



**Informe pormenorizado
cuatrimestral de Control interno,
Hospital San Juan de Dios ESE-
Rionegro.**

Marzo de 2019 a Junio de 2019

Presentado por:

Carlos Mauricio García Escobar

Jefe de Control Interno

PRESENTACIÓN

La Oficina de control interno del Hospital san juan de Dios, 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°1 de 2019 del Estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital San Juan de Dios de Rionegro, correspondiente al período del 4 de noviembre de 2018 al 3 de marzo de 2019

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 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 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.

I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.

Dimensión N°1. Talento Humano.

Código de Ética y Buen Gobierno.

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno; la última versión 3, se encuentra publicada en la plataforma web de la entidad.

Se integró el código de ética del auditor al código de integridad; que fue aprobado por el comité institucional de coordinación de control interno

Planeación del talento humano.

En la página web del Hospital, Transparencia y acceso a la información pública, la Integración de los planes MIPG, se encuentran publicados en el plan operativo anual POA, en este POA se encuentran integrados a través de los objetivos e indicadores de los siguientes planes:

- Plan Anual de Vacantes.
- Plan de Previsión de Recurso Humano.
- Plan Estratégico de Recurso Humano
- Plan de Estímulo e Incentivos.
- Plan de Capacitación.
- Plan de Bienestar.

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.

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

Fortalezas:

- Se culminó el plan Institucional de Capacitación.
- Se terminó el plan de gestión del talento humano.
- Publicación del Manual de funciones en la Intranet y le permite al funcionario realizar consulta de las funciones de los cargos en planta del Hospital.
- Vinculación de personal idóneo y competente.
- Se culminó la reforma al proceso de inducción y reinducción, se agregaron algunas áreas que faltan en este proceso y la generación del Certificado de inducción.

Se culminó el programa de Bienestar, estímulos e incentivos. 2019 para ser aprobado por Gerencia a través de la Resolución.

- Indicadores de bienestar, estímulos e incentivos (Indicadores Institucionales).

-Se realizan actividades que motivan al personal vinculado, estas actividades motivan 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.

Acuerdos de Gestión.

Evaluación Vigencia 2018.

El Gerente del Hospital para el periodo 2018 realizo la evaluación de acuerdo de gestión para cada uno de los directivos del Hospital.

Elaboración Acuerdos de Gestión 2019.

La gerencia, así mismo procedió con la concertación de los compromisos de los acuerdos para el período 2019.

Evaluación del desempeño laboral.

Metas por dependencias 2019.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- La oficina de calidad y planeación entrega a las dependencias el consolidado de la evaluación por áreas, la cual se constituye en un insumo importante para la evaluación de desempeño.
- Se comparte con los jefes de las áreas los compromisos institucionales que sirven de insumo para la concertación de objetivos de la vigencia 2019.

- 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 de personal de la ESE Hospital se realizó completamente y se encuentra alineado con los requisitos normativos.

Concertación de compromisos.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se realizó evaluación del desempeño para todos los funcionarios del Hospital para el periodo 2018 - 2019, para lo cual a la fecha han reportado a Gestión Humana 100% de las evaluaciones realizadas.
- Igualmente se inició con el proceso de la concertación de compromisos en la plataforma implementada por la CNSC.

Debilidades.

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

Entrenamiento en el puesto de trabajo.

Con el apoyo de la gerencia, las subgerencias, el área de talento humano se están realizando entrenamientos a los funcionarios y contratistas que ingresan a la Institución y se diligenciaron las plantillas correspondientes para cada proceso.

Fortalezas

- Acompañamiento de los profesionales del Hospital que hacen parte de los procesos de los funcionarios que ingresan a la institución.

Debilidades.

- Dificultad con los entrenamientos de los directivos, aunque se tiene definida una semana para realizar su entrenamiento no se respetan los tiempos programados, lo que dificulta que ellos terminen el proceso.

Procesos de Conciliación.

