

✓ 1004-OCI-

Ibagué, 13 de Marzo de 2018

Doctora:
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Interventora



Hospital Federico Lleras Acosta
Raf. EP-090303177-2018
Fecha: 13/03/2018 10:17 AM Folios: 1
Oficina Productora: Oficina de Control Interno



ER-000003177-2018

ASUNTO: Evaluación Gestión Dependencias 2017.

Respetada Doctora


Un atento saludo, como parte del proceso de Evaluación de desempeño a los Servidores Públicos del Hospital Inscritos Administrativa, tienen como insumo la evaluación por dependencias en aplicación de la normatividad vigente.

Por lo anterior me permito enviar la Evaluación de Gestión por Dependencias de la vigencia 2017, realizada con base en las autoevaluaciones de cada proceso, POA, Mapas de Riesgos y auditorías correspondientes.

- 1).- Gestión Financiera (Contabilidad - Presupuesto-Tesorería Pagaduría y Costos)
- 2).- Vigilancia Epidemiológica, Infecciones y Estadística
- 3)- Administración de Inventarios y Almacén
- 4)- Sistema de atención al Usuario

Quedamos atentos con gusto a cualquier observación o inquietud.

Atentamente,


DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: (11) Hojas (20) Folios

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 7

EVALUACION GESTION FINANCIERA (Contabilidad, Presupuesto, Tesorería pagaduría y Costos).

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **95.1%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Participar en la parametrización de los módulos. El Software DGH, se encuentra parametrizado en su totalidad en los módulos de presupuesto, contabilidad, costos, tesorería quedando pendiente algunas funcionalidades que no están activas en el mismo. **2)** Participar en la capacitación para parametrización y funcionamiento de los módulos. Los funcionarios de Contabilidad, Presupuesto, Costos y tesorería han participado en las capacitaciones y parametrización programada por el proveedor del software, lo cual consta en las actas que reposan en los soportes de la Gerente del Proyecto asignada por el Hospital. **3)** Realizar pruebas en los módulos parametrizados. Se han realizado pruebas de lo parametrizado en cada módulo, se han realizado interfases entre los módulos, lo cual puede generar nuevos requerimientos, se han enviado, correos electrónicos con el objeto de validar los inconvenientes presentados en los módulos respectivos. **4)** Puesta en marcha y estabilización de los módulos. Durante el último trimestre se ajustó la parametrización de las cuentas contables, lo cual facilitará la distribución y análisis de la información desde el área de costos y hacia el área contable, lo cual se implementará a partir de enero-18. **5)** Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos. Los procedimientos e instructivos del área financiera están documentados en revisión para ser aprobados los del área de presupuesto, contabilidad y tesorería. El área de Costos tiene su procedimiento aprobado y al área de tesorería cuenta con 7 instructivos aprobados. **6)** Documentar los cambios en los procedimientos e instructivos con la nueva plataforma. Los procedimientos e instructivos del Costos se encuentran elaborados a la espera de la puesta en funcionamiento total del módulo, para posibles ajustes. **7)** Validar los cambios en los procedimientos Vs Ejecución. Durante el último trimestre se realizaron dos solicitudes del área de costos, de la recibió la respuesta de uno y el área de presupuesto presentó 8. **8)** Actualizar tablas de retención. En forma permanente se recibe la capacitación del área gestión documental, se dio respuesta a encuesta para elaboración de tablas de retención, las cuales se elaboraron y entregaron. Realizar la transferencia documental. En forma permanente se recibe la capacitación del área gestión documental, se dio respuesta a encuesta para elaboración de tablas de retención, las cuales se elaboraron y entregaron **9)** Realizar la transferencia documental Las áreas han organizado los documento de acuerdo las directrices impartidas, pero no se ha realizado transferencia, por que en archivo central no se dispone de espacio. **10)** Definir documentos a eliminar. Una vez se aprueben las tablas de retención, se iniciara el proceso de selección para eliminación. **11)** Redefinir los centros de costos y centros de

