febrero de 2017 Por medio de la cual se conforma la Comisión Evaluadora.

Se elaboran los acuerdos de gestión del Gerente con los subgerentes y se realiza las evaluaciones y seguimientos semestrales para el mes de Julio se revisaron las evaluaciones a los Acuerdos con los subgerentes los cuales presentan una calificación satisfactoria.

Mediante la Resolución No 021 de febrero de 2013 se crea el comité de convivencia laboral para fortalecen las actividades relacionadas con el mismo. El cual está en el proceso de renovación y para el mes de Agosto se eligieron y adoptado el nuevo comité de acuerdo con la norma. Además se nombró la comisión mediante la Resolución No 142 de 19 de Mayo del 2017 Comité de Seguridad y Salud en el trabajo COPASST.

Se tiene elaborado y adoptado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST de acuerdo con la normatividad vigente y está en el proceso de implementación. Para el mes de Noviembre la evaluación de la oficina de control interno arrojó un cumplimiento del 94.6% que se considera satisfactorio y se está cumpliendo con la norma.

## **2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:**

### **2.1. Planes, Programas y Proyectos**

La Junta directiva procedió a la adopción mediante el Acuerdo No 06 de Mayo 10 de 2016 El Plan de Gestión Gerencial y por el Acuerdo No 012 del 29 de Septiembre de 2016 el Plan de Desarrollo Institucional "Camino a la Acreditación en Salud" para el periodo 2016-2020 con 6 líneas estratégicas y actividades por líneas. Cuenta con una parte estratégica y una parte financiera. Están publicados en la página web institucional y fueron divulgados a todos los funcionarios de la entidad.

Se realiza los Planes de Acción al comienzo de cada año los cuales son entregados a cada jefe de dependencia por parte del Gerente y estos son publicados en la página web de la entidad y en gestión transparente. A principios del año la Gerencia elabora el Cronograma de reuniones de los Diferentes Comités de la entidad, el cual es conocido por todos los funcionarios y a la fecha se ha dado cumplimiento con los debidos cronogramas de trabajo de los diferentes comités que existen en el Hospital.

Con el Acuerdo No 04 de 10 Marzo del 2016 de la Junta Directiva se aprueba la evaluación del Plan de gestión gerencial 2016 – 2020. Para lo cual se tiene un tablero de indicadores que se está revisando de forma periódica.

La oficina de control Interno realiza en forma trimestral la evaluación al Plan de desarrollo institucional y se presenta el informe del seguimiento al comité directivo, para el tercer trimestre de año 2017 la evaluación arrojó un cumplimiento del 87%. En el comité directivo se realiza el seguimiento al Plan de Gestión gerencia, de esta reunión se emiten los respectivos planes de mejoramiento cuando se requieran.

Se realizan todos los meses encuestas de satisfacción a los usuarios de forma telefónica. La cual viene arrojando un porcentaje de satisfacción por encima del 95%.

## **2.2. Modelo de Operaciones por Procesos:**

Se cuenta con el mapa de procesos donde se identifican los procesos estratégicos, los misionales, de apoyo y de evaluación Adoptado por el Acuerdo 005 de 2013 y Publicado en la página web del Hospital. Está vigente en la actualidad.

Se tiene para a Marzo del 2017 elaborados y caracterizados los siguientes procesos.

- Contratación
- Gestión de la Información.
- Direccionamiento Estratégico
- Gestión de Control.
- Odontología
- Laboratorio y Rayos X
- Hospitalización

Para la reunión de la junta Directiva del mes de Agosto del 2017 se presentaran para su adopción los procesos estratégicos de Direccionamiento Estratégico y Gestión de la Información el proceso de evaluación de gestión de control.

### **2.3. Estructura Organizacional**

El Organigrama del Hospital esta adoptado por el Acuerdo 005 de 2013, con una estructura definida para trabajar por procesos y modificado por el Acuerdo No 014 de 2015. Publicado en la página web y en las carteleras del hospital.

### **2.4. Indicadores de Gestión**

Para el Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020 se Cuenta con dos tipos de Indicadores para su evaluación de forma trimestral como son Los Indicadores por Actividades y los Indicadores por Logros los resultados son montados en la página web institucional.

Se cuenta con los Indicadores del Plan de Gestión Gerencial que son evaluados en la Junta Directiva y el cuadro de mando, además se manejan los Indicadores de calidad.

Además cada área de gestión cuenta con sus indicadores, los cuales son evaluados de manera trimestral y su informe se presenta el grupo de Calidad.

### **2.5. Políticas de Operación**

Se evidencio una Matriz de políticas de operación del año 2.011. La cual se ha venido actualizando para cada uno de los procesos en el año 2016 y en lo que va del 2017. Ya se tienen las políticas de operación actualizadas en los procesos estratégicos y de evaluación.

