

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO  
(LEY 1474 DE 2011) ESTATUTO ANTICORRUPCION**

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – CUCUTA**

<b>Responsable:</b>	<b>Carlos Martin Rojas Carvajal Asesor de Control Interno de Gestión</b>	<b>Período Evaluado: JULIO de 2019 a OCTUBRE de 2019.</b>
		<b>Fecha de Elaboración: 12 de Noviembre de 2019.</b>

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz presenta y publica el Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno correspondiente a los meses de Marzo, abril, mayo y junio de 2019, acorde y fundamentado en los cinco componentes: ambiente de control, administración del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo; de acuerdo al manual operativo del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG, adoptado mediante Decreto 1499 de 2017.

De esta forma la entidad propende por el aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios, en la asistencia y apoyo administrativo al señor Gerente de la ESE HUEM, así como en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Por lo anterior, la ESE HUEM ha venido realizando actividades de implementación del MIPG, a través de los autodiagnósticos se definieron planes de mejora en cada una de las dimensiones del modelo, presentando avances en la implementación del mismo.

#### **1. ACTIVIDADES DE CONTROL:**

##### **1.1 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO:**

La ESE Hospital Universitario diseñó el plan el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2019, con un total de 47 acciones establecidas, en el segundo seguimiento que realizó la oficina asesora de control interno de gestión, se han cumplido un total de 38 acciones, lo que equivale a un 80% de cumplimiento del plan.

##### **1.2 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION:**

El mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2019 estableció 8 (ocho) riesgos de corrupción y 36 actividades de control, la oficina asesora de control interno de gestión realizó el seguimiento al segundo cuatrimestre mayo-agosto, obteniendo un cumplimiento de 61%.

##### **1.3 GESTION DE RIESGOS INSTITUCIONAL**

Se realizó toda la actualización de los riesgos institucionales con el acompañamiento de la oficina asesora de planeación y calidad y son presentados ante el comité coordinador del proceso de control interno de gestión - SIG, y se evalúa su implementación a través de las auditorías que realiza la oficina asesora de control interno de gestión.

#### **2. AMBIENTE Y CONTROL:**

##### **2.1 PLATAFORMA ESTRATEGICA Y MAPA DE PROCESOS**

Continuamente a los colaboradores del Centro Hospitalario se capacitan en cuanto a la Plataforma Estratégica y Mapa de Procesos, como cumplimiento al plan de capacitación institucional, dicha actividad es liderada por el área de Planeación y Calidad, con el apoyo de Desarrollo Humano y Organizacional.

##### **2.2 HUMANIZACION**

La oficina asesora de planeación y calidad viene desplegando el programa de humanización en la entidad, a través de diferentes actividades con los diferentes procesos de la entidad en temas como:

- Cultura de seguridad y Humanización para Enfermeros

- estrategias o intervenciones para asegurar cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios
- política de humanización de la atención en cada uno de los servicios
- condiciones de silencio en las diferentes áreas de la institución

## 2.3 ACREDITACION

Como compromiso en plan de capacitación se definió el desarrollo de la temática Norma de calidad en salud-Sistema único de Acreditación (Ejes del modelo), y como estrategia de aprendizaje el “diseño de documento (folletos, manual, infohuelmo) con contenidos básicos de la temática. Con apoyo de convenio docencia servicio se realizaron estrategias de evaluación en cada uno de los servicios. Uso de protector de pantalla y descansa pantalla durante el periodo de reinducción”

Por lo anterior se realizaron las siguientes actividades:

1. Capacitación a analistas de cuentas, auxiliares facturación, revisores (33 funcionarios) 6 de Agosto
2. Capacitación a auxiliares y técnicos administrativos (17 funcionarios) 12 de Agosto
3. Capacitación a personal del servicio de urgencias pediatría (25 funcionarios) 13 de Agosto
4. Capacitación a UCI de Colombia (9 funcionarios) 15 de Agosto
5. Capacitación a enfermeros profesionales (35 funcionarios) 15 de Agosto
6. Capacitación a enfermeros profesionales (34 funcionarios) 16 de Agosto
7. Capacitación a auxiliares administrativos (51 funcionarios) 22 de Agosto
8. Capacitación a enfermeros profesionales (26 funcionarios) 23 de Agosto
9. Capacitación a médicos especialistas de Medicina interna (24 funcionarios) 4 de Septiembre
10. Capacitación a personal de Servicios generales (20 funcionarios) 5 de Septiembre
11. Capacitación a auxiliares de enfermería (30 funcionarios) 20 de Septiembre
12. Capacitación a asociación de usuarios (23 funcionarios) 8 de Octubre
13. Capacitación a personal consulta externa (15 funcionarios) 10 de Octubre
14. Capacitación a estudiantes en formación medicina (118 estudiantes) 22, 23, 25 de Octubre
15. Reunión con equipos primarios de mejoramiento Septiembre 3, Octubre 1, Octubre 22, Noviembre 5
16. Reunión con asociación de usuarios Octubre 8 de 2019 (23 usuarios)

### **3. INFORMACION Y COMUNICACIÓN:**

#### **3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

La ESE HUEM cuenta en su estructura con un proceso para las comunicaciones tanto internas como externas, el cual mantiene una dinámica permanente de entrega de información sobre el que hacer institucional, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web uno de los más importantes.

