



**ESE**

# **HOSPITAL DEL SUR**

## **I T A G Ü Í**

**Informe Pormenorizado de Control Interno de julio-  
noviembre de 2019**

**Ley 1474 de 2011 - artículo 9**

Oficina de Control Interno – Noviembre 12  
de 2019

## INTRODUCCIÓN:

El presente informe consolida resultados y conclusiones del seguimiento a la gestión institucional de julio a noviembre de 2019 y busca, especialmente con observaciones y recomendaciones aportar a la permanente mejora de la gestión institucional.

Según el Decreto 1499 de 2017, la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno.

Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo, con fundamento en los siguientes componentes:



### 1.1 TALENTO HUMANO

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

En el período de la rendición del presente informe, se culminó la revisión de los Manuales de Funciones de los funcionarios adscritos a la planta de cargos. Dicho proceso se llevó a cabo en atención al Decreto 815 de 2018 por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015 Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos.

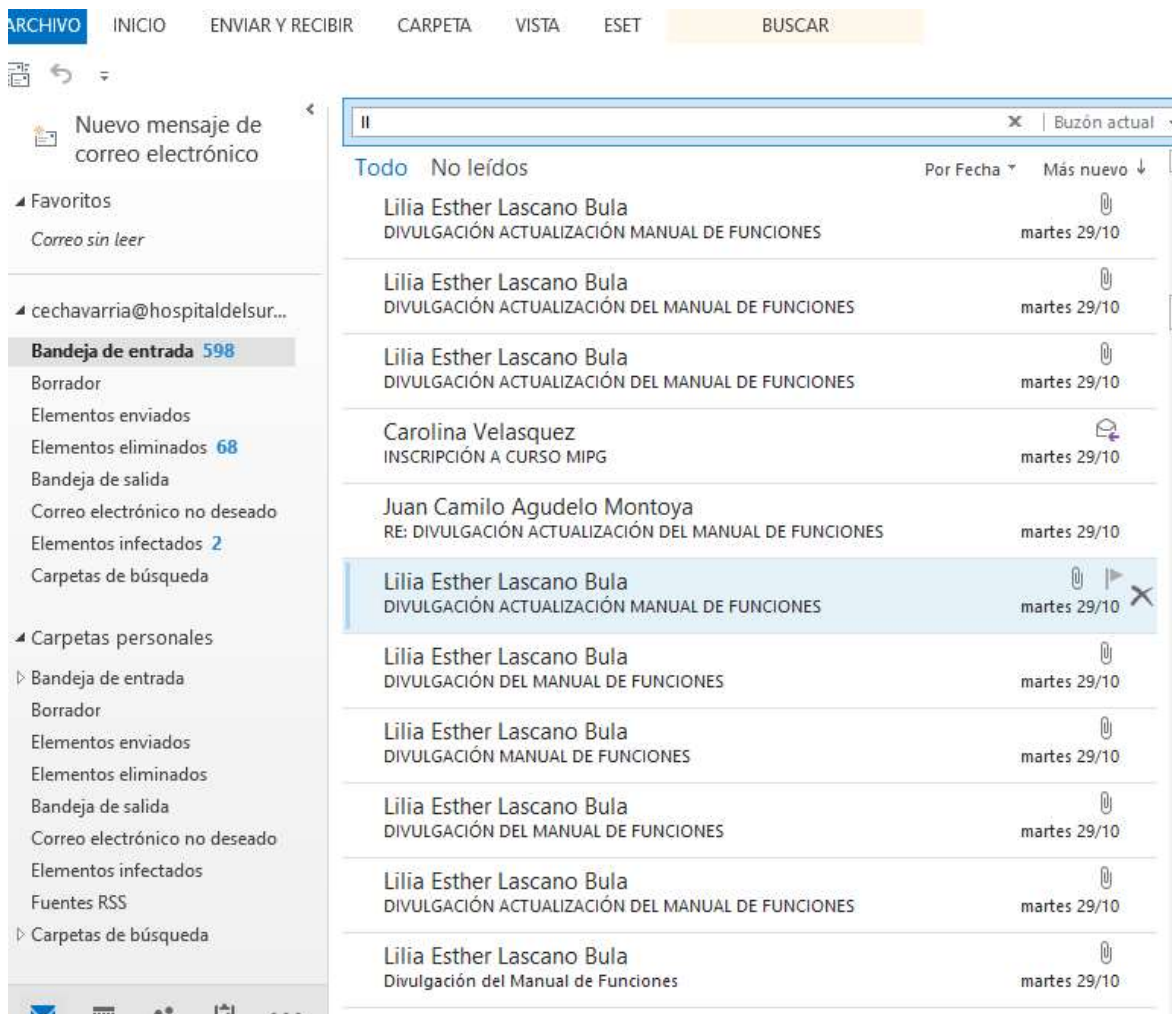
**ACUERDO No. 12**  
**(Itagüí, 02 de Octubre de 2019)**

**POR EL CUAL SE AJUSTA EL MANUAL ESPECIFICO DE FUNCIONES Y DE  
COMPETENCIAS LABORALES PARA LOS EMPLEOS DE LA PLANTA DE  
PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA  
DEL MUNICIPIO DE ITAGUI, ANTIOQUIA.**

En este sentido la revisión fue efectuada en varias instancias a saber:

1. El proceso de Talento Humano construyó la propuesta
2. Por parte de los jefes inmediatos de los funcionarios, fue revisada
3. Luego, el Jefe de Personal de la Entidad, Subgerente Administrativo y Financiero, realizó ajustes al texto proyectado
4. La Oficina de Control Interno de Gestión en igual sentido realizó revisión confrontando la propuesta con la normatividad vigente
5. Teniendo en cuenta que dicho Manual, debe ser adoptado por Acuerdo por parte de la Junta Directiva, fue designado por el Secretario Jurídico de la Administración Municipal un profesional adscrito a la entidad para la revisión final del texto, siendo aprobado finalmente por la Junta Directiva mediante Acuerdo 12 de 2019

Actualmente, desde el Área de Talento Humano se está liderando la socialización de cada Manual de Funciones con los funcionarios para la notificación de las modificaciones y ajustes los cuales se pretende contribuyan con la realidad del Hospital, sin perjuicio de las competencias, destrezas y derechos de cada servidor.