Se presentaron al comité de conciliación todas las solicitudes de conciliación prejudicial y judiciales programadas entre el mes de marzo de 2019 y junio de 2019, así como se elaboraron las respectivas constancias de comité de conciliación de cada caso para ser aportadas como anexos en sede judicial y prejudicial.

Dimensión N° 2. Direccionamiento estratégico y planeación y Dimensión N° 6 Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Planes.

Plan de desarrollo 2016-2019.

El cual 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 2018. Se encuentra en curso la vigencia 2019.

Fortalezas

- El direccionamiento estratégico del hospital 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 fue revisado por la gerencia y su grupo directivo y se realizaron modificaciones a al organigrama y a su plataforma estratégica con la colaboración de la universidad CES.

Fortalezas

- El Plan de acción 2019 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.

- Se realizó el seguimiento al plan de acción 2018 por parte de la líder de planeación.

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Entre las actividades realizadas se tienen:

- Se tiene definido el cronograma de ejecución del mismo para el año 2019.
- 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.

Fortalezas

- La Institución cumple con los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
- Los instructivos Institucionales son funcionales y permiten la gestión adecuada del proceso.

Debilidades.

- El espacio de la oficina de atención al usuario es estrecho, allí laboran 3 personas, por lo anterior, no se garantiza la privacidad del usuario en el momento de ser atendido.

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 transmite información contable pública y de convergencia a la Contaduría General de la Nación al igual que al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 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.

Plan Anual de Adquisiciones.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Conformación de un grupo interdisciplinario.
- 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.

Plan de Austeridad.

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Se enviarán comunicados a los 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, pero aún no se ha socializado con las directivas ni los líderes de los procesos.

Fortalezas

- Crear participación activa de los involucrados en el consumo de recursos, para que sean conscientes de los costos incurridos y en los que pueden ahorrar.

Debilidades.

- Falta de compromiso de los involucrados en la contención de costos y gastos.
- El plan de compras está construido empíricamente, no está construido acorde a la normatividad.

Programa Anual de Auditorías.

Fortalezas

- Elaboración del programa anual de auditoría con metodología basada en riesgos.
- La líder de planeación está adelantando el plan anual de auditorías acorde a su planeación.

Gestión de Cartera.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se generaron estados de cartera, actualización de saldos. ▫ Se generaron Actas de depuración de cartera entre las partes, actas de acuerdos de pago con tiempos establecidos.
- 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 está 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 proyectos a ejecutar por el hospital de la RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO.

Debilidades.

- Rotación del personal Asistencial.

Dimensión N° 3. Gestión con Valores para Resultados.

Estructura organizacional.

El proyecto orientado a la modificación de la estructura organizacional y plataforma estratégica se realizó con éxito para su ejecución en el año 2019

Modelo de Operación por procesos.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

Se revisaron, documentaron, implementaron y ajustaron las 16 políticas de MIPG; Como parte del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en lo que respecta YA TIENEN RESOLUCIÓN DE GERENCIA.

Debilidades

- Desconocimiento del MIPG por parte de la mayoría de los funcionarios de la organización.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.

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

- Se 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.
- Se reportan en la plataforma de la Supersalud los resultados de la medición anual

Fortalezas

- la capacidad del personal responsable de la implementación del PAMEC favorece enormemente el cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC.

II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

Lineamientos de Política.

Como herramienta para la administración de riesgos en la institución se dispuso de un formato (matriz de riesgo) y en cada proceso y procedimiento se terminó de construir cada una de las matrices, partiendo de dichas matrices se actualizará el inventario institucional del riesgo; estos riesgos son categorizados y estas categorías nos permiten agrupar los distintos tipos de riesgos para facilitar su gestión.

Actualmente se están revisando la utilidad de los controles de cada proceso

Debilidades.

- Las áreas deben fortalecer el reporte de la información relacionada con los riesgos institucionales y fortalecer su gestión.

Identificación del riesgo.