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007


Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 7

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

producción. Se suscribió Acta donde se revisó y se aprobó la estructura de costos, la cual se parametrizó en el Aplicativo DGH. **12)** Continuar con la parametrización del software actual - Modulo costos. El Software DGH - módulo de costos, se encuentra parametrizado en un 100%. **13)** Revisar las bases de distribución y las tasas predeterminadas. En el Aplicativo DGH se parametrizó con la actualización de las diferentes bases de distribución: 1. Gastos Generales: Se actualizaron los metros cuadrados de cada área, número de personas por punto de vigilancia, por aseo hospitalario, se diseño un formato para la recepción de información al área de costos del servicio de lavandería y servicio de recolección de desechos. 2. Recurso Humano Indirecto: Durante el 4° trimestre se recibió actualización mensual de los honorarios médicos, de los Coordinadores de UF Asistencial; así como del área de sistemas 3. Mano de Obra Directa: Se actualizan mensualmente las novedades reportadas por la nómina. **14.** Revisar designación de responsables para el cargue de la información en el módulo de Costos. Se definieron procedimientos e instructivos con su respectivo responsable para el cargue de la información **15)** Validar la información de costos con soportes y reportes contables. Mensualmente se valida la información con el módulo y se presentan los reportes para realizar ajustes si se requiere. **16)** Generar informes de costos. Por cada trimestre se presentan datos a la Oficina de Control Interno para soportar informe de austeridad, a la Oficina de Calidad informe de los costos por honorarios médicos, e informe de costos para análisis gerencial, se remitió informe de costos con corte a agosto, septiembre, octubre y noviembre a los coordinadores de las unidades funcionales. **17)** Retroalimentar los servicios el resultado de los costos. Se remitió informe de costos con corte a agosto, septiembre, octubre y noviembre a los coordinadores de las unidades funcionales. **18)** Parametrizar el nuevo software. El software DGH, se encuentra parametrizado en su totalidad, se revisó la parametrización de las cuentas contables, con el objeto de facilitar el análisis de la información, lo que se implementará a partir de enero-18. **19)** Aplicar las NGA para preparación y reporte de la información al área financiera. Se han preparado y certificado estados financieros con corte semestral y elaborado los reportes de ley. **20)** Validar registros con soportes de las depuraciones registradas en las cuentas de inventarios, propiedad planta y equipo y cuentas por cobrar, conforme a la normativa vigente. La depuración de las partidas contables se soportan con las fichas técnicas, las cuales se estudian y aprueban por el Comité de Sostenibilidad Contable para posteriormente realizar los respectivos registros en la contabilidad. **21)** Depurar las partidas inciertas de los pasivos, conforme a la normativa vigente. La depuración de las partidas contables se soportan con las fichas técnicas, las cuales se estudian y aprueban por el Comité de Sostenibilidad Contable para posteriormente realizar los respectivos registros en la contabilidad. **22)** Registrar fichas técnicas para depuración de pasivos aprobadas por el CSC. Una vez aprobadas las fichas técnicas por el CSC, se realizaron los registros contables. **23)** Tramitar pagos de conformidad con instrucciones de la Gerencia y cumplimiento de normativa. Durante la vigencia, se tramitaron los pagos de