## Desarrollo del Talento Humano

Para este componente el Área de Talento Humano, implementó con su correspondiente aprobación el Plan Institucional de Entrenamiento y Formación, por medio del cual se pretende transmitir conocimientos a través el entrenamiento específicos relativos al trabajo que cada uno desempeña, con aspectos de la organización, de las tareas y del ambiente desarrollando habilidades para el logro de mejorar el rendimiento y el desempeño de los funcionarios.

En el período evaluado fue adoptado mediante Resolución 347 del 3 de octubre de 2019 el Código de Integridad de la Entidad, el cual hace parte del componente INTEGRIDAD del MIPG. Dicho acto administrativo será socializado dentro del plan de Formación y hace parte del FURAG el cual deberá ser diligenciado en el mes de noviembre.

Se conminó a los funcionarios a como servidores públicos, realizar el módulo introductorio del Curso MIPG, para tal fin, desde el proceso de talento humano se realizó la inscripción el en portal para agilizar y garantizar el proceso. Además, fue incorporado en el Plan de Entrenamiento y Formación para la vigencia 2019, así:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
47	5	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	2) Prevención de accidentes	120	TODO EL PERSONAL	AGOSTO	Lider Salud Ocupacional	SABER	Fortalecer los conocimientos del personal con respecto a todo lo relacionado con la salud y el bienestar en el trabajo, garantizando al personal las herramientas y la seguridad integral al prestar los servicios con la institución.	VIRTUAL (MOODLE)	100%	90%									
48				3) Riesgo Biológicos																		
49				5) 50 Horas del ministerio en seguridad y salud en el trabajo																		
53	6	MEJORAMIENTO CONTINUO	CALIDAD	1) PAMEC	120	TODO EL PERSONAL	SEPTIEMBRE	Área de Calidad, Líderes de Procesos	SABER	Fortalecer los conocimientos del personal con respecto a todo lo relacionado con calidad y plataforma estratégica de la institución, garantizando una buena prestación de servicio	VIRTUAL (MOODLE)	100%	90%									
54				2) Grupos de mepramento: grupo primario, secundario y terciario																		
55				4) Modelo de mepramento																		
56				5) Oportunidades y planes de mejora																		
57																						
58																						
59																						
60	7	ETICA	Gestion transparente	1) Código de Integridad	120	TODO EL PERSONAL	NOVIEMBRE	Aasesor jurídico Jefe de control Interno	SABER	Identificar las diferentes estrategias con las cuales cuenta la ERE para hacer del desempeño y de la gestión un proceso transparente garantizando una administración eficiente	VIRTUAL (MOODLE Y PLATAFORMA DAFY)	100%	90%									
61				2) MIPG																		
62				3) Ley anti-lamias																		
63				4) Anticorrupcion																		
64				5) Gobierno en linea																		
66																						
67	8	PROMOCION Y DETENCION TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD	P Y D	1) Programas de P y P en general	120	TODO EL PERSONAL	NOVIEMBRE	Jefe P y P	SABER	Fortalecer las competencias en lo relacionado con P y P para lograr mayores niveles de satisfacción de nuestros usuarios.	VIRTUAL (MOODLE)	100%	90%									
68				2) APS																		
69				3) Vacunacion																		
70				4) Vigilancia Epidemiologica																		
71				5) Modelo de Atención Materno infantil																		
72				6) IAMI-AEP																		
73	9	GESTION DE LA INFORMACION	Modulo 10 de sistemas de informacion	1) RESOLUCION	120	TODO EL PERSONAL	DECIEMBRE	Lider de sistemas de informacion	HACER	Desarrollar habilidades en el manejo de sistemas de informacion para el funcionamiento agíl y oportuno del sistema	VIRTUAL (MOODLE)	100%	90%									
74				2) Moodle																		

INSCRIPCIÓN A CURSO MIPG - Mensaje (HTML)

ARCHIVO MENSAJE ESET

Ignorar Correo no deseado Eliminar Responder Responder a todos Reenviar Más Mover Acciones Marcar como no leído Categorizar Seguimiento Traducir Buscar Relacionadas Seleccionar Edición Zoom

martes 29/10/2019 12:53 p.m.  
 Carolina Velásquez <cvelasquez@hospitaldelsur.gov.co>  
 INSCRIPCIÓN A CURSO MIPG  
 Para todos@hospitaldelsur.gov.co  
 Respondió a este mensaje el 01/11/2019 11:30 a.m..

Muy buenas tardes,

Les informo que se está realizando la inscripción al curso introductorio de MIPG, el cual es realizado por la función pública y es de obligatorio cumplimiento para todos los empleados públicos a nivel nacional, del cual se debe realizar el primer módulo que corresponde a nivel introductorio, para esto se ha otorgado un plazo máximo de 15 días, es decir hasta el 21 de noviembre.

Les llegará un correo con el usuario y la contraseña. En caso de que no les llegue la información, por favor me lo hacen saber.

