

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO  
(LEY 1474 DE 2011)  
ESTATUTO ANTICORRUPCION  
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – CUCUTA**

<b>Responsable:</b>	<b>Álvaro Becerra Flórez</b> Asesor de Control Interno de Gestión	<b>Período Evaluado: Julio de 2017 a Octubre de 2017</b>
		<b>Fecha de Elaboración: 24 de Julio de 2017</b>

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, y conforme al Decreto 943 de 2014 expedido por el Departamento Administrativo de Función Pública DAFP, en el que se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz presenta y publica el Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno correspondiente a los meses de Julio de 2017 a Octubre de 2017, acorde a la estructura de dicho modelo: módulo de planeación y gestión, módulo de evaluación y seguimiento y el eje transversal de información y comunicación.

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.

**1. Módulo de Control de Planeación y Gestión**

**Avances**

**1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO**

**1.1.1. ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS:**

El Hospital Universitario Erasmo Meoz mantiene su Código de ética, el cual se encuentra publicado en la página intranet de la institución para que los funcionarios la consulten y además ha sido socializado con la comunidad hospitalaria, de igual manera cuenta con el Código de Buen Gobierno adoptado en su segunda versión mediante la Resolución No. 000225 del 18 de febrero de 2014. El Hospital cuenta además con un plan actualizado de capacitación para la vigencia 2017 en el cual se encuentra estructurado con subprogramas de inducción, reinducción, y capacitación, mediante los cuales se desarrollan temas de sistema de gestión de seguridad y salud, gestión ambiental, atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo, seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo. Además se realizan actividades periódicas para intervenir en el clima laboral a través del desarrollo e intervención en el riesgo psicosocial, liderazgo, comunicación y humanización del buen trato, siguiendo los planes institucionales de gestión del talento humano, estándares de acreditación y MECI y contando con apoyo de las profesionales en formación de psicología organizacional, aplicándose la encuesta de medición de clima laboral.

Para el ingreso, permanencia y retiro del personal se realiza teniendo en cuenta lo consagrado en la ley 909 de 2004 y el manual de funciones del Hospital que establece las funciones y responsabilidades de cada funcionario. Revisadas las evidencias que soportan la ejecución de los diferentes planes y programas liderados por el proceso de Talento Humano, se observa y constata la ejecución de actividades de manera sistemática para el fortalecimiento de competencias, mejoramiento del clima organizacional, fortalecimiento de la cultura ética del servidor público, evaluación del desempeño dentro del marco de lo ordenado por la Ley, el mejoramiento de las condiciones y ambientes de trabajo.

El sistema de monitoreo gerencial por indicadores es una herramienta que le ha servido a la gerencia para la toma de decisiones, las actividades se controlan a través de los indicadores y periódicamente se evalúan y se presentan en comité de calidad y control interno.

Durante los meses de Julio, Agosto, Septiembre y Octubre de 2017, correspondieron los siguientes valores:

<b>MES</b>	<b>VALOR</b>	<b>DEFINICION</b>
<i>JULIO</i>	<i>COLABORACION</i>	Cuando trabajamos los diferentes equipos institucionales con base a una buena comunicación asertiva, oportuna y sin ánimo de lucro para el cumplimiento de la misión del HUEM y brindando respuestas ante solicitudes manifestadas por usuarios y entes gubernamentales
<i>AGOSTO</i>	<i>RESPETO</i>	El respeto significa valorar a los demás considerando su dignidad, en las relaciones con los usuarios, proveedores y todos los miembros de la comunidad hospitalaria, actuando con probidad, imparcialidad y amabilidad, mejorando el clima laboral y organizacional, brindando la misma calidad de servicio y gestión a toda la población
<i>SEPTIEMBRE</i>	<i>INTEGRIDAD</i>	El valor de integridad se define como alguien en quien se puede confiar, es retomar el camino de nuestra verdad, es hacer lo correcto, por las razones correctas, del modo correcto
<i>OCTUBRE</i>	<i>JUSTICIA</i>	La justicia se vive al lograr el respeto de los derechos colectivos e individuales de todas las personas que integran la comunidad, basados en la legislación nacional, departamental y reglamentación interna, desarrollando acciones específicas que buscan premiar o sancionar la conducta humana, en proporción igual al bien o al daño causado por dicha conducta