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 7	


Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

acuerdo a la disponibilidad de recursos y a las instrucciones del Agente Especial Interventor. **24)** Presentando informe mensual de la ejecución presupuestal analizada. e elabora informe mensual y trimestral del balance de la ejecución presupuestal y se remite para consolidación del informe de gestión a la SNS. **25)** Presentando informe mensual de la ejecución presupuestal analizada. Se elabora informe mensual y trimestral del balance de la ejecución presupuestal y se remite para consolidación del informe de gestión a la SNS. **26)** Documentar los procedimientos, instructivos y formatos del proceso financiero (areas). Se documentaron los procedimientos e instructivos y se remitieron a la Oficina de Planeación para su estudio y aprobación; de los algunos se devolvieron para ajustes, otros se encuentran en proceso de aprobación. El área contable cuenta con 12 instructivos aprobado, el área de costos cuenta con un procedimiento y 3 instructivos aprobados, el área de tesorería cuenta con 7 instructivos aprobados y 5 formatos. **27)** Socializar los documentos. Los procedimientos e instructivos aprobados se han socializado. **28)** Medir los indicadores del proceso. Los indicadores de los procesos se evalúan permanentemente, con la respectiva ejecución. **29)** Incluir los restantes sistemas de gestión al sistema integral. Los sistemas de gestión del área forman parte del sistema integral de gestión de acuerdo a las instrucciones de la Oficina de Planeación. **30)** Preparar y evaluar Planes y Programas. Se evaluaron los planes y programas. **31)** Desarrollar las actividades de acreditación. Se participó en la revisión de los estándares en los que formo parte los funcionarios de la UFRFIN. **32)** Verificar el sistema integrado en el componente meci y socializar los productos con los cuales se da cumplimiento por ejemplo código de ética, manual de funciones, estructura, etc. Se realizó la evaluación del MECI el cual forma parte del Sistema Integrado de Gestión.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **89%** Con corte al 31 de Diciembre de 2017 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1)** Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos. (Con un 50% de cumplimiento con corte al 31 de Dic/2017). **2)** Documentar los cambios en los procedimientos e instructivos con la nueva plataforma. (Con un 25% de cumplimiento con corte al 31 de Dic/2017).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **13** riesgos entre (Presupuesto, Costos, Tesorería Pagaduría, Contabilidad) de los cuales no están materializados reflejando en su información el 100% de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria **Gestión Financiera** en el mes de **Diciembre de 2016** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: La Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL FEDERICO LLERENAS ALPOSTA <small>Unidad de Gestión</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 7	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Se recomienda hacer seguimiento permanente a la aprobación de los procedimientos del área e inmediatamente realizar la socialización del mismo con el equipo de trabajo. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Una vez aprobadas, se recomienda socializar las políticas en todos los procesos a través de comunicación social. Adicionalmente se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.


7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar las actividades sin concluir asociadas al cumplimiento del objetivo institucional correspondientes al 4.9%.

7.2 Realizar las actividades correspondientes para la activación de las funcionalidades pendientes en la parametrización de los módulos.

7.3 Realizar las gestiones pertinentes ante el archivo central para la asignación del



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 7	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

espacio requerido para realizar la transferencia documental.

7.4 Iniciar el proceso de selección de documentos para su eliminación una vez se aprueben las tablas de retención.

7.5 Culminar las actividades del Plan Operativo 2017 correspondientes al 11% sin realizar en Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos y en Documentar los cambios en los procedimientos e instructivos con la nueva plataforma.

7.6 Continuar con divulgación para el fortalecimiento de la cultura de la Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

7.7 Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso.

7.8 Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.9 Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.10 Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.11 Se recomienda hacer seguimiento permanente a la aprobación de los procedimientos del área e inmediatamente realizar la socialización del mismo con el equipo de trabajo.

7.12 Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.

7.13 Una vez aprobadas, se recomienda socializar las políticas en todos los procesos a través de comunicación social.

7.14 Adicionalmente se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso.

7.15 Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 6 de 7

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.16 Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.17 Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.18 Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.

7.19 Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.

7.20 Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.

7.21 Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7.22 Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.