Cordialmente,

Carolina Velásquez G.  
 P.U talento humano



viernes 08/11/2019 04:03 p.m.  
Lilia Esther Lascano Bula <llascano@hospitaldelsur.gov.co>  
INSCRIPCIÓN AL CURSO DEL MIPG

Para todos@hospitaldelsur.gov.co

Itagüí, 8 de noviembre de 2019

Señores  
FUNCIONARIOS  
ESE Hospital del Sur GJP  
Itagüí

Cordial saludo:

Se les recuerda a todos que deben realizar el NIVEL INTRODUCTORIA de MIPG, en la plataforma de la función pública, cuya inscripción les fue realizada por la compañera Carolina Velasquez.

Atentamente,

LILIA ESTHER LASCANO BULA  
Profesional Universitaria  
ESE Hospital del Sur  
Tel. 5600670 Ext. 319 - 101  
Cel. 3176416138

Las actividades observadas en el presente seguimiento, son la programación de los proyectos de aprendizaje en equipo, las cuales se soportan en una plataforma virtual con la dirección de acceso <http://192.168.0.206/moodle/>.

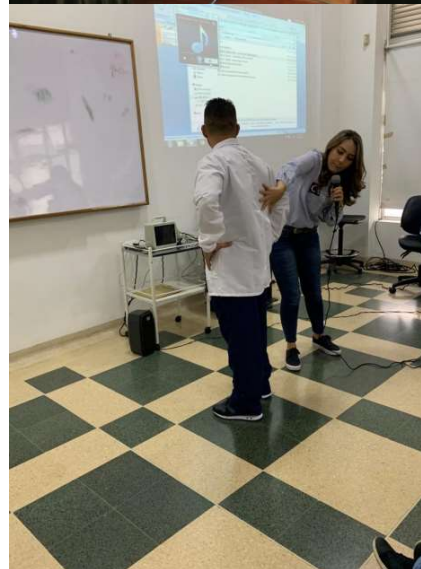
1. Seguridad del Paciente
2. Humanización
3. Crecimiento Personal
4. Fármaco-seguridad
5. Seguridad y Salud en el Trabajo
6. Calidad

Se reactivaron las actividades de Bienestar Social en pro del mejoramiento del clima organización, el cual fue medido en un 90% lo cual representa una medición positiva con relación al año inmediatamente anterior.



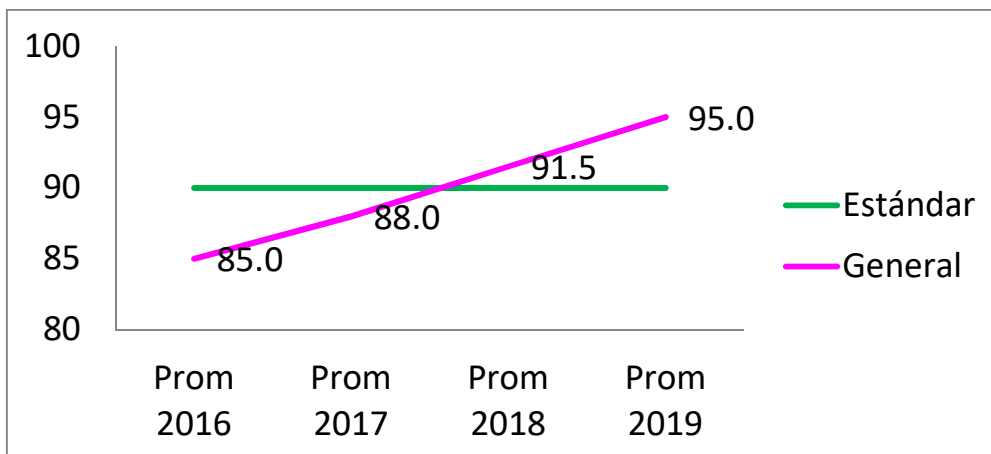
Por su parte, se continuaron las actividades desarrolladas en ejecución de los Programas de Bienestar, Seguridad y Salud en el Trabajo, Entrenamiento, son:

- Conmemoración de días especiales
- Reconocimiento de cumpleaños de los servidores del mes – se comparte por correo electrónico una tarjeta de cumpleaños
- Inducciones virtuales de Docencia Servicio.
- Negociación con la Caja de Compensación Familiar para lograr ampliar el portafolio de servicios a favor de los funcionarios de la institución cuyo plan de trabajo se está ejecutando
- Se realizó tarde de cine con los hijos menores de edad de los funcionarios.
- Se realizó en un 95% los exámenes periódicos de salud ocupacional con el personal idóneo.
- Se realizó jornada de bienestar con los funcionarios de admisiones y facturación
- Se realizó entrega de los Uniformes al personal asistencial, para mejorar la presentación y prestación del servicio



## 1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En la evaluación semestral del Plan de Desarrollo “Salud con Equidad 2016-2019”, la ESE Hospital ha presentado un desempeño favorable en el cumplimiento de las metas trazadas, el cual se refleja en la medición que realiza la OCIG con los correspondientes indicadores de gestión, el acumulado de la medición se muestra así:



No.	PERSPECTIVAS	% DE AVANCE PROMEDIO
1	IMPACTO (Indicadores áreas asistenciales)	99%
2	CLIENTES (Indicadores atención al usuario)	89%
3	PROCESOS INTERNOS (Desempeño de los procesos en General)	97%
4	APRENDIZAJE E INNOVACION (Talento Humano)	99%
5	FINANCIERA	91%
	<b>AVANCE PROMEDIO TOTAL</b>	<b>95%</b>

