



1004-OCI-



Federico Lleras Acosta  
HOSPITAL

Ibagué, 12 de Marzo de 2019

**Doctora:**  
**INES BERNARDA LOAIZA GUERRA**  
Agente Especial Interventora



**ASUNTO:** Evaluación Gestión Dependencias 2018.

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 2018, realizada con base en las autoevaluaciones de cada proceso, POA, Mapas de Riesgos y auditorías correspondientes.

- 1) - Docencia e Investigación
- 2) - Gestión Comercial y Cartera
- 3)- Oficina Asesora Jurídica
- 4)- Facturación Admisiones y Auditoría de Cuentas
- 5)- Oficina Planeación y Calidad.
- 6)- Unidad Funcional de Urgencias.
- 7)- Gestión de Talento Humano
- 8)- Unidad Funcional Internación Médica.
- 9)- Unidad Funcional Servicios Ambulatorios y Apoyo a la Atención.
- 10)- Unidad Funcional de Quirúrgicos.
- 11) - Gestión Documental.
- 12)- Servicio Farmacéutico
- 13)- Seguridad y salud en el Trabajo.
- 14)- Mantenimiento
- 15) -Epidemiología.
- 16)- Administración de Inventarios y Almacén
- 17)- Sistema de Atención al Usuario
- 18)- Compras
- 19)- Tecnología de la Información.



Es importante comunicar que **NO** presentaron información de la evaluación por Dependencias de las áreas de Financiera (Presupuesto - Costos- Tesorería y Pagaduría- Contabilidad) y el área de Gestión Ambiental y Servicios de Apoyo Logística.

Quedamos atentos con gusto a cualquier observación o inquietud.

Atentamente,

**DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA**  
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: (55) Hojas (97) 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 3

### *EVALUACION PROCESO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN*

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **80%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Socializar los instructivos del proceso. *30 de Mayo de 2018: Se realiza la primera socialización del SIG.* • *03 de Septiembre de 2018: Se hizo inducción a la nueva auxiliar administrativa con la respectiva socialización del SIG.* • *14 de Septiembre de 2018: Se hizo reunión con la Oficina de Planeación y Control para la presentación del MIGP y documentos del proceso de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación.* • *27 de Septiembre de 2018: Se hizo reunión para la revisión de las modificaciones de los procedimientos, formatos y normograma de la oficina de docencia, investigación e innovación y se enviaron para revisión y aprobación a la Oficina de Planeación y Calidad.* **2.** Adelantar con las diferentes Instituciones actividades de socialización para la inscripción a prácticas formativas digitalizada. *Se recibe el 100% de las inscripciones en línea por el formulario de google ([https://docs.google.com/a/hflleras.gov.co/forms/d/1zqYGzpRACCWVGm7ThB16iqgpv5u00DwRLMoxIUkRX50/edit?usp=drive\\_web](https://docs.google.com/a/hflleras.gov.co/forms/d/1zqYGzpRACCWVGm7ThB16iqgpv5u00DwRLMoxIUkRX50/edit?usp=drive_web))* **3.** A través de contraprestación de los convenios docencia apoyar algunas capacitaciones para funcionarios de acuerdo al PIC. *Se tramitaron: capacitación en Cuidado Integral de Enfermería al Adulto en UCI y Central de Esterilización, en las cuales se inscribieron 35 funcionarios en cada formación.* **4.** Definir las líneas de investigación de acuerdo al Plan de desarrollo Institucional. *Se elaboró ID-IN-011 Instructivo líneas de investigación, y se envió el 04 de octubre de 2018 a Yennifer Guzmán de la Oficina de Planeación y Calidad, para su respectiva revisión y aprobación.* **5.** Realizar charlas incentivando a los profesionales de la salud y estudiantes a publicar artículos de interés. *En proceso. Se incentivó a los estudiantes a través de las inducciones realizadas al inicio de las prácticas formativas.* **6.** Incentivar la participación de los profesionales para la participación en eventos académicos para su actualización. • *13 de Abril de 2018: Se realizó con la ACMI y la Universidad del Tolima, el evento académico II Curso Carlos Alberto Acosta, sobre Novedades Terapéuticas en Medicina Interna.* *24 de Agosto de 2018: Se realizó con el COSMOS, el 1° Encuentro Regional de Salud Mental en el Tolima.* *10 de Octubre de 2018: se realizó con el COSMOS evento de actualizaciones en psiquiatría.* **7.** Elaborar con el comité de Docencia e Investigación las políticas de Innovación Institucionales. • *27 de Septiembre de 2018: Se incluyeron en los procedimientos de docencia e investigación las políticas de operación, y se enviaron para revisión y aprobación a la Oficina de Planeación y Calidad.* • *El documento de las políticas de innovación institucional ya está elaborado. El Plan de Trabajo para el Grupo de Innovación está en proceso.* **8** Realizar comités docencia servicio, con el fin de fortalecer los convenios y solicitar rotaciones de Residentes. Se

## 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 3

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

aceptó la realización de 21 rotaciones de residentes en el Hospital:


- *Universidad Nacional de Colombia: rotación en ortopedia (1) De febrero a marzo, (1) de abril a mayo, (1) de junio a julio, (1) de agosto a septiembre, (1) de octubre a noviembre, (1) de diciembre a enero, rotación en cirugía general (1) de octubre a noviembre.*
- *Universidad Militar Nueva Granada: rotación en cirugía general (1) 01/02/2018 al 31/03/2018, (1) 01/04/2018 al 31/05/2018, (1) 01/06/2018 al 31/07/2018, (1) 01/08/2018 al 30/09/2018, (1) 01/10/2018 al 30/11/2018, rotación en neurocirugía (1) 01/07/2018 al 31/08/2018, 9) Realizar comités docencia servicio, con el fin de fortalecer los convenios y solicitar rotaciones de Residentes *Universidad del SINU: rotación en cirugía maxilofacial (1) 29/01/2018 al 25/03/2018, (1) 27/08/2018 al 21/10/2018, (1) 25/10/2018 al 19/11/2018, (1) 19/11/2018 al 13/01/2019 rotación en enfermedades congénitas craneoefaciales (1) 21/05/2018 al 15/07/2018, (1) 18/12/2017 al 11/02/2018 - rotación en quemados (1) 23/04/2018 al 31/07/2018, (1) 22/10/2018 al 11/01/2019 - rotación en cirugía de mano (1) 01/08/2018 al 21/10/2018, (1) 22/10/2018 al 13/01/2019.**

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **88%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Realizar charlas incentivando a los profesionales de la salud y estudiantes a publicar artículos de interés. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**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 No realizó para la vigencia 2018 visita de Auditoria al área de Docencia e Investigación, está pendiente la Visita al área para la vigencia 2019.

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

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

<p><b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b></p> <p>7.1 Para el total cumplimiento de los compromisos registrados por el área se debe realizar el 20% restante de las actividades por complementar.</p> <p>Para el total cumplimiento del POA se recomienda:</p> <p>7.2 Realizar el 100% de las actividades para realizar charlas incentivando a los profesionales de la salud y estudiantes a publicar artículos de interés.</p> <p>Finalmente se concluye que el proceso de Docencia e Investigación presenta cumplimiento del <b>89.0%</b> de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de <b>8.90</b> puntos.</p>
8. FECHA: Febrero de 2019
<p>9. FIRMAS:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">    <hr style="width: 100%;"/> <p>Jefe Oficina de Control Interno</p> </div> <div style="text-align: center;">    <hr style="width: 100%;"/> <p>Responsable del servicio</p> </div> </div>



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

### ***EVALUACION PROCESO GESTION COMERCIAL Y CARTERA***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **94%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

**1.** Realizar la gestión de cobro de acuerdo a los términos definidos en el manual de cartera. *Se realiza la gestión de cobro por giro directo, circularización y derecho de petición en la totalidad definida según entidades deudoras, se evidencia incumplimiento en la gestión de cobro de facturación radicada y posterior a esta, lo anterior porque los tiempos posteriores a la radicación generaba el mismo oficio de circularización o derecho de petición. Por este motivo se establece los tiempos para las diferentes gestiones de cobro con la radicación del mes anterior para cobro de facturación radicada y cartera no glosada e los términos.*

**2.** Establecer el valor real adeudado a la institución mediante la depuración de saldos de cartera. *Se realizó las solicitudes mensuales mediante derecho de petición con el requerimiento de la relación de facturas para aplicar a los pagos recibidos, de los cuales se encuentra una depuración durante el año 2018 realizada por traslados en el sistema de información Dinámica por valor de \$96.854.942.969.*

*De las 48 fichas de Saneamiento planteadas para depuración de cartera se logró la realización de las 48 obteniendo un valor total depurado por \$ 25.979.636.533 teniendo como entidades representativas de esta depuración a Caprecom, Humana Vivir, Usuarios y Unión Temporal Salud Tolima.*

**3.** Interponer acciones judiciales después de agotada la etapa del debido cobrar y cobro persuasivo de la cartera. *Se pasa a la oficina jurídica un total de 46 entidades para iniciar trámite de cobro coactivo con el fin de garantizar el pago de la deuda a la institución.*

*Valor de cartera en oficina jurídica para cobro coactivo \$ 84.008.579.060,33. Valor de cartera objeto de cobro coactivo \$95.398.705.154,66.*

**4.** Mantener actualizado el portafolio de servicios con el fin de atraer a los diferentes clientes. *Se realizó la actualización del portafolio de servicios de manera bimensual de acuerdo a lo definido en el Plan Operativo Anual 2018 y se envía a los diferentes clientes internos y externos.*

**5.** Disminuir el margen de venta de servicios de salud sin contrato. *Se logró suscribir contrato con 21 entidades superando la meta fijada para el periodo 2018.*

**6.** Mejorar la satisfacción de los clientes. *Se realiza encuesta a los 10 principales clientes con el fin de definir el nivel de satisfacción obteniendo los siguientes resultados:*

*Relación Comercial:9.4*

*Servicios Asistenciales: 7.3*

*Satisfacción Global:8.8*

**7.** Actualizar los procesos. *El proceso de gestión Comercial y de cartera se encuentra*

## 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 6

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

*aprobado.*

**8.** Actualización de los Procedimientos. *Se realiza la actualización del procedimiento de cartera CC-PR-003 GESTIÓN DE CARTERA Versión 2 fecha de actualización 01/06/2018. Estado Aprobado. Motivo de actualización: Inclusión del instructivo para la liquidación de los intereses moratorios.*

**9** Elaboración de documentos del sistema de información. *De acuerdo a lo establecido en conjunto con la oficina de planeación, se encuentra el 74% de los documentos del SIG aprobados y el 26% en estado pendiente los cuales se relacionan a continuación:*

*CC-IN-001 Parametrización De*

*Contratos*

*CC-IN-004 Elaboración De Informes*

*Normativos*

*CC-IN-005 Informe De Recaudo Y Notas De Ajuste*

*CC-IN-006 Elaboración De Notas*

*Debito Y Crédito*

*CC-IN-007 Legalización De Pagos*

**10.** Elaborar y realizar seguimiento a la matriz de riesgo. *El proceso de Gestión Comercial y cartera tiene 5 riesgos identificados de los cuales se encuentran controlados al 100%.*

**11.** Implementar los componentes del MECI en la oficina. *Se evidencia un 86% de cumplimiento en las actividades establecidas en el Plan Operativo Anual 2018 para la implementación de los componentes del MECI de acuerdo a la evaluación del cuarto Trimestre 2018.*



**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **91%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Realizar la verificación de los pagos recibidos por giro directo y notificar el incumplimiento de pago por esta modalidad según corresponda. (Con un 92% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**2.)** Realizar la gestión de cobro a las ERP del 50% de la facturación radicada de conformidad a la ley 1122 de 2007. (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**3)** Notificar el incumplimiento del pago del 50% de la facturación radicada trascurridos diez días posteriores a la radicación, incluyendo el cobro del saldo en mora junto con los intereses causados durante los 5 días. (Con un 58% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).



 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b> 				
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

- 4) Realizar la difusión a los diferentes servicios de los acuerdos contractuales efectuados mediante correo electrónico. (Con un 83% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 5) Realizar los instructivos definidos en conjunto con el área de planeación por medio del paso a paso con los actores del sistema. (Con un 20% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 6) Divulgar los instructivos y formatos establecidos dentro de los mismos con el personal de la oficina. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 7) Realizar monitoreo de la gestión de recaudo y ventas de acuerdo al indicador establecido en el PGIR. (Con un 92% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018)
- 8) Desarrollar autoevaluación de los procesos y la efectividad de los mismos mediante la verificación de las actividades establecidas en los procedimientos del área. (Con un 25% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018)

**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** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **en el mes de Noviembre de 2018**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la panificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:



## 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

HOSPITAL  
Federico Lleras Acosta

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

**GESTIÓN COMERCIAL Y CARTERA** : Auditoria presentada mediante OCI-001-2019 con fecha del 03/01/2019

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionalmetno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** Los indicadores del proceso, se construyen en un documento no formal, toda vez que no se diligencian dentro del formato adoptado por el hospital en su Sistema Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores"

### OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.

Durante la vigencia 2018, la Oficina de Control Interno, realizo seguimiento a la contratación con los especialistas vs las tarifas contratadas con las EPS, se emitió el informe 1004-OCI-047-2018 "Informe de seguimiento aleatorio a la contratación especialistas 2018." El cual fue remitido a la Agente Especial Interventora.


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

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar las gestiones de cobro por giro directo, circularización y derecho de petición de conformidad al manual de cartera, respetando los tiempos establecidos para las diferentes gestiones, radicar oportunamente la facturación y la cartera no glosada.

7.2 Continuar con el proceso de depuración de la cartera.

7.3 Ejecutar las etapas del proceso del cobro coactivo de la cartera transferida a la dependencia para este fin.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Llerenas Acosta</b> <small>Unidad - Salud</small>
<b>CÓDIGO:</b> CI-FR-005	<b>Fecha de Elaboración:</b> 22/02/2007	<b>Fecha de Actualización:</b> 01/04/2016	<b>Versión:</b> 3	<b>Página</b> 5 de 6	

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

7.4 Realizar los ajustes necesarios para mejorar los indicadores de: Relación Comercial, Servicios Asistenciales y Satisfacción global.

7.5 Realizar las actividades pendientes para la aprobación de los documentos SIG: CC-IN-001 Parametrización de Contratos, CC-IN-004 Elaboración de informes normativos, CC-IN-005 Informe de recaudo y notas de ajuste, CC-IN-006 Elaboración de notas débito y crédito y CC-IN-007 Legalización de pagos.

7.6 Realizar las actividades para complementar el 14% faltante del MECI en la oficina.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

1. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 8% para la verificación de los pagos recibidos por giro directo y notificación del incumplimiento de pago por esta modalidad según corresponda.

2. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% para efectuar las gestiones de cobro a las ERP del 50% de la facturación radicada de conformidad a la ley 1122 de 2007.

3. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 42% para notificación del incumplimiento del pago del 50% de la facturación radicada transcurridos diez días posteriores a la radicación, incluyendo el cobro del saldo en mora junto con los intereses causados durante los 5 días.

4. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 17% para la difusión a los diferentes servicios de los acuerdos contractuales efectuados mediante correo electrónico.

5. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 80% para la terminación de los instructivos definidos en conjunto con el área de planeación por medio del paso a paso con los actores del sistema.

6. Realizar la divulgación de los instructivos y formatos establecidos dentro de los mismos con el personal de la oficina para el cumplimiento del POA 2018.

7. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 8% para el monitoreo de la gestión de recaudo y ventas de acuerdo al indicador establecido en el PGIR.

8. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 75% para desarrollar la autoevaluación de los procesos y la efectividad de los mismos mediante la verificación de las actividades establecidas en los procedimientos del área.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda cumplir con el plan 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 6 de 6


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

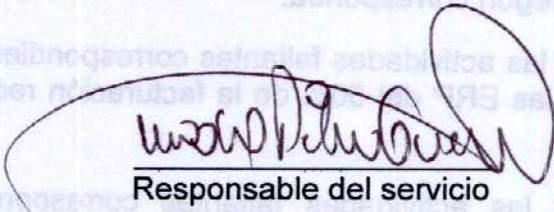
mejoramiento de construir los indicadores dentro del formato adoptado por el hospital en su Sistema Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores".


Finalmente se concluye que el proceso de Gestión Comercial y Cartera presenta cumplimiento del **95.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.50** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

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

### ***EVALUACION PROCESO JURIDICA***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **5** compromisos con un resultado del **89%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Implementar de un sistema de información integrado. *De acuerdo con las actividades propuesta en el POA para este objetivo institucional se cumplió en un 80% las actividades, quedando pendiente el ingreso de parte de la contratación del año 2018, teniendo en cuenta que para desarrollar esta actividad se hace necesario contar con el acompañamiento de personal de sistemas.* **2.** Consolidación del proceso de defensa judicial. *Durante el año 2018 se cumplió en un 100% con la revisión de los estados de los procesos jurídicos.* **3.** Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención. *Durante el año 2018 se participó por parte del personal de la oficina en actividades de capacitación que brindo entes externos.* **4.** Consolidar el Sistema integrado de gestión y realizar las auditorias para el mejoramiento continuo del mismo. *Se realizó la identificación y el levantamiento de los procedimientos de la oficina, quedando pendiente la actualización de los procedimientos de la contratación por entrar en vigencia SECOP II, revisión por parte de planeación y la socialización al equipo de trabajo. Las fechas para el cumplimiento de las actividades se modificaron en el plan de mejoramiento.* **5.** Gestión del Riesgo. *Se realizó la matriz de riesgos y la evaluación trimestral, remitida al área de control interno.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **70%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.)** Publicación de contratos en el aplicativo de Dinámica (Con un 5% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 2.)** Revisar y ajustar los documentos del área jurídica, actualizándolos con el nuevo sistema de información. (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 3)** Documentar los procedimientos de cada uno de los procesos documentados, para aprobación de planeación. (Con un 60% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 4)** Socializar al talento humano del área los procedimientos y documentación aprobada. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 5).** Formular los indicadores que permitan realizar seguimiento a los diferentes procedimientos. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

## 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 6

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

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoría al Proceso de **Oficina Asesora Jurídica en el mes de Septiembre de 2018.**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoría fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorías y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**OFICINA ASESORA JURÍDICA** : Auditoría presentada mediante OCI-066-2018 con fecha del 25/10/2018


### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Planes y Programas se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El cumplimiento del POA con corte a Junio es bajo, se tienen acciones con 0% de cumplimiento y su avance para el segundo trimestre es de 25%, este porcentaje está por debajo de las metas.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccinamietno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

Hallazgo: Los indicadores del proceso, se construyen en un documento no formal, toda vez que no se diligencian dentro del formato adoptado por el hospital en su Sistema

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <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

**Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores"**

**Hallazgo:** No se evidenciaron indicadores del proceso acorde a los que registran en la oficina de planeación y calidad.

**Hallazgo:** Las políticas de operación deben estar en los procedimientos del servicio, sin embargo estos no se han construido.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y comunicación se tienen los siguientes hallazgos:**

**NO hay Hallazgo:** El área jurídica ya tiene su normograma, el mismo fue remitido a el área jurídica para ser publicado en la página web del Hospital.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** la oficina Jurídica, tiene los procedimientos del SIG aprobados en un 67% por la oficina de Planeación y el 33% de los documentos en Edición.

**OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.**

Referente al informe de Auditoria con fecha 18 de Junio de 2.018. OCI – 043 realizado por visita de la Oficina de Control Interno y respondido por la Oficina Jurídica el 21 de Agosto de 2.018 con el No. 1001- OAJ No. 10859 quedan las siguientes observaciones para plan de mejoramiento:

- Corregir los errores citados en los contratos revisados y en general de acuerdo al artículo 45 de la ley 1437 de 2011.
- Referente al contrato 20180199 que tiene acta de adición en valor prono no tiene prorroga; sugerimos que aunque el artículo 40 de la ley 80 de 1993 enuncie sobre las adiciones hasta del 50% del valor inicial, sin embargo en ningún momento obliga a que se realice prorroga en tiempo cuando se realiza adición en valor, es importante agregarlo para efectos administrativos que el contratista- proveedor termine su objeto con fecha determinada.
- Plan de mejoramiento referente a la publicación sin firma de las minutas de los contratos.

## 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

Por último, agradecer las aclaraciones y jurisprudencia aportada sobre las pólizas de responsabilidad civil glosadas por la Oficina de Control Interno en el punto 1 y el plan de mejora referente a la legalización de los contratos donde la Oficina jurídica consta que a la fecha no existe ningún contrato sin legalizar.

El 09/01/2018 la Oficina de Control Interno, realizó asesoría y acompañamiento de fomento de cultura y el autocontrol al área jurídica, reunión en la cual, se asesoró al área para evaluar sus hallazgos y corregirlos para la próxima visita de auditoría.

Es de resaltar que la Oficina Jurídica, ha mejorado desde la última visita realizada, se observó que su archivo se encuentra organizado, los contratos se tienen publicados oportunamente en el SECOP, de acuerdo a los seguimientos realizados con anterioridad.

Se han recibido oportunamente en las fechas solicitadas las evaluaciones del POA y mapa de riesgos, a pesar de que el POA no se ha cumplido acorde a las metas.

Se considera que se debe llevar un mayor control de los movimientos de los productos en el sistema de información Dinámica Gerencial, hasta la fecha no se recibieron en la oficina de control interno, los soportes de las respectivas modificaciones en el sistema, ni las justificaciones.

La oficina de Control Interno, reconoce que en la vigencia 2018 el inventario fue un éxito y las diferencias disminuyeron mucho comparados con años anteriores, sin embargo es importante justificar los faltantes y sobrantes y seguir llevando los controles necesarios para que la información sea cada vez más transparente y veraz.

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


Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Completar el ingreso al Sistema de Información Integrado de la contratación del año 2018, con el acompañamiento de personal de sistemas.

7.2 Realizar la actualización de los procedimientos de la contratación por entrada en vigencia el SECOP II, y la revisión por parte de planeación y la socialización al equipo de trabajo.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <b>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</b>
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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 95% para el cumplimiento de De la publicación de contratos en el aplicativo de Dinámica.

7.4 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% para la revisión y ajuste de los documentos del área jurídica, actualizándolos con el nuevo sistema de información.

7.5 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 40% para documentar los procedimientos de cada uno de los procesos documentados, para aprobación de planeación.

7.6 Realizar el 100% de las actividades para socializar al talento humano del área en los procedimientos y documentación aprobada.

7.7 Realizar el 100% de las actividades para la formulación de los indicadores que permitan realizar seguimiento a los diferentes procedimientos.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda.

7.8 Dimensión de Planes y Programas: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para el total cumplimiento del POA debido a que a Junio de 2018 fue bajo, con 0% de cumplimiento y su avance para el segundo trimestre de 2018 fue de 25%, porcentaje por debajo de las metas.

7.9 Dimensión Direccional Estratégico y Planeación: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para la construcción de los indicadores del proceso, en el formato adoptado por el hospital en su Sistema Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores"; adopción de indicadores del proceso acorde a los que registran en la oficina de planeación y calidad y construcción de políticas de operación en los procedimientos del servicio.

7.10 Dimensión de Gestión del conocimiento y la Innovación: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para la aprobación del 33% de los procedimientos del SIG por la oficina de Planeación y la edición del 67% de los documentos.

7.11 Realizar las recomendaciones hechas por el equipo de auditorías de la Oficina de Control Interno al área Jurídica para el corregir los errores citados en los contratos revisados y en general de acuerdo al artículo 45 de la ley 1437 de 2011; Referente al

## 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 6


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

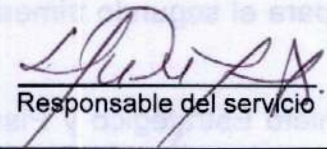
contrato 20180199 que tiene acta de adición en valor pero no tiene prorroga, sugieren que aunque el artículo 40 de la ley 80 de 1993 enuncie sobre las adiciones hasta del 50% del valor inicial, sin embargo en ningún momento obliga a que se realice prorroga en tiempo cuando se realiza adición en valor, es importante agregarlo para efectos administrativos que el contratista- proveedor termine su objeto con fecha determinada; efectuar el Plan de mejoramiento referente a la publicación sin firma de las minutas de los contratos; llevar un mayor control de los movimientos de los productos en el sistema de información Dinámica Gerencial, hasta la fecha no se recibieron en la oficina de control interno, los soportes de las respectivas modificaciones en el sistema, ni las justificaciones; es importante justificar los faltantes y sobrantes y seguir llevando los controles necesarios para que la información sea cada vez más transparente y veraz.


Finalmente se concluye que el proceso de Oficina Asesora Jurídica presenta cumplimiento del **86.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **8.60** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Higüey, Pinar del Río</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5	

***EVALUACION PROCESO FACTURACIÓN ADMISIONES Y AUDITORIA DE CUENTAS***

**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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **19** compromisos con un resultado del **89%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Realizar la integración de los instructivos a los procedimientos. *Se entregaron al ingeniero Edwin Vásquez el resto de instructivos para devoluciones, para revisión y poder terminar los procedimientos.* **2.** Elaborar y ajustar los procedimientos e instructivos del nuevo software institucional del área de facturación y auditoría de cuentas médicas. *Se empezaron hacer los instructivos para la revisión por parte de la oficina de calidad.* **3.** Socializar los procedimientos e instructivos del software implementado. *Esta actividad quedó pendiente.* **4.** Pre auditoría administrativa de las facturas de ventas de servicios de las diferentes ERP. *Se enviaron informes de pre auditoría realizado por cada uno de las técnicos del área donde hacen la revisión del 95% de las facturas para mitigar el impacto de la glosa* **5.** Dar a conocer al recurso humano, los hallazgos de las pre auditorías administrativas, informando los principales motivos de glosa y los cambios de normatividad y modificaciones contractuales. *Actas de reunión y capacitación con los grupos de facturación.* **6.** Realizar seguimiento al procedimiento de liquidación de factura para dar cumplimiento a la metas del PGIR. *Informes de solicitudes de correos electrónicos enviados.* **7.** Informar al recurso humano del área de facturación los hallazgos de la pre auditoría administrativas y los motivos de glosas inicial reportado por las ERP. *Actas de reunión y capacitación* **8.** Reunión periódica con los coordinadores de la unidad funcionales y auditores concurrentes de las diferentes áreas para informar los principales motivos de glosa de las diferentes ERP. *Actas de reunión y capacitación.* **9** Reunión con la diferente representante de las diferentes ERP para conocer sus observaciones, expectativas, requerimientos para mantener una buena relación entre prestadores. *Actas de Reunión y Capacitación.* **10.** Seguimiento mensual porcentaje de radicación de las facturas ventas de servicios de salud. *Informes de correos electrónicos* **11.** Dar a conocer a los coordinadores de la unidad funcionales y auditores concurrentes de las diferentes áreas los motivos de glosa definitiva de las diferentes ERP. *Actas de reunión y capacitación.* **12.** Dar a conocer a los médicos especialistas, enfermeras, médicos generales, terapeutas, informar los diferentes motivos de glosa definitiva y definir plan de mejoramiento para las áreas. *Actas de reunión y capacitación.* **13** Realizar la socialización de los componentes y productos del MECI. Fue socializado por la coordinadora de facturación. **14.** Realizar evaluaciones del MECI en el área. *Se aplicaron según la charla.* **15.** Elaborar el plan de gestión del riesgo del proceso financiero asociado al área de facturación. *Documento matriz riesgos, enviado en la primera evaluación.* **16.** Establecer las Acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo del proceso de financiero y que pertenezcan al área. *Plan de mejoramiento enviado en la primera*

## 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

*evaluación. 17. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. Documento: las evaluaciones trimestrales. 18. Implementar la divulgación de los derechos y deberes a los funcionarios y los usuarios. Socializado. 19. Capacitación de trato humanizado. Socializado.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **93%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Realizar la integración de los instructivos a los procedimientos. (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**2.)** Elaborar y ajustar los procedimientos e instructivos del nuevo software institucional del área de facturación y auditoría de cuentas médicas. (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**3)** socializar los procedimientos e instructivos del software implementado. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**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** Se realizó la visita de auditoría al Proceso de **en el mes de Diciembre de 2018**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoría fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorías y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en adelante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**FACTURACIÓN ADMISIONES Y AUDITORIA DE CUENTAS** : Auditoría presentada mediante OCI-010-2019 con fecha del 11/01/2019

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Heredia</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

## **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos

### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Informacion y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requieran.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

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

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar la socialización de los procedimientos e instructivos del software implementado.

7.2 Enviar los informes de pre auditoría que faltan por cada uno de los técnicos del área para completar la revisión del 100% de las facturas por venta de servicios de las diferentes ERP para

## 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

mitigar el impacto de la glosa.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para completar la integración de los instructivos a los procedimientos.

7.4 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para completar la elaboración y ajuste de los procedimientos e instructivos del nuevo software institucional del área de facturación y auditoría de cuentas médicas.

7.5 Realizar el 100% de las actividades para la socialización de los procedimientos e instructivos del software implementado.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se recomienda:

7.6 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

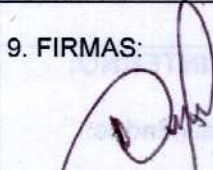
7.7 Dimensión Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer uso adecuado de las tablas de retención en las labores del Proceso cuando se requiera y la publicación del Normograma en la página web del hospital.

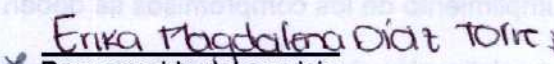
7.8 Dimensión de Evaluación y seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de facturación Admisiones y Auditoría de Cuentas presenta cumplimiento del **94.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.40** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
✓ Erika Pabodolera Díaz Torre  
Responsable del servicio

## 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 6

HOSPITAL  
Federico Lleras Acosta

### ***EVALUACION PROCESO OFICINA PLANEACIÓN Y CALIDAD***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **93%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Elaborar los estudios de crecimiento del Hospital. *Se adelantó la contratación y ejecución de los estudios de: hemodinamia y resonancia, acelerador lineal, central de esterilización y central de mezclas .Se actualizó versión preliminar del plan de reordenamiento.* **2.** Implementación de los módulos del gestión de Calidad. *Se presentaron dificultades para la parametrización del módulo de calidad, la oficina envió correo a la gerencia del proyecto haciendo los requerimientos de ajuste necesarios para evitar la pérdida de la información y los avances. No se ha tenido solución del requerimiento. La actividad no realizada, pero no imputable a la oficina de Planeación* **3.** Ajustar los procedimientos de la organización con el software implementado. *Con referencia al ajuste de los procedimientos debido al cambio de software: los documentos actualizados por las áreas y entregados para edición fueron devueltos y aquellos que terminaron el proceso de aprobación se encuentran publicados en la intranet y el físico en las carpetas de cada proceso que custodia la oficina de Planeación y Calidad. A la fecha de la Evaluación del 4 trimestre la oficina no tiene documentos identificados en el diagnóstico de actualización de los documentos del sistema con necesidad de actualización entregados por las áreas pendientes de edición.* **4.** Monitoreo del Plan de Gestión Integral del Riesgo. *Se realizó la consolidación de los indicadores de monitoreo para el PGIR de la información evaluada con corte a 31 de diciembre de 2017, 31 de marzo, 30 de junio de 2018 y 30 de septiembre de 2018, según lo dispuesto por la Supersalud, acción que hace parte integral del documento final entregado a las Secretaría de Salud del Departamento y la Superintendencia Nacional de Salud. Anexa Radicado de Monitoreo PGIR.* **5.** Desarrollo de proyectos de inversión. *Se elaboraron los proyectos de Resonancia y hemodinamia, y mejoramiento del servicio de radioterapia, se realizaron los estudios de infraestructura de los proyectos de central de esterilización y central de mezclas. Se presentaron los proyectos de reposición de equipos, reposición y dotación de equipos de urgencias, Resonancia y hemodinamia, y mejoramiento del servicio de radioterapia. Fueron viabilizados los proyectos de: reposición de equipos, reposición y dotación de equipos de urgencias y mejoramiento del servicio de radioterapia.* **6.** Implementar el Modelo integrado de Planeación y Gestión. *Se creó el comité Institucional de Gestión y Desempeño Se realizó el autodiagnóstico con cada líder de política y se elaboró el plan de acción para la vigencia. Se realizó autoevaluación del plan de acción con un cumplimiento del 74%.* **7.** Cumplimiento de los estándares de Habilitación. *Cuenta con informes mensuales de cumplimiento de requisitos de habilitación, hasta el mes de diciembre el porcentaje de cumplimiento reportado era del 43%.*



## 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 6

HOSPITAL  
Federico Lleras Acosta

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

*Se realiza medición y aplicación de los estándares de habilitación en toda la institución. Cada uno de los coordinadores durante el proceso de evaluación tiene la autoevaluación de sus servicios actualizadas con los no cumplimiento. Se realiza seguimiento mensual a los resultados de la auto evaluación y su plan de mejoramiento y nueva aplicación de autoevaluación al finalizar 4 trimestre Se llevó tema a comité directivo en el que se confirmaron reuniones de trabajo con líderes de servicios y áreas transversales, se identificaron las oportunidades de mejoramiento y cada uno construyó su plan de trabajo incluyendo las actividades propias de cada uno en los diferentes servicios. Evidencia de los planes de mejoramiento con seguimiento se envían trimestralmente a control interno.*

**8.** Continuar con la implementación del PAMEC. Actualmente la ruta se encuentra en la preparación para realizar la medición de la calidad observada y en la elaboración de planes de trabajo. Ya 6 de los 7 grupos de estándares ya cuentan con plan de mejoramiento, el paquete de estándares del cliente asistencial está pendiente de entrega por el grupo de coordinadores asistenciales. Se inicia seguimiento a los planes formulados en el mes de diciembre. Tiene plazo de ejecución hasta dic-19. **9.** Ejecutar la autoevaluación de los estándares del sistema de Acreditación. Se estableció la metodología de trabajo, se ejecutó el proceso de autoevaluación por grupos de trabajo, se realizó la consolidación de los resultados de la autoevaluación y se priorizaron las acciones de mejora a desarrollar en el PAMEC **10.** Continuar con Implementación del Modelo Estándar de Control Interno. Se formuló el modelo Meci y actividades de implementación conforme al MIPG. Se elaboró el plan anticorrupción y se desarrollaron las evaluaciones establecidas. Se elaboró y diligenció el formato DI-FR-006 Seguimiento al Plan Anticorrupción y posteriormente se envió a la oficina de control interno para su aprobación Se estableció mediante comité, racionalizar el trámite de asignación de citas, fijando como meta asignar las citas médicas de consulta especializada por la web, actividad realizada. Se registró el avance de la estrategia de racionalización de tramites en la plataforma del SUIT y fue validado por la oficina de control interno, en la misma plataforma. Se planeó, desarrolló y evaluó el proceso de rendición de cuentas. **11.** Implementar el sistema de gestión del riesgo. Se cumplió con la programación de actividades, se elaboró la matriz de riesgos y se desarrollaron los acompañamientos a los líderes de proceso, se generaron los informes de seguimiento a la. Se realizó reporte mensual a la UIAF conforme a los términos establecidos. **12** Ejecución del programa de seguridad del paciente. Se evalúa ejecución del plan de trabajo anual del programa conforme al cronograma planteado. Se realizan actividades de despliegue de la política de seguridad, semana de seguridad del paciente, reuniones mensuales con el personal de los servicios.



## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



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

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **90%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Revisar y aprobar la edición de los documentos entregados por las áreas correspondiente a ajustes del sistema de información (Con un **70%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 2) Elaborar el proyecto en la metodología establecida para su presentación (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 3) Presentación del proyecto para su aprobación (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 4) Generar los planes de acción por dimensión del MIPG competencia de Planeación (Con un **73%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 5) Evaluar el seguimiento a los acciones de los planes propuestos (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 6) Actualizar el manual del sistema conforme a MIPG (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 7) Generar el plan de mejoramiento de PAMEC con base en las autoevaluaciones de Acreditación (Con un **85%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 8) Evaluación del plan de implementación del nuevo modelo (Con un **85%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 9) Ejecutar el Plan de trabajo seguridad del paciente. (Con un **89%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 10) Documentar las 3 estrategias nuevas en el programa de seguridad del paciente. (Con un **33%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 11) Desarrollar la medición del clima de la seguridad del paciente. (Con un **70%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** 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 de **Planeación y Calidad en el mes de Enero de 2019** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

## 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

INSTITUTO  
FEDERAL  
DE ESTADÍSTICA  
Cajamarca - Perú

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

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**PLANEACIÓN Y CALIDAD** : Auditoria presentada mediante OCI-019-2019 con fecha del 14/02/2019

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

El informe de Auditoria de la Oficina de Planeación y Calidad no se dejaron Hallazgos ni Recomendaciones.

### OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.

En conclusión la Oficina asesora de Planeación y Calidad, debe continuar en el desarrollo del cumplimiento de las políticas y procedimientos institucionales, con oportunidades de mejora en el control estratégico y el de evaluación, se recomienda continuar el ejercicio del Autocontrol permanente para fortalecer la gestión con todo el equipo de trabajo.


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

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar las gestiones pertinentes ante la gerencia del proyecto de implementación de los módulos de gestión de calidad para que realice los ajustes necesarios para evitar la pérdida de la información y los avances en la Parametrización.

7.2 Realizar las actividades pendientes en el plan de acción para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

7.3 Continuar con el seguimiento de los planes de mejoramiento para el total cumplimiento de los Estándares de Habilitación y sus reportes a la Oficina de Control Interno trimestralmente.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Trujillo - Perú</small>
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

7.4 Continuar con implementación del PAME, realizar el plan de mejoramiento del grupo de estándares que falta, solicitar al grupo de coordinadores asistenciales la entrega del paquete de estándares del cliente asistencial e informar a la Oficina de Control Interno sobre resultado del seguimiento a los planes formulados en el mes de diciembre.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.5 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 30% para la revisión y aprobación de la edición de los documentos entregados por las áreas correspondientes a ajustes del sistema de información.

7.6 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% para la elaboración del proyecto en la metodología establecida para su presentación.

7.7 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para la presentación del proyecto para su aprobación.

7.8 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 27% para generar los planes de acción por dimensión del MIPG competencia de Planeación.

7.9 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para la evaluación del seguimiento a las acciones de los planes propuestos.

7.10 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para la actualización del manual del sistema conforme a MIPG.



7.11 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 15% para generar el plan de mejoramiento de PAMEC con base en las autoevaluaciones de Acreditación.

7.12 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 15% para la evaluación del plan de implementación del nuevo modelo.

7.13 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 11% para ejecutar el Plan de trabajo seguridad del paciente.

7.14 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 67% para documentar las 3 estrategias nuevas en el programa de seguridad del paciente.

7.15 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 30% para desarrollar la medición del clima de la seguridad del paciente.

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

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


En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

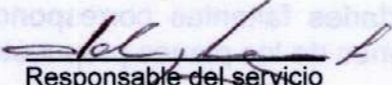
7.15 Se debe realizar las recomendaciones del equipo auditor relacionada a que la Oficina asesora de Planeación y Calidad, debe continuar en el desarrollo del cumplimiento de las políticas y procedimientos institucionales, con oportunidades de mejora en el control estratégico y el de evaluación. Igualmente continuar el ejercicio del Autocontrol permanente para fortalecer la gestión con todo el equipo de trabajo.


Finalmente se concluye que el proceso **Oficina Planeación y Calidad** presenta cumplimiento del **94.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.40** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 HOSPITAL <b>Federico Lleras Aldasa</b> <small>Hospital de Bogotá</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 1 de 8	

## **EVALUACION PROCESO DE UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS**

### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **14** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Realizar Auditoria diaria a las historias clínicas con el fin de determinar oportunidad de la atención. Generar informe mensual de los resultados de la auditoria. Diseñar las acciones de mejoramiento que se deriven del resultado del informe. *Mensualmente se hizo seguimiento a la estancia en el servicio de urgencias y se desarrollaron acciones que permitan disminuir estas estancias en urgencias, estas estrategias se han realizado a través del procesos de asignación de camas y con la contratación del emergenciólogo al final del cuarto trimestre.* **2.** Trabajar desde el área de referencia para que se incremente la aceptación de pacientes con patologías que requieran el manejo de la alta complejidad, teniendo en cuenta nuestra oferta de servicios. Participar activamente en los comités de Urgencias del Municipio con el fin de trabajar la contra referencia de pacientes. *Se realizó el manejo de la referencia con el apoyo del emergenciólogo, orientando la aceptación de pacientes que sea pertinente por el nivel de complejidad que maneja la Institución (informe de gestión). Solo se asistió a tres reuniones del comité de urgencias.* **3.** Desarrollar las acciones pertinentes para dar cumplimiento a las metas definidas en el PGIR. El trabajo y la gestión que se desarrolló durante la vigencia fue orientado al cumplimiento del PGIR, dando un % de cumplimiento frente a lo programado, tal como lo evaluó la oficina de planeación. **4.** Programar capacitaciones que conlleven al mejoramiento de las competencias del recurso humano que labora en el servicio de urgencias. *Se programaron capacitaciones al personal del servicio, donde se desarrollaron competencias en el manejo del abuso sexual, IRA, control de líquidos administrados y eliminados, control de signos vitales y medidas antropométricas.* **5.** Participar activamente en la implementación de Modelo integrado de planeación y Gestión Evaluar según las directrices del líder del proceso la implementación del Modelo de Planeación y Gestión. Diseñar plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados de las evaluaciones del Modelo Integrado de planeación y Gestión. *Se participó en la reunión donde se socializo el plan a desarrollar durante la vigencia. Durante la vigencia se socializo el plan de capacitación y se ejecutó, de igual manera se trabajó con el manual de incentivos y bienestar y durante todas las reuniones se trabajó en código de integridad, es decir el desarrollo se hizo con el estándar de talento humano.* **6.** Actualizar los documentos que hacen parte del sistema de habilitación según la Norma, Socializar e implementar la documentación actualizada. Aplicar listas de verificación de cumplimiento con el fin de medir la adherencia a la documentación que da cumplimiento al Sistema de Gestión de Calidad. Revisar periódicamente que los entrenamientos y las

## 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 8

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

actualizaciones exigidos para desarrollar las actividades en el área tengan la validez del tiempo de no mayor a dos años. Diseñar el Plan de Mejoramiento derivado de la autoevaluación del PAMEC. Elaborar el informe del comportamiento de los indicadores de obligatorio reporte, de manera mensual y realizar la certificación de los mismos de acuerdo a los requerimientos de la Superintendencia. *No se logró el 100%, en la medida que el tiempo no alcanzó para desarrollar la totalidad de la documentación máxime que lo que falta es de la parte médica. Las validaciones de los entrenamientos del personal de urgencias se realizaron al 100% El Plan de Mejoramiento de PAMEC se elaboró y se entregó a la oficina de calidad. Los indicadores de obligatorio reporte se entregaron mensualmente con las respectivas certificaciones donde se evidencia su comportamiento y la causa del mismo.* 7. Diseñar el plan de mejoramiento derivado de la auditoria al proceso de la Unidad Funcional de urgencias por parte de la oficina de control interno. Se levantó el plan de mejoramiento derivado de los hallazgos de la visita de control interno y se evaluó con la periodicidad establecida por la Institución. 8. Evaluar periódicamente el mapa de riesgos de la unidad funcional de urgencias. *El mapa de riesgos se elaboró y se evaluó a través de los controles establecidos y no se materializó ningún riesgo en urgencias.* 9. Oportunidad en la atención de TRIAGE en urgencias Oportunidad en la atención en consulta de urgencias Porcentaje de ocupación en urgencias Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias. *Los indicadores se reportan de manera oportuna con las certificaciones para ser enviadas a la Superintendencia Nacional de Salud.* 10. Gestionar las insatisfacciones que se generen como consecuencia de la atención del usuario en la unidad Funcional de urgencias. *Las insatisfacciones se gestionaron durante la vigencia dentro de los tiempos establecidos por la Ley.*

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **88%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Participar activamente en los comités de Urgencias del Municipio con el fin de trabajar la contra referencia de pacientes (Con un 83% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 2) Participar activamente en la implementación de Modelo integrado de planeación y Gestión (Con un 17% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 3) Evaluar según las directrices del líder del proceso la implementación del Modelo de Planeación y Gestión. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 4) Diseñar plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados de las evaluaciones del

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>COMISIÓN FEDERAL ELECTORAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Director General</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 8	

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

Modelo Integrado de planeación y Gestión. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

- 5) Actualizar los documentos que hacen parte del sistema de habilitación según la Norma (Con un 92% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 6) Socializar e implementar la documentación actualizada. (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 7) Aplicar listas de verificación de cumplimiento con el fin de medir la adherencia a la documentación que da cumplimiento al Sistema de Gestión de Calidad. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).


**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **7** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoría al Proceso de **Unidad Funcional Urgencias en el mes de Febrero de 2018** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoría fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorías y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS:** Auditoría presentada mediante OCI-027-2018 con fecha del 14/02/2018

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta Hospital - Edo. Mérida</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 4 de 8	

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

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** En los planes de mejoramiento individuales, no se están teniendo en cuenta todas las acciones de mejora de los compromisos no cumplidos al 100%. Se recomienda comprometer al personal a que cumpla con el 100% de los compromisos y metas propuestas con el hospital al momento de su vinculación.



**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionalidad y Planeación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** De acuerdo al análisis de los indicadores y los seguimientos realizados el área de urgencias no presenta oportunidad en la atención, reflejando indicadores desfavorables; se recomienda implementar medidas que permitan disminuir los tiempos de espera en la atención.

**Hallazgo:** De acuerdo a la visita de campo realizada en la sala de espera del área de Urgencias, se pudo observar que **los médicos no están atendiendo a los pacientes directamente**, sino que los encargados de hacer la consulta son los internos; se considera que los internos deben ser instruidos por los médicos para formarse como futuros profesionales de la salud, pero no deben realizar sus funciones, las cuales son brindar la atención oportuna de manera integral a los pacientes que ingresan a la entidad; se recomienda que se tomen las acciones correctivas pertinentes.

**Hallazgo:** Las políticas de operación de la Unidad Funcional de Urgencias incluidas en los procedimientos SU-PR-001, SU-PR-002, SU-PR-003, SU-PR-004; no tienen su respectiva denominación, no están siendo orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales; se recomienda dar una denominación a las definiciones del procedimiento y que las políticas sean orientadas con compromisos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.



 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 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

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** De acuerdo a la evaluación de los servicios de Habilitación de Urgencias, el área de urgencias, no está cumpliendo en su totalidad con los requisitos mínimos de habilitación, toda vez que tiene un cumplimiento del 84% de acuerdo a lo analizado en el punto 6.3.1.1 del presente informe.

**Hallazgo:** El área de urgencias no cuenta con un Buzón de PQRSD, el cual es obligatorio en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso administrativo.

**Hallazgo:** El área de urgencias no cuenta con publicación de los deberes y derechos institucionales en su sala de espera, ni tampoco los publica por medio de los televisores dispuestos para la información institucional y el digiturno, se recomienda la publicación de los deberes y derechos, ya sea en medio físico (cartelera) o magnético (televisores) toda vez que se está incumpliendo con la política del Servicio al Ciudadano de acuerdo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.


**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El área de urgencias no cuenta con tablas de retención documental actualizadas, de acuerdo a la Ley 594 de 2.000 en su Artículo 24. Obligatoriedad de las tablas de retención. "Será obligatorio para las entidades del Estado elaborar y adoptar las respectivas tablas de retención documental"

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

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar las actividades pendientes para actualizar los documentos que faltan y que hacen parte del sistema de habilitación en su componente médico y poder aplicar lista de verificación de cumplimiento con el fin de medir la adherencia a la documentación que da

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <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 6 de 8	

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

cumplimiento al Sistema de Gestión de Calidad.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 17% para participar activamente en los comités de Urgencias del Municipio con el fin de trabajar la contra referencia de pacientes.

7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 83% para participar activamente en la implementación de Modelo integrado de planeación y Gestión.

7.4 Realizar el 100% de las actividades para evaluar según las directrices del líder del proceso la implementación del Modelo de Planeación y Gestión.

7.5 Realizar el 100% de las actividades para diseñar el plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados de las evaluaciones del Modelo Integrado de planeación y Gestión.

7.6 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 8% para actualizar los documentos que hacen parte del sistema de habilitación según la Norma.


7.7 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% para socializar e implementar la documentación actualizada.

7.8 Realizar el 100% de las actividades para aplicar listas de verificación de cumplimiento con el fin de medir la adherencia a la documentación que da cumplimiento al Sistema de Gestión de Calidad.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.9 Dimensión de Talento Humano: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para contemplar en los planes individuales todas las acciones de mejora de los compromisos no cumplidos al 100% y cumplir con la recomendación del equipo auditor para comprometer al personal a que cumpla con el 100% de los compromisos y metas propuestas con el hospital al momento de su vinculación.

7.10 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para mejorar los indicadores de oportunidad en la atención, al implementar medidas que permitan disminuir los tiempos de espera en la atención. Para el estricto cumplimiento de las funciones de los médicos y la formación a los internos. Para otorgar la respectiva denominación a las políticas de operación de la Unidad Funcional de Urgencias incluidas en los procedimientos SU-PR-001, SU-PR-002, SU-PR-

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Unidad - Salud</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 7 de 8	

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

003, SU-PR-004 y dar la orientación a las políticas, al cumplimiento de los objetivos institucionales.


7.10 Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para el cumplimiento en su totalidad con los requisitos mínimos de habilitación. Para la instalación y atención del Buzón de PQRSD en el área de urgencias en cumplimiento por la obligatoriedad en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso administrativo. Para la publicación de los deberes y derechos, ya sea en medio físico (cartelera) o magnético (televisores) toda vez que se está incumpliendo con la política del Servicio al Ciudadano de acuerdo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

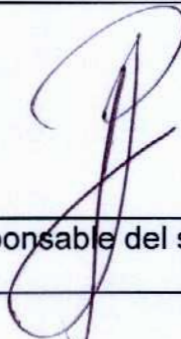
7.11 Dimensión de Información y Comunicación: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para la actualización de las tablas de retención documental, de acuerdo a la Ley 594 de 2.000 en su Artículo 24. Obligatoriedad de las tablas de retención. "Será obligatorio para las entidades del Estado elaborar y adoptar las respectivas tablas de retención documental"

Finalmente se concluye que el proceso **Unidad Funcional Urgencias** presenta cumplimiento del **96.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.60** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio



# EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA

Fecha de Emisión	Fecha de Evaluación	Fecha de Revisión	Fecha de Ejecución
15/01/2018	15/01/2018	15/01/2018	15/01/2018

Contratación de la ejecución de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

003. SU-R-001 y dar la orientación a las políticas, el cumplimiento de los objetivos institucionales.

7.10 Dirección de Gestión con Valores para el Resultado: Ejecutar y cumplir con el plan de mejoramiento para el cumplimiento en su totalidad con los requisitos mínimos de calidad. Para la instalación y estándar del Buro de FORD en el área de urgencias en coordinación con la dependencia en el ámbito del género de gestión que conlleva el artículo 22 de la Constitución Política de Colombia y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Para la ejecución de los planes y acciones, ya sea en medio físico (carteles) o mediante (televisión) una vez que se está implementando con la política del Servicio al Ciudadano de acuerdo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.


7.11 Promover la Información y Comunicación Ejecutar y cumplir con el plan de mejoramiento para la actualización de las tablas de relación documental de acuerdo a la Ley 1472 de 2010 en su Artículo 24. Obligaciones de las tablas de relación. Será obligatorio para las entidades del Estado elaborar y adoptar las respectivas tablas de relación documental.

Finalmente se concluye que el proceso Unidad Funcional Urgencias presenta cumplimiento del 85.0% de los objetivos y metas programado para el año 2018. Por lo tanto, se recomienda con la Resolución No. 3423 del 28/02/17 para efectos de la ejecución de la evaluación de desempeño por dependencias año 2018, se da el 8.00 puntos.

8. FEBRERO DE 2018

Jefe Oficina de Control Interno

Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Hospital de Especialidades</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5	

### ***EVALUACION PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **99%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

- 1.** Verificar el cumplimiento de las acciones de autocontrol en relación con las políticas de austeridad y racionalización de costos y gastos. *Mensualmente se remite a Control Interno el Informe de acuerdo a la ejecución.*
- 2.** Entrega de desprendibles de pago por medio electrónico. *Mensualmente a todos los funcionarios de la planta permanente, temporal y supernumeraria se les envía al correo electrónico el desprendibles de pago*
- 3.** Actualización de procedimientos. *Se tiene el procedimiento de Gestión del Talento Humano y los documentos aprobados y socializados.*
- 4.** Realizar los ajustes que permitan mantener actualizado el Manual de Funciones - Gestión de Talento Humano. *Con la Resolución No. 2774 del 29 de mayo de 2015 se adoptó el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de la Planta Permanente. Con la Resolución No. 3803 del 14 de septiembre de 2016, se adopta el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de la Planta Temporal y Supernumerarios.*
- 5.** Autoevaluación de los Estándares de Recursos Humanos. *Una (1) Evaluación*
- 6.** Elaboración del Plan de Capacitación por Competencias. *El Plan Institucional de Capacitación PIC 2018 se elaboró y fue adoptado mediante la Resolución No. 0129 del 23 de enero de 2018.*
- 7.** Socializar el Plan de Capacitación por Competencias. *El Plan Institucional de Capacitación PIC 2018 desde el mes de Enero de 2018 se encuentra publicado en la página web del Hospital*
- 8.** Ejecutar los programas de capacitación por áreas. *Se tiene una ejecución*
- 9.** Implementar actividades tendientes al cambio de cultura y clima organizacional. *Se ha implementado el cambio de cultura y clima organizacional, se realizó la medición de clima laboral*
- 10.** Organización y realización de actividades, eventos tendientes al bienestar social de los funcionarios. *El Hospital ha realizado actividades lúdico recreativas con visitas de los funcionarios a fincas agroturísticas, reunión de integración de los funcionarios en junio actividad folclórica, se conmemoraron el cumpleaños del Hospital, se celebró el día de los niños a los hijos de los funcionarios y en diciembre actividad lúdica de integración, se envió tarjeta de cumpleaños y de condolencia.*
- 11.** Actualizar plan de incentivos. *Se tiene incluido en el programa de bienestar social los incentivos no pecuniarios a los mejores funcionarios evaluados, a los cuales se les realizó entrega y reconocimiento en reunión general.*
- 12.** Implementar el Plan de Estímulos. *El plan de estímulos se implementa a través del programa de bienestar social, con la Resolución 0130 del 23 de enero de 2018 se adoptó el programa de bienestar e incentivos para la vigencia 2017.*

## 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

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **98%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1). Identificación, revisión e inicio de ajuste de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos (Con un 95% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 2). Desarrollar el programa para impactar la cultura organizacional y fomentar el desarrollo personal (Con un 90% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 3) Desarrollar plan de mejoramiento por fases para implementación del Modelo. (Con un 94% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).


**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** 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 de **Gestión de Talento Humano en el mes de Diciembre de 2018** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**GESTION TALENTO HUMANO:** Auditoria presentada mediante OCI-002-2019 con fecha del 04/01/2019

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <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 3 de 5	

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

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionalmetno Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requieran.

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**


Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

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

7.1 Para el total cumplimiento de los compromisos registrados por el área se debe realizar el 1% restante de las actividades por complementar.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 5% para la Identificación, revisión e inicio de ajuste de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <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 4 de 5	

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

7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 10% para desarrollar el programa para impactar la cultura organizacional y fomentar el desarrollo personal.

7.4 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 6% para desarrollar plan de mejoramiento por fases para implementación del Modelo.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.5 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.6 Dimensión Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer uso adecuado de las tablas de retención en las labores del Proceso cuando se requiera.

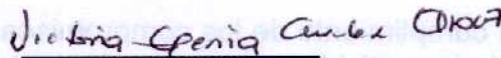
7.7 Dimensión de Evaluación y seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de **Gestión Talento Humano** presenta cumplimiento del **99.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.90** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio



## 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 4

### ***EVALUACION PROCESO INTERNACIÓN MÉDICA***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Seguimiento a la auditoria concurrente en los servicios de hospitalización y cuidado intensivo a la pertinencia médica y soportes de registros clínicos. *Por parte de auditoria concurrente se presentaron los informes de estancias prolongadas y se analizaron en el comité Asistencial.* **2.** Identificar las glosas causadas por responsabilidad médica o asistencial. *Informe presentado por la Coordinadora de Facturación durante este periodo, el cual fue revisado y analizado con la Gerente en comité de Glosas.* **3.** Implementar el sistema integrado de gestión. Participación en la reunión de líderes por parte de Planeación para revisar el Modelo y su implementación. Acta de reunión en oficina de Planeación. Se participó en el Diplomado realizado en la ESAP sobre MIPG. **4.** Realizar el diagnóstico de cumplimiento de los estándares de habilitación por servicio. *Se realizó en conjunto con la Oficina de Calidad la Autoevaluación de Habilitación de los servicios con el respectivo informe de incumplimientos.* **5.** Informar de acuerdo a las directrices institucionales los indicadores de obligatorio reporte. *Mensualmente se ha entregado el comportamiento de los indicadores de la Unidad Funcional, los cuales hacen parte integral del Informe a la Superintendencia y se analizan en el comité asistencial con Subgerencia Científica.* **6.** Desarrollar acciones que conlleven a cumplir con la meta propuesta para el indicador de Giro cama de 4 en los servicios de internación médica. *Diariamente se reporta oportunidad y cancelación de cirugías; Semanalmente se realizó revisión de las estancias mayores de 5 días y prolongadas y mensualmente se presentó informe con los hallazgos de auditoria que fueron analizadas en conjunto con subgerencia en comité asistencial.* **7.** Desarrollar acciones que conlleven a dar cumplimiento a la meta de reporte y análisis de eventos adversos en los servicios de internación médica. *Se realizó mensualmente análisis del comportamiento de los eventos adversos en la Institución, de acuerdo a los informes presentados.* **8.** Desarrollo del programa de control de infecciones en los servicios de internación. *Las reuniones programadas se realizaron, con participación activa de la coordinación de las unidades funcionales y los funcionarios y/o colaboradores.* **9.** Desarrollar acciones que conlleven a dar cumplimiento al reporte de la tasa de mortalidad hospitalaria mayor de 24 horas. *Se realizaron los reportes mensuales del 100% mortalidad hospitalaria y fueron presentados con sus respectivos análisis en el comité de Mortalidad.* **10.** Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica. *Se realizó el reporte mensual por parte de auditoria concurrente de la medición de adherencia a guías prioritarias con sus respectivo análisis.* **11.** Implementar el Modelo Estándar de Control Interno. *A través de salvapantallas de los computadores de todos los servicios y de las*

## 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

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

*diferentes áreas del Hospital se ha realizado despliegue de socialización de la metodología MIPG.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** 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 de **Internación Médica en el mes de Febrero de 2018.**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la panificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.


Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**INTERNACIÓN MÉDICA** : Auditoria presentada mediante OCI-091-2018 con fecha del 28/12/2018

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** Los indicadores del proceso, se construyen en un documento no formal, toda vez que no se diligencian dentro del formato adoptado por el hospital en su Sistema Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores"

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Cajamarca - Ecuador</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

Se considera que se debe llevar un mayor control en los carros de paro en lo que respecta a el control de las fechas de vencimiento y lotes, en conjunto con el servicio farmacéutico toda vez que durante el inventario general 2018 se encontró un **medicamento vencido**, (Adenosina 6mg/2ML SOLUCION INYECTABLE; con Lote: K04AD16 y Fecha de vencimiento Octubre de 2018) se considera que esto no puede volverse a presentar y es un tema delicado, toda vez que los carros de paro están para eventos adversos o emergencias y a la hora de que se llegara a presentar uno de estos, el personal está confiado de que los medicamentos están vigentes.

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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:


7.1 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación: Elaborar y cumplir con un plan de mejoramiento para construir los indicadores en el formato adoptado por el hospital en su SIG "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores".


7.2 Se debe realizar las recomendación del equipo auditor de llevar un mayor control en los carros de paro en lo que respecta a el control de las fechas de vencimiento y lotes, en conjunto con el servicio farmacéutico toda vez que durante el inventario general 2018 se encontró un **medicamento vencido**, (Adenosina 6mg/2ML SOLUCION INYECTABLE; con Lote: K04AD16 y Fecha de vencimiento Octubre de 2018) se considera que esto no puede volverse a presentar y es un tema delicado, toda vez que los carros de paro están para eventos adversos o emergencias y a la hora de que se llegara a presentar uno de estos, el personal está confiado de que los medicamentos están vigentes.

Finalmente se concluye que el proceso de Internación Médica presenta cumplimiento del **100%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **10.0** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio



## 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 8

### ***EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO A LA ATENCIÓN.***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **8** compromisos con un resultado del **99%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Ajustar los procedimientos con base en los cambios, producto del nuevo software. *No se alcanzó en la vigencia a ajustar el procedimiento del área de ambulatorios.* **2.** % de centro de costos implementados. *Se realizaron las reuniones programadas con la profesional de costos.* **3.** Realizar el diagnóstico de cumplimiento de los estándares de habilitación por servicios. *Se realizó el plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos de las autoevaluaciones* **4.** Ejecutar la autoevaluación de los estándares del sistema de acreditación. *Se participó activamente en la autoevaluación de los estándares asignados y se elaboraron las acciones de mejora correspondientes* **5.** Generar mensualmente los indicadores de calidad. *Se gestionaron los indicadores de calidad obligatorios del área con su respectiva certificación* **6.** Seguimiento y control de la oportunidad de la consulta especializada. *Mensualmente se realizó el informe de oportunidad de la consulta especializada y durante la vigencia se realizaron los ajustes que conllevaron a mejorar el indicador y mantenerlo siempre por debajo de la meta.* **7.** Implementar el Modelo de Control Interno. *Se realizó la socialización del modelo al recurso humano que desarrollan las actividades en las diferentes áreas.* **8.** Implementar el sistema de gestión del riesgo. *Se elaboró el plan de riesgos para la vigencia y se realizaron las evaluaciones periódicas.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **78%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Ajustar los procedimientos con base en los cambios producto del nuevo software (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **2.)** Documentar procedimientos, Instructivos, formatos de la Unidad Funcional (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **3)** Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 7 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 8

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 **Unidad Funcional Servicios Ambulatorios y Apoyo a la Atención durante la vigencia 2018 de las siguientes áreas** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

**LABORATORIO CLÍNICO** : Auditoria presentada mediante OCI-042-2018 con fecha del 14/06/2018

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

### **Hallazgos y recomendaciones de la Auditoria.**

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**


La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccinamietno Estratégico y Planeacion

No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión con valores para el resultado**

Se recomienda al área estar pendiente en la entrega de los resultados de la visita por Habilitación según RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>AUDITORÍA GENERAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Procurador General de la Federación</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 8	

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

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que sean aprobadas.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

**BANCO DE SANGRE:** Auditoria presentada mediante OCI- 056-2018 con fecha del 19/09/2018

**Hallazgos y recomendaciones de la Auditoria.**

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionalmetno Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos

## 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 8

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

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requerian.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

***Los Procesos de Imagenología y Consulta Externa para la vigencia 2018 No se le realizaron visita de Auditoria dada la razón que debido al cambio de coordinación de la Unidad Funcional quedó aplazada para realizarla en la vigencia 2019.***

**GASTROENTEROLOGÍA:** Auditoria presentada mediante OCI- 059-2018 con fecha del 14/09/2018

### **Hallazgos y recomendaciones de la Auditoria.**



### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Planes y Programas se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El cumplimiento del POA con corte a Junio es bajo, se tienen acciones con 0% de cumplimiento.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionalmetno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** No se recibió información del avance de los indicadores del proceso acorde a lo solicitado mediante correo electrónico.



 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta Hospital - Bogotá
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 5 de 8	

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

**Hallazgo:** Las políticas de operación deben estar en los procedimientos del servicio, sin embargo estos no se han construido.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** De acuerdo a la evaluación de los servicios de Habilitación de Endoscopia, el área de Gastroenterología, no está cumpliendo en su totalidad con los requisitos mínimos de habilitación, toda vez que tiene un cumplimiento del 84% de acuerdo a lo analizado en el punto 6.3.1 del presente informe.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El servicio de Gastroenterología, cuenta con el 0% de los documentos del SIG aprobados; además se observa que el servicio no ha construido todos los documentos que se requieren acorde al SIG, toda vez que no cuenta con caracterización del proceso, ni procedimientos.

**REHABILITACIÓN:** Auditoria presentada mediante OCI-061-2018 con fecha del 25/09/2018

**Hallazgos y recomendaciones de la Auditoria.**

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Planes y Programas se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El cumplimiento del POA con corte a Junio es bajo, se tienen acciones con 0% de cumplimiento.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccinamietno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** Los indicadores del proceso, se construyen en un documento no formal, toda vez que no se diligencian dentro del formato adoptado por el hospital en su Sistema

## 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 8

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

### *Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores"*

**Hallazgo:** Las políticas de operación deben estar en los procedimientos del servicio, sin embargo estos no se han construido.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** No se observa la caracterización del proceso y los procedimientos del área, en los cuales deben ir incluidas las respectivas políticas de operación del proceso.

**ONCOLOGIA:** Para la Vigencia 2018 No se realizó Visita de Auditoria por parte de la Oficina de Control Interno.

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

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar las actividades faltantes para *ajustar el procedimiento del área de ambulatorios.*


Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 100%, para ajustar los procedimientos con base en los cambios producto del nuevo software.

7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50%, para documentar procedimientos, Instructivos, formatos de la Unidad Funcional.

7.4. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50%, para socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación.

En hallazgos y recomendaciones de la auditoria:

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <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 7 de 8	

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

7.6 Dimensión de Talento Humano: No presenta hallazgo pero se debe realizar las recomendaciones hechas por el equipo auditor de continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.7 Dimensión Gestión con valores para el resultado: No presenta hallazgo pero se debe realizar las recomendaciones hechas por el equipo auditor al área para estar pendiente en la entrega de los resultados de la visita por Habilitación según RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014.

7.8 En la dimensión Información y Comunicación: No se presenta hallazgo pero se deben realizar las recomendaciones hechas por el equipo auditor para hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que sean aprobadas.

7.9 Dimensión de Evaluación y seguimiento: No se presenta hallazgo pero se deben realizar las recomendaciones hechas por el equipo auditor para efectuarr Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

7.10 En la dimensión de Planes y Programas: Elaborar y ejecutar un plan de mejoramiento para el cumplimiento del POA, por cuanto a junio tiene 0% de cumplimiento.

7.11 Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación: Elaborar y cumplir con un plan de mejoramiento para construir los indicadores en el formato adoptado por el hospital en su SIG "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores" e informar sobre estos indicadores del proceso y para la construcción de políticas de operación para incorporarse a los procedimientos del servicio.

7.12 Dimensión Gestión con Valores para el Resultado: Elaborar y cumplir con un plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación en los servicios de Endoscopia, área de Gastroenterología.

7.13 Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación: Elaborar y cumplir con un plan de mejoramiento para la aprobación de los documentos del SIG del servicio de Gastroenterología y la construcción de los documentos faltantes que se requieren acordes al SIG, en su caracterización del proceso y de los procedimientos e incluir las respectivas políticas de operación del proceso.

**Finalmente se concluye que el proceso Unidad Funcional Servicios Ambulatorios y**



## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

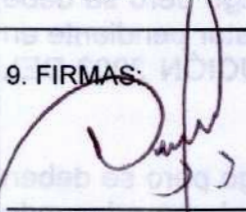
Página 8 de 8


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


**Apoyo a la Atención** presenta cumplimiento del **92.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.20** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Unidad de Salud</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 8	

## **EVALUACION PROCESO DE UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÚRGICOS**

### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **93%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Realizar el diagnóstico de incumplimiento de los estándares de habilitación.

#### **CIRUGÍA**

##### **Talento humano**

- Médico general.

##### **Infraestructura**

- Sistema para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacia el exterior.
- Zona quirúrgica: -Lavamanos quirúrgicos, en cantidad igual al número de salas de cirugía más uno.
- Aseo.

##### **Dotación**

- Sistema de extracción de gases anestésicos
- El monitoreo de temperatura se requiere en todos los servicios quirúrgicos que practiquen cirugías en neonatos, en infantes menores, en cirugía cardíaca, en trauma severo y en cirugías de más de tres horas.
- Equipo de gases arteriales.
- Equipo de corte y perforación, instrumental para cirugía de labio y paladar hendido, expansores de tejidos, mesa para cirugía de mano, torniquete neumático para cirugía de mano e instrumental para cirugía de mano.

##### **Medicamentos**


Los 13 criterios pertenecen a aquellos no cumplidos en la unidad básica habilitada "Todos los servicios".

##### **Procesos prioritarios**

- Solicitud de interconsultas.
- Plan de cuidados de enfermería.
- Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.

##### **Historia clínica**

El criterio no cumplido pertenece a la unidad básica habilitable de "Todos los servicios".

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Llerenas Acosta</b>	
<b>CÓDIGO:</b> CI-FR-005	<b>Fecha de Elaboración:</b> 22/02/2007	<b>Fecha de Actualización:</b> 01/04/2016	<b>Versión:</b> 3	<b>Página</b> 2 de 8	

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

## **CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

### **Infraestructura**

- *Área de esterilizadores acondicionada para el método de esterilización que se emplee.*
- *Todo el servicio debe estar: limpio, bien iluminado, ventanas cerradas, no uso de ventiladores.*
- *Los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.*
- *Clasificación y preparación.*
- *Preparación de paquetes.*

### **Dotación**

*Los esterilizadores/es cuentan con programa de mantenimiento preventivo, validación a la instalación y recalificación anual.*

### **Medicamentos**


*Los 13 criterios pertenecen a aquellos no cumplidos en la unidad básica habilitada "Todos los servicios".*

### **Procesos prioritarios**

- *En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.*
- *Documento del procedimiento Institucional para el reúso limitado de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, re-esterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades y su correspondiente validación.*
- *Para aquellos dispositivos médicos que el fabricante recomienda un número limitado de reúsos, cuenta con la documentación necesaria que soporte el proceso de acuerdo con lo que el fabricante recomienda.*

### **Historia clínica**

- *Registro de reúsos por cada uno de los dispositivos médicos esterilizados.*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 HOSPITAL <b>Federico Llerenas Alcosta</b> <small>Trujillo - Perú</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 8	

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

- *Registros correspondientes a los procesos prioritarios asistenciales definidos en ese estándar.*
- *Registro de las validaciones y mantenimientos de los equipos.*
- *El criterio restante no cumplido pertenece a la unidad básica habilitable de "Todos los servicios".*

**2.** Realizar las acciones de los servicios priorizados con recursos propios (quirófano y cuidado intensivo). *Durante el 2018 se adecuó el quirófano N° 2 para que cumpliera requisitos de habilitación. Quedó muy bien, funcionando al 100%, además se puso en funcionamiento el quirófano N°1 y al cierre del año se estaba trabajando en las 6 salas. Aún queda faltando el quirófano N°6, arreglar el N° 3 y las áreas comunes.*

**3.** Realizar verificación y autoevaluación periódica para garantizar el cumplimiento de los requisitos. *Se hicieron las dos autoevaluaciones y se enviaron a Calidad.*

**4.** Realizar medio de adherencia de documentos del Sistema de habilitación según el requerimiento de la norma. *Todos los documentos tienen listas de chequeo para verificar adherencia.*

**5.** Fortalecer el estándar de procesos prioritarios con la elaboración de la documentación requerida. *Se realizaron y aprobaron los procesos, procedimientos y protocolos del área. Se publicaron en la Intranet el Manual de procedimientos en quirófano y el Manual de gestión del Riesgo quirúrgico y anestésico están aprobados, socializados y en ejecución. Se hace verificación del cumplimiento persona a persona por las enfermeras del servicio*

**6.** Generar mensualmente los indicadores de calidad, realizar seguimiento y validación de la información. *Se realizaron todos los informes mensuales con los indicadores requeridos por la Superintendencia de Salud, con sus respectivos análisis.*


**7.** Validar periódicamente las fichas de los indicadores, detectar acciones de mejora de los indicadores y ejecutarlas. *Análisis continuos de los indicadores, con seguimiento diario del cumplimiento de las tareas. Reportes a Calidad mensuales*

**8.** Continuar con el seguimiento al indicador de cancelación, analizar la información y generar planes de mejoramiento cuando se presenten desviaciones en el indicador. *La meta del 5% definida por la superintendencia de salud se ha cumplido en forma sostenida durante el año. Ha habido numerosos problemas pero se han corregido.*

**9.** Actualización y socialización de las guías. *Las guías de las especialidades se encuentran publicadas en la Intranet, junto con las listas de verificación.*

**10.** Diseñar y aplicar listas de verificación y aplicarlas mensualmente. *La verificación debe hacerse por personas ajenas a quien las ejecuta y no ha habido el personal para ello.*

**11.** Adoptar el Manual de Buenas prácticas de esterilización y hacer seguimiento a la implementación del mismo. *Se han hecho capacitaciones ,aplicación de evaluaciones mensuales documentadas a todo el personal de la central.*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 HOSPITAL <b>Federico Lleras Acosta</b>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 8	

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

**12.** Diseñar y aplicar lista de verificación del cumplimiento de los protocolos de la Central de Esterilización. *Socializaron y se aplican mensualmente las evaluaciones.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **89%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) Retroalimentación de glosas y causas por especialidad (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 2.) Medición del tiempo ocioso de las salas (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 3.) Realizar medición de adherencia a los manuales, protocolos y guías (Con un 33% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 4.) Verificación de la adherencia a manual de procedimientos en cirugía (Con un 33% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 5.) Plan de mejora de habilitación. (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 6.) Verificar el cumplimiento del plan de mejora. (Con un 11% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 7.) Socialización del manual de procedimientos en cirugía. (Con un 67% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).



**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 de **Unidad Funcional Quirúrgicos** en el **mes de Marzo de 2018**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.



 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 HOSPITAL Federico Llerenas Alcorta	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 8	

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

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**UNIDAD FUNCIONAL QUIRÚRGICOS:** Auditoria presentada mediante OCI-087-2018 con fecha del 18/12/2018

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccinamietno Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo dentro del Proceso de la Unidad Funcional Quirúrgicos se deja como Observación que no se consiguió Información sobre el tema de las políticas de Operación propias del proceso.

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión con valores para el resultado**


No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Informacion y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el área.

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 HOSPITAL FEDERICO LLERENAS ACOSTA
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 8	

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:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar los criterios no cumplidos en los estándares de habilitación.

7.2 Realizar las gestiones y actividades requeridas para la adecuación del quirófano N°6, arreglar el N° 3 y las áreas comunes.

7.3 Realizar las gestiones para la aplicación de las listas de verificación por personas ajenas a quien las ejecuta.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.4 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para hacer la retroalimentación de glosas y causas por especialidad.

7.5 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para hacer la medición del tiempo ocioso de las salas.


7.6 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 67% para hacer la medición de adherencia a los manuales, protocolos y guías.

7.7 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 63% para la verificación de la adherencia a manual de procedimientos en cirugía.

7.8 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 20% del plan de mejora de habilitación.

7.9 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 89% para la verificación del cumplimiento del plan de mejora.

7.10 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 33% para la socialización del manual de procedimientos en cirugía.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <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 7 de 8	

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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.11 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.12 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Atender la observación del equipo auditor de que dentro del Proceso de la Unidad Funcional Quirúrgicos no se consiguió Información sobre el tema de las políticas de Operación propias del proceso.


7.13 Dimensión de Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el área.

7.14 Dimensión de Evaluación y Seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de **Unidad Funcional Quirúrgicos** presenta cumplimiento del **94.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.40** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:


---

 Jefe Oficina de Control Interno


---

 Responsable del servicio



Logo text

### EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA

Fecha de Evaluación	2018-01-20
Unidad de Evaluación	Unidad de Evaluación
Version	1
Proyecto	Proyecto

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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se recomienda:

7.11 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.12 Dimensión de Desempeño: Atender la recomendación del equipo auditor de que dentro del Proceso de la Unidad Funcional Quiérgicos se asegure la información sobre el tema de las políticas de la Organización propias del proceso.

7.13 Dimensión de Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de Retención en el área.



7.14 Dimensión de Evaluación y Seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de Unidad Funcional Quiérgicos presenta cumplimiento del 64.0% de los Objetivos y metas programada para el año 2018. Por lo anterior y dando cumplimiento con la Resolución No. 3432 del 200917 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2018, se da 8.40 puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

8. PRIMARIO  
  
Jefe Oficina Control Interno

  
Representante del servicio

 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b> 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 7

## ***EVALUACION PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL***

### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **31** compromisos con un resultado del **95 %**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Elaboración, aprobación, tramitación de convalidación, implementación y publicación de la Tabla de Retención Documental – TRD. Se encuentran aprobados los siguientes documentos:

- \* 45 tablas de retención aprobadas
- \* Cuadro de clasificación documental
- \* Acta de aprobación de TRD
- \* Resolución de Implementación TRD.

**2.** Actualización y publicación del Cuadro de Clasificación Documental CCD Se encuentra aprobado y en formato PDF. **3.** Solicitud Adecuación de los espacios para archivo. Se realizó la Solicitud al área de mantenimiento por medio de oficio ER-000001867-2018. Donde dio respuesta la oficina en mención por medio de oficio IE-000002951-2018, ya se queda a la decisión de la acta gerencia. **4.** Crear cronograma de transferencia documental. Se tendrá en cuenta para vigencia de 2019, con base en la asignación de espacios para archivo, de esta manera se puede realizar el cronograma de transferencias documentales. **5** Documentar el proceso de eliminación documental. **6.** implementación del módulo de ventanilla única de correspondencia. Se inició desde el día 1 de enero de 2018 con la implementación del módulo de correspondencia con el software data stock, con 34 usuarios y asignado uno por área. Se deja adjunto los manuales y listado de usuarios que se crearon en el software para que sirva como evidencia del proceso que se realizó. **7.** trazabilidad de los comunicaciones internas y externas. Se realiza un consolidado de todo el año 2018 para tener mejor interpretación de la información. **8.** Solicitud y entrega de Historias clínicas. Se está realizando un INFORME mensualmente de la solicitud y préstamos de historias clínicas. **9** Digitalización de historias clínicas activas. Se está realizando un INFORME mensualmente de las historias clínicas digitalizadas activas. **10.** Digitalización de historias clínicas inactivas. Se está realizando un INFORME mensualmente de las historias clínicas digitalizadas inactivas. **11.** Documentar los flujos de los documentos de la organización. Se realizaron los flujos de documentos de las solicitudes de historias clínicas, solicitud de certificación laboral y derechos de petición. Los cuales están parametrizados en el software de datastock. **12.** Sistematizar los flujos de trabajo (work flow). Se paremetrizaron los 3 flujos de documentos que se encuentran establecidos en el contrato del mismo.

*Flujo de documentos para derechos repetición*


*Flujo de documentos para solicitud de historia clínica*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Bogotá, Colombia</small>
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

*Flujo de documentos para solicitud de certificación laboral*

**13.** Actualización del Diagnóstico Integral de Archivos. *Se Actualizo que dando un pendiente en el punto B. SEGUNDA PARTE -B1.CENSO. Realizando la totalidad del inventario del archivo central se le dará fin al punto pendiente.***14** implementación y publicación del Programa de Gestión Documental – PGD. *Se encuentran en la página web de la institución, en el link de transparencia* **15.** Normalización de la producción documental (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos). *Se envió la oficina de planeación y calidad para la revisión y aprobación del documento.* **16.** Organización de Fondo Acumulado. *Se encuentra listo para ser enviado a la oficina de planeación para su revisión.* **17.** Actualización de Tabla de Retención Documental. *Se realizó en octubre de 2108 la última actualización con base a los ajustes solicitados por el consejo departamental de archivo.***18.** Inventario de la documentación de sus archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental - FUID: **19.** Inventario de documentos de Derechos Humanos o Derecho Internacional Humanitario no susceptible de eliminación. *Se cuenta con un inventario de historias activas e inactivas actualizado para que en caso de solicitar alguna historia que tenga que ver con documentos de derechos humanos o derechos internacional humanitario se facilite la información.* **20.** Procedimientos de disposición final de documentos. *Se envió la oficina de planeación y calidad para la revisión y aprobación del documento.* **21.** Elaboración, aprobación, implementación y publicación del documento Sistema Integrado de Conservación – SIC. *Se encuentra en actualización teniendo en cuenta la guía técnica que saco el archivo general de la nación para su creación. Este documento está para la revisión con la oficina de planeación, por la complejidad se debe tener en cuenta la opinión y el punto de vista de la oficina en mención.* **22.** Conservación de documentos en soporte físico. *Se encuentra inmerso en el sistema integrado de conservación.* **23.** Preservación de documentos en soporte digital. *Se encuentra en actualización teniendo en cuenta la guía técnica que saco el archivo general de la nación para su creación.* **24.** Clasificación de la información y establecimiento de categorías de derechos y restricciones de acceso a los documentos electrónicos. *Se encuentra con el formato, el cual fue aprobado por el comité interno de archivo y enviado a todas las oficinas y unidades para su diligenciamiento y entrega para revisión de la información y aprobación. Se debe realizar para la vigencia del 2019 una actualización a la información con base a las nueva TRD.* **25.** Parametrización de Tablas de control de acceso.**26.** Implementación de los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, disponibilidad, preservación y metadatos de los documentos electrónicos de archivo en el Sistema de Gestión de Documento Electrónico. *Se debe crear el programa en conjunto con la oficina de Tecnología de la información teniendo en cuenta que es un procedimiento híbrido.* **27.** Sensibilización y capacitación funcionarios sobre archivos. *Se realizó capacitación sobre los instructivos del área, explicando cómo debe de ser la implementación de los mismos.* **28.** Actividades para alinear la gestión documental a la

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <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 3 de 7	


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

política ambiental. **29.** integrantes del comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se realizaron 7 actas del comité interno de archivo, por temas que se deben tratar por los integrantes del mismo. **30.** integrantes del Comité de Historia Clínica. Se han realizado 9 comités durante el año 2018. **31.** Actualizar la matriz de riesgos. Se realizó la actualización en el mes de marzo con la oficina de planeación y calidad.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **74%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) 'Crear cronograma de transferencia documental (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 2). Normalización de la producción documental (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos). (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 3). Inventario de la documentación de sus archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental - FUID: (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 4). Preservación de documentos en soporte digital (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 5). Parametrización de Tablas de control de acceso (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 6). Implementación de los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, disponibilidad, preservación y metadatos de los documentos electrónicos de archivo en el Sistema de Gestión de Documento Electrónico. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 7). Actividades para alinear la gestión documental a la política ambiental. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 8) integrantes del Comité de Historia Clínica (Con un 82% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <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 4 de 7	

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 en el mes de Diciembre de 2018**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**GESTIÓN DOCUMENTAL** : Auditoria presentada mediante OCI-088-2018 con fecha del 28/12/2018

**HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**


**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno  
Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <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

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requieran.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

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

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Solicitar el espacio para el archivo y realizar el cronograma de transferencias documentales.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:


7.2 Realizar el 100% de las actividades para la creación del cronograma de transferencia documental.

7.3 Realizar el 100% de las actividades para normalización de la producción documental (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos).

7.4 Realizar el 100% de las actividades para Inventariar la documentación de los archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental – FUID.

7.5 Realizar el 100% de las actividades para la preservación de documentos en soporte digital.

7.6 Realizar el 100% de las actividades para la Parametrización de Tablas de control de acceso.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <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 6 de 7	

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

7.7 Realizar el 100% de las actividades para la implementación de los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, disponibilidad, preservación y metadatos de los documentos electrónicos de archivo en el Sistema de Gestión de Documento Electrónico.

7.8 Realizar el 100% de las actividades para alinear la gestión documental a la política ambiental.

7.9 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 18% para complementar los integrantes del Comité de Historia Clínica.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.10 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

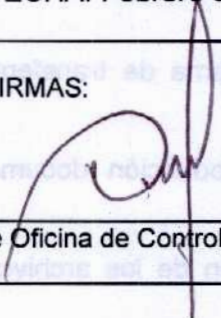
7.11 Dimensión Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer uso adecuado de las tablas de retención en las labores del Proceso cuando se requiera y publicar el Normograma en la página web del hospital.


7.12 Dimensión de Evaluación y seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de Gestión Documental presenta cumplimiento del **90.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.0** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio

## 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 5

HOSPITAL  
Federico Llerenas Acosta

### *EVALUACION PROCESO SERVICIO FARMACÉUTICO*

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **28** compromisos con un resultado del **95%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Auditoria interna al procedimiento de facturación y dispensación. *Se anexa auditoria octubre a diciembre* **2.** Informe de Seguimiento en el control de tiempos de entrega de facturas. *Se anexa informe octubre a diciembre.* **3.** Establecer mecanismo de control: Tabla en Excel en la que se controle los despachos de medicamentos NO POS diariamente con cada prescripción médica. *Se anexan tablas en Excel octubre a diciembre.* **4.** auditoria semanal de los medicamentos no pos dispensados versus los autorizados por la EPS. *Se anexa informe de auditorias.* **5.** Revisión periódica de las fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos, y gestión para evitar vencimientos. *Se anexa informe hasta diciembre 2018.* **6.** Solicitar a los proveedores el recambio de medicamentos próximos a vencer según tiempo cláusula contractual. *Se anexa oficio cambio realizado.* **7.** Retroalimentar a las diferentes Unidades Funcionales de productos con próxima fecha de vencimiento para su rotación. *Se anexan circulares enviados a los diferentes servicios asistenciales.* **8.** Verificar en el momento de la recepción técnica, en cumplimiento de los compromisos contractuales, en el que se incluya la fecha de vencimiento. *Se anexan recepciones técnicas octubre a diciembre.* **9** Realizar la solicitud de medicamentos y dispositivos médicos teniendo en cuenta los niveles máximos, mínimos y consumo promedio. *Se anexa informe consumos promedios mensuales octubre a diciembre.* **10.** Realizar inventarios periódicos y gestión diferencias encontradas. *Se anexan actas de inventarios mensuales y registros de inventarios aleatorios semanales octubre a diciembre.* **11.** Revisar el proyecto existente y ajuste del mismo. *Se anexan informe realizado por asesores.* **12.** Elaborar cronograma de Capacitación e implementar en el servicio Farmacéutico y en Servicios Asistenciales. *Se anexan formatos de asistencias a capacitaciones.* **13.** Solicitar la calibración de los termohigrómetros por el área de mantenimiento. *Se compraron termohigrómetros nuevos calibrados, pero el proveedor no ha entregado los certificados de calibración a la institución aun.* **14.** Elaboración de mezclas oncológicas mediante contrato con central de mezcla que tenga certificación en BPE. *Se anexan actas de supervisión a diciembre.* **15.** Corrección y aprobación de documentos, Validación del sistema de aire medicinal y solicitud visita del invima para la obtención de las BPM. Se envían documentos corregidos a calidad. *se anexan soportes.* **16.** Participar en las autoevaluaciones de los estándares de acreditación de prestación de servicios. *Se realiza autoevaluación, se envía soportes* **17.** Socializar los documentos actualizados al personal del Hospital y ejecutar su implementación. *Se anexan soportes.* **18.** Socializar los indicadores del Servicio Farmacéutico. *Se anexan indicadores y acta de socialización.* **19.** Realizar medición de los indicadores del

## 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

HOSPITAL  
Federico Lleras Acosta  
Bogotá - Colombia

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

procedimiento. Se anexan indicadores a diciembre. **20.** Participar en la actualización del modelo estándar de control interno conforme a MIPG. *El servicio farmacéutico a participado de manera activa en la ejecución del MECI, entregando la información requerida por el área de control interno, dando respuesta a los requerimientos. se anexan soportes.* **21.** Elaborar el mapa de riesgos del proceso. *Se realizó autoevaluación mapa de riesgo.* **22.** Establecer las Acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo del proceso de administración y que pertenezcan al área. *Se realizó autoevaluación documento.* **23.** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. *Se envían las autoevaluaciones.* **24.** Solicitud recepción técnica en el sistema de información dinámica gerencial. **25.** Solicitud elaboración perfil farmacoterapéutico para programa de farmacovigilancia en el sistema de información dinámica gerencial. *Se realizó autoevaluación mapa de riesgo.* **26.** Solicitud informe pendientes medicamentos no pos. *Se anexa evidencia* **27.** Solicitud de tablero de medicamentos no pos con control cantidades pendientes para dispensar. *Se creó tablero no pos, se envía evidencia* **28.** Solicitud mejora informe antibióticos consumidos. *Se anexa evidencia.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **95%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Efectuar seguimiento al proceso de facturación y dispensación de medicamentos, identificando errores en el proceso. (Con un 82% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).


**2.)** Revisar el proyecto existente y ajuste del mismo. (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**3)** Corrección y aprobación de documentos, Validación del sistema de aire medicinal y solicitud visita del invima para la obtención de las BPM (Con un 33% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**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 de **en el mes de Noviembre de 2018**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 HOSPITAL Federico Lleras Alcorta <small>Unidad - Salud</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

de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**SERVICIO FARMACÉUTICO:** Auditoria presentada mediante OCI-085-2018 con fecha del 13/12/2018

#### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

Se considera que se debe llevar un mayor control en los carros de paro en lo que respecta a el control de las fechas de vencimiento y lotes, toda vez que durante el inventario general 2018 se encontró un medicamento vencido,(Adenosina 6mg/2ML SOLUCION INYECTABLE; con Lote: K04AD16 y Fecha de vencimiento Octubre de 2018) se considera que esto no puede volverse a presentar y es un tema delicado, toda vez que los carros de paro están para eventos adversos o emergencias y a la hora de que se llegara a presentar uno de estos, el personal está confiado de que los medicamentos están vigentes.

Respecto a las justificaciones de los faltantes y sobrantes de la bodega 02, se considera que se debe llevar un mayor control de la dispensación de los medicamentos para que no se presenten estas diferencias y las justificaciones sean válidas y soportadas en casos futuros.

La oficina de Control Interno, reconoce que en la vigencia 2018, el Servicio Farmacéutico implemento adecuadamente los controles y llevo a cabo la ejecución de las metas, se considera que ha mejorado muchísimo con vigencias anteriores, además que durante el inventario general de la vigencia 2018:

-El inventario fue un éxito y las diferencias disminuyeron mucho comparados con años

## 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

anteriores, sin embargo es importante justificar los faltantes y sobrantes y seguir llevando los controles necesarios para que la información sea cada vez más transparente y veraz.

Es importante resaltar a la organización del Servicio Farmacéutico para esta vigencia, se considera que fue uno de los inventarios más organizados que se han podido llevar en los últimos 4 años, las bodegas estaban organizadas por orden alfabético y los productos se encontraban correctamente semaforizado.

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

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar las gestiones pertinentes por parte del área de mantenimiento para que el proveedor entregue los certificados de calibración de los termohigrómetros.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 18% para efectuar seguimiento al proceso de facturación y dispensación de medicamentos, identificando errores en el proceso.


7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para la revisión del proyecto existente y ajuste del mismo.

7.4 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 67% para la corrección y aprobación de documentos, Validación del sistema de aire medicinal y solicitud visita del Invima para la obtención de las BPM.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.5 Se debe realizar las recomendación del equipo auditor de llevar un mayor control en los carros de paro en lo que respecta a el control de las fechas de vencimiento y lotes, en conjunto con el servicio farmacéutico toda vez que durante el inventario general 2018 se encontró un **medicamento vencido**, (Adenosina 6mg/2ML SOLUCION INYECTABLE; con Lote: K04AD16 y Fecha de vencimiento Octubre de 2018) se considera que esto no puede volverse a presentar y es un tema delicado, toda vez que los carros de paro están para eventos adversos o emergencias y a la hora de que se llegara a presentar uno de estos, el personal está confiado de que los medicamentos están vigentes.

Respecto a las justificaciones de los faltantes y sobrantes de la bodega 02, se considera que se debe llevar un mayor control de la dispensación de los medicamentos para que no

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <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 5	

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

se presenten estas diferencias y las justificaciones sean válidas y soportadas en casos futuros.

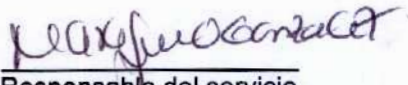
Igualmente es importante justificar los faltantes y sobrantes y seguir llevando los controles necesarios para que la información sea cada vez más transparente y veraz.

Finalmente se concluye que el proceso de Servicio Farmacéutico presenta cumplimiento del **97.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.70** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019



9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio





 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Bogotá - Colombia</small>	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5	

## **EVALUACION PROCESO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **20** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

- 1.** Revisar los elementos que componen el MECI conforme al MIPG y verificar que se estén implementando en el área. Se revisaron los elementos que componen el MECI y que se implementen en seguridad y salud en el trabajo.
- 2.** Realizar seguimiento al despliegue y socialización de los documentos que conforman el sistema. Se socializó al personal del área la información relacionada con el Código de Integridad del servicio público Colombiano y los valores del servidor público.
- 3.** Realizar seguimiento al despliegue y socialización de los documentos que conforman el SG-SST. Se socializaron los documentos y registros del SG-SST.
- 4.** Diseñar y elaborar el profesiograma. Se elaboró documento profesiograma.
- 5.** Identificación de Peligros, Valoración y Evaluación de Riesgos. Se elabora documento el día 28-05-2018 de acuerdo a metodología GTC-45 de 2012.
- 6.** Revisión Anual de la política en seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad. Se revisó la política con el COPASST y no se realizan cambios ya que cumple con requisitos normativos.
- 7.** Revisión Anual de los objetivos del SG-SST de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad y actualizar si se requiere. Se revisaron los objetivos con el COPASST y no se realizan cambios ya que cumple con requisitos normativos.
- 8.** Definición de indicadores del SG-SST en cuanto a estructura, proceso y resultado. Se elaboran indicadores de estructura, proceso y resultado.
- 9.** Elaborar el programa de prevención de alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. Se elaboró documento.
- 10.** Difundir la Política de SST a todos los niveles de la organización. La política fue comunicada al COPASST, publicada en el salvapantallas y fijada en las diferentes carteleras institucionales.
- 11.** Capacitar en SST a los Servidores vinculados a la entidad. Se actualizo el programa de capacitación, se realizó inducción en seguridad y salud en el trabajo a todo funcionario nuevo que ingreso a la institución, se realizó reinducción en seguridad y salud en el trabajo, se capacito a la brigada de emergencias y se realizó capacitación en riesgo biológico en las áreas asistenciales.
- 12.** Reunión y capacitación al Comité Hospitalario de Emergencias. Se realizaron las reuniones mensuales donde se miraron aspectos relacionados con las emergencias y desastres de acuerdo a normatividad.
- 13.** Revisión y actualización del plan de emergencias. Se revisó y actualizo el plan de emergencias de acuerdo a lineamientos del manual hospitalario de emergencias de la OMS y OPS. Pendiente la firma de la gerente.
- 14.** Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo. Se investigaron 117 accidentes de trabajo ocurridos en el 2018.
- 15.** Controlar estado elementos y materiales de los Botiquines de Primeros Auxilios. Se revisaron los diferentes botiquines y se realizó



## 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

reposición de los elementos faltantes y/o próximos a vencerse. **16.** Visitas de Inspección Planeadas. Se realizaron las visitas de inspección planeadas para identificar riesgos que puedan ocasionar accidentes de trabajo. **17.** Desarrollo de actividades en programa de vigilancia riesgo biológico. Se aplicaron 575 dosis de influenza, se aplicaron 108 anticuerpos Hepatitis B, se aplicaron 90 dosis de vacuna hepatitis B, se realizó campaña de orden y aseo, se realizó campaña de prevención de alcohol y tabaquismo, se realizó campaña para realización de laboratorios de exposición al riesgo (Radiaciones ionizantes, químicos, biológico). **18.** Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en las áreas asistenciales. Se aplicó lista de chequeo para verificar cumplimiento normas de bioseguridad en las diferentes áreas asistenciales del hospital. **19.** Realización de exámenes de ingreso, egreso y periódicos. Se realizaron exámenes ocupacionales a los funcionarios así: 424 exámenes de ingreso, 591 periódicos y 57 de retiro. **20** Reporte de accidentes de trabajo dentro del plazo de 48 horas hábiles después de ocurrido. Los accidentes de trabajo se reportaron dentro de las 48 horas hábiles.


6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** 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 de Seguridad y Salud en el Trabajo en el mes de Diciembre de 2017 para la vigencia 2018 No se realizó visita al área, la Próxima visita se encuentra programada para el mes de Agosto de 2019

Obteniendo como resultado las siguiente Información:


**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** Auditoria presentada mediante **OCI-074-2017** con fecha del 28/12/2017

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Trujillo - Ecuador</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

### **SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

- 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, 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.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <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 4 de 5	

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

- 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.

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría al área de Seguridad y Salud en el trabajo para la visita del 2019 se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:


7.1 Atender la recomendación del equipo auditor consignadas en SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.


Finalmente se concluye que el proceso de **Seguridad y Salud en el Trabajo** presenta cumplimiento del **100%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **10.0** puntos.

**8. FECHA:** Febrero de 2019

**9. FIRMAS:**

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

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

## **EVALUACION PROCESO MANTENIMIENTO**

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

**1. 6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **7** compromisos con un resultado del **80%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Establecer los requerimientos de infraestructura Contratar la elaboración de los estudios y diseños ejecución de adecuaciones y obras físicas. *Se realizó Cronograma de infraestructura y seguimiento de mantenimiento, se contrató los estudios estructurales y se ejecutó el Contrato de mantenimiento integral y contrato de adecuación del servicio de Banco de Sangre.* **2.** Adecuar los espacios para archivo. *Se ejecutaron las ordenes de Mantenimiento de infraestructura del archivo y se realizó la contratación de los estudios y diseños del aire acondicionado.* **3.** Realizar las acciones de los servicios priorizados con recursos propios (quirófano y cuidado intensivo) *Se realizó adecuación de la sala de cirugía y mantenimiento de las unidad de cuidado intensivo neonatal priorizados en el plan de infraestructura para habilitación* **4.** Generar mensualmente los indicadores de calidad. *Se realizó el seguimiento mensual de los mantenimientos con su respectivo indicador.* **5.** Implementar el sistema integrado de gestión. *Se entregaron Guías rápidas de manejo de equipos biomédicos; socialización y manejo de las tecnologías la institución, programa de mantenimiento, actualización de hoja de vida de equipos, entre otros.* **6.** Autoevaluaciones, Planes de mejora conforme al ajuste del sistema del MIPG. *No hubo lugar a acciones de mejora.* **7.** Realizar las acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo. *El área tuvo participación en la elaboración del mapa de riesgo, No hubo lugar a acciones de mejora.*



**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **74%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1)** Realizar los análisis de conveniencia según necesidades del Plan ajustado para el 2018 (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**2)** Realizar orden de trabajo para la adecuación de los espacios para archivo (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**3** Realizar seguimiento a las actividades de adecuación de espacios para archivo (Con un 0 % de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**4)** Generar informe de indicadores del plan de mantenimiento (Con un 92% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 6	

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

- 5) Terminar de documentar el procedimiento, Instructivos, formatos, programas y plan del área de mantenimiento (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 6) Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 7) Realizar autoevaluaciones del MECI (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 8) Realizar los planes de mejoras establecidos en las autoevaluaciones. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 9) Realizar los planes de mejoramiento en el sistema de gestión del riesgo. (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).



**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** 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 de **Mantenimiento en el mes de Diciembre de 2018** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**MANTENIMIENTO:** Auditoria presentada mediante OCI-004-2019 con fecha del 09/01/2019

 <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
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

## HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccional y Planeación**

No se encontraron Hallazgos

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda en la parte de **Evaluación de gestión por dependencias**, presentar la respectiva autoevaluación del Proceso para la próxima evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.


### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requieran.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.


Se recomienda dar cumplimiento con cada una de las Autoevaluaciones que el Proceso debe realizar y presentar.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1968 - 2018</small>
<b>CÓDIGO:</b> CI-FR-005	<b>Fecha de Elaboración:</b> 22/02/2007	<b>Fecha de Actualización:</b> 01/04/2016	<b>Versión:</b> 3 <b>Página</b> 4 de 6	

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

<h2>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</h2> <p>Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:</p> <p>7.1 Realizar las actividades faltantes para el cumplimiento del 100% de los compromisos.</p> <p>Para el total cumplimiento del POA se recomienda:</p> <p>7.2 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para realizar los análisis de conveniencia según necesidades del Plan ajustado para el 2018.</p> <p>7.3 Realizar el 100% de las actividades para realizar orden de trabajo para la adecuación de los espacios para archivo.</p> <p>7.4 Realizar el 100% de las actividades para realizar el seguimiento a las actividades de adecuación de espacios para archivo.</p> <p>7.5 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 8% generar informe de indicadores del plan de mantenimiento.</p> <p>7.6 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para terminar de documentar el procedimiento, Instructivos, formatos, programas y plan del área de mantenimiento.</p> <p>7.7 Realizar el 100% de las actividades para socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación.</p> <p>7.8 Realizar el 100% de las actividades para realizar las autoevaluaciones del MECI.</p> <p>7.9 Realizar el 100% de las actividades para realizar los planes de mejoras establecidos en las autoevaluaciones.</p> <p>7.10 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% realizar los planes de mejoramiento en el sistema de gestión del riesgo.</p>
--



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta Unidad - Salud</small>
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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.11 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar de actualización de las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.12 Dimensión de Gestión con valores para el resultado: Atender la recomendación del equipo auditor de presentar la respectiva autoevaluación del Proceso para la próxima evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.


7.13 Dimensión de Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requieran.

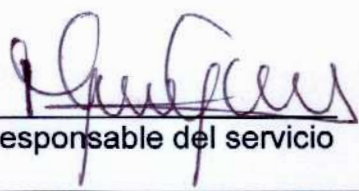
7.14 Dimensión de Evaluación y Seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera y de dar cumplimiento con cada una de las Autoevaluaciones que el Proceso debe realizar y presentar.

Finalmente se concluye que el proceso de Mantenimiento presenta cumplimiento del **85.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **8.50** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio



Logo text

# EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA

Fecha de la

Dependencia

Fecha de Evaluación

Fecha de Evaluación

Fecha de Evaluación

Control interno de la evaluación de la gestión de Control Interno y de dependencias

En los casos y recomendaciones de la auditoría se encuentran

7.11. Presentación de Tablas Financieras: Atender la recomendación del equipo auditor de presentar la actualización de las hojas de cada vez que se requiera.

7.12. División de Gestión con valores para el resultado: Atender la recomendación del equipo auditor de presentar la respectiva actualización del Proceso para la próxima evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.

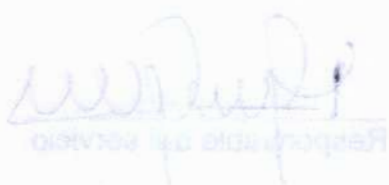
7.13. Operación de Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de Atención en el momento que se requiera.

7.14. División de Evaluación y Seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento dirigidos a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera y de dar cumplimiento con cada una de las Autoevaluaciones que el Proceso debe realizar y presentar.

Finalmente se concluye que el proceso de Mantenimiento presenta cumplimiento del 88.8% de los Objetivos y metas programada para el año 2018. Por lo anterior y de acuerdo al cumplimiento con la Resolución No. 3432 del 19/08/17 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2018, se da 88.8 puntos.

FECHA: Febrero de 2018

8 FIRMAS

  
Responsable de servicio

  
Jefe 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 1 de 5

### ***EVALUACION PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **24** compromisos con un resultado del **100%**, 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. *Para el año 2018, el grupo de dinámica gerencial realizo el plan de gestión de los requerimientos para obtener la información requerida en el cumplimiento y aplicación de las resoluciones que tienen que ver con los indicadores de calidad.* **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. *Para el año 2018, el grupo de dinámica gerencial realizo el plan de gestión de los requerimientos para obtener la información requerida en el cumplimiento y aplicación de las resoluciones que tienen que ver con los indicadores de calidad.* **3.** Diligenciar las fichas Técnicas de los indicadores de calidad. *En el año 2018 con la implementación del sistema de información para la calidad (SIC), se realizó de manera permanente el diligenciamiento y revisión de las fichas técnicas de los Indicadores de Calidad.* **4.** Validar la información recibida de las Unidades Funcionales para la construcción de los indicadores de Calidad. *Durante el año 2018 se validó la información suministrada por las unidades funcionales para la construcción de los respectivos formatos que contienen los indicadores de calidad.* **5.** Consolidar, analizar, validar y generar mensualmente los indicadores de calidad, realizando los reportes a las Entidades de Vigilancia y Control. *Durante el año 2018 la información generada fue socializada y entrega de los reportes a las entidades de vigilancia y control, Superintendencia de salud, EPS con contratación vigente.* **6.** Realizar las acciones de mejora de los indicadores de Calidad, acorde con los requerimientos institucionales. *Durante el año 2018 no fue indispensable realizar acciones de mejora de los Indicadores de Calidad según los requerimientos.* **7.** Participar en la evaluación de los indicadores de Gestión. *Durante el año 2018 se ejecutó el Sistema Integrado de la Gestión del proceso de Epidemiología, Infecciones y Estadística, según las políticas institucionales en cuanto a los Indicadores de Gestión Evaluados. Se realizaron los lineamientos para la presentación mensual y evaluación de los Indicadores.* **8.** Realizar el seguimiento y evaluación a la matriz del riesgo. *Durante el año 2018 se realizó permanentemente la revisión y ajuste de la Matriz de Riesgo, cumpliéndose su ejecución.* **9.** Elaborar el Plan de Mejoramiento. *Durante el transcurso del año 2018 no fue necesario realizar planes de mejoramiento con relación a la matriz de riesgo.* **10** Continuar el Plan de Capacitación y actualización sobre los lineamientos y protocolos del SIVIGILA. Se fortaleció el proceso 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 5

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

Vigilancia de los Eventos de Salud Pública (SIVIGILA) según lineamientos del año 2018. Se cumple con políticas del ministerio Salud Pública sobre comportamiento del centinela e infección respiratoria aguda (IRAG) y enfermedad diarreica aguda (EDA). **11.** Realizar las reuniones periódicas del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) para el análisis y seguimiento de los eventos de salud pública. *Se cumplió con las reuniones del comité de Vigilancia Epidemiológica "COVE". Se realizó el seguimiento a los eventos de salud pública y se ejecutaron las recomendaciones.* **12.** Realizar la búsqueda activa institucional de los eventos de Salud Pública a partir de los registros individuales de prestación. *Se realizó la búsqueda activa institucional de los eventos de Salud Pública, aplicando lista de chequeo del ingreso de pacientes por Urgencias según los criterios epidemiológicos. De igual manera durante la temporada de fin de año se realizó el seguimiento de la vigilancia y notificación de los usuarios quemados con pólvora e intoxicación por alcohol y alimentos.* **13.** Actualizar el programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS. *En el año 2018 el Programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en salud IAAS, se ajustó y ejecuto el 100%.* **14.** Desarrollar el monitoreo de los Indicadores priorizados de las IAAS, de acuerdo a la normatividad vigente. *Se cumplió con el seguimiento del comportamiento de acuerdo a estándares de calidad de las IAAS a nivel de hospital.* **15.** Realizar el análisis de las IAAS por los servicios de la institución y presentarlos en el Comité IAAS. *En aras de mejorar las condiciones del programa IAAS se contrató los servicios profesionales de Infectólogo, permitiendo más dinámica en desarrollo del programa.* **16.** Realizar el seguimiento y evaluación de los Planes de mejoramiento para la disminución de las IAAS. *No ha sido necesario realizar planes de mejoramiento trascendentales. Las recomendaciones son muy operativas y tienen que ver con la disponibilidad y el suministro de antibióticos y elementos de bioseguridad.* **17.** Realizar el seguimiento al Patrón de Resistencia de los microorganismos identificados en el hospital. Con la nueva dinámica del Comité de Infecciones y la presencia del infectólogo se hizo más lógico y racional el uso y manejo de los antibióticos. *Con base en la patología de cada usuario se referencio el consumo y comportamiento antibióticos frente a las cepas Bacterianas aisladas.* **18.** Realizar las reuniones de Análisis de la Mortalidad Intrahospitalaria de los Eventos de Salud Pública y la Mortalidad Mayor de 48 horas. *En el año 2018 la Operatividad de los Comités de Mortalidad Intrahospitalaria de los Eventos de Salud Pública y la Mortalidad Mayor de 48 horas. fue excelente. Se realizaron las reuniones pertinentes mes a mes con los respectivos Análisis de la Mortalidad.* **19.** Elaborar el Plan de Mejoramiento de los Análisis de Mortalidad. *Plan de mejoramiento no fue necesario realizar, solo se ejecutó y cumplió con las recomendaciones para las Unidades de análisis de las historias clínicas de los casos que lo requerían, Información que quedo consignada en las actas de cada comité.* **20.** Realizar el Monitoreo de los Indicadores de Mortalidad Hospitalaria. *Durante el año 2018 se cumplió con el Monitoreo mensual de los Indicadores de Mortalidad Materna,*

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					
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

*Perinatal, y Mayor de 48 horas. Análisis de la Mortalidad. 21. Continuar con el inventario y actualización de los formatos de captura, registro y recolección de la información Estadística de la Institución. En el año 2018 se trabajó en el ajuste del inventario de los formatos de captura y registro de la información estadística. Se realizó el ajuste y actualización de acuerdo a las necesidades institucionales y requerimientos de ley. 22. Operativizar el procesamiento, análisis y divulgación de la información estadística en la institución. Se ejecutó el procesamiento, análisis y divulgación de la información estadística de la Institución. Se realizó la entrega oportuna y confiable de la información estadística con base en el Software Dinámica Gerencial. 23. 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 garantizó la entrega oportuna y confiable de la información Estadística con base en el software Dinámica Gerencial, RUAF de nacidos vivos y defunciones, colectivas de EDAS e IRAGS y los BAIS. Propios de la institución para la toma de decisiones. 24 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 y los eventos presentados en las diferentes etapas de la captura de la información, realizando la evaluación, ajuste y correctivo pertinente.*

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

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 de **Vigilancia epidemiológica, infecciones y estadístico**, en el mes de **Octubre de 2018** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

## 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

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**Vigilancia epidemiológica, infecciones y estadística:** Auditoria presentada mediante OCI-062-2018 con fecha del 05/10/2018

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Evaluación de Resultados**

No se encontraron Hallazgos


#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Informacion y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de gestión del conocimiento y la innovación**

No se encontraron Hallazgos

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Trujillo - Perú</small>
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

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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.1 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar de actualización de las hojas de vida cada vez que se requiera.


7.2 Dimensión Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer uso adecuado de las tablas de retención en las labores del Proceso cuando se requiera y en lo relacionado al Normograma el realizar la publicación en la página web del hospital.

Finalmente se concluye que el proceso de Vigilancia Epidemiológica, Infecciones y Estadística presenta cumplimiento del **100%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **10.0** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019


9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio  
 Cel: 9814248823 Ptz





<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Lleras Alcorta</b> <small>Trujillo, Perú</small>
<b>CÓDIGO:</b> CI-FR-005	<b>Fecha de Elaboración:</b> 22/02/2007	<b>Fecha de Actualización:</b> 01/04/2016	<b>Versión:</b> 3 <b>Página</b> 1 de 4	

### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Reporte y seguimiento de las inconsistencias presentadas en el desarrollo del módulo de inventarios y almacén. *Durante la vigencia se realizaron 18 reportes al administrador del software, de los cuales fueron a tendidos 12 y 6 quedaron pendientes* **2.** Realizar cruce de información con el área contable para definir los saldos de inventarios. *Durante la vigencia se realizaron los 12 reportes a contabilidad de préstamos, cuenta fiscal, remisiones, promedios de consumo, cambio de mercancía* **3.** Realizar bajas a que haya lugar según saldos definidos. **4.** Realizar inventarios en las áreas del hospital. *Se realizó la baja de equipo portátil por valor de \$4.582.000.00 y la baja de los tonner, cartuchos, otros por valor de \$87.917.927.82* **5.** Actualizar permanentemente las novedades de inventarios reportadas por las áreas. *En la anualidad se realizaron 59 traslados* **6.** Elaboración del procedimiento de gestión de inventarios y Almacén. **7.** Elaborar el Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área. *Se elaboró plan de mejoramiento a la evolución de la dependencia* **8.** Participar en la elaboración del plan de gestión de riesgos del proceso de Gestión Administrativa. *Se participó de la construcción del mapa de riesgos* **9.** Realizar el seguimiento a los riesgos y autoevaluación en los términos definidos. *Se realizaron las cuatro evaluaciones.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **75%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Realizar seguimiento a los requerimientos presentados al administrados del software (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **2.)** Realizar cruce de información con el área contable para definir los saldos de inventarios. (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **3)** Actualizar los Instructivos de bajas de bienes por obsolescencia o deterioro y el instructivo de caja menor (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 4 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 4

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 Enero de 2019** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoria se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

**ALMACÉN:** Auditoria presentada mediante OCI-018-2018 con fecha del 14/02/2019

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión del conocimiento y la innovacion se tienen los siguientes hallazgos:**


**Hallazgo:** El proceso no ha actualizado lo documentos del SIG, con oportunidad, desde la vigencia 2017 se dejó esta observación, actualmente se cuentan documentos pendientes por aprobar.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Control Interno se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El proceso no envía con oportuna la evaluación de los planes de mejoramiento internos suscritos, pese a los requerimientos de la oficina de control interno.

**Hallazgo:** El proceso no cuenta con una relación clara y actualizada de los activos fijos del hospital, de acuerdo a los seguimientos realizados.

Se considera que se debe llevar un mayor control de los movimientos de los productos en el sistema de información Dinámica Gerencial, hasta la fecha no se recibieron en la oficina

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <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

La oficina de Control Interno, reconoce que en la vigencia 2018 el inventario fue un éxito y las diferencias disminuyeron mucho comparados con años anteriores, sin embargo es importante justificar los faltantes y sobrantes y seguir llevando los controles necesarios para que la información sea cada vez más transparente y veraz.

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

En los compromisos.

7.1 Realizar solicitud al administrador del software del módulo de inventario y almacén para la atención de los 6 reportes sin respuesta.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 20%, para realizar seguimiento a los requerimientos presentados al administrador del software.

7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25%, para realizar cruce de información con el área contable para definir los saldos de inventarios.

7.4 Realizar las actividades para actualizar los Instructivos de bajas de bienes por obsolescencia o deterioro y el instructivo de caja menor, con incumplimiento del 100% a 31 de diciembre de 2018.

En hallazgos y recomendaciones de la auditoría:

7.5 En la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para actualizar los documentos del SIG y realizar las gestiones para la aprobación de los documentos pendientes por aprobar, se reitera recomendación por cuanto esta observación se realizó desde la vigencia 2017.

7.6 En la dimensión de Control Interno: Elaborar y cumplir con los planes de mejoramiento para el envío oportuno de las evaluaciones de los planes de mejoramiento internos suscritos y realizar relación clara y actualizada de los activos fijos del hospital.

7.7 Llevar un mayor control de los movimientos de los productos en el sistema de información Dinámica Gerencial, enviando a la oficina de control interno, los soportes de las respectivas modificaciones en el sistema, y las justificaciones.

## 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 4

HOSPITAL  
Federico Llerenas Acosta

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

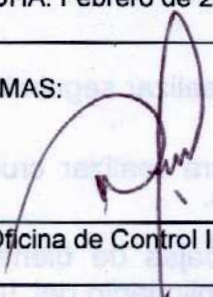
información Dinámica Gerencial, enviando a la oficina de control interno, los soportes de las respectivas modificaciones en el sistema, y las justificaciones.

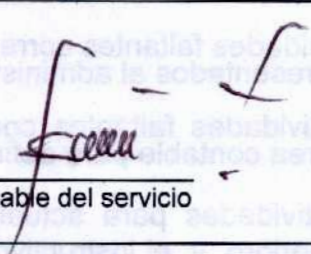
7.8 Se recomienda en los informes de inventario justificar y sobrantes al igual que continuar llevando los controles necesarios para que la información incremente sus niveles de transparencia y veracidad.


Finalmente se concluye que el proceso de Administración de Inventarios y Almacén presenta cumplimiento del **92.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.20** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

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

## **EVALUACION PROCESO DE SISTEMA 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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **70%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Realizar el autodiagnóstico del MIPG en los siguientes componentes.

Servicio al ciudadano

Tramites

Participación ciudadana

rendición de Cuentas

*Se hace el autodiagnóstico donde se definen las actividades en aras de garantizar el cumplimiento en las dimensiones de servicio al ciudadano y participación ciudadana de acuerdo a la resolución 2063 de 2017. 2.* Ajustar el manual de funciones de Atención al usuario y Trabajo social (Procedimientos e Instructivos) de acuerdo a los planes de mejoramiento de MIPG. *Se tiene pendiente ajusta el manual de atención al usuario con procedimiento de PQRS, plan de participación social y ciudadana. 3.* Desarrollar el plan de capacitación según lo formulado por la Oficina de Recursos Humanos. *El Equipo de atención al usuario y Trabajo Social asistió a la capacitación de MIPG, HUMANIZACION, RUTA DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. 4.* Implementar el sistema integrado de gestión. *Se tiene la medición de 3 documentos, estudio socioeconómico, procedimiento PQRS, inconsistencias administrativas de afiliación a seguridad social. Informe mensual de los indicadores de Satisfacción Global donde se tiene una aplicación de 4402 con un promedio de satisfacción de 96,14 % Enero - Diciembre de 2018. 5.* Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento PAMEC. *Se elabora plan de mejoramiento de acuerdo a las falencias detectadas en los atributos de calidad en cada servicio donde se presenta mayor volumen de quejas. 6.* Reportar los indicadores mensualmente correspondientes a atención al usuario. *Informes mensuales en donde se informa de la satisfacción global y los aspectos regulares en la prestación de los servicios, así como los indicadores de obligatorio cumplimiento a la superintendencia nacional de Salud. 7.* Socializar direccionamiento estratégico de la institución. *Código de integridad socializado con el equipo de trabajo social y atención al usuario. Se hace la socialización de Código de integridad, organigrama. 8.* Elaborar el mapa de riesgos del proceso de atención al usuario y Trabajo Social. *Plan de mejoramiento a Tercer semestre enfocado en los servicios de quirófano y sala de partos con el compromiso de los coordinadores en establecer los horarios de información para la información a los familiares y dejar constancia en listado con firmas, así mismo un son de semanal de se esté haciendo la actividad. 9.* Elaborar el plan de Participación social y ciudadana. *se han realizado las reuniones con las asociación de usuarios y el comité de ética hospitalaria donde se*

## 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 6

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

*establecen los compromisos con los usuarios. Se tiene pendiente capacitación en temas de derechos en salud con la supersalud ya se han enviados los correos pertinentes solicitando la fechas. 10. Medir y mejorar la percepción del usuario frente a la prestación de los servicios de salud. cuadro de reporte mensual PC-FR-012 Indicadores seguimiento satisfacción Global promedio de este trimestre 96,14 % Enero a Diciembre de 2018 11. Implementar el programa de humanización en la institución. En el programa de Humanización se encuentran las estrategias en aras de fomentar la cultura del servicio, en un contexto de una atención en salud con sentido humano, trato humanizado y calidad en la prestación de los servicios. Se trabajó en las áreas de hospitalización - unidades de cuidado intensivo la campaña "cuida con amor", que tiene como objeto fortalecer y fomentar la cultura de la humanización los temas trabajados fueron, semana de la sonrisa, semana del contacto visual, semana de la escucha empática, semana de la comunicación, semana de la compasión, se tiene evidencia de las actas de registro - registro fotográfico. 12. Trazabilidad de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de cada servicio dentro de los 10 días calendario establecidos para su respuesta. Cuadro de trazabilidad de la oportunidad de respuesta de las PQRS donde se especifican los tiempos de respuesta, se han prolongado los mismos a tiempo de 0 días, por factores como demora en respuesta de los líderes o coordinadores y seguimiento por parte del líder de atención al usuario.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **92%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1). Ajustar y revisar los documentos del proceso de atención al Usuario Inconsistencias Administrativas manual de Atención Al Usuario Plan participación Ciudadana Procedimiento PQRS (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 2). Participar en la Implementación del PAMEC teniendo en cuenta los criterios de acreditación. (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 3). Divulgar los derechos y los deberes de los usuarios con la metodología de socialización de los ingresos hospitalarios (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 4) En las reuniones mensuales con los grupos de trabajo de las áreas socializar los componentes del meci (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 5) .Elaborar el documento Participación social y Ciudadana reuniones de Asociación de Usuarios. (Con un 72% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta Cajalupé, Pinar del Río</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

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **7** 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 de **Sistema Atención al Usuario** en el mes de **Diciembre de 2018** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**Sistema Atención al Usuario** : Auditoria presentada mediante OCI-089-2018 con fecha del 28/12/2018

#### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión con valores para el resultado**

## 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

No se encontraron Hallazgos

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requerian.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.

### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Se recomienda dar cumplimiento con cada una de las Autoevaluaciones que el Proceso debe realizar y presentar.

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

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar el ajuste al manual de atención al usuario con procedimiento de PQRS, plan de participación social y ciudadana.

7.2 Realizar la capacitación pendiente en temas de derechos en salud con la Supersalud.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para ajustar y revisar los documentos del proceso de atención al Usuario, Inconsistencias Administrativas, manual de Atención Al Usuario, Plan participación Ciudadana y Procedimiento PQRS.

7.4 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% para participar en la Implementación del PAMEC teniendo en cuenta los criterios de acreditación.



## 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

7.5 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% para divulgar los derechos y los deberes de los usuarios con la metodología de socialización de los ingresos hospitalarios.

7.6 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% para la socialización del MECI en las reuniones mensuales con los grupos de trabajo de las áreas.

7.7 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 28% para elaborar el documento Participación social y Ciudadana en las reuniones de la Asociación de Usuarios.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.8 Dimensión de Talento Humano: Atender la recomendación del equipo auditor de continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.9 Dimensión Información y Comunicación: Atender la recomendación del equipo auditor de hacer uso adecuado de las tablas de retención en las labores del Proceso cuando se requiera y publicar el Normograma en la página web del hospital.

7.10 Dimensión de Evaluación y seguimiento: Atender la recomendación del equipo auditor de realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera y dar cumplimiento con cada una de las Autoevaluaciones que el Proceso debe realizar y presentar.

Finalmente se concluye que el proceso de **Sistema Atención al Usuario** presenta cumplimiento del **87.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **8.70** puntos.


8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
Jefe Oficina de Control Interno

  
Responsable del servicio



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

### ***EVALUACION PROCESO DE COMPRAS***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **14** compromisos con un resultado del **95%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Publicación del plan anual de adquisiciones para la vigencia. *Se consolido el plan anual de adquisiciones y se publicó en la página web del hospital.* **2.** Recepción de necesidades por parte de las diferentes áreas. Los coordinadores de área envían las solicitudes o por correo electrónico o hacen la entrega físicamente. **3.** Solicitud de Ofertas a proveedores. *Se enviaron las solicitudes realizadas por los responsables de las áreas, las cuales se recibieron o por correo electrónico o en forma física.* **4.** Revisión de las ofertas con el responsable del área para establecer la compra de acuerdo a las especificaciones técnicas y económicas. *Para la contratación directa se realizaron los cuadros comparativos y las respectivas adjudicaciones, para los procesos de convocatoria pública se surtieron los procesos y se realizaron las respectivas adjudicaciones. Soportado en los contratos que reposan en el archivo de la oficina.* **5.** Análisis de las ofertas para adjudicación y compra de los insumos o contratación de los servicios. *Se adelantaron las convocatorias públicas para la contratación de servicios e insumos de acuerdo al presupuesto asignado.* **6.** Comunicación a los proveedores sobre la adjudicación por medio electrónico. *Diligenciamiento de documentos para el ingreso de nuevos proveedores o activación de proveedores que no habían vuelto a venderle al hospital* **7.** Realizar capacitaciones a los líderes de los proceso o a sus delegado, para que ingresen las solicitudes en el modelo de compras y así poder hacer el proceso. *El 19 de abril de 2018 se dictó capacitación, pero en dinámica se está presentando, una inconsistencia por que los registros se confirman y se debe legalizar pero no lo hace el sistema, esto está dentro del cuadro de seguimiento que se está haciendo al programa DGH* **8.** Ingresar los contratos, actas, prorrogas y modificaciones, que se elaboran en el área de compras. *Se le solicito por escrito a la directora del proyecto apoyo por tener dificultades al momento de ingresar los documentos pues se generan varios errores, de acuerdo a reunión en las oficina del DGH se debe hacer llegar compiladas todas las dificultades para ser presentadas y revisar si tienen solución, Se anexa correo y cuadro en Excel de la totalidad de contratos que se han suscrito en el Tercer trimestre, en el semáforo describen las necesidades de contratación.* **9.** Ajustar el procedimiento de acuerdo al nuevo software. *El documento se debe volver a revisar por la entrada en vigencia del secop II.* **10.** Actualizar el manual para la gestión de compras de acuerdo al nuevo sistema de información. *En reunión realizada con el área Jurídica se estableció que el procedimiento se ajustaría en su totalidad para que quede articulado desde la compra hasta la contratación.* **11.** Enviar la información clasificada según tablas de retención y según cronograma de gestión documental. *Se procedió a escanear toda la vigencia*

## 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 6

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

contractual año 2017 y lo corrido del año 2018, de la vigencia 2017 se está entregando parcialmente en custodia del área Jurídica, la vigencia 2016 ya se está escaneando también para ser entregada el Hospital no cuenta con área de archivo para recibir los contratos. **12.** Elaborar el Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área. **13.** Participar en la elaboración del plan de gestión de riesgos del proceso de Gestión Administrativa. Se realizó reunión con todos los funcionarios del área para la elaboración. Se elaboró con todo el grupo de compras se anexa registro que levanto calidad. **14.** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación en los términos definidos. Se revisó y gestiono se presentó informe cada trimestre.


6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **79%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Realizar capacitaciones a los líderes de los proceso o a sus delegado, para que ingresen las solicitudes en el módulo de compras y así poder hacer el proceso (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **2.)** Ingresar los contratos, actas, prorrogas y modificaciones, que se elaboran en el área de compras (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **3.)** Realizar seguimiento al módulo de compras para que los reportes generados por el sistema se han confiables. (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **4.)** Ajustar el procedimiento de acuerdo al nuevo software. (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **5.)** Actualizar el manual para la gestión de compras de acuerdo al nuevo sistema de información. (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018). **6.)** Elaborar el Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

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.

6.4 Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Compras en el mes de Septiembre de 2018** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <b>HOSPITAL</b> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Trujillo - Bolivia</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

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**COMPRAS:** Auditoria presentada mediante OCI-090-2018 con fecha del 28/09/2018

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** Los indicadores del proceso, se construyen en un documento no formal, toda vez que no se diligencian dentro del formato adoptado por el hospital en su Sistema Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores"

**Hallazgo:** No se evidenciaron indicadores del proceso acorde a los que registran en la oficina de planeación y calidad.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestion del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** la oficina de Compras, no tiene los procedimientos del SIG aprobados en su totalidad, esta observación se presenta desde la auditoria de la vigencia 2017.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Evaluación por resultados se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** La oficina de Compras no envió oportunamente la autoevaluación de Gestión por Dependencias, solicitada a los líderes de los procesos por Correo Electrónico.

### **OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.**

En conclusión el área de Compras, debe continuar en el desarrollo del cumplimiento de las políticas y procedimientos institucionales, con oportunidades de mejora en el control estratégico y el de evaluación, se recomienda continuar el ejercicio del Autocontrol permanente para fortalecer la gestión con todo el equipo de trabajo.

## 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

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

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar la legalización de los registros de las capacitaciones por el programa de DGH.

7.2 Reportar las dificultades al momento de ingreso al sistema de contratos, actas, prorrogas y modificaciones, que se elaboran en el área de compras para su revisión y determinar soluciones.

7.3 Se debe revisar el procedimiento de compras por la entrada en vigencia del SECOP II.

7.4 Ajustar el procedimiento de compras en su totalidad para que se articule desde la compra hasta la contratación.

7.5 Identificar e implementar en el hospital área destinada para archivo de los documentos contractuales.

7.6 Elaborar y cumplir un plan de mejoramiento para atender los requerimientos resultantes de la autoevaluación del área.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:


7.7 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para la el cumplimiento de las capacitaciones a los líderes de los proceso o a sus delegado, para que ingresen las solicitudes en el módulo de compras y así poder hacer el proceso.

7.8 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 20% para iingresar contratos, actas, prorrogas y modificaciones, que se elaboran en el área de compras al sistema.

7.9 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 20% para el seguimiento al módulo de compras para garantizar reportes del sistema confiables.

7.10 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 20% para ajustar al procedimiento de acuerdo al nuevo software.

7.11 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 20% para la aactualización del manual para la gestión de compras de acuerdo al nuevo sistema de información.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <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 5 de 6	

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

7.12 Realizar el 100% de las actividades para la elaboración y cumplimiento del Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.13 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para la construcción de los indicadores del proceso, en el formato adoptado por el hospital en su Sistema Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores" y a la adopción de indicadores del proceso acorde a los que registran en la oficina de planeación y calidad.

7.14 Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento para la aprobación de los procedimientos del SIG que faltan por aprobar, recomendación reiterada, por cuanto esta observación se presenta desde la auditoria de la vigencia 2017.

7.15 Dimensión de Evaluación por Resultados: Elaborar y cumplir con el plan de mejoramiento enviar oportunamente la autoevaluación de Gestión por Dependencias, solicitada a los líderes de los procesos mediante Correo Electrónico.


7.16 Realizar las recomendaciones hechas por el equipo de auditorías de la Oficina de Control Interno al área de compras para continuar en el desarrollo del cumplimiento de las políticas y procedimientos institucionales, con oportunidades de mejora en el control estratégico y el de evaluación, se recomienda continuar el ejercicio del Autocontrol permanente para fortalecer la gestión con todo el equipo de trabajo.

Finalmente se concluye que el proceso de **Compras** presenta cumplimiento del **91.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **9.10** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:



  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

Melba Nivia





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

### ***EVALUACION PROCESO TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN.***

#### **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 2018 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **17** compromisos con un resultado del **70%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Estabilizar y afinar los Módulos y las Interfaces de las Aplicaciones en producción y Nuevas implementaciones. Informes de la gerencia de proyecto en la fase de estabilización y afinamiento (noviembre - diciembre) **2.** Realizar diagnóstico del procedimiento de respaldo y recuperación de datos de las aplicaciones en producción y nuevas Implementaciones. Diagnóstico del procedimiento de respaldo y recuperación de datos de las aplicaciones en producción. **3.** Realizar estudio previo para la solución de respaldo y recuperación de datos de las Aplicaciones en producción del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E. *Estudio previo solución de respaldo y recuperación de datos para el hflleras* **4.** *Adherencia a los Instructivos y documentos de Tecnología de la Información.* Informe de gestión iv trimestre **5.** Ejecución del Plan de Capacitación. *capacitaciones realizadas iii trimestre de 2018.* Administración Infraestructura LAN-NETWORKING - SISTEMA DE SEGURIDAD PERIMETRAL. **6.** informe no.2 de la instalación de la solución de respaldo y recuperación de datos **7.** Administración Infraestructura de Virtualización OVM Y VMWARE. *bitácora de seguimiento de soporte a infraestructura iv trimestre de 2018* **8.** Determinar el estado actual de la infraestructura tecnológica para desarrollar el plan de transición del protocolo IPv4 a IPv6, para dar cumplimiento a la normatividad vigente. **9.** Actualizar el Inventario de Activos de Información. *Activos de información de ti* **10.** Diligenciar el Instrumento , organizar las Evidencias. **11.** Establecer Diagnostico Realizar Plan de Trabajo por fases. **12.** Realizar el diagnóstico de incumplimiento de los estándares de la Gerencia de la Información y Gestión de la Tecnología. Priorizar las acciones de mejora. *estándares de la gerencia de la información.* **13.** Realización de las reuniones. *Actas de reunión del grupo operativo de gobierno digital y seguridad de la información* **14.** inscribir a la institución en el Portal de datos Abiertos del Estado Colombiano. *pantallazo del portal de datos abiertos* **15.** Actualizar la Matriz de Riesgos. *matriz de riesgos 2018* **16.** Plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos. **17** Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2018 en el **82%** Con corte al 31 de Diciembre de 2018 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1)** Diligenciar el Instrumento, organizar las Evidencias (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

## 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

2). Establecer Diagnostico - 2- Realizar Plan de Trabajo por fases (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

3) Plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

4) Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 4 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 de **SISTEMAS DE INFORMACIÓN** en el mes de Diciembre de 2017 para la vigencia 2018 No se realizó visita al área, la Próxima visita se encuentra programada para el mes de Agosto de 2019

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**SISTEMAS DE INFORMACIÓN** : Auditoria presentada mediante **OCI-077-2017** con fecha del 29/12/2017

### **SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

- 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 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.
- 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.

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

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

- 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.
- Se recomienda socializar las políticas del proceso 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.

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría al área de Sistemas de Información para la visita del 2019 se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del

# 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

MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa

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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

7.1 Realizar las actividades faltantes para el cumplimiento del 100% de los compromisos.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar el 100% de las actividades para diligenciar el Instrumento, organizar las Evidencias.

7.3 Realizar el 100% de las actividades para establecer Diagnostico - 2- realizar Plan de Trabajo por fases.

7.4 Realizar el 100% de las actividades del plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos.

7.5 Realizar el 100% de las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.


En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se recomienda:

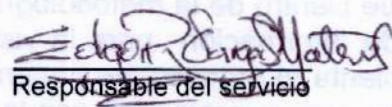
7.1 Atender la recomendación del equipo auditor consignadas en SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

Finalmente se concluye que el proceso de **Sistemas de Información** presenta cumplimiento del **84.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2018; 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 2.018, es de **8.40** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2019

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

PERÍODO DE VIGENCIA

DÍA

MES

AÑO

al

DÍA

MES

AÑO

1

2

2018

31

1

2019

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACIÓN DEL ÁREA O DEPENDENCIA	OBSERVACIONES
1	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	8.90	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
2	GESTIÓN COMERCIAL Y CARTERA	9.50	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
3	FACTURACIÓN ADMISIONES Y AUDITORIA DE CUENTAS	9.40	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
4	OFICINA ASESORA JURIDICA	8.60	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
5	OFICINA PLANEACIÓN Y CALIDAD	9.40	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
6	UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	9.60	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
7	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	9.90	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
8	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACION MÉDICA	10.00	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
9	UNIDAD FUNCIONAL SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO A LA ATENCIÓN.	9.20	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
10	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRURGICOS	9.40	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
11	GESTIÓN DOCUMENTAL	9.00	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
12	SERVICIO FARMACÉUTICO	9.70	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
13	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	10.00	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
14	COMPRAS	9.10	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
15	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA INFECCIONES Y ESTADISTICA	10.00	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
16	ATENCION AL USUARIO	8.70	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
17	TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	8.40	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
18	MANTENIMIENTO	8.50	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
19	ADMINISTRACION DE INVENTARIOS Y ALMACÉN	9.20	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
20	FINANCIERA (PRESUPUESTO, CONTABILIDAD, TESORERIA Y PAGADURIA, COSTOS).	NO PRESENTO INFORMACIÓN	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.
21	GESTIÓN AMBIENTAL Y SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO.	NO PRESENTO INFORMACIÓN	Dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018.

Observaciones generales: La Oficina de Control Interno realizó Evaluación por Dependencias en el cual enviaron la información para su respectiva evaluación por parte de esta Oficina, dando cumplimiento con la Resolución N° 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la Evaluación de Desempeño por Dependencias 2018. Enviado Informe Final el día 12 de Marzo de 2019 mediante OCI-034-2019.

Nota: Tener en cuenta los siguientes aspectos para efectuar la calificación:

i) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo;

ii) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados y;

iii) Los resultados de la ejecución por dependencias de acuerdo con lo programado en la planeación institucional.

En el evento de detectar imitaciones de orden presupuestal o administrativo, se deben describir los aspectos más relevantes que hayan afectado la ejecución de los planes institucionales en cada dependencia.

DIEGO FERNANDO GUZMÁN GARCÍA

Jefe Oficina de Control Interno