Finalmente se concluye que el proceso de **Gestión Financiera** presenta cumplimiento del **94.7%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; Por lo anterior y dando cumplimiento con la Resolución No. 3432 del 29/09/17 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.47** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:

Jefe Oficina de Control Interno

Responsable del servicio

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Lleras Resto
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 4	

EVALUACION VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INFECCIONES Y ESTADISTICA

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **25** con un resultado del **96.9%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Solicitar que el Programa Dinámica Gerencial caracterice los requerimientos necesarios para la captura de la información del proceso Vigilancia epidemiología, Infecciones y Estadística. Se Implementó un sistema de información integrado. El sistema de la historia electrónica a través del programa de Dinámica Gerencial ha sido un avance para el cumplimiento de objetivos y de igual manera acorde con la normatividad vigente. **2)** Realizar los ajustes en el Programa Dinámica Gerencial con los requerimientos necesarios para generar la información requerida en el proceso Vigilancia epidemiología, Infecciones y Estadística. EL software DE DINAMICA GERENCIAL once meses después de haber iniciado su funcionalidad ha mejorado la oportunidad y efectividad de la información, como se percibió durante el año. **3)** Solicitar la Capacitación para el Talento Humano en los Métodos de la Minería de datos. La minería de datos incluida en la programación de capacitación institucional no fue dada. Se ha recurrido a la autoeducación a nivel del grupo. **4)** Participar en la programación del Plan de capacitación de la Minería y conciliación de Datos e información Estadística de la institución. Se le refirió al funcionario responsable en capacitación sobre el incumplimiento para cumplir la capacitación de minería de datos. **5)** Diligenciar las fichas Técnicas de los indicadores de calidad. Se Continuo con la Implementación del Sistema de Información para la Calidad (SIC) según normatividad vigente. **6)** Validar la información recibida de las Unidades Funcionales para la construcción de los indicadores de Calidad. Las fichas Técnicas de los indicadores de calidad están aprobadas y mensualmente se diligencio la información para su análisis, aprobación y validación. **7)** Consolidar, analizar, validar y generar mensualmente los indicadores de calidad, realizando los reportes a las Entidades de Vigilancia y Control. Se Validó la información recibida de las Unidades Funcionales durante todo el año 2017 "Enero a Diciembre", de los indicadores de Calidad. Durante el presente año se cumplió con la Consolidación, análisis, validación y generación mensual de los indicadores de calidad, realizando los reportes a las Entidades de Vigilancia y Control. Superintendencia de Salud, EPS S con contratación vigente. **8)** Realizar las acciones de mejora de los indicadores de Calidad, acorde con los requerimientos institucionales. No fue indispensable realizar acciones de mejora de los indicadores de Calidad. **9)** Participar en la evaluación de los indicadores de Gestión. Se ejecutó el Sistema Integrado de la Gestión del proceso de Epidemiología, Infecciones y Estadística, según las políticas institucionales Se realizaron los lineamientos para la presentación mensual y evaluación de los Indicadores.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016