Otro de los logros importantes que se presentaron dentro del primer semestre y que impactaron el desempeño financiero de la Entidad, fue la categorización a riesgo bajo realizada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019:





**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**RESOLUCIÓN NÚMERO 0001342 DE 2019**

( 29 MAY 2019 )

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de las facultades legales, en especial, de las conferidas en los artículos 80 de la Ley 1438 de 2011 y 77 de la Ley 1955 de 2019 y,

Antioquia	Gómez Plata	ESE Hospital Santa Isabel	Sin riesgo
Antioquia	Guadalupe	ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe	Sin riesgo
Antioquia	Guarne	ESE Hospital Nuestra Señora de La Candelaria	Sin riesgo
Antioquia	Guatapé	ESE Hospital La Inmaculada	Sin riesgo
Antioquia	Heliconia	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Antioquia	Hispania	ESE Hospital San Juan del Suroeste	Riesgo bajo
Antioquia	Itagüí	ESE Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita	Riesgo bajo
Antioquia	Itagüí	ESE Hospital San Rafael	Riesgo alto
Antioquia	Ituango	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Jericó	Nueva ESE Hospital San Rafael de Jericó	Sin riesgo
Antioquia	La Ceja	ESE Hospital de La Ceja	Riesgo bajo
Antioquia	La Estrella	ESE Hospital La Estrella	Riesgo alto
Antioquia	La Pintada	ESE Hospital Antonio Roldán Betancur	Riesgo bajo
Antioquia	La Unión	ESE Hospital San Roque	Sin riesgo
Antioquia	Liborina	ESE Hospital San Lorenzo	Sin riesgo
Antioquia	Maceo	ESE Hospital Marco A. Cardona	Riesgo bajo
Antioquia	Medellín	ESE Carisma	Sin riesgo

Según la trazabilidad de la información financiera, el hospital ha presentado como resultados cada año los siguientes:

<b>AÑO</b>	<b>RESOLUCIÓN</b>	<b>CATEGORIZACIÓN RIESGO FINANCIERO</b>
2010		
2011	No hay información	
2012	2509	BAJO
2013	1877	SIN RIESGO

2014	2090	RIESGO MEDIO
2015	1893	RIESGO ALTO
2016	2184	RIESGO ALTO
2017	1755	RIESGO MEDIO
2018	2249	RIESGO ALTO
2019	1342	RIESGO BAJO

De conformidad con lo anterior se ha gestionado en el período analizado en el presente informe pormenorizado, las siguientes acciones:

En el mes de Julio: Según la resolución del COMFIS N° 95602 del 10 de julio de 2019 y mediante el Acuerdo de Junta Directiva N° 08 del 11 de Julio de 2019 se adicionaron al presupuesto de ingresos y gastos unos recursos por valor de Seiscientos Cincuenta Millones Ochocientos Veintiséis Mil Trescientos Diez Pesos \$ 650.826.310 correspondientes a los contratos celebrados con el Municipio de Itagüí y la ESE Hospital del Sur.

En el mes de Septiembre: Se realizó adición presupuestal de ingresos y gastos mediante la Resolución 115772 del 29 de agosto de 2019 y Acuerdo de Junta Directiva 11 del 2 de septiembre de 2019 los cuales corresponden a recaudos de vigencias anteriores y otros ingresos por valor de Trescientos Diez Millones Novecientos Treinta y Siete Mil Ochocientos Cincuenta y Ocho Pesos M.L. \$310.937.858,00.

Al corte del mes de septiembre el presupuesto de ingresos y gastos de la ESE Hospital del Sur de acuerdo con las adiciones realizadas presenta un valor de Diez y Siete mil Novecientos Diez y Nueve Millones Doscientos Veintiséis Mil Quinientos Cinco Pesos M.L. \$17.919.226.505,00.

En el mes de septiembre se comenzó a realizar el análisis de la información para la proyección del presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2020 según las necesidades reportadas por las diferentes áreas de la ESE Hospital del Sur y con base en la normatividad vigente la Ley 1873 del diciembre de 2017 la cual se refiere a la elaboración de la proyección de presupuesto de acuerdo al reconocimiento realizado en el año inmediatamente anterior al que se realiza la proyección. Después de la consolidación de la información se procederá al envío para la revisión y ajuste de la información antes de ser enviado al COMFIS para su debida revisión y aprobación.

Dichas acciones se han reflejado en la información financiera de la Entidad, así:

### **Equilibrio con Reconocimiento:**

Ingresos / Gastos = Equilibrio

Reconocimiento	=	13,941,479,241.00	=	
Compromiso		13,945,255,658.00	=	<b>1.00</b>
Reconocimientos	-	Compromisos	=	Déficit/ Excente Presupuestal
13,941,479,241.00	-	13,945,255,658.00	=	<b>-3,776,417.00</b>

### **Equilibrio con Recaudo:**

Recaudo	=	13,057,983,357.00	=	
Compromiso		13,945,255,658.00	=	<b>0.94</b>
Recaudo	-	Compromisos	=	Déficit/ Excedente Presupuestal
13,057,983,357.00	-	13,945,255,658.00	=	<b>-887,272,301.00</b>

## **Acuerdos de Gestión**

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993 y demás normas concordantes debe efectuar cada año la verificación de la suscripción y evaluación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos de la Entidad; para lo cual, tendrá en cuenta el artículo 50 de la Ley 909 de 2004 “Acuerdos de gestión”, su Decreto reglamentario 1227 de 2005 (art. 112) y el Decreto 2539 del mismo año, así como la “Guía Metodológica para la Elaboración de un Acuerdo de Gestión”.