### **1.1.2. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO**

La entidad hospitalaria continúa realizando un análisis interno, se sigue evidenciado que en el momento actual no cuenta con suficiencia de auxiliares, técnicos, profesionales y profesionales especializados en el plan de cargos (planta) que ejecuten las actividades de apoyo requeridas para el normal funcionamiento institucional acorde al mapa de procesos y manual de procesos y procedimientos aprobados por la ESE HUEM, producto de ello y dentro de los planes de formalización laboral deberá continuar este proceso de una manera responsable y gradual en el fortalecimiento de estas políticas, propendiendo por un trabajo digno y decente, esto con el fin que los trabajadores puedan ir siendo vinculados con el respeto de los derechos que la Constitución y la Ley les reconoce y sin poner en riesgo la estabilidad financiera de la Empresa.

## **1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

### **1.2.1. PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS**

Como parte de la preparación para la acreditación en salud que realiza la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se ha profundizado en la información, educación y diálogo con la comunidad hospitalaria (público interno y externo), buscando mejorar elementos básicos de la Humanización de la atención, como eje relevante del modelo.

Durante el mes de julio la institución asegurando la apropiación del personal y buscando dar respuesta a las necesidades de los usuarios, realizó visitas y diálogo directo, informando a los pacientes – usuarios sus derechos y deberes en la E.S.E H.U.E.M, así como incentivando la recuperación de las condiciones de silencio para la pronta recuperación, haciendo énfasis en torno a la seguridad del paciente, con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud del usuario en el hospital. Estas actividades están acompañadas constantemente de la estrategia “El silencio transforma vidas”, lideradas por los profesionales de seguridad del paciente, profesional especializado para la acreditación, prensa y comunicaciones, todos pertenecientes a la oficina asesora de planeación y calidad.

En cabeza del Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, Gerente del Hospital Universitario Erasmo Meoz, se fortaleció la prestación de servicios en salud, con la contratación del médico especialista en oncología clínica, especialidad que terminó de articular a un equipo médico interdisciplinario, idóneo para dar un diagnóstico y tratamiento integral a los pacientes con cáncer del departamento que lo requieran. Una vez articuladas las especialidades de Oncología Clínica, Oncología Pediátrica y Radioterapia, permitirá seguir afianzando al hospital como centro de referencia de mediana y alta complejidad del departamento, brindando un tratamiento integral a los pacientes con diagnóstico de cáncer quienes serán atendidos de forma adecuada por los profesionales que se lleguen a necesitar. El objetivo es posicionar al hospital como una Unidad Funcional en atención del cáncer tanto de adulto como pediátrica en el departamento y el país, dado que a nivel nacional solo se cuenta con una institución certificada por el Ministerio de Salud como una Unidad Funcional de Cáncer.

En las instalaciones de la E.S.E H.U.E.M, se realizó la primera cirugía torácica mayor con anestesia local y sedación (no anestesia general). Intervención quirúrgica única en la ciudad y el departamento. Esta intervención se denomina pericardiotomía con resección diagnóstica de tumor mediastinal por Toracosopia con sedación y anestesia local, la cual

fue realizada mediante la torre de vídeo e instrumental de alta complejidad para cirugía mínima invasiva Tórax e insumos quirúrgicos especializado en tórax. El encargado de realizar esta primera cirugía en el departamento fue el Dr. Marcel Quintero médico especialista en cirugía de tórax del Hospital Universitario Erasmo Meoz, y en compañía del Dr. Raúl Vera, cirujano torácico (NORTORAX / INTORAX) y así mismo, residentes de cirugía general de la E.S.E H.U.E.M, quienes duraron aproximadamente 45 minutos en dicho procedimiento. Esta cirugía se realiza en pacientes críticos con colapso cardiopulmonar y obstrucción de vía aérea, en quienes la anestesia general representa un riesgo de complicación, ventilación mecánica irreversible y muerte. Con esta intervención se pretende resolver la urgencia vital sin necesidad de ventilación mecánica, UCI y los riesgos de mortalidad de la anestesia general. Estas intervenciones quirúrgicas realizadas en la E.S.E H.U.E.M se han podido realizar debido al mejoramiento y adquisición de equipos médicos con tecnología de punta durante la administración del Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya y así mismo con el excelente grupo médico con el que cuenta la institución.

