

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

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

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| <b>Responsable:</b> | <b>Carlos Martin Rojas Carvajal<br/>Asesor de Control Interno de<br/>Gestión</b> | <b>Período Evaluado:<br/>Julio a Octubre de 2018</b>   |
|                     |  | <b>Fecha de Elaboración:<br/>30 de Octubre de 2018</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 julio, agosto, septiembre y octubre de 2018, 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.

**I. AVANCES DIMENSIONES MIPG**

**Avances**

**1.1 DIMENSION: TALENTO HUMANO**

De acuerdo con el manual operativo del MIPG 2017, para el desarrollo de esta dimensión se tienen en cuenta las siguientes políticas:

- Política de gestión estratégica de talento humano
- Política de integridad

El área de talento humano realizó el autodiagnóstico de la gestión estratégica de talento humano, de acuerdo a la herramienta establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública denominada matriz GETH, el cual contiene el inventario de requisitos que se deben cumplir conforme a los lineamientos de la política.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, el proceso de talento humano elaboró el plan de acción para la política de talento humano e integridad el cual le permita a la entidad avanzar en la consolidación de la gestión estratégica del talento humano.

A continuación se detallan los avances de los planes de acción para la política de talento humano e integridad:

- Talento humano

| <b>ALTERNATIVAS DE MEJORA</b>  | <b>MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)</b>   | <b>EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS (%)</b>  |
|--|---|---|
| Realizar acciones de adaptación laboral ante los cambios organizacionales previstos y no previstos | Reuniones de socialización de nuevas funciones, cambios en la estructura organizacional, cuando se realice una modificación | Actualmente y de acuerdo a los requerimientos de acreditación el proceso de talento humano se encuentra en el diseño e identificación de necesidades del MODELO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO POR COMPETENCIAS con el que se dará respuesta a cada uno de los estándares de acreditación asignados. |
| Acciones de preparación para desvinculación laboral por pensión                                    | Reunión y socialización con las personas con desvinculación laboral por pensión. (01/08/2018)                               | El procedimiento de retiro por pensión está en proceso de ajuste a las necesidades de los funcionarios pendientes por pensionarse, asistiendo su desvinculación antes y después.  |

- Integridad

| <b>DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA</b>   | <b>MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)</b>               | <b>EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS</b>  |
|--|---|---|
| Reuniones con promotores de integridad, quienes retro alimenten la validez y aplicación del código | Reuniones con promotores a 31 de diciembre de 2018 según cronograma establecido | Actualmente está vigente el código de ética y buen gobierno, de acuerdo a la fusión por MIPG que se requiere para obtener el código de integridad a la fecha se levantó un histograma del código de ética y buen gobierno de los 10 últimos años, así mismo se está llevando a cabo la aplicación del instrumento de percepción de la gestión ética |

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
|                                      |  | –referencia modelo de gestión para las entidades del estado. |
| Grupos focales por áreas y servicios | Realización de grupo de análisis de las acciones implementadas para conocer la percepción de los servidores públicos con respecto a su rol. (31-12-2018) | Posterior al análisis se reactiva el código de integridad    |

## 1.2. DIMENSIÓN: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Para el desarrollo de esta dimensión se tendrán en cuenta las siguientes políticas de gestión y desempeño institucional:

- Política de planeación institucional
- Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público.

### 1.2.1. Planeación Institucional

La E.S.E. HUEM formuló el plan estratégico 2016-2020, el cual se encuentra organizado en una matriz estratégico táctico operacional que se da como resultado de un diagnóstico realizado al sector y a la institución, teniendo en cuenta políticas Nacionales y Departamentales que se puntualizan en proyectos y programas aplicables en el tiempo y enmarcado por el periodo de gestión de la dirección. El plan estratégico se soportó en los planes de acción anuales.

Este plan estratégico abarca a toda la institución, por lo tanto, la comunidad hospitalaria está comprometida para que el resultado final de su implementación sea exitoso. El documento tiene una proyección a cuatro (4) años, durante su ejecución, la oficina asesora de planeación realiza monitoreo y recibe de parte de los diferentes servicios a través de sus líderes y coordinadores sugerencias para realizar las modificaciones pertinentes en procura del logro de los objetivos estratégicos previstos y de re-direccionar o implementar acciones que respondan oportunamente a los cambios del sector.