Como parte del avance en su implementación, se celebró Acuerdo de Gestión con el único gestor público que tiene la Entidad, Doctor Alexander Cardona, quien funge como Subgerente Administrativo y Financiero. Dicho acuerdo se celebró el día 04 de octubre de 2018.

**Planes Y Programas.** Para la fecha de presentación del presente informe pormenorizado de control interno, se presenta la medición de los planes comprendidos entre los meses julio, agosto y septiembre. Por lo anterior, a continuación, se relaciona la última medición realizada en la vigencia 2019, así:

<b>PLAN DE ACCIÓN</b>	<b>ACUMULADO A SEPT - 19</b>
Gerencia de la información	99%
Laboratorio	92%
Gestión Financiera	95%
Protección Específica y Detección Temprana	83%
Talento Humano	93%
Odontología	94%
Gestión Integral de la Tecnología	95%
Gestión del ambiente y recursos físicos	87%
Ambulatorios	80%
Vigilancia Epidemiológica	82%
Servicio Farmaceutico	80%
Seguridad y Gestión del Riesgo	95%
Calidad	94%
Hospitalización	92%

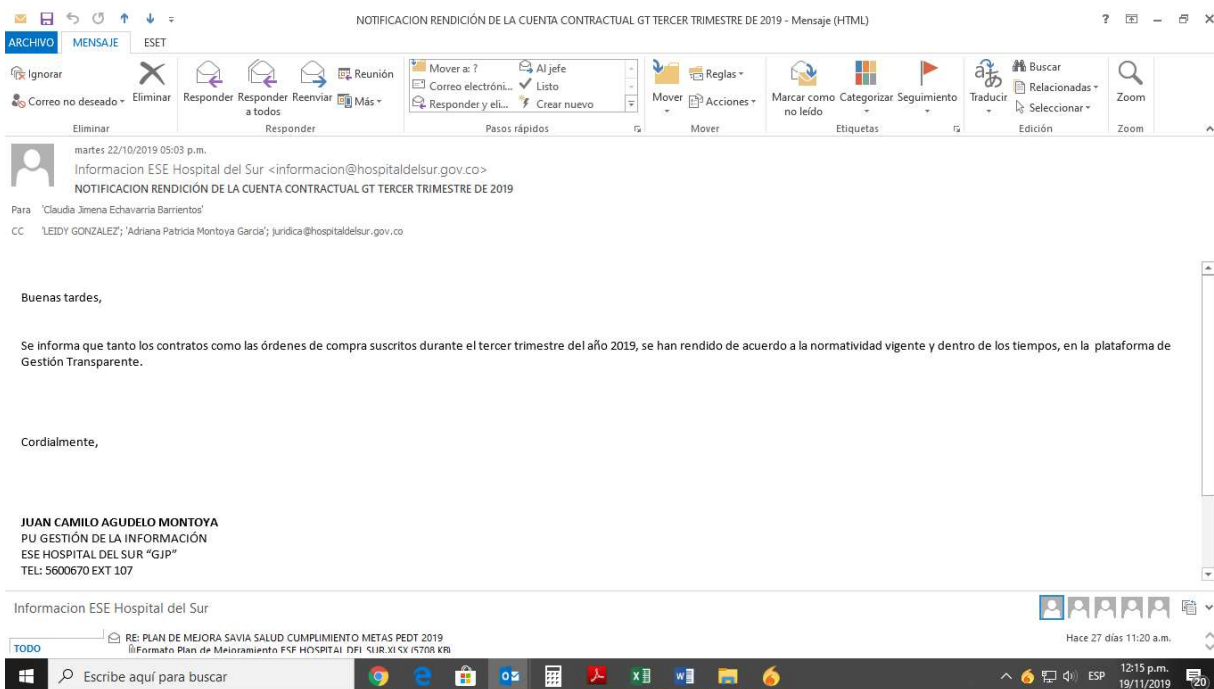
La interpretación de la calificación es de la siguiente manera:

- Satisfactoria: calificación igual o superior al 90% y que se resalta con color verde.
- Aceptable: calificación entre 80% y 89% y que se resalta con color amarillo.
- Regular: calificación por debajo del 79% y se destaca con color rojo.

### **Rendición De Cuentas**

Dentro del período evaluado, no se realizaron audiencias de rendición de cuentas toda vez que la misma se debe realizar en la próxima vigencia para el año 2019.

Por su parte, la rendición en la cuenta contractual y de ejecución presupuestal, se realizó dentro de los términos y con la completitud que para el efecto exige el portal "GESTIÓN TRANSPARENTE"



## Sistema De Información:

Mediante Acta N° 1 modificatoria de adición en valor y modificatoria de las cláusulas segunda y tercera del contrato de prestación de servicios N° SH-194-2019 celebrado entre el Municipio de Itagüí y Sistemas y Asesorías de Colombia S.A. –SYAC S.A., la Entidad procedió con el cronograma para la migración, instalación, parametrización y capacitación a los módulos de DINÁMICA HOSPITALES para la interacción de la información asistencial y financiera con la Alcaldía de Itagüí

En este sentido, la ESE se encuentra en ejecución de cronograma de trabajo, encontrándose en capacitación y parametrización simultánea en dicho sistema y para el efecto, ha realizado ejercicios de referenciación con otras Entidades Hospitalarias de baja complejidad, de manera que se pueda realizar el proceso el cual tiene fecha de terminación al 31 de diciembre de la vigencia.