### **1.2.2. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS**

La Misión, Visión y Objetivos Institucionales son entendidos por todos los servidores quienes prestan un servicio con calidad a todos los ciudadanos, ofreciéndoles un trato amable, digno, humanizado y dando respuesta en alto porcentaje en forma oportuna y efectiva a sus requerimientos. Nuestros grupos de valor y partes interesadas tienen una percepción favorable de la imagen y buen nombre de la ESE HUEM. La ESE tiene documentados el programa de auditoría, mapa de riesgos Anticorrupción e Institucional que contienen las acciones mínimas que debe realizar los servidores públicos para materializar los valores y principios contenidos en éstos. Para los perfiles de los empleos, la ESE HUEM considera los aspectos claves para su buen desempeño seleccionando el personal idóneo acorde con sus competencias. Los servidores han sido seleccionados acorde con la norma que les aplica. La inversión en formulación y capacitación de acuerdo con el plan institucional de capacitación, se realiza con base en necesidades priorizadas y se dirige a capacitaciones o programas que las resuelvan. Las acciones implementadas por la ESE HUEM en relación con la seguridad y salud en el trabajo de los servidores previenen la ocurrencia de riesgos. La medición del clima laboral y las evaluaciones de desempeño se realizan conforme a lo establecido en la Ley

Se estructura el Modelo de Operación por Procesos o elemento de control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de la entidad pública, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos. Se tienen identificados los Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y los de Evaluación y Control, necesarios para el cumplimiento de las competencias que las normas vigentes le asignan a la E.S.E. HUEM.

El mapa de procesos de la Entidad, se encuentra publicado en la página web de la Institución para conocimiento de la comunidad.

El Hospital cuenta con Manual de Funciones para el personal de planta, publicado en la página web de la Entidad. De esa misma manera, la Entidad cuenta con Manual de procesos y procedimientos adoptado mediante acto administrativo y publicado en la

intranet del Hospital, en estos momentos se viene adelantando la etapa de revisión, actualización y ajustes a los procedimientos de cada área, los cuáles son socializados con los diferentes líderes y aprobados en el Comité Coordinador de Control Interno de Gestión – S.I.G.

### **1.2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

La Entidad cuenta con una estructura organizacional que identifica los niveles de autoridad y el organigrama que los interrelaciona. En la estructura orgánica de la ESE., existe línea de comunicación directa y correos personalizados, se cuenta con documento formalizado para expedir comunicaciones entre los procesos. La estructura organizacional y los procesos son relacionados a través del mapa de procesos de la Entidad.

La Empresa Social del Estado HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ a través de la resolución No 000682 de 09 de mayo de 2017 actualizó el Sistema Integrado de Gestión que contribuye a mejorar la capacidad de reacción de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ frente a las nuevas necesidades o expectativas de las partes interesadas, obtener una mayor eficiencia en la toma de decisiones por la dirección, al disponer de una visión global del sistema, simplificar y reducir la documentación y los registros existentes en la E.S.E, optimizar los recursos y el tiempo empleado en la realización de los procesos integrados, mejorar el desempeño de los procesos institucionales, cumplir los objetivos estratégicos de la entidad, prestar servicios que cumplan con todos los estándares adoptados y cumplimiento de los requisitos de las partes interesadas. El sistema integrado de gestión está conformado por seis subsistemas con los siguientes propósitos específicos: Modelo Estándar de Control Interno MECI, Sistema Obligatorio para Garantía de la Calidad de la Salud, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Responsabilidad Social y Seguridad de la Información.