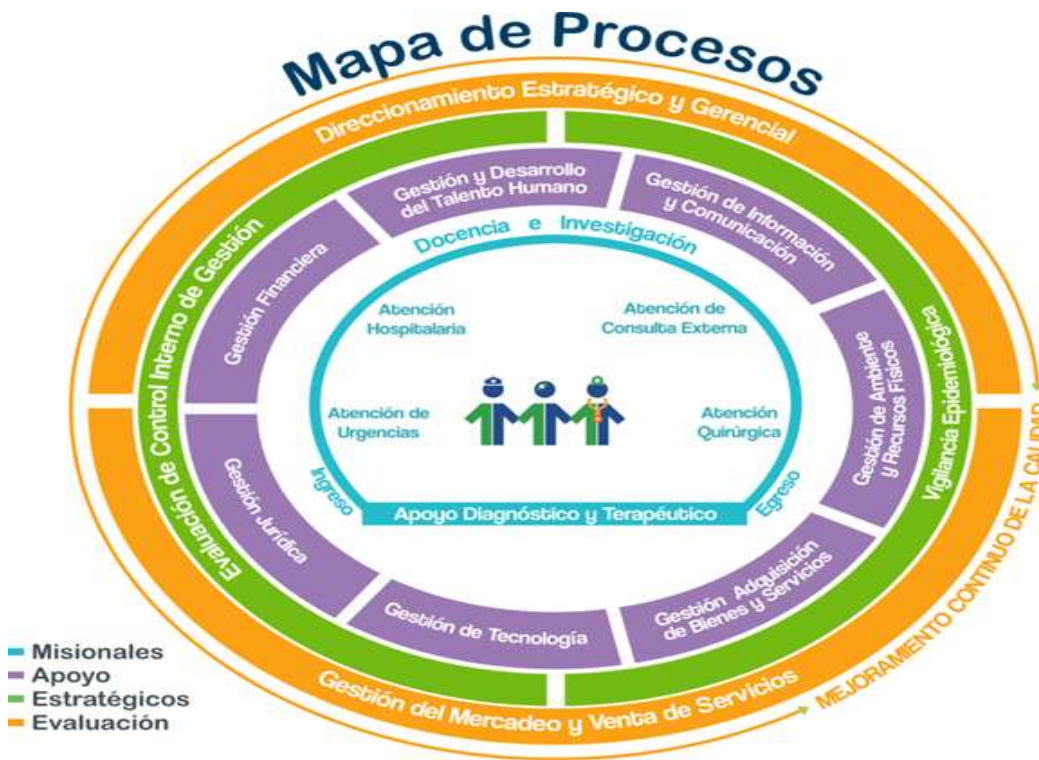
#### 1.2.1.1. Mapa estratégico

Es importante resaltar que la entidad en Comité Coordinador de Control Interno – SIG de octubre de 2018 actualizó y aprobó el mapa de procesos institucional incluyendo nuevos procesos:

- Como proceso estratégico: Gestión del mercadeo y venta de servicios

- Como proceso misional: Ingreso y egreso

El proceso de evaluación “garantía de la calidad” con la nueva actualización hace parte del proceso estratégico con el nombre de “mejoramiento continuo de la calidad”



### 1.2.2.2. Plan de acción

En cuanto al seguimiento al Plan de Acción de la entidad a corte a 30 de junio de 2018 se obtuvo un resultado consolidado del 96,67% para las acciones a cumplir a dicha fecha, las demás acciones presentan un avance significativo ubicándose en un nivel sobresaliente.

| ACTIVIDADES                       | FUENTE DE VERIFICACIÓN       | FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META | % CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES                      |
|-----------------------------------|------------------------------|---|----------------|------------------------------------|
| Mejora del índice hospital seguro | Documento de análisis de IHS | Junio de 2018                           | 100%           | Índice hospital seguro documentado |

|   |                            |               |      |  |
|---|----------------------------|---------------|------|--|
| Diseño de la encuesta para medir la satisfacción de los usuarios internos sobre el sistema de información | Encuesta aprobada          | Junio de 2018 | 100% | La encuesta se elaboró a través del GLPI               |
| Construir el plan de desarrollo docente para la E.S.E. H.U.E.M.   | Acuerdo de junta directiva | Junio de 2018 | 90%  | Este ya está construido, pendiente acto administrativo |

Los aspectos a resaltar durante el período de análisis, son:

- El seguimiento a la planeación institucional ha permitido retroalimentar a las dependencias sobre la oportunidad, calidad y resultado de la información registrada en los planes de acción y los indicadores, así como adelantar las modificaciones a que haya lugar.
- Mediante Resolución número 1251 del 21 de agosto del 2018 se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la E.S.E HUEM como instancia orientadora del modelo y se adoptan las políticas del MIPG de acuerdo a los términos del decreto 1499 del 2017. Las siguientes son las políticas de gestión y desempeño institucional y sus responsable:

| ITEM | POLITICA  | RESPONSABLE   |
|------|---|---|
| 1    | Planeación institucional  | Asesor de planeación y calidad                                  |
| 2    | Gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico                         | Subgerencia administrativa                                      |
| 3    | Talento humano  | Líder Sección Gestión y desarrollo de talento humano            |
| 4    | Integridad  | Líder Sección Gestión y desarrollo de talento humano            |
| 5    | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Asesor de planeación y calidad                                  |
| 6    | Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos                 | Asesor de planeación y calidad                                  |
| 7    | Servicio al ciudadano   | Subgerencia de servicios de salud                               |
| 8    | Participación ciudadana en la gestión publica                               | Subgerencia de servicios de salud                               |
| 9    | Racionalización de tramites   | Asesor de planeación y calidad                                  |
| 10   | Gestión documental  | Asesor de planeación y calidad                                  |
| 11   | Gobierno digital, antes gobierno en línea                                   | Asesor de planeación y calidad                                  |
| 12   | Seguridad digital   | Asesor de planeación y calidad                                  |
| 13   | Defensa jurídica  | Asesor jurídico asignado por comunicación formal de la gerencia |

| ITEM | POLITICA   | RESPONSABLE  |
|------|--|--|
| 14   | Gestión del conocimiento y la innovación             | Líder sección gestión y desarrollo de talento humano |
| 15   | Control interno                                      | Asesor de control interno de gestión                 |
| 16   | Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | Líder sección gestión y desarrollo de talento humano |

Para proponer acciones encaminadas al cumplimiento de las políticas, cada responsable podrá conformar un equipo técnico, el cual puede estar conformado por asesores, coordinadores, servidores, contratistas de la institución de acuerdo con el tema.