A cada uno de los 18 procesos se le identificaron los riesgos con su matriz de riesgos, donde realizó también una valoración de probabilidad e impacto para los posibles eventos de riesgos que impiden el logro del objetivo del proceso y se determinaron los riesgos residuales. Cada dueño de proceso o propietario de los riesgos tienen la responsabilidad de socializar los riesgos identificados con su equipo

de trabajo y realizar el seguimiento a los controles implementados para mitigar dichos riesgos.

Análisis del riesgo.

Cada uno de los líderes realiza la evaluación de los riesgos con corte a junio 30 de 2019.

Evaluación del riesgo

Se dispone del Informe Autoevaluación de Índice de madurez de la Gestión del Riesgo. Este se realizará una vez se termine de desarrollar la matriz por procesos y procedimientos.

Monitoreo y revisión.

Se publicará una vez se termine de desarrollar la matriz del mapa de riesgos, en dicho mapa están incluidos los riesgos de corrupción, allí se vincularon a los procesos más vulnerables de materializarse dichos riesgos y que son transversales en la institución. Y en cada proceso podremos ver el mapa de riesgos individual con su perfil de riesgo.

III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

Indicadores Institucionales.

Se tiene un tablero de mando en formato Excel en la oficina de calidad y planeación que contienen los indicadores institucionales de gestión por proceso y de los planes operativos de la institución, está pendiente la actualización y publicación por parte del área de calidad, área responsable del tema.

Fortalezas

- A partir del nuevo manual de indicadores se podrá obtener actualización del tablero de mando.

Debilidades.

- Los tableros de mando que actualmente tiene el hospital están en formato Excel, los cuales no garantizan la seguridad de la información.
- El desarrollo de los tableros a partir de la plataforma BI requiere de inversiones costosas, por lo que se ha optado para 2019 tener como alternativa tecnológica el aplicativo Power BI para el desarrollo y modernización de los tableros de indicadores institucionales.

IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Dimensión N° 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.

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.

Comunicación interna.

Información al personal:

Se continua con el fortalecimiento de canales de comunicación dentro del Hospital.

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 30 de junio.

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 convenios.

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 \$782.330.818 y en el año 2019 con corte a 30 de junio de \$366.404.867, a continuación se describe lo más relevante.

Renovación anual del servicio de actualización y soporte del aplicativo CNT Pacientes, módulos asistenciales y administrativos.

Renovación anual del servicio de actualización y soporte del aplicativo Servinte Clinical Suite Enterprise, en los módulos de: Admisiones, Autorizaciones, Ayudas, Citas, Cirugía, Facturación, Cartera, Suministros, Contabilidad, CXP, Caja y Bancos, Presupuesto, Ministerio, Activos, Anticipos, DM&R, Maestros Adm, Sisteg, Gespac,

Maestros Clínicos, Tablero de Pacientes Hospitalizados, Tablero de Servicios Ayudas Dx, Pre admisiones 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 Ramírez.

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 metálica blanca 10*4, con sus respectivos accesorios, marcación e identificación, en el área 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 cómputo todo en uno para personal de contingencia y cambio de equipo de la unidad ambulatoria.

Consultorios de Urgencias Obstétricas. Dos (2) computadores todo en uno

Soporte y Actualización sistema Document.

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, 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 anesthesiologists 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 Valencia

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 Tablet para realizar pruebas en conjunto con la administración municipal

GMM PIC. Veinticuatro (24) Tablet 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

Derechos de Autor de Software.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se presenta el informe de Derechos de autor, el cual es registrado en la página www.derechosdeautor.gov.co, aquí se consigna la información básica solicitada como el número de equipos en la institución y los controles que se tienen implementados como: Se han aplicado políticas dentro del controlador de dominio de modo tal que solamente las personas de soporte técnico sean las autorizadas para la instalación de software en los equipos, Instalación de software sólo puede realizarse a través de una solicitud directa al grupo de sistemas.
- Adicionalmente, se solicita la verificación de los acuerdos de licencia del Software por parte del analista de inventario para aprobar o denegar la instalación de un nuevo software solicitado. 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 en la página de Microsoft a nombre del Hospital San Juan de Dios de Rionegro.
- Del mismo modo, se realiza la liberación de las licencias del demás software comercial que así lo requiere, tales como: Antivirus, Nitro PDF, Adobe Acrobat Professional, entre otros.