### **1.2.4. INDICADORES DE GESTION**

Continua vigente el Manual de Indicadores adoptado por la ESE HUEM mediante la Resolución 1728 de 2011, este es un instrumento de gestión que pretende hacer un aporte al desarrollo del ejercicio del seguimiento y control, facilitando un instrumento que suministre a la Gerencia información oportuna, veraz y objetiva que le sirva como elemento válido para ejercer el control y el proceso de retroalimentación comparativa frente a sus resultados, orientados a garantizar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de la salud que presta la ESE HUEM, mediante el establecimiento de indicadores e índices que consoliden toda la información técnica y normativa necesaria para evaluar las actividades que se producen todos los días en la ESE HUEM, e igualmente efectuar comparaciones periódicas de los procesos implantados y los resultados obtenidos.

Este manual aplica para todos los procesos, los productos, las áreas, los objetivos, los programas, los proyectos y demás de la ESE HUEM; los indicadores que se plantean pueden ser de carácter cuantitativo y cualitativo. Las áreas principales en las cuales se pueden aplicar indicadores de gestión son: Áreas Misionales: Hace referencia a los procesos básicos, aquellos que son relevantes y contribuyen directamente a la razón de ser de la organización. Se ejecutan con la guía y el liderazgo de la alta gerencia. Áreas de Apoyo: Es aquella, como su nombre lo indica, cuyo objetivo es prestar apoyo a los misionales o

sirven para la toma de decisiones sobre planeación, control y mejoras en las operaciones de la organización.

El responsable de efectuar el análisis de los indicadores es el líder del proceso quien debe evaluar el desempeño de los procesos históricamente. Adicionalmente, es responsable de la formulación e implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados esperados a partir del análisis de los datos del indicador. El líder de cada proceso debe reportar el comportamiento, seguimiento y análisis causal correspondiente a cada indicador a la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión trimestralmente para ser presentado en el Comité de Control Interno o en el Comité de Calidad según correspondan.

Los indicadores son una herramienta decisiva para realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos entre otros y son mucho más importantes aún si su tiempo de respuesta es inmediato o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna.

### **1.2.5. POLITICAS DE OPERACIÓN**

Este documento es el que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la ESE HUEM, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de nuestra entidad. Establecen las acciones y mecanismos asociados a los procesos que permiten prever los riesgos que inhiben el cumplimiento de las metas y sus resultados; definen parámetros de medición del desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad su ejecución. Así mismo, facilitan el control administrativo y reducen la cantidad de tiempo que los administradores ocupan en tomar decisiones sobre asuntos rutinarios. Estas guías de acción son de carácter operativo, de aplicación cotidiana y dan seguridad y confianza a quien debe responder por la ejecución de procedimientos y actividades muy específicas.

### **1.3. COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO**

Los líderes de los procesos identifican los riesgos institucionales, revisan las mejores prácticas de gestión y desempeño de los integrantes de su equipo de trabajo. Para identificar los riesgos institucionales los líderes de los procesos tienen en cuenta los resultados de la evaluación de la gestión de riesgos en periodos anteriores. Esta información se valida por la oficina de control interno quien es la encargada de valorar estos riesgos, implementar barreras de control, realizar seguimientos y analizar los resultados obtenidos para ser llevados al Mapa de riesgos institucional. Las decisiones en el ejercicio de planeación se toman con base en los resultados de la evaluación de la gestión de riesgos.

Los líderes del proceso construyen los mapas de riesgo de su respectivo proceso con el acompañamiento y asesoría del equipo S.I.G. haciéndose por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión el respectivo seguimiento, asesorando en el proceso de identificación de los riesgos institucionales y con base en ellos realizar las recomendaciones preventivas y/o correctivas con cada uno de los responsables y en su momento se hace la presentación de los mapas de riesgos sujetos a modificación o actualización para el análisis y/o aprobación por parte del Comité de Control Interno.

Es importante recalcar en este documento que cada uno de los responsables de las respectivas áreas deben poner en práctica todas y cada una de las recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna que realiza esta Oficina Asesora propendiendo por el bienestar de la institución.

### ***Dificultades***

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

Se han ido superando las debilidades en el monitoreo y valoración permanente de los riesgos las cuales requieren mayor atención por parte de los responsables de su administración y concretar las acciones definidas en los mismos.