Se realizó la primera reunión del comité mediante acta No. 01 el día 27 de septiembre del 2018 con el fin de presentar los resultados de los seguimientos trimestrales para revisión y toma de decisiones de la Dirección.

- El sistema de Control Interno Institucional ha permitido realizar seguimiento a la gestión de los procesos y dependencias en forma permanente con el fin de generar alertas tempranas en los distintos escenarios de revisión y control institucional.
- El Comité Coordinador del Sistema de Control Interno de Gestión - SIG, escenario en el cual se realizó seguimiento al cumplimiento de la gestión, de conformidad con el plan estratégico, el plan anual de auditorías, indicadores y se propusieron las mejoras necesarias.
- El Comité Coordinador del Sistema de Control Interno de Gestión - SIG efectuado en forma mensual con el fin de revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a las dependencias y procesos de la Entidad.

Cabe resaltar que los procesos y dependencias se encuentran en términos de medición y análisis de los indicadores y actividades asociadas a los planes de acción.

### **1.2.2.3. Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.**

En cuanto al seguimiento a la ejecución del plan anticorrupción y de atención al ciudadano con corte al 31 de agosto de 2018, se obtuvo un nivel de cumplimiento del 86%.

Por último, la Oficina de Control Interno efectuó el seguimiento al segundo cuatrimestre del año 2018 y se publicó en la página web institucional de acuerdo a los términos definidos en la ley.

### **1.2.2. Política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público**

De acuerdo con lo establecido en el plan estratégico cuatrienal de la E.S.E HUEM, la política gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, se encuentra alineada con su respectivo objetivo institucional, cabe resaltar que en el autodiagnóstico de dicha política no se generó plan de mejora por cuanto los procesos y dependencias se encuentran en términos satisfactorios.

A continuación se detallan los avances de las acciones priorizadas para la política de planeación institucional:

| <b>DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA</b>   | <b>MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)</b> | <b>EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS</b>  |
|--|---|---|
| Establecer y ejecutar estrategias de comunicación para difundir entre todos los servidores el rol que desempeña la entidad en la estructura de la Administración Pública (naturaleza jurídica) o del Estado. | Plan de formación y capacitación                                  | Incluidas en el plan de formación y capacitación  |
| Establecer y ejecutar estrategias para difundir entre todos los servidores, el aporte que el trabajo de la entidad hace al cumplimiento de los objetivos del Gobierno (PND o PTD - Rama ejecutiva)           | Plan de formación y capacitación                                  | Incluidas en el plan de formación y capacitación  |
| Implementar el modelo de gestión por competencias que fortalezca el tema de gestión de conocimiento  | Implementar modelo de gestión por competencias                    | el proceso de TH se encuentra desarrollando el modelo de gestión por competencias, se tiene un plan de acción con actividades, responsables, resultados esperados y fechas de entrega |
| Hacer diagnóstico y elaborar planes de acción para responder al MIPG   | Elaborar diagnósticos y planes de acción<br>31 de dic de 2018     | Planes de acción elaborados y enviados a cada uno de los líderes de las políticas   |

### 1.3. DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Esta dimensión se desarrolla desde dos perspectivas con sus respectivas políticas, así:

Referente a una adecuada operación de la Entidad, en adelante "de la ventanilla hacia adentro":

- Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

- Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
- Política de gobierno digital
- Política de seguridad digital
- Política de defensa jurídica

Referente a la relación Estado Ciudadano, "de la ventanilla hacia afuera":

- Política de servicio al ciudadano
- Política de racionalización de trámites
- Política de participación ciudadana en la gestión pública

A continuación se detallan los avances de los planes de acción para la política de gobierno digital, defensa jurídica, servicio al ciudadano y racionalización de trámites:

- Gobierno digital

| DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA  | MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN) | EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS  |
|--|--|--|
| Realizar publicación de un conjunto de datos abiertos en el portal de Datos abiertos   | dic-18   | Se han realizado capacitaciones sobre el tema de datos abierto con un avance del 20%   |
| Socializar a la Asociación de usuarios de la ESE HUEM, los trámites que pueden realizar a través del sitio web institucional | dic-18   | Se realizó socialización en consulta externa durante el encuentro de usuarios y en la rendición de cuentas de Gobierno Digital las cuales están documentadas en el InfoHuem de agosto 2018, con un avance del 100% |
| Generar y actualizar catálogo de servicios TI  | ene-19   | Se realizó análisis a las categorías de la mesa de ayuda para adaptarlas a una fácil comprensión por parte del usuario final, con un avance del 80%  |
| Presentar ante comité el programa de correcta disposición final de los residuos tecnológicos                                 | dic-18   | Se presentó el programa de correcta disposición final de los residuos tecnológicos, con un avance del 100%   |