### 1.3 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

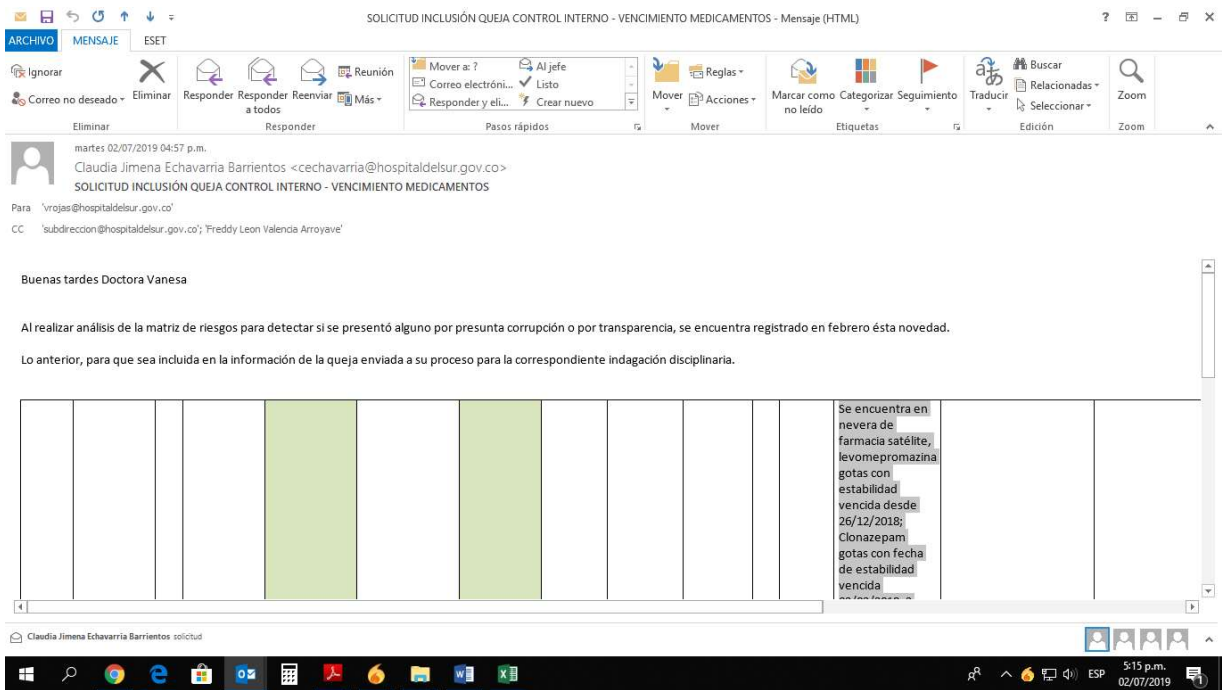
SEGUIMIENTO ENERO	
EVENTOS ADVERSO	0
INCIDENTES	0
FALLAS ADMINISTRATIVOS	30

TRANSPARENCIA	2
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

En el análisis de los dos riesgos de enero por corrupción o que afectan la transparencia de los procesos se encuentra la que corresponde a: *“la administración, cobro y dispensación de medicamentos e insumos en el sistema no corresponde a lo ordenado por el médico y despachado en el sistema, se quedan medicamentos e insumos sin ser cobrados, lo que puede generar desfalcos en farmacia”*, toda vez que el Sistema de Información PANACEA debido a sus múltiples inconvenientes, afecta la facturación de los servicios que se prestan. En ambos casos se evidenció el mismo inconveniente en el mes de enero analizado. De ésta manera, se enviaron los correspondientes requerimientos al desarrollador del Sistema de Información, a efectos de realizar el respectivo desarrollo.

<b>SEGUIMIENTO FEBRERO</b>	
EVENTOS ADVERSO	3
INCIDENTES	15
FALLAS ADMINISTRATIVOS	30
TRANSPARENCIA	1
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>

En el análisis de los riesgos que corresponden al mes de febrero, se detectó el siguiente: *“Se encuentra en nevera de farmacia satélite, levomepromazina gotas con estabilidad vencida desde 26/12/2018; Clonazepam gotas con fecha de estabilidad vencida 03/02/2019; 2 frascos de antiácido abiertos para unidosis; gentamicina gotas con fecha de estabilidad vencida 06/01/2019; alcaine, acetaminofén jarabe, insulinas pen, timolol gotas abiertos y sin rótulo de estabilidad; 2 penicilinas de 1 millón abierta para prueba de sensibilidad abiertas el 6 y 7 de febrero”*. Éste reporte se puede constituir en una presunta falta disciplinaria, por lo que ya desde antes se había enviado mediante oficio radicado 175 del 10 de abril de 2019 a la Jefe de Control Interno Disciplinario la queja correspondiente para el adelantamiento de las diligencias que correspondan. Nuevamente se envía requerimiento en la realización del presente informe:



SEGUIMIENTO MARZO	
EVENTOS ADVERSO	3
INCIDENTES	9
FALLAS ADMINISTRATIVOS	76
TRANSPARENCIA	0
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>

En el mes de marzo fueron gestionados los eventos adversos en su totalidad y los incidentes y las fallas administrativas fueron gestionadas en un 85%. No se presentaron presuntos actos de corrupción o que afecten la transparencia de los procesos.

SEGUIMIENTO ABRIL	
EVENTOS ADVERSO	2
INCIDENTES	26
FALLAS ADMINISTRATIVAS	20
TRANSPARENCIA	0
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>

En el mes de abril fueron gestionados los eventos adversos en su totalidad y los incidentes y las fallas administrativas fueron gestionadas en un 90%. No se presentaron presuntos actos de corrupción o que afecten la transparencia de los procesos.