Comunicación interna.

- **Información a la comunidad hospitalaria:**

El público interno del Hospital se informa a través del sistema de carteleros que está compuesto por carteleros informativos y educativos; 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.

Comunicación externa.

▫ Canales de comunicación: Carteleras digitales

Se mantienen carteleras digitales para usuarios en salas de espera

. Página web actualizada permanentemente con un porcentaje de actualización de 70% al 30 de junio.

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

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- 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.
- Se generan informes para seguimiento mensual a manifestaciones, indicadores, plan de acción, etc.

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.
- El proceso SIAU

se constituye en uno de los insumos del modelo de mejoramiento institucional, en sus diferentes niveles de operación; - El proceso SIAU es reconocido por funcionarios y colaboradores desde el ingreso a la institución, ya que es un tema de la inducción como parte del entrenamiento del puesto de trabajo.

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.

Rendición de cuentas.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- Se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas correspondiente al periodo 2018, el 23 de abril de 2019 a las 2 de la tarde en el auditorio.
- Se publica informe de gestión en la página web del Hospital oportunamente.
- Convocatoria a la comunidad en general, EAPB, IPSs, instituciones educativas, proveedores, asociaciones y grupos comunitarios, COPACO, Asociación de usuarios, entre otros. 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 2018, 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 recordó 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.

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.

Fortalezas

- La Institución cumple con los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
- Se cuenta con el compromiso de la gerencia para el cumplimiento del requisito normativo y permitir la expresión de la comunidad.

Debilidades

- La respuesta a la convocatoria es pobre a pesar de la utilización de medios masivos y personalizados de difusión.

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 entrega dentro de los términos del tiempo y deben hacerse pagos onerosos por dichos incumplimientos, de parte del HGM.
- Falta de personal en los archivos de gestión para realizar las transferencias primarias oportunamente y cumpliendo con los requisitos archivísticos.
- No aplicación oportuna de la tabla de valoración lo que implica el pago por custodia de documentos que cumplieron el tiempo de retención.

Plan de comunicaciones.

Aplica la información de los ítems de comunicación interna y externa.

Participación ciudadana.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

- La organización cuenta con la política SIAU y el proceso estandarizado de atención al usuario.
- La asociación de usuarios se reúne ordinariamente por lo menos una vez al mes. Apoya la recolección de manifestaciones depositadas en el buzón de sugerencias. Apoyan la socialización del proceso con los pacientes que llevan más de un día de internación.

Fortalezas

- Contar con una política - Compromiso de los actuales integrantes de la asociación de usuarios.

Debilidades.

- Si bien se ha fortalecido la asociación de usuarios, es necesario contar con mayor número de miembros y mayor participación.

V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.

Dimensión 4. Evaluación de Resultados.

Evaluación del Clima Laboral.

La encuesta de CLIMA LABORAL tuvo resultados en el mes diciembre, esta se desarrolló en el auditorio ambulatorio donde el personal iba a diligenciarla.

Evaluación del desempeño laboral - Seguimiento.

Se realizó 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.

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.

Revisión por la Dirección.

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)

Dimensión 7: control interno

Fortalecimiento Oficina de control interno.

- Se continúa desarrollando el Plan de Acción correspondiente al año 2019.

-El documento del código de ética del auditor se integró al código de integridad para tener un solo código de ética y buen gobierno institucional donde se involucre toda la parte ética en un solo documento.

-Se continúa dando desarrollo a el programa de auditorías basado en gestión del riesgo.

Debilidades

- Mejorar cobertura de las auditorías, especialmente en las áreas de sistemas de información y comunicación y la parte financiera.

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 las elaboraciones 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.