|  |        |   |
|--|--------|---|
| Revisar la actual política de seguridad de la información e incorporar los aspectos pendientes   | oct-18 | Mediante resolución 1276 del 24/08/2018 la política fue actualizada y se encuentra publicada en la página web de la institución, con un avance del 100%                 |
| Realizar revisión, aprobación y divulgación del documento o manual con las políticas de seguridad y privacidad de la información   | ene-19 | La oficina asesora de planeación y calidad envió por correo la política para su socialización en los diferentes servicios y áreas, con un avance del 100%               |
| Realizar resolución de modificación para incluir las funciones relacionadas con temas de seguridad y privacidad de la información  | dic-18 | Mediante resolución 1276 del 24-ago-2018 la política fue actualizada, con un avance del 100%  |
| Definir metodología para la evaluación de riesgos  | oct-18 | Definición de metodología, con un avance del 50%  |
| Realizar evaluación de riesgos de seguridad y privacidad de la información   | dic-18 | Evaluación de riesgos de seguridad y privacidad de la información, con un avance del 50%  |
| Elaborar plan de capacitación, sensibilización y comunicación de las políticas y buenas prácticas que mitiguen los riesgos de seguridad de la información a los que están expuestos los funcionarios | dic-18 | Plan de capacitación, sensibilización y comunicación de las políticas y buenas practicas que mitiguen los riesgos de seguridad de la información, con un avance del 50% |

- Defensa jurídica

| <b>DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA</b>  | <b>MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)</b> | <b>EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS</b>  |
|---|---|---|
| Elaborar el reglamento del comité de conciliación   | reglamento presentado para aprobación a 31 de diciembre de 2018   | Terminado y pendiente para aprobación en comité.  |
| El comité propondrá a los apoderados judiciales la elaboración e implementación de las fichas técnicas requeridas | fichas implementadas a 31 de diciembre de 2018                    | Terminado y pendiente para aprobación en comité ficha técnica de conciliación y acción de repetición. |
| Elaboración de matrices para la política de prevención del daño   | matrices elaboradas a 31 de diciembre de 2018                     | Terminado y pendiente para aprobación en comité   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Elaborar plan de acción del comité de conciliaciones vigencia 2019          | Elaborar plan, enviar a planeación y SIG                                 | El cronograma de actividades para la vigencia 2019 ya está diseñado pero falta darles fecha para su ejecución, la cual depende de que todas las actividades del MIPG se encuentren finalizadas ya que este punto se trata de la implementación de cada uno de los compromisos. |
| Diseño de procedimiento para gestionar préstamos y consulta de documentos   | Procedimiento elaborado y aprobado 31 de diciembre de 2018               | Terminado y pendiente para aprobación en comité. Esta actividad no es un compromiso de mejora del MIPG pero complementa el proceso   |
| Diseño de procedimiento para seguimiento de apoderados                      | Procedimiento elaborado y aprobado 31 de diciembre de 2018               | Terminado y pendiente para aprobación en comité  |
| Diseño de procedimiento para la ejecución y respuesta de tutelas y demandas | Procedimiento elaborado y aprobado 31 de diciembre de 2018               | Terminado y pendiente para aprobación en comité. Esta actividad no es un compromiso de mejora del MIPG pero es necesario documentar dicho procedimiento ya que la institución no cuenta con él y además ayuda en la creación de manual de defensa jurídica.                    |
| Diseñar política de defensa jurídica  |  | En desarrollo  |
| Diseñar indicadores y articularlos con el plan del comité                   | Indicadores diseñados y articulados al plan del comité 31 de dic de 2018 | Pendiente por iniciar, estos no se pueden realizar hasta que no se tengan totalmente identificados los hechos generadores del daño antijurídico, por lo que esta actividad se desarrollara conjuntamente con la política de prevención del daño.                               |

- servicio al ciudadano

| DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA   | MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN) | EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS   |
|---|--|---|
| Analizar los datos recibidos con respecto a los tramites y procedimientos | Informe de requerimiento recibidos, 31 de 12 de 2018       | Se elaboran encuestas de satisfacción del usuario, presentando un informe mensual donde se evidencia el |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | análisis y resultado de las mismas, con un avance del 100%.  |
| Crear el comité institucional de gestión y desempeño de la entidad | Incluir temas en el comité institucional de gestión y desempeño de la entidad                                      | Mediante resolución número 1251 del 21 de agosto del 2018 se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la E.S.E HUEM, de acuerdo a los términos del decreto 1499 del 2017, con un avance del 100% |
| Ajustar procedimiento de pqr de la entidad                         | Procedimiento de pqr ajustado y aprobado por el comité coordinador del sistema de control interno de gestión - sig | Procedimiento aprobado en el acta No. 07 del Comité Coordinador de Control Interno con fecha del 12 de septiembre del 2018   |
| Actualizar el protocolo de atención con enfoque diferencial        | Protocolo aprobado por el comité coordinador del sistema de control interno de gestión - SIG                       | Protocolo aprobado en el acta No. 07 del Comité Coordinador de Control Interno con fecha del 12 de septiembre del 2018   |