## ***2. Modulo de Evaluación y Seguimiento***

### ***Avances***

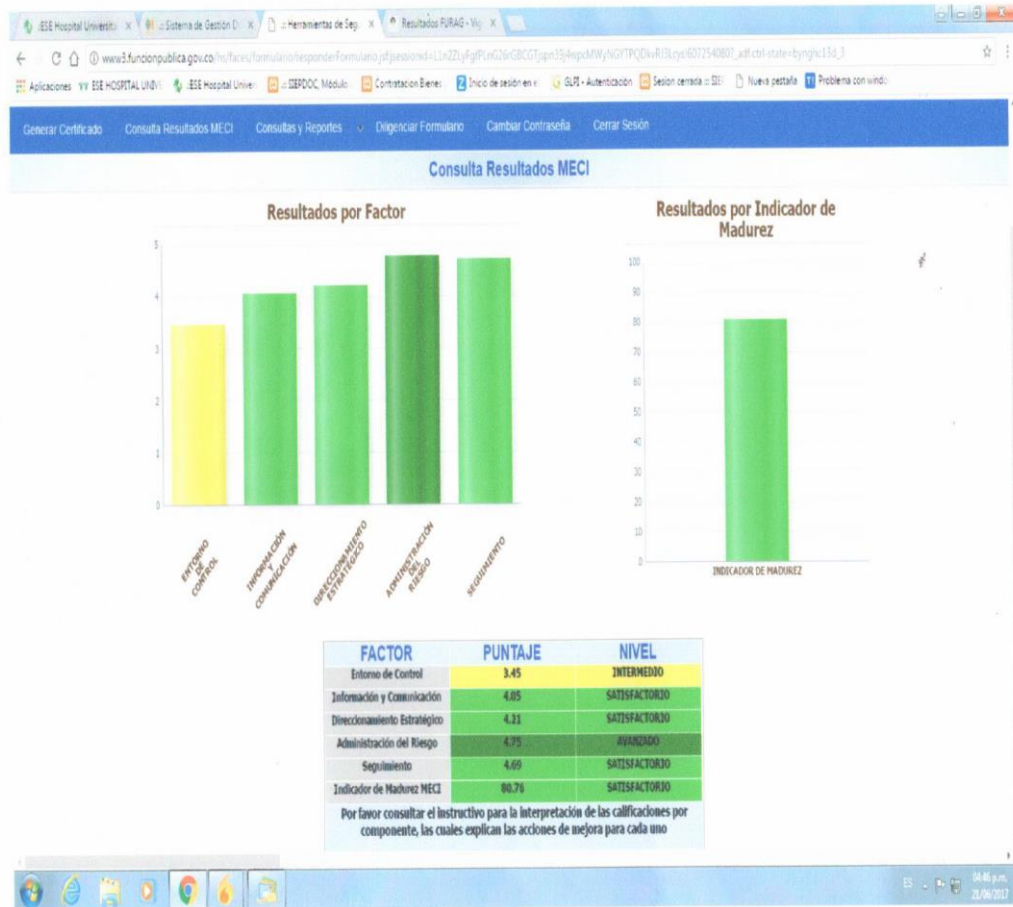
#### **2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

##### **2.1.1. EVALUACION DEL CONTROL Y GESTION**

Las decisiones en el ejercicio de planeación se toman con base en la evaluación y retroalimentación ciudadana realizadas en las actividades de rendición de cuentas.