## **3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:**

### **3.1. Política de Administración de Riesgos**

Por cual se adopta la Política de Administración del Riesgo Resolución No 088 de junio de 2009 Resolución No 089 de junio de 2009, reglamenta el Comité de Riesgos.

La política de administración de los Riesgos de corrupción fue adoptada por la Resolución No 040 de Marzo de 2016 y con la Resolución No 031 de 31 de enero del 2017 de acuerdo con la metodología sugerida por DAFP en la guía y publicada en la página web institucional y en la cartelera oficial.

Se tienen elaboradas las estrategias para el Plan de Riesgos Anticorrupción y de Atención al ciudadano para el 2017. El cual se publica en la página web y carteleras del Hospital de acuerdo con la normatividad vigente

La evaluación y el seguimiento lo está realizando la oficina de control interno en las fechas establecidas en la Ley y es publicados en la página web institucional y en la cartelera oficial y además son enviadas a la Contraloría General de Antioquia.

Se tienen elaborados la estrategia de riesgos por procesos de acuerdo con la metodología sugerida por la DAFP que cuenta con una Matriz de 10 elementos y la cual está elaborada para los procesos del numeral 2.2.

Además de acuerdo con el SG-SST se tiene elaborada la Matriz de Peligros de la entidad actualizada en el 2017.

Se comenzó con la elaboración de la política anti trámites en la entidad y ya se presentó el primer trámite **Asignación de cita para la prestación de servicios en salud** al SUIT para su aprobación y se espera que se tengan en este año 6 trámites más presentados.

## **DIFICULTADES DEL MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:**

### **Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:**

- Desconocimiento y la no aplicabilidad por parte de los funcionarios del código de ética del hospital. El cual cambia de nombre por el código de Integridad de acuerdo con la DAFP.
- No se tiene un código de buen gobierno.

### **Talento Humano:**

- No se realiza evaluación de desempeño a los funcionarios en provisionalidad.
- No se tiene un manual de Talento humano, tampoco existe el procedimiento caracterizado y el manual de inducción y reinducción esta desactualizado.
- Se está presentando demora en la elaboración del PIC y el Plan de Bienestar Social e Incentivos.

### **Planes, Programas y Proyectos**

- Se debe implementar el proceso de direccionamiento estratégico.

### **Políticas de Operación**

- Desconocimiento de los funcionarios de las políticas de operación.

**Administración del Riesgo:**

- No se han actualizado los mapas de riesgos por procesos y faltan algunos.

**AVANCES DEL MODULO DE EVALUACIÓN:**

**1. AUTOEVALUACIÓN Y INSTITUCIONAL:**

**1.1. Autoevaluación de Control y Gestión**

Se realizan en forma oportuna la rendición de la encuesta del sistema de control interno al DAFP, el Informe de Control interno Contable. El informe de ley 1474 del 2011 es publicado en la página web del Hospital.

Para este año se viene organizando el nuevo Programa Integrado de Planeación y Gestión – MPIG de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1499 de 2.017, se conforma por medio de la Resolución No 266 de noviembre de 2.017 el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en el Hospital.

Se realiza en forma permanente la evaluación del plan de desarrollo institucional, el plan de gestión gerencial y los Planes operativos anuales o de acción, mediante los diferentes indicadores en forma trimestral y son presentados los resultados en el comité directivo y en la Junta Directiva.

**1.2. Auditorías Internas:**

Se evidencia un manual de auditoria PAMEC del año 2011.

Existe un manual de auditoria del 2011 con unos formatos. Desactualizado

Se tiene en el hospital elaborado y adoptado los planes de Auditorias en Calidad en salud y el de las Auditorías internas a los procesos, los cuales se vienen ejecutando de acuerdo con lo establecido en los mismos.

Se cuenta con los informes de las auditorías internas tanto de calidad como de los procesos de apoyo.

Se aprobó por la resolución No 028 de 23 de enero de 2017 El Programa y Plan Anual de Auditorías Internas y se dio a conocer a los integrantes Comité de control interno.

La oficina de control Interno le está dando cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas a los Procesos de acuerdo con lo establecido en el manual de auditorías internas y lo adoptado por Resolución, con corte a octubre del 2017 se tenían programadas quince (15) auditorías a las actividades y/o procesos de las cuales se han realizado (14) para un cumplimiento del 93% que es muy bueno.

Para el mes noviembre se realizó la auditoría Integral de la Contraloría General de Antioquia y se espera que en informe se entregue en el mes de diciembre.

Se realiza reuniones periódicas del comité de control interno. En los meses de Marzo – Junio – Septiembre - Diciembre y cuando se requiera en forma ocasional.