- racionalización de tramites

| DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA  | MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN) | EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS  |
|--|--|--|
| Terminar de incluir los trámites por suit de la plantilla, e identificar dentro del plan anticorrupción los que están pendientes de registro en el suit. | nov-18   | Se terminaron de incluir los tramites por suit de la plantilla, con un avance del 100%   |
| Incluir parcialmente en línea de solicitud de copia de historia clínica y solicitud de citas médicas para entidades                                      | oct-18   | Se tienen implementadas en la página web institucional la solicitudes de Copia de historias clínicas para todo paciente y de citas médicas por parte de las EPS con las cuales se tiene contrato, con un avance del 100% |
| Socializar en la reunión de asociación de usuarios los tramites con los que cuenta la entidad  | Integrar dentro del cronograma establecido                 | Se realizó la socialización en la reunión de asociación de usuarios los tramites con los que cuenta la entidad en el área de consulta externa, con un avance del 100%  |

### 1.3.1. Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

Durante el período en mención, no se presentaron modificaciones al organigrama, el cual se encuentra acorde con la estructura organizacional establecida en el acuerdo número 025 del 29 de julio del 2016.

#### 1.4. DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se detallan los avances de los planes de acción para la política de Política de Seguimiento y Evaluación Del Desempeño:

| DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA   | MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN) | EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS  |
|---|--|--|
| Evaluar a la organización en el logro de la planeación estratégica establecida a fin de determinar las brechas y generar mejoramiento continuo. | evaluación organizacional elaborada a 31 marzo de 2019     | A la fecha se cuenta con la consolidación de la matriz de evaluación de desempeño: Entrega compromisos febrero 2018: total 250 colaboradores hicieron entrega = 70.82% , Evaluación parcial agosto 2018: total 275 colaboradores entregaron= 77.9% |

#### 1.5. DIMENSIÓN: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Esta dimensión adopta las siguientes políticas:

- Política De Gestión Documental
- Política De Transparencia, Acceso A La Información Pública Y Lucha Contra La Corrupción

La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, comprometida con la aplicación de la Ley general de Archivos, la ley de Transparencia y Acceso a la Información y demás normatividad vigente, realiza actividades para la eficiente administración de los documentos físicos y electrónicos a través del cumplimiento de los lineamientos, procedimientos y manuales, que garanticen el ciclo vital de los documentos por medio del establecimiento de principios, etapas, procesos e instrumentos documentales.

A continuación se detallan los avances de los planes de acción para la política de gestión documental:

| DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA | MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN) | EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS |
|-------------------------------|--|---|
|-------------------------------|--|---|

|   |  |  |
|---|--|--|
| Diseñar y aprobar la política de gestión documental   | política aprobada por acto administrativo 31 de dic de 2018                                  | Se elaboró el borrador de la resolución Por la cual se adopta la política de gestión documental de la ESE HUEM con un avance del 80% |
| Continuar con la aplicación de los lineamientos institucionales para organización y traslado de los archivos de fondo acumulado | 60% del fondo acumulado organizado y trasladado al depósito documental 31 de dic de 2018     | Se continua con el traslado a deposito documental, con un avance del 20%   |
| Transferir los archivos al depósito documental  | archivo transferidos 31 de dic del 2018  | Se continua con el traslado a deposito documental, con un avance del 20%   |
| Creación de procedimiento de disposición final de documentos  | documento aprobado por el comité coordinador del sistema de control interno de gestión - sig | Procedimiento de disposición final de documentos en desarrollo, con un avance del 60%  |

## 1.6. DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Esta dimensión se adopta mediante las siguientes políticas:

- Política De Gestión Documental
- Política De Transparencia, Acceso A La Información Pública Y Lucha Contra La Corrupción

El estado actual y los avances de la dimensión de “gestión del conocimiento”, están contemplados en la dimensión “información y comunicación, al tener las dimensiones las misma políticas.

## 1.7. DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO

Esta dimensión se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, el cual fue actualizado en el marco general de MIPG y fundamentado en sus cinco (5) componentes.

A continuación se detallan los avances de los planes de acción para la política de control interno:

| DISEÑE ALTERNATIVAS DE MEJORA (PLAN DE ACCION - MEJORAS A IMPLEMENTAR)   | MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN) | EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS   |
|--|--|---|
| <p>Incrementar las socializaciones de los valores, principios, estándares, y evaluar el cumplimiento del buen desempeño del servidor público, verificando los avances de la estrategia definida en Talento Humano, mediante la evaluación de los resultados del desempeño, así como los planes de mejoramiento individuales, mapas de riesgos, que apalanquen una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles, en procura de una mejora continua.</p> | <p>Semestral ( junio - diciembre)</p>                      | <p>La ESE HUEM cuenta con el Código de Ética en su tercera versión, en donde, las conductas del personal se rigen a través de la "honestidad", "respeto", "compromiso", "cumplimiento" y "justicia". De igual manera, se cuenta con el Código de Buen Gobierno en su tercera versión, el cual está enmarcado en los principios de transparencia, gobernabilidad y control en la gestión empresarial, y que de igual manera, reúne las políticas y acciones de todo el personal que labora en la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz. Se realizó el taller de validación del código de ética con el objetivo de verificar si los principios éticos vigentes del código de ética de la ESE HUEM están acordes a la nueva plataforma de la institución.</p> |
| <p>Monitorear el cumplimiento en las políticas establecidas en el SARLAF, NIIF, así como el manejo adecuado de los riesgos más representativos, evaluar el impacto de los cambios en el SCI (sistema de control interno), el seguimiento a los informes realizados por los supervisores e interventores de contratos de las alertas determinadas, así como la metodología de segmentación, identificación, medición y control del sistema detectados en el CCCIG-SIG.</p>  | <p>Cuatrimestral (abril-agosto-diciembre)</p>              | <p>En comité coordinador de control interno de gestión -SIG, se aprobó el "Manual del Sistema de Administración del Riesgo para evitar el lavado de activos y la financiación del terrorismo SARLAF" en donde se identifican el objetivo y su alcance, las etapas del SARLAF, políticas generales, mecanismos y medidas para la prevención del riesgo, y donde se anexa el formato de la debida diligencia. De igual manera, se aprobó el "Instructivo de consultas en lista OFAC o CLINTON y lista ONU", el cual se encuentra en la página institucional huem.ns/, ítem sistemas, link portales institucionales.</p>   |
| <p>Verificar las políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos (auditorías express, planes de mejora, indicadores, etc), que den cuenta de su aplicación en</p>  | <p>Semestral ( junio - diciembre)</p>                      | <p>Se ha realizado por parte del equipo auditor de control interno de gestión, acompañamientos permanentes y auditorías express a aquellos servicios críticos con cuellos de botella que dificultan el cumplimiento de los objetivos institucionales, verificando</p>   |

|   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <p>materia de control, y que estén diseñados e implementados de manera efectiva y que operen adecuadamente.</p>   |                                       | <p>los planes de mejora planteados, las acciones implementadas así como el logro de los resultados esperados. Se ha participado en el seminario de "Indicadores" liderado por el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-, convocando a la primera, segunda y tercera línea de defensa de la ESE HUEM.</p>  |
| <p>Verificar los costos y beneficios, asegurando que la naturaleza de la información comunicada sea proporcional y apoyen el logro de los objetivos.</p>  | <p>Semestral ( junio - diciembre)</p> | <p>Se ha fortalecido el control documental institucional actualizando el mapa de procesos de la ESE HUEM, con la verificación, revisión y actualización de más de setecientos (700) documentos (principalmente procedimientos, protocolos y formatos), lo que conlleva a preparar a la entidad para ese gran reto como Prestadora de Servicios de Salud, de realizar una autoevaluación interna, revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención de nuestros usuarios, a través de una serie de estándares óptimos y factibles para alcanzar la Acreditación.</p>   |
| <p>Realizar evaluaciones continuas a los diferentes procesos o áreas de la entidad, en tiempo real, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, a través del plan anual de auditorías.</p> | <p>Mensual</p>                        | <p>Durante el período julio a octubre de 2018, se continuó por parte del equipo auditor de Control Interno de Gestión, con la realización de auditorías a los procesos de Apoyo a la Atención (Rehabilitación, Farmacia, Patología, Banco de Sangre, Nutrición, Laboratorio Clínico), Información y Comunicación, así como al proceso de Evaluación de Vigilancia Epidemiológica teniendo en cuenta el Mapa de Procesos Institucional, verificando los manuales, procedimientos, protocolos y formatos inherentes a cada proceso así como a los indicadores, mapa de riesgos. De igual manera, se verificaron los avances del Plan Anticorrupción así como del Mapa de Riesgos de Corrupción correspondientes al segundo cuatrimestre de 2018.</p> |

A continuación se detallan los avances en cada componente del MECI durante el presente periodo:

## II. COMPONENTES DEL MECI

### Avances

#### 2.1. AMBIENTE DE CONTROL

**EL ÁREA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN REALIZÓ EL I SEMINARIO DE MÉDICOS INTERNOS.** Bajo la organización del área de docencia e investigación, se realizó el primer (I) seminario de médicos internos HUEM, en manejo de urgencias – herramientas útiles en la práctica clínica, el cual estuvo dirigido para estudiantes en formación de medicina que estuvieran realizando su internado. Los temas a tratar fueron: manejo del paciente quemado, trauma de abdomen, urgencias oftalmológicas, cuadro reaccionales en lepra, intoxicación por organofosforado y accidente ofídico, temas tratados por especialistas que hacen parte de la ESE HUEM. Este seminario fue totalmente gratuito con el fin de generar espacios educativos e incentivar a los estudiantes en formación para que conocieran la realidad de los diferentes espacios académicos que se generan dentro del centro hospitalario.

**EN LA ESE HUEM SE DIO INICIO A LA PRIMERA FASE DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN VIGENCIA 2019.** Se llevó a cabo la reunión correspondiente a la primera fase del plan anticorrupción que adelanta la ESE para el año próximo. En la jornada se abordaron los temas relacionados a la metodología para la elaboración de este Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2019, en la que se busca implementar tres componentes: Matriz de riesgo de corrupción, Trámites y el componente Rendición de Cuentas.

**PROGRAMA INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE RESIDUOS DE APARATOS ELÉCTRICOS Y ELECTRÓNICOS (RAEE):** Se realizó por parte de Ingeniería Ambiental, con el apoyo de recursos físicos.

#### 2.2. GESTION DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES

El Componente de la Administración del Riesgo en el Subsistema de Control Estratégico del Modelo Estándar de Control Interno, habilita a la entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de eventos (riesgos) que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales.

Para el presente cuatrimestre se actualizaron los mapas de riesgos de los servicios de hospitalización, urgencias y adquisición de bienes y servicios.

**LA ESE HUEM UNA VEZ MÁS CATEGORIZADA SIN RIESGO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.** A través de resolución No. 00002249 del 30 de mayo de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social efectuó la categorización del riesgo de las ESE a nivel territorial, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, equilibrio y viabilidad financiera; estipulado en el



artículo 80 de la ley 1438 de 2011.

En el caso de la ESE HUEM, para el año 2012, con la resolución No. 0002509 del 29 de agosto de 2012 y la información financiera de la Junio 2018 vigencia 2011, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz fue categorizada en RIESGO ALTO. Seguidamente para el 2015, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en su resolución número 00001893 del 29 de mayo de 2015, dio a conocer, que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, empresa prestadora de servicios de salud, salió del Riesgo Alto, en el que venía siendo categorizada, a ser una entidad SIN RIESGO, reflejando el manejo eficiente de los recursos de la institución.

Para el año 2017 por medio de la resolución 001755 de 2017, la E.S.E H.U.E.M. fue categorizada una vez más SIN RIESGO, y en este 2018 nuevamente el centro hospitalario es categorizado SIN RIESGO por medio de la resolución 00002249 generada el 30 de mayo por el Ministerio de Salud y Protección social.

**LA ESE HUEM SE UNIO AL SIMULACRO NACIONAL DE RESPUESTA A EMERGENCIAS.** Con el sonido de Alerta por parte de los Brigadistas de la ESE HUEM, el acompañamiento de la Policía Nacional y el cuerpo de Bomberos como evaluadores se llevó a cabo el Simulacro Nacional de Respuesta a Emergencia, en donde la comunidad hospitalaria evacuó la planta física con total calma para llegar a los diferentes puntos de encuentro establecidos en el plan de emergencia de la institución. Los heridos de la actividad fueron por simulación.

### **2.3. ACTIVIDADES DE CONTROL**

**CONTROL INTERNO SIGUE FOMENTANDO LA CULTURA INSTITUCIONAL.** En cumplimiento al plan de acción de la oficina de control interno de gestión, se desarrolló por el grupo de auditores de la oficina que con base en experiencias anteriores lograron determinar que la población objetivo se debía dirigir al personal asistencial profesional y especializado. Esta actividad se encuentra enmarcada en el fomento de la cultura de Control Interno en la ESE HUEM, reforzando los elementos que conforman la plataforma estratégica de la institución, su historia y evolución, políticas, principios y valores institucionales, Mapa de Procesos Institucional, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tips de sana convivencia laboral, y se incluyeron nuevos temas como la política, modelo y rutas integrales de atención en salud, entre otros. Dicha actividad estuvo centrada en la visita a cada una de las áreas asistenciales y administrativas, reforzando e indagando el conocimiento que se tiene acerca del hospital, y cuyos resultados le fueron presentados al Comité Coordinador de Control Interno de Gestión en el mes de septiembre.

### **2.4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**ESTUDIANTES MEXICANOS DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA REALIZARÓN VISITA INSTITUCIONAL AL HOSPITAL UNIVERSITARIO**

**ERASMO MEOZ.** Por tercera vez se desarrolló la visita de treinta (30) estudiantes extranjeros al hospital, estos estudiantes son del programa de Becarios y Becarias de Excelencia de la República Federal Mexicana. Visitaron las instalaciones de la ESE para conocer los servicios que presta la institución al departamento. Los futuros profesionales de Enfermería fueron orientados por la Universidad de Pamplona desarrollando actividades complementarias a su formación profesional y gracias al convenio Docencia - Servicio liderado por la jefe de docencia e investigación pudieron conocer los servicios de Obstetricia, Pediatría, Cuidado Intensivo, Urgencias, entre otros. Es de resaltar que esta es la tercera vez que se desarrolla esta actividad.

**ANTE LA GERENCIA SE PRESENTARON LAS ACCIONES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.** En consideración a la necesidad de dar cumplimiento al Plan de acción que contiene las acciones para la implementación institucional de la Política Pública de Participación Social en Salud, se llevó a cabo la presentación de los compromisos según lo exigido por el Ministerio de la salud y la protección social a través de la Resolución No. 002063 de 2017 del Ministerio de la Protección Social "por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS)".

**ASESOR DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN PARTICIPO EN EL IX CONGRESO NACIONAL DE CONTROL INTERNO.** Desde el 27 de hasta el 29 de septiembre se desarrolló el congreso en la ciudad de Bogotá donde compartieron temas como: el rol de control interno frente a la implementación del MIPG, aspectos teóricos y prácticos de la dimensión de control interno en la implementación del MIPG, control interno contable bajo los nuevos marcos técnicos normativos contables, alcance de la auditoria interna a la gestión documental, aspectos contractuales a tener en cuenta en las oficinas de control interno para la calificación de los hallazgos de las auditorías, nueva metodología de riesgos en las entidades públicas, el rol de las oficinas de control interno para garantizar el cumplimiento de los lineamientos de gobierno en línea y la sede electrónica en las entidades públicas, el hallazgo de auditoria y su relación con el control interno, articulación del control interno con el control fiscal, nuevos roles de los jefes de control interno, construcción y seguimiento de los planes de mejoramiento y como gestionar riesgos en el marco del plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

**PARTICIPATIC 2018:** Con el apoyo de la oficina de Planeación y TIC´s se desarrolló un ejercicio de rendición de cuentas de Gobierno Digital el cual se transmitió en vivo y en directo a través de Facebook Live y nuestro canal de YouTube obteniendo 635 reproducciones y 160 interacciones durante la transmisión.

**POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:** Con el apoyo de las oficinas Asesoras Jurídica, Asesora de Planeación y Calidad y TIC's, se evaluó la anterior política de Seguridad de la información con la que contaba la entidad y se generó una nueva dando respuesta a las necesidades institucionales quedando vigente la Resolución 001276 de agosto de 2018, siendo socializada a través de

correo electrónico y los usuarios en el encuentro de usuarios realizado en consulta externa.

**IMPLEMENTACIÓN DE MESA DE SERVICIOS A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN:** Con el apoyo de la oficina de TIC's, se mostró el uso del GLPI como herramienta de apoyo en las entidades de Sistemas, Biomedicina, Mantenimiento, Estadística y Referencia.

**AUTODIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:** Con un instrumento de evaluación se identifica el estado actual de la entidad con respecto a los requerimientos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información.

**SOCIALIZACIÓN DE LA NUEVA POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL:** Se realizó presentación ante la Gerencia, Subgerentes, líderes y coordinadores de la nueva política de Gobierno Digital mostrando los avances que se han obtenido en ella. De igual manera se socializó esta política en el encuentro de usuarios indicando los principales logros obtenidos en mejora de trámites y publicación de información.

## **2.5. MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTÍNUA**

Se realizaron seguimientos a los planes de acción derivados de los autodiagnóstico para cada una de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, definiendo debilidades y aspectos a mejorar, así como las acciones requeridas para la adecuada implementación del MIGP, las cuales son objeto de revisión y verificación.

En el mes de agosto y septiembre se realizó seguimiento y verificación de soportes de las actividades formuladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, así como el Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondientes al segundo cuatrimestre de 2018, informes que se encuentran publicados en la página Web de la ESE HUEM.

Se realizó seguimiento al informe presentado por la ESE HUEM respecto a la Austeridad del Gasto, verificando las medidas de austeridad y eficiencia de acuerdo a la normatividad en la materia.

Seguimiento a Planes de Mejoramiento resultado de los hallazgos formulados a las auditorías realizadas por el equipo auditor de la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión durante el período julio a septiembre de 2018.

En el periodo se han efectuado auditorías internas a los procesos de gestión de talento humano, imogeneología, financiera, banco de sangre, docencia e investigación, gestión ambiental, farmacia y rehabilitación.

Se presentó informe de seguimiento a los planes de mejora a corte treinta de septiembre de 2018 producto de auditorías efectuadas por la Contraloría General del Departamento norte de Santander para las vigencias 2013-2014-2015-2016.

El personal de Control Interno ha venido acompañando a los diferentes Comités institucionales de acuerdo al cronograma previamente definido por la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, en donde se verifica el cumplimiento de las actividades y compromisos allí formulados.

Seguimiento a las PQRSDF, acompañando su presentación mensual en el Comité Institucional de Calidad, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos, así como de la respuesta oportuna (términos fijados por ley) de los mecanismos de participación ciudadana.

## RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno de Gestión considera importante que la Administración continúe desarrollando el acompañamiento, seguimiento y evaluación, 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 lo siguiente:

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.

Realizar por parte de la Subgerencia Administrativa la gestión de reclamación a las aseguradoras, por concepto de condenas realizadas a la ESE HUEM por fallo de sentencias judiciales y en las cuales se lleven a cabo acciones de repetición, correspondientes al año 2015, 2016, 2017 y el primer semestre 2018, y en el evento que no se cuente con la totalidad de la información requerida, se debe solicitar a la aseguradora la documentación.

Mejorar los horarios de visitas de los familiares a los pacientes internos tanto en hospitalización como en urgencias.

Terminar el estudio de cargas laborales a cargo de Talento Humano, actividad que se encuentra inmerso en el Plan de Acción, planes de mejoramiento de acreditación y Pamec, todos ellos de 2018.

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.

Realizar la actualización de las fichas para la aplicación y análisis de los Indicadores establecidos en el Manual respectivo.

Continuar aplicando la herramienta de autodiagnóstico que se encuentra ubicada en <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html>, y desarrollar los Planes de mejora definidos obteniendo información detallada, oportuna y en tiempo real, sobre el estado de la implementación del MIPG, enfatizando las Políticas de Integridad, Defensa Jurídica, Gestión de Trámites, Participación Ciudadana, Gestión Documental, y Transparencia y Acceso a la Información, sin dejar de lado la totalidad de las políticas que cuentan con planes de mejora. Aunque la información contenida en los planes de mejora presentan avances significativos, es importante legalizarla mediante acto administrativo.

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**