Durante el mes de agosto, la oficina de Control Interno de Gestión, generó una campaña de socialización y sensibilización en cuanto al fomento de la Cultura de Control Interno. Para el desarrollo de la misma se contó con el apoyo del personal que labora en dicha dependencia, quienes durante varias semanas visitaron cada uno de los servicios de la institución desde asistencial hasta administrativo en compañía de Erasmito, mascota del Hospital Universitario Erasmo Meoz. La actividad se desarrolló teniendo como soporte el plegable entregado de forma física a la comunidad hospitalaria y vía correo electrónico, el cual contenía información educativa e informativa a cerca de la historia del hospital, plataforma estratégica, conceptos básicos de habilitación, acreditación, Control Interno entre otros. Al momento de realizar la visita por las diferentes áreas y servicios se explicaba la importancia del tema y se informaba que por medio del juego tiro al blanco se haría una pregunta al trabajador para evaluar y conocer qué tanto conocía del hospital según lo escrito en el folleto entregado. Al momento de terminar el juego, los profesionales de la oficina de Control Interno realizaron una socialización referente al tema en donde percibieron que el personal de la E.S.E H.U.E.M conoce la plataforma estratégica y todo lo que la comprende.

De acuerdo al informe presentado al Departamento Administrativo de la Función Pública D.A.F.P. en la Evaluación al Sistema de Control Interno de la vigencia 2016 efectuada en el pasado mes de Febrero de 2017, se presentaron los siguientes resultados:



## INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS MECI VIGENCIA 2016

La ESE HUEM presenta un indicador de madurez MECI del 80.76% definido como SATISFACTORIO, es decir que cumple con la aplicación del Modelo de Control Interno, se toman decisiones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos



## **2.2. COMPONENTE AUDITORIA INTERNA**

### **2.2.1. AUDITORIA INTERNA**

La oficina de control interno monitorea la aplicación y la efectividad de los controles diseñados, la auditoría interna es un proceso continuo y sistemático que ha permitido no solo el desarrollo de la gestión misional, administrativa y financiera sino también crear en los funcionarios de la ESE una cultura de autocontrol, autogestión y auto regulación; pilares fundamentales del Modelo Estándar de Control Interno-MECI-. Este proceso le ha permitido a la institución prevenir desviaciones en los resultados de la gestión, monitorear el cumplimiento de metas, y proponer e implementar mejoras para los procesos. Los informes de auditoría interna presentan una estructura y lenguaje sencillo y fácil de entender, permiten la toma de decisiones oportunas para prevenir situaciones de riesgo para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos y proporcionan a la Alta Dirección un aseguramiento de la efectividad de la gestión del riesgo. Se realiza seguimiento y evaluación de los compromisos de los servidores, se aplican planes de mejoramiento y se toman las medidas necesarias para mejorar Su rendimiento tendiente al logro de los resultados de la organización. Se nota un avance a partir de las medidas implementadas para tal fin.

Continúa la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión cumpliendo con el Plan Anual de Auditorías propuesto para la vigencia 2017, cumpliendo con el respectivo procedimiento el cual se encuentra actualizado y formalizado. Del cumplimiento y ejecución de cada una de las auditorías internas se proyectan los respectivos acuerdos concertados con los líderes de cada proceso, emitiéndose los planes de mejoramiento para el seguimiento respectivo por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

Además el cumplimiento periódico mensual de los Comités de Control Interno de Gestión en Gerencia, consolida la actualización y/o ajustes a diferentes procedimientos de las áreas permitiendo un mejor desempeño funcional. En el Comité se han venido presentando los ajustes a los respectivos procedimientos, formatos, guías, etc.

## **2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**

### **2.3.1. PLANES DE MEJORAMIENTO**

Los Planes de Mejoramiento para la E.S.E HUEM son el instrumento que recoge la información y articula todas las acciones prioritarias que se implementaran para mejorar aquellos eventos indeseables que por ende estén incumpliendo la normatividad o pongan en riesgo la buena gestión del Hospital y por consiguiente el logro de nuestros objetivos, es bueno resaltar que estos Planes de Mejoramiento pueden ser generados a partir de una Auditoría Interna o Externa por un ente de control y también por alguna recomendación o solicitud de alguno de nuestros funcionarios del Hospital para mejorar y fortalecer una actividad, procedimientos o proceso en particular. Estos Planes de Mejoramiento pueden ser producto de acciones correctivas o acciones preventivas. Se solicita la presentación al Líder del área auditada del respectivo Plan de Mejoramiento dentro de los ocho (8) días siguientes a su notificación, presentándose algunos casos de incumplimiento en estos términos y por consiguiente contraviniendo lo establecido por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión.