### **1.3. Planes de Mejoramiento:**

Se evidencia unos manuales con las herramientas de los planes de mejoramiento y los formatos del año 2011. Los cuales fueron actualizados en el año 2016

Se tiene establecido el formato para elaborar los planes de mejoramiento y se realiza los debidos seguimientos por el Comité de control interno y por los jefes de las dependencias.

Se tiene un procedimiento elaborado con respecto a los planes de mejoramiento.

### **DIFICULTADES DEL MODULO DE EVALUACIÓN:**

#### **Autoevaluación de Control y Gestión**

- Se tiene un procedimiento elaborado pero se hace necesario socializarlo e implementarlo.

#### **Auditorías Internas:**

- Se debe dar un estricto cumplimiento con el plan de auditorías internas.

#### **Planes de Mejoramiento:**

- No existen los planes de mejoramiento individuales resultantes de las evaluaciones de carrera administrativa.
- Se debe realizar los cierres de las actividades establecidas en los planes de mejoramiento.
- Se debe socializar e implementar el procedimiento de mejoramiento continuo.

### **AVANCES DEL EJE TRANSVERSAL:**

#### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com

**Nit 890907297-3**

**Información:**

Se cuenta con una taquilla única para recepción de la información, en el cual se radica y se registra todo documento que llega a la entidad por cualquier medio.

Se cuenta con las Tablas de Retención Documental TRD elaboradas en el año 2.007 y están adoptadas por la Resolución No 165 del 21 de noviembre de 2009 pero fueron aplicadas en forma parcial. En este año se determinó por la alta dirección que se hace necesaria la actualización de las mismas y dicho proceso de actualización de las TRD fue terminado en el Mes de Octubre del 2017, se adoptaron con la Resolución No 324 de Diciembre de 2.017 y fueron remitidas al archivo general del departamento para su revisión.

Se están digitalizando todos los documentos del archivo general del Hospital y se está organizando el fondo acumulado. Para este año se debe organizar el archivo general de las historias clínicas del Hospital ya que por norma hay una inmensa mayoría que ya cumplieron la con el tiempo de retención en el archivo central.

Se responden en una forma oportuna los requerimientos de la comunidad y los entes de control. Para lo cual se cuenta con una oficina de Sistemas de Información y Atención a los Usuarios - SIAU para la recepción de las PQRSD, Se tienen buzones de sugerencias en las instalaciones del Hospital que son abiertos semanalmente y se levanta un acta, además en la página web del Hospital existe el Link de PQRS. Se está aplicando de acuerdo con la norma.

Se realizan Encuestas en forma permanente para medición el grado de satisfacción de los usuarios.

También se tiene un buen sistema de información interna, con equipos muy modernos comunicados a través de una red que tiene 30 usuarios, los cuales pueden enviar y recibir correos electrónicos en forma inmediata. La información que se genera al interior de la institución es veraz, oportuna y sirve para la toma de decisiones, existe fluidez de la información entre las dependencias.

Con respecto a la información interna se tienen una información financiera oportuna y veraz que sirve para la toma de decisiones y se cuenta con un software registrado y de propiedad del Hospital (XENCO), para presupuesto, facturación, historias clínicas, contabilidad, inventarios, nómina, cartera, farmacia y tesorería.

Se utilizan los diferentes medios de comunicación como son página web y medios sociales como Facebook, programas, radiales, carteleras, pasacalles, pendones, volantes para difundir las políticas y programas del Hospital

### **Comunicación Pública:**

Existe la página web del Hospital, la cual es actualizada todos los días y redes sociales como Facebook y otras. Se utilizan otros medios de comunicación como son los programas radiales, el canal comunitario de televisión, los boletines, comunicados, carteleras, volantes, vallas y pasacalles para brindar información sobre la el hospital.

Se tiene publicada toda la contratación del Hospital en el página web del gobierno nacional SECOP, en página de la entidad y se rinde en forma permanente a la Contraloría General de Antioquia ( Gestión transparente), contaduría general de la nación y demás entes de control.

Se realiza cada año por parte del Hospital la rendición pública de cuentas de acuerdo con la normatividad vigente. En este año se realizó en el mes de Marzo del 2017 y su informe fue publicado en la página web institucional y en la página de la Super Salud.

### **DIFICULTADES DEL EJE TRANSVERSAL:**

#### **Información:**

- ▲ Desconocimiento por parte de los funcionarios de las TRD, los documentos y procedimientos de la Gestión Documental.
- ▲ No existen trámites registrados al SUIT. Está en proceso.
- ▲ No se tiene un plan de manejo de copias de seguridad.
- ▲ No se tienen estandarizados la elaboración de los documentos en el Hospital.

#### **Comunicación Pública:**

- ▲ No se tiene adoptado e implementado el proceso de Gestión de la Información.