<b>SEGUIMIENTO MAYO</b>	
EVENTOS ADVERSO	1
INCIDENTES	29
FALLAS ADMINISTRATIVAS	40
TRANSPARENCIA	0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>

En el mes de mayo fueron gestionados los eventos adversos en su totalidad y los incidentes y las fallas administrativas fueron gestionadas en un 95%. No se presentaron presuntos actos de corrupción o que afecten la transparencia de los procesos.

Los riesgos reportados del 01 al 30 de junio aún se encuentran dentro de los tiempos de gestión, sin embargo, al hacer revisión de los mismos, se encontró lo siguiente:

<b>SEGUIMIENTO JUNIO</b>	
EVENTOS ADVERSO	2
INCIDENTES	13
FALLAS ADMINISTRATIVAS	35
TRANSPARENCIA	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Pese a que no se evidenciaron riesgos por presunta corrupción, si se evidenció que existen falencias en el proceso de facturación de servicios, por lo que se requiere el día 03 de julio de 2019 a la Líder de Facturación, adopte acciones de mejoramiento con relación a los riesgos reportados, especialmente actividades preventivas para evitar pérdidas económicas por parte de la Entidad.

<b>SEGUIMIENTO JULIO</b>	
EVENTOS ADVERSO	3
INCIDENTES	2
FALLAS ADMINISTRATIVOS	28
TRANSPARENCIA	0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>



En julio se presentaron 3 eventos adversos del área asistencial los cuales fueron gestionados en su totalidad, con relación a las fallas administrativas cinco no cuentan con el cierre de gestión por lo que se indaga con los líderes, para el caso de las fallas administrativas asociadas al área de talento humano fueron solucionadas pese a que no se cerró la acción. Finalmente, frente a los incidentes, fueron gestionados oportunamente.

<b>SEGUIMIENTO AGOSTO</b>	
EVENTOS ADVERSO	2
INCIDENTES	15
FALLAS ADMINISTRATIVOS	31
TRANSPARENCIA	0
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>

Para agosto no se presentan riesgos por corrupción, todos los eventos adversos e incidentes fueron gestionados con completitud, de las fallas administrativas solo dos no fueron gestionadas toda vez que corresponde a problemas asociados a la plataforma PAIWEB.

<b>SEGUIMIENTO SEPTIEMBRE</b>	
EVENTOS ADVERSO	0
INCIDENTES	18
FALLAS ADMINISTRATIVOS	58
TRANSPARENCIA	1
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>

En septiembre se presenta un presunto riesgo de corrupción toda vez que una paciente ingresa una queja informando el cobro de siete mil pesos para la asignación de una cita, desde la Oficina de Control Interno nos comunicamos con la paciente, quien no revela la identificación del funcionario, manifiesta que acudiría al día siguiente a la Entidad para detallar el caso, sin embargo y pese a insistirle, ni se presenta ni revela datos adicionales para el cierre de la gestión. Se realiza seguimiento a los demás riesgos reportados y se gestionan.

## **2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

### **2.1 Auditoría Interna**

Este rol de evaluación independiente es desempeñado por la Oficina de Control Interno junto con el Proceso de Calidad, siguiendo el programa de auditoria diseñado por la

misma y aprobado por el Comité de Calidad y Control Interno desde comienzos de la vigencia y direccionado en los procesos asistenciales por el Líder de Auditorías.

En el presente cuatrimestre se realizaron los seguimientos y presentación de informes conforme a lo legalmente establecido. Entre otros se mencionan: Seguimiento Estrategia de Anticorrupción y Servicio al Ciudadano con un 91% de cumplimiento en la vigencia 2019 para el mes de abril, según el Cronograma de Auditorías de Control Interno y Calidad, se llevaron a cabo las siguientes auditorías:

Proceso o Estandar	PROCESO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
Urgencias	Atención de Urgencias	84%		82%
	TAB			
Servicios Ambulatorios	Consulta Externa		90%	
	Admisiones y Asignación de citas			
	Atención al usuario			
	Referencia y contrarreferencia			
Protección Específica y Detección Temprana	PY P Intramural			77%
	P y P Extramural			
	Vacunación			
	Vigilancia epidemiológica			
Hospitalización	Atención Hospitalaria			
	Esterilización			
Ayudas Diagnósticas	Imaginología		89%	
	Laboratorio clínico			
	Citología			
Servicio Farmacéutico	Atención Farmacéutica	87%		86%
	Tecnovigilancia Farmacovigilancia			
	Reactivovigilancia			
Odontología	Consulta odontologica			92%
	Consulta urgencias Odontológicas			

Gerencia del Talento Humano	Gerencia del Talento Humano			88%
Gerencia del Ambiente Físico	Gerencia del Ambiente Físico		81%	
Gerencia de la Información	Gerencia de la Información	89%		
Gestión de la Tecnología	Gestión de la Tecnología Biomédica			
Mejoramiento de la Calidad				
Gestión financiera	Financiero		77%	
	Gestión de Bienes e Insumos			
	Activos fijos			
Outsourced NO Misionales	Servicios generales	87%		
	Vigilancia			
	Alimentación			
	Lavandería			
	<b>Porcentaje Adherencia</b>	<b>87%</b>	<b>84%</b>	

A la fecha de realización del presente informe, fuimos auditados por parte de la Contraloría Municipal de Itagüí en auditoría regular de la vigencia 2018 realizada en el 2019, y en la Estrategia de Gobierno Digital para la medición de avances por cada componente con relación a las evidencias, auditoría ésta última que fue eminentemente cualitativa.