## ***Dificultades***

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

## **3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION**

### ***Avances***

#### **3.1. COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL**

En cuanto a la información y comunicación pública el Hospital ha realizado acciones permanentes con el fin de dar respuestas oportunas a sus usuarios, para cumplir con la satisfacción de las necesidades de forma oportuna, en la contestación de las solicitudes, quejas y reclamos y en la publicación de los informes de gestión, indicadores y demás información de interés de la comunidad.

La Entidad cuenta con portafolio de servicios publicado en página web y que contiene la guía para la realización de trámites de los usuarios de los servicios de salud al interior de la Institución.

Además se cuenta con: Página web, intranet, cartelera virtual, correo electrónico institucional, carteleras físicas en las unidades funcionales de atención, buzón de quejas y reclamos y espacios para la presentación de rendición de cuentas a la comunidad.

Los sistemas de Información implementados en la Institución, facilitan la gestión y el control de los procesos. La Entidad cuenta con manual de comunicaciones y utiliza las diferentes formas y medios de comunicación como Intranet, Página Web, comunicación directa en los comités, carteleras, folletos, boletines y comunicaciones internas para la socialización al cliente interno y externo sobre sus objetivos, metas, resultados, actividades a desarrollar y demás necesarias y requeridas.

## ***Dificultades***

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

La Oficina de Control Interno continúa adelantando seguimiento a la oportuna respuesta de cada una de las peticiones presentadas ante CEGDOC con el fin que las mismas sean emitidas dentro de los términos legales evitando situaciones comprometedoras para la Institución, procurando mejorar el manejo de las comunicaciones en el Hospital.

## ***Estado general del Sistema de Control Interno***

El Hospital avanza en la mejora de la calidad en la prestación de los servicios al usuario, se profundiza a través de la Oficina de Control Interno de Gestión en las políticas del fortalecimiento de la cultura del autocontrol, autorregulación y autogestión para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En base a los resultados ya referidos, se evidencia un equipo de trabajo alineado y comprometido con la gestión del día a día, bajo los principios de legalidad, transparencia, eficacia y calidad, implementando modelos que permiten el autocontrol, seguimiento y evaluación permanente, sin perder de vista la responsabilidad social del Hospital con la comunidad hospitalaria y la ciudadanía en general

### **Recomendaciones**

La Oficina de Control Interno considera que es importante que la Administración continúe desarrollando el acompañamiento, seguimiento y adelantando las acciones que contribuyan a lograr un sistema de gestión que opere con calidad y con niveles altos de satisfacción de los usuarios por los servicios prestados, haciendo énfasis en el cumplimiento oportuno del servicio que garantice su calidad, al igual que un sistema propositivo que impulsa la mejora continua.

Por lo tanto se puede concluir en lo siguiente:

- Trabajar decididamente en los programas de formalización laboral, propendiendo por un trabajo digno y decente, esto con el fin que los trabajadores puedan ir siendo vinculados con el respeto de los derechos que la Constitución y la Ley les reconoce y sin poner en riesgo la estabilidad financiera de la Empresa.
- Mejorar los horarios de visitas de los familiares a los pacientes internos tanto en hospitalización como en urgencias.
- Concentrar la atención en los planes de mejoramiento constituidos como una única herramienta que detalla las oportunidades de mejora generadas en cada una de las auditorías realizadas.
- Dar cumplimiento a las acciones establecidas tanto en los Planes de Mejoramiento como en los Mapas de Riesgos definidos por cada uno de los procesos.
- Incrementar la aplicación y análisis de los Indicadores establecidos en el Manual respectivo.
- Insistir en el cumplimiento oportuno y con calidad en cada uno de los servicios que se prestan en la ESE HUEM por ser este nuestro objetivo misional.
- Establecer el Sistema de Gestión de Calidad en la entidad que le permita día a día mejorar en la calidad de los servicios que se ofrecen, a través de una mejora continua, de una manera ordenada y sistemática.

**ALVARO BECERRA FLOREZ**  
Asesor de Control Interno de Gestión  
ESE HUEM