### **ESTADO GENERAL:**

Es muy importante anotar que el MECI fue socializado con los funcionarios y se establecieron los equipos de trabajo, durante el año pasado, se está llevando a cabo el proceso de implementación y de evaluación por lo cual se cumple con lo establecido en Decreto 943 de 2014.

Para el buen desarrollo del MECI, se cuenta con un alto grado de colaboración y motivación de la Alta dirección del Hospital.

Ya se comenzó con el diagnóstico y la aplicación del Nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, de acuerdo con el decreto 1499 del 2017 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

#### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com

**Nit 890907297-3**

Para Febrero de este año se realizó la evaluación del Sistema de control Interno en forma oportuna de acuerdo con la nueva metodología establecida por la DAFP y el resultado arrojado fue el siguiente. El Indicador de Madurez del MECI fue del 80.17 que se considera como Satisfactorio. Luego para el mes de noviembre del 2017 se diligenció a través del FURAG el cuestionario para mirar el estado de avance de la entidad frente al MIPG.

### **RECOMENDACIONES:**

Lo más importante para el mejoramiento continuo en el Hospital es que todos los funcionarios estén dispuestos asumir el reto de mejorar e implementar el Sistema de Gestión Integrado (SGI), y para ello se requiere que se tengan unos compromisos claros, personas responsables de los procesos, recursos y un plan de trabajo bien establecido al cual se le dé un estricto cumplimiento.

Teniendo en cuenta que en el 2016 se elaboró y adoptó el Nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2.016 -2.020, se debe aprovechar la actualización y elaboración de una serie de Manuales, Guías, Procedimientos y Planes que van a propiciar que el Hospital cumpla con su misión y los objetivos Institucionales. Para eso se recomienda fortalecer los siguientes elementos y actividades como son:

- Revisar el Código de ética y/o código de Integridad y de buen gobierno actualizarlos.
- Presentar a los funcionarios una charla sobre gestión ética valores y compromisos.
- Elaborar unas carteleras, pendones u otras con los valores, principios éticos y los deberes y derechos en salud.
- Revisar el Manual de Funciones y competencias con el fin de realizar los ajustes.
- Elaborar y actualizar los Manuales de Talento Humano y de inducción y reinducción.
- Realizar, implementar y adoptar un proceso caracterizado de la gestión del talento humano.
- Se debe socializar el implementar el SG-SST.
- Elaborar, implementar y adoptar el Manual operaciones del Hospital.
- Fortalecer la política de operaciones para cada uno de los procesos.
- Socializar el organigrama del Hospital.
- Actualizar los mapas de riesgos de todos los procesos y realizar el seguimiento.
- Elaborar el Manual o la guía de administración del riesgo en el Hospital y adoptarla.
- Se deben capacitar a varios funcionarios del Hospital en el proceso de auditorías.
- Se debe implementar una cultura del Autocontrol.
- Se deben realizar los seguimientos a los planes de mejoramiento continuo con el fin de cerrar las brechas establecidas en los mismos.
- Se recomienda reforzar la sensibilización de los procesos y los elementos para que se pongan en práctica.

### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com

**Nit 890907297-3**

- Realizar un seguimiento a las actividades que se dejan escritas en las actas de los diferentes comités.
- Se deben tener en cuenta los informes de evaluación al sistema de control interno para mejorar los procesos y los objetivos institucionales.
- Se recomienda que los líderes de los procesos realicen una revisión y seguimiento de las políticas en los grupos primarios.
- Se recomienda reinducción en algunos temas relacionados con el manejo documental de la Empresa de acuerdo a las TRD y socializar y adoptar los documentos del proceso de gestión documental como son PINAR, Programa de Gestión Documental - PDG, inventario documental entre otros.
- Se debe estandarizar toda la documentación del Hospital de acuerdo con la normatividad vigente del Archivo General de la Nación.
- Se debe elaborar, implementar y adoptar el proceso de gestión de bienes y servicios y caracterizarlo.
- Realizar el seguimiento a las PQRSD y presentar un informe semestral al Gerente.
- Estandarización de los requisitos para las compras, la selección de los proveedores y definición de políticas para la evaluación de proveedores y para la verificación de los bienes y servicios comprados o contratados.
- Fortalecer la metodología para la medición de la percepción de los ciudadanos.
- Continuar con la documentación e implementación del plan de Auditorías Internas y de Calidad y formación de auditores internos de calidad.
- Comenzar con la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Es muy importante continuar con la implementación de acciones permanentes de mejoramiento continuo de los procesos, a través de una metodología sistemática basada en el análisis de datos.

---

**JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA**  
**Asesor de Control Interno**

**Salud Integral para Todos**  
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
**Nit 890907297-3**