Versión: 3

Página 2 de 4

HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Nogales, Bolívar

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

10) Realizar el seguimiento y evaluación a la matriz del riesgo. Se cumplió la Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo. **11)** Elaborar el Plan de Mejoramiento. Se hace la evaluación final y definitiva del año 2017 de la matriz de riesgo. **12)** Continuar con el Plan de Capacitación y actualización sobre los lineamientos y Protocolos del SIVIGILA. Se fortaleció el proceso de Vigilancia de los Eventos de Salud Pública (SIVIGILA) según lineamientos del año 2016. **13)** Realizar las reuniones periódicas del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) para el análisis y seguimiento de los eventos de Salud Pública. Se cumple con políticas del ministerio Salud Pública sobre comportamiento del centinela e infección respiratoria aguda. **14)** Realizar la búsqueda activa institucional de los eventos de Salud Pública a partir de los registros individuales de prestación. Se realiza la búsqueda activa institucional de los eventos de Salud Pública, aplicando lista de chequeo del ingreso de pacientes por Urgencias según los criterios epidemiológicos. Se cumplió con los comités del COVE. **15)** Actualizar el programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS. Se cumplió con los comités del COVE. **16)** Desarrollar el monitoreo de los Indicadores priorizados de las IAAS, de acuerdo a la normatividad vigente. Se cumple con políticas del ministerio sobre ejecución centinela de la infección respiratoria aguda. **17)** Realizar el análisis de las IAAS por los servicios de la institución y presentarlos en el Comité IAAS. El Programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS, se elaboró. **18)** Realizar el seguimiento y evaluación de los Planes de mejoramiento para la disminución de las IAAS. Se cumplió con el comportamiento de acuerdo a estándares de calidad de las IAAS a nivel de hospital. **19)** Realizar el seguimiento al Patrón de Resistencia de los microorganismos identificados en el hospital. El manejo del consumo y comportamiento de los antibióticos frente a las cepas bacterianas aisladas. **20)** Realizar las reuniones de Análisis de la Mortalidad Intrahospitalaria de los Eventos de Salud Pública y la Mortalidad Mayor de 24 horas. Se reactivó la Operatividad del Comité de Mortalidad Hospitalaria. **21)** Elaborar el Plan de Mejoramiento de los Análisis de Mortalidad. Se realizaron 12 reuniones (una por mes : Enero a Diciembre 2017) de Análisis de la Mortalidad Intrahospitalaria de los Eventos de Salud Pública y la Mortalidad Mayor de 48 horas. **22)** Realizar el Monitoreo de los Indicadores de Mortalidad Hospitalaria. Se cumplió con el Monitoreo mensual de los Indicadores de Mortalidad Hospitalaria durante el año 2017. **23)** Continuar con el inventario y actualización de los formatos de captura, registro y recolección de la información Estadística de la Institución. Se Revisó el Inventario y actualización de los formatos de captura, registro y recolección de la información Estadística de la Institución. **24)** Operativizar el procesamiento, análisis y divulgación de la información estadística en la Institución. Se ejecutó mensualmente el procesamiento, análisis y divulgación de la información estadística de la Institución. **25)** Cumplir con los procedimientos de entrega oportuna, confiable y de disponibilidad de la información estadística con base en el Software Dinámica Gerencial para la toma de decisiones de la institución. Se realizó la entrega oportuna y confiable de la información

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

estadística con base en el Software Dinámica Gerencial para la toma de decisiones de la institución. **26)** Realimentar la operatividad de los procedimientos realizados en las diferentes etapas de captura de la información con el fin de realizar la evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento. Con el avance de la implementación del Software Dinámica Gerencial se ejecutó la revisión de los procedimientos realizados en las diferentes etapas de la captura de la información realizando la evaluación y corrección pertinente.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **97%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1).** Solicitar la Capacitación para el Talento Humano en los Métodos de la Minería de datos. (Con un 20% de cumplimiento con corte de 31 Dic/2017.

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **5** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 La Oficina de Control Interno en la Vigencia del **2017** No realizó vista de Auditoria al Proceso de **VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INFECCIONES Y ESTADISTICA** para lo cual esta visita quedó Programada para el mes de Febrero de la vigencia **2018**.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el cumplimiento total de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al objetivo institucional, correspondiente al 3.1%.

7.2 Realizar las gestiones necesarias para solicitar la capacitación para el talento humano en los Métodos de la Minería de datos.

7.3 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **97%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento correspondientes al 3% se debe Solicitar la Capacitación para el Talento Humano en los Métodos de la Minería de datos.

Finalmente se concluye que el proceso de **VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INFECCIONES Y ESTADISTICA** presenta cumplimiento del **97.9%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017 es de **9.79** Puntos.



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta

CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016


Versión: 3

Página 4 de 4

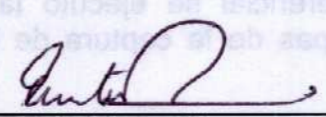
Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

8. FECHA: Febrero de 2018


9. FIRMAS:



Jefe Oficina de Control Interno



Responsable del servicio

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 <small>HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 1 de 5	

EVALUACION ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS Y ALMACÉN

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **15** compromisos con un resultado del **70%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Conciliación mensual la información generada de inventarios. Para el final del trimestre logro ajustarse con el proveedor del software, los reportes de compras, Cuenta fiscal y remisiones. **2.** Elaborar fichas para depuración de cuenta de activos. Durante la vigencia 2017 no se elaboraron fichas de depuración. **3.** Asignación de inventarios por servicio y actualización permanente de novedades. Se realizó levantamiento físico de activos. **4.** Depurar y realizar las bajas de los activos. Se realizó baja de activos inservibles del inventario del hospital en la cuenta de propiedad, planta y equipo por valor de \$ 444,534,357,00. **5.** Implementar el uso de las pistolas de código de barras para el control de inventarios. Continúan las pruebas para su implementación. **6.** Implementar el modelo de control de inventarios de forma permanente. La depreciación se realiza mensual. **7.** Aseguramiento del 100% de los activos. Se mantuvo la asegurabilidad de los bienes mediante contrato de seguros. **8.** Terminar de documentar el procedimiento, Instructivos, formatos. Se encuentran en proceso de actualización. **9.** Socializar los documentos al personal del Hospital. En aras de realizar el control de activos se socializo el formato de traslado de bienes. **10.** Retroalimentar los componentes y productos del MECI. Durante la vigencia los componentes del MecI fueron retroalimentados en dos ocasiones. **11.** Participar en la elaboración del plan de gestión del riesgos del proceso admón. El área tuvo participación en la elaboración del mapa de riesgo. **12.** Establecer las Acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo del proceso de admón si hubiese lugar. No hubo lugar a acciones de mejora. **13.** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. Mensualmente se reporta información al SARLAFT. **14.** Parametrizar el sistema de información en el módulo de inventarios y activos fijos Depurar Información. Ya se encuentra parametrizada la información en el módulo de inventario. **15.** Revisar los procedimientos existentes y actualizarlos conforme a los cambios en el software. Se encuentran en proceso de actualización.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **79%** Con corte al 31 de Diciembre de 2017 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

1.) Identificar los bienes dañados, en desuso y obsoletos y realizar la baja (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2017).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 3 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007


Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.4 Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Administración de Inventarios y Almacén en el mes de Diciembre de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. No se encontró seguimiento al cumplimiento del código de ética. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Agilizar la aprobación e implementación de procedimientos para documentar las actividades y aplicar las políticas pertinentes. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional siguiendo el conducto regular. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Una vez aprobadas, se recomienda socializar las políticas en todos los procesos a través de comunicación social. Adicionalmente se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Cumplir con la actualización del normograma del proceso en la página del hospital-Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Dar cumplimiento con la normatividad Ley 594 de 2000.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>ANEXOS Federico Lleras Acosta Instituto</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el cumplimiento total de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al objetivo Institucional, correspondiente al 30%.

7.2 Elaborar fichas para depuración de cuenta de activos vigencia 2017.

7.3 Implementar el uso de las pistolas de código de barras para el control de inventarios.

7.4 Culminar proceso de actualización para terminar de documentar el procedimiento, Instructivos y formatos.

7.5 Culminar el proceso de actualización de los procedimientos conforme a los cambios en el software.

7.6 Completar las actividades del Plan Operativo 2017, al terminar de Identificar los bienes dañados, en desuso y obsoletos y realizar la baja.

7.7 Continuar la divulgación de la importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

7.8 Realizar el seguimiento al cumplimiento del código de ética.

7.9 Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso.

7.10 Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.11 Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.12 Agilizar la aprobación e implementación de procedimientos para documentar las actividades y aplicar las políticas pertinentes.

7.13 Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

de comunicación e información pertinente al área funcional siguiendo el conducto regular.

7.14 Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.

7.15 Una vez aprobadas, se recomienda socializar las políticas en todos los procesos a través de comunicación social. Adicionalmente se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso.

7.16 Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.17 Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.18 Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.

7.19 Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.

7.20 Cumplir con la actualización del normograma del proceso en la página del hospital- Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.

7.21 Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Dar cumplimiento con la normatividad Ley 594 de 2000.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

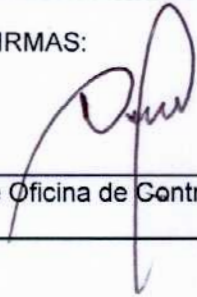
Página 5 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias


Finalmente se concluye que el proceso de Administración de Inventarios y Almacén presenta cumplimiento del **83.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; Por lo anterior y dando cumplimiento con la Resolución No. 3432 del 29/09/17 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **8.30** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018


9. FIRMAS:



Jefe Oficina de Control Interno



Responsable del servicio


EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 1 de 6	

EVALUACION ATENCIÓN AL USUARIO

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **13** compromisos con un resultado del **93.6%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

- 1.** Realizar socialización de activación del módulo que peticiones, quejas con cada uno de los coordinadores o líderes de los procesos. se hace la activación y alimentación de módulo de Dinámica Gerencial en la totalidad de 262 Quejas Escritas radicadas en 2017, se hace la socialización inicial de la activación de modulo y se tiene la activación de los roles de cada uno de los coordinadores o líderes de los servicios para formalizar la respuesta por módulos de dinámica notificando el envío de la Queja por correo.
- 2.** Procedimientos e instructivos ajustados de acuerdo al nuevo sistema de dinámica gerencial. se realiza ajuste a la siguiente documentación AU-PR-002 procedimiento quejas y reclamos y se deriva el instructivo AU-IN-009 diligenciamiento de las PQRS en dinámica gerencial elaborado y aprobado.
- 3.** Desarrollar el plan de capacitación según lo formulado por la Oficina de Recursos Humanos. el equipo de trabajo social y atención al usuario asiste a las jornadas de capacitación establecidas por el hospital en la reinducción. Hicieron falta dos funcionarias de carrera administrativa.
- 4.** Implementar el sistema integrado de gestión. se ha de elaborar los formatos de evaluación que garantice una óptima adherencia de la documentación de los procesos de trabajo social y atención al usuario, no se ha realizado la medición de las adherencias.
- 5.** Implementar el sistema integrado de gestión. Informe mensual de los indicadores de la satisfacción global donde se identifica un promedio de 96.09%.
- 6.** Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento PAMEC. Informe Pamec de plan de mejoramiento continuo, soporte del análisis de los indicadores superintendencia de salud. porcentaje de socialización de la muestra en lo que respecta a la divulgación en derechos y deberes.
- 7.** Reportar los indicadores mensualmente correspondientes a atención al usuario. Presentar informe mensual de los indicadores de satisfacción.
- 8.** Socializar direccionamiento estratégico de la institución. En las reuniones mensuales con los grupos de trabajo de las áreas socializar los principios y valores institucionales.
- 9.** Elaborar el mapa de riesgos del proceso de atención al usuario y Trabajo Social. Monitero y evaluación del mapa de riesgos durante los 4 trimestres del año 2017. Se elabora y se hace el respectivo seguimiento de los planes de mejoramiento del proceso derivados de las PQRS con la responsabilidad de los coordinadores o líderes de los servicios en ejecutar las acciones encaminadas hacia el mejoramiento; el otro direccionado a los hallazgos de las auditorías internas y externas del proceso de atención al usuario. (Reporte de quejas y encuestas de satisfacción en cada uno de los servicios).
- 10.** Responsabilidad Social Empresarial. En el año 2016 Noviembre se hace un abordaje inicial al tema con el Ing. ambiental y se hace una revisión del estado del arte para poder elaborar el documento, se tiene la dificultad del equipo multidisciplinario que aporte al

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias


documento. Se hace un acta del estado del arte del tema pero el recurso humano es insuficiente así como el conocimiento del tema específico dado que el Hospital no maneja responsabilidad social empresarial. **11.** Implementar el programa de humanización en la institución, teniendo en cuenta el tema de humanización en la institución y la poca disponibilidad de recursos humanos, por directriz de la agente especial interventora se solicita apoyo de estudiantes de psicología de decimo semestre para que apoyen el proceso de elaboración del documento y las estrategias de impacto de humanización de acuerdo al diagnóstico "atención humanizada - 2016", se debe de especificar que no se logró el impacto con este ejercicio por lo que aún no se tiene el plan de Humanización del Hospital. **12.** Trazabilidad de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de cada servicio dentro de los 10 días establecidos para su respuesta. Cuadro de trazabilidad de la oportunidad de respuesta de las PQRS donde se especifican los tiempos de respuesta, se puede verificar el reporte que genera Dinámica Gerencial. **13.** Diligenciamiento de formato de actividades de trabajo social. Se tiene implementado informe donde se hace el consolidado de cada una de las trabajadoras sociales de cada uno de los servicios acompañamiento a egresos, orientaciones y trámites administrativos, reubicación de pacientes en abandono social de manera mensual.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **79%** Con corte al 31 de Diciembre de 2017 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

1.) Implementación del módulo quejas y reclamos por parte de los líderes y coordinadores de cada área. (Con un 33% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2017). **2.)** Implementación de la adherencia de la documentación del proceso de atención al usuario y Trabajo social (con un 45% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2017). **3.)** Elaborar el documento de sistema de responsabilidad social empresarial (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2017). **4.)** Implementar el programa de humanización en la institución. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2017).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 6 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria al Proceso del **Sistema de Atención al Usuario en el mes de Noviembre de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Seguir socializando la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017,

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas. Seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el cumplimiento total de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al objetivo Institucional correspondiente al 6.4%.

7.2 En Desarrollar el plan de capacitación según lo formulado por la Oficina de Recursos Humanos. Se recomienda dictar las jornadas de capacitación establecidas por el hospital en la re inducción a las dos funcionarias de carrera administrativa que no las han recibido.

7.3 En Implementar el sistema integrado de gestión. Realizar la medición de las adherencias.

7.4 En Implementar el sistema integrado de gestión. Realizar el 3.91% correspondientes a

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

las actividades sin completar de acuerdo al Informe mensual de los indicadores de la satisfacción global donde se identifica un promedio de 96.09%.

7.5 En Responsabilidad Social Empresarial. Realizar un Plan de acción para contar con el recurso humano suficiente; dar a conocer el tema de Responsabilidad Social Empresarial y su implementación en el hospital.

7.6 En Implementar el programa de humanización en la institución. Realizar un Plan de acción para la realización del Plan de Humanización del Hospital.

7.7 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **79%** Con corte al 31 de Diciembre de 2017 por lo que se debe realizar las actividades para su culminación en:

1.) Implementación del módulo quejas y reclamos por parte de los líderes y coordinadores de cada área. 2.) Implementación de la adherencia de la documentación del proceso de atención al usuario y Trabajo social 3.) Elaborar el documento de sistema de responsabilidad social empresarial. 4.) Implementar el programa de humanización en la institución.

7.8 Seguir socializando la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios.

7.9 Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital.

7.10 Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, re inducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital.

7.11 Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.


7.12 Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.13 Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.14 Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso.

7.15 Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas.

7.16 Seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua.

7.17 Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.

7.18 Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.19 Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.

7.20 Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.

7.21 Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.

7.22 Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

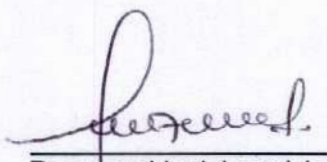
7.23 Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

Finalmente se concluye que el proceso de **Sistema Atención al Usuario** presenta cumplimiento del **90.8%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; Por lo anterior y dando cumplimiento con la Resolución No. 3432 del 29/09/17 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.08** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:


 Jefe Oficina de Control Interno


 Responsable del servicio