Teniendo en cuenta que fuimos notificados de los informes definitivos de las mencionadas auditorías externas; en agosto se realizó el plan de mejoramiento institucional de la auditoría regular vigencia 2018 realizada en el año 2019, se realizará seguimiento final en el último trimestre de la vigencia actual y se realizó auditoría interna a la Contratación de la Entidad de aquellos contratos celebrados en el año 2018 con un cumplimiento total del plan de mejoramiento, se presentó informe de Austeridad en el Gasto y Arqueo a Caja Menor.

De la misma manera, se realizó seguimiento al cumplimiento de la Rendición de Informes ante diferentes Entidades de Control. Al respecto, la Entidad superó el incumplimiento del único informe que históricamente no era reportado, por tanto, la Entidad se encontraba en un 98% en la oportunidad de presentación, para superar esta dificultad, se decide eliminar de la matriz de informes por parte del Comité de Gestión y Desempeño, previa verificación de su obligatoriedad.

## 2.2 Planes de Mejoramiento

En el período evaluado los siguientes procesos han iniciado la ejecución de los últimos Planes de Mejoramiento, así:

<b>PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS</b>		
Talento humano	65%	82%
Contratación	100%	100%
Gerencia de la Información	71%	88%
Financiero		88.50%
Laboratorio		63.50%
PYD		24%
CE		50%
HC		64%

Los planes de mejoramiento de las auditorías internas de calidad, tendrán como fecha límite de cumplimiento y de medición, en el mes de febrero de 2020, fecha que fue concertada con los líderes teniendo en cuenta los cambios de personal que se presentaron en el período medido.

## 7. EJE TRANSVERSAL – INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Se construyó un Plan de Trabajo de comunicaciones internas y externas para la vigencia 2019. Sin embargo, al finalizar las prácticas el estudiante a cargo de las redes sociales, comunicaciones internas y ejecución del plan de comunicaciones, se suspendió ésta importante actividad, situación que afecta el eje trasversal evaluado.

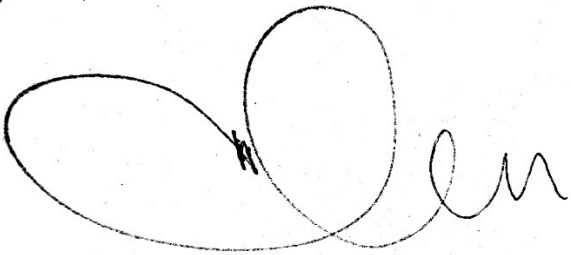
No obstante, y con ocasión al Convenio Marco 001 de 2018 suscrito con la Alcaldía de Itagüí, se está adelantando la nueva página web de la Entidad a fin de cumplir los requerimientos de la Estrategia del Gobierno Nacional “Gobierno Digital”. Dicha página cuenta con enlaces que promueven la estrategia comunicacional, de cara al ciudadano.

### Conclusiones y recomendaciones de la Oficina de Control Interno

- ✓ Apoyo Financiero para operar la Unidad Móvil entregada en comodato.

- ✓ Continuar con el apoyo desde la Junta Directiva para el fortalecimiento financiero de la Empresa y contratación con el Municipio de Itagüí
- ✓ Continuar con el apoyo para entrega, dotación y operatividad de la Nueva Sede de la ESE Hospital del Sur.
- ✓ Continuar con el apoyo para la implementación del nuevo Software Dinámica.
- ✓ Es importante resaltar, que de contar con un Profesional médico que contribuya con la auditoría de cuentas médicas y de adherencia a guías y protocolos, se podría realizar un análisis de la pertinencia de los servicios tanto en la consulta como en los medicamentos prescritos a cada paciente.
- ✓ Continuar la labor realizada por quienes integran el proceso de Gestión del Ambiente Físico, ya que, con personal tercerizado, se han generado avances significativos en el mantenimiento de la infraestructura física de las sedes del Hospital.
- ✓ Se recomienda conservar las medidas de austeridad en el gasto público y las demás medidas en cumplimiento del PGIR, pese a la nueva categorización de la Entidad riesgo bajo financiero
- ✓ Continuar con la realización del Comité de Conciliación para el análisis de casos y toma de decisiones, documentar y pactar compromisos claros con la correspondiente asesoría jurídica de la Abogada Externa.
- ✓ Nuevamente se sugiere analizar los casos identificados por el Área Jurídica para la interposición de Acciones de Repetición en contra de los funcionarios y en los términos de Ley.
- ✓ Se debe intensificar la circularización y recuperación de cartera de particulares para el saneamiento de las finanzas y el déficit de la Entidad ya que se evidencia que pueden realizarse mayores gestiones al respecto.
- ✓ La Oficina de Control Interno realiza confirmación de los saldos en bancos y concilia con los registros respectivos de los documentos soporte como acción de mejora implementada en consideración a los hallazgos de la Contraloría
- ✓ Adicionalmente, la Oficina de Control Interno en la vigencia 2019, realizará seguimiento a las Políticas Contables de la Entidad tal y como se viene presentando con el seguimiento a la Política Financiera.
- ✓ Se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal por parte de la oficina de control interno de manera trimestral, como herramienta se tiene el seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones y los informes de austeridad del gasto comparando compromisos presupuestales en los períodos analizados.

- ✓ Se encuentra pendiente la actualización de los procedimientos que corresponden al proceso de facturación y la implementación de las RIAS.
- ✓ Se debe continuar implementando acciones de mejoramiento en el proceso de aprobación de garantías y pólizas para los contratos.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'C' followed by the name 'Jimena' and a final flourish.

**CLAUDIA JIMENA ECHAVARRIA BARRIENTOS**  
Jefe Oficina de Control Interno