Se menciona de manera particular el programa “saludando” el cual presenta semanalmente través de Facebook live, donde se tratan temas de interés para la comunidad como sustancias psicoactivas, lactancia materna, dengue en niños y servicio de rehabilitación.

#### **4. MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTÍNUA:**

En el periodo se han efectuado auditoría interna a los siguientes procesos, urgencias, docencia, financiera, que han sido presentados ante el comité de sistema de control interno de gestión.

Se realizó el informe evaluación de la aplicación de las medidas de austeridad del gasto, del periodo comprendido julio, agosto, septiembre de 2019, verificando medidas de Austeridad y eficiencia de acuerdo a la normatividad, evidenciando lo siguiente:

- Los funcionarios de planta, pasaron de 361 en el año 2018 a 348 en el año 2019 para el periodo julio a septiembre.
- Los gastos de personal disminuyeron 326.724.007 en comparación con el mismo trimestre del año anterior.
- El pago realizado por horas extras y festivos aumentaron un total de 28.112.867.
- Se observa un incremento por valor de \$539.065 en el rubro de Mantenimiento de vehículos, revisando la información que soporta los gastos de combustible se evidencia que el incremento se debe a:
- En el apartado mantenimiento de vehículos (llantas, repuestos, accesorios, combustible, mantenimiento de vehículos) se obtuvo un aumento de 956.392 con respecto al mismo trimestre del año pasado, lo que equivale a un 16%.

Se realizó seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías realizadas por la oficina asesora de control interno de gestión, donde se evidencia un avance aceptable en la ejecución de las acciones.

PROCESO	ACCIONES ESTABLECIDAS	ACCIONES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	6	5	83%
GESTION JURIDICA	12	4	33%
BANCO DE SANGRE	2	2	100%
FARMACIA	8	6	75%
PATOLOGIA	9	7	77%
RADIOLOGIA	9	8	88%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>32</b>	<b>70%</b>

#### 4.1 INFORME DE PQRS

Se presentó informe de PQRS de la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz del 1 de enero a 30 de Junio del año 2019.

Las PQRSF allegadas en el tiempo en mención, se detallan a continuación:

PERIODO	TOTAL PQRSF
Primer Semester de 2019	201

MOTIVO	TOTAL
FELICITACIONES	54
PETICIONES	5
QUEJAS	98
RECLAMOS	30
SUGERENCIAS	12
DENUNCIAS	2

<b>MOTIVO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TOTAL PQRSF</b>	<b>201</b>

Clasificación de las quejas y reclamos según el servicio de ocurrencia y/u origen

<b>AREA</b>	<b>TOTAL SERVICIO DE OCURRENCIA</b>
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	45
<b>URGENCIAS ADULTO</b>	26
<b>URGENCIAS PEDIATRIA</b>	17
<b>MEDICINA INTERNA</b>	7
<b>SALA DE PARTOS</b>	6
<b>QUIROFANOS</b>	5
<b>CIRUGIA GENERAL</b>	5
<b>GINECOLOGIA</b>	4
<b>AREAS COMUNES</b>	4
<b>PEDIATRIA</b>	3
<b>BANCO DE SANGRE</b>	2
<b>RADIOLOGIA</b>	1
<b>RADIOTERAPIA</b>	1
<b>UCI</b>	1
<b>FACTURACION</b>	1
<b>TOTAL</b>	128

## RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno de Gestión solicita acompañamiento, seguimiento y evaluación por parte de la Administración, para que mediante acciones se logre un Sistema de Gestión con calidad y altos índices de satisfacción de los usuarios, contribuyendo así a la mejora continua.

Por lo tanto se puede concluir lo siguiente:

Insistir en el cumplimiento oportuno de las fechas máximas para la respuesta de las PQRS por parte de la institución.

Realizar la actualización de las fichas técnicas de indicadores para la aplicación del manual de indicadores y la toma correcta de decisiones.

Continuar desarrollando las acciones establecidas en los planes de mejoramiento, derivado de los autodiagnósticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y realizarle seguimiento por parte del comité institucional de Gestión y Desempeño.

Revisar y actualizar de manera permanente la información publicada en la página web de la entidad por los responsables del proceso, con el fin de dar cumplimiento a la ley de transparencia y acceso a la información pública.

Continuar con la aplicación de los lineamientos institucionales para organización y traslado de los archivos de fondo acumulado, labor dispendiosa pero necesaria para cumplir la ley de archivística.

**CARLOS MARTÍN ROJAS CARVAJAL**  
**ASESOR DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**  
**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**

**Proyecto:** Luis Leonardo Nova Rivera