

**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>	<b>Período Evaluado: Julio a Octubre de 2014</b>
	<b>Asesor de Control Interno de Gestión</b>	<b>Fecha de Elaboración: 10 de Noviembre de 2014</b>

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno de Gestión de la ESE HUEM a continuación presenta informe detallado de avances en cada uno de los tres (3) Subsistemas que componen el Modelo Estándar de Control Interno “MECI” Control Estratégico, Control de Gestión y Control de Evaluación. 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, así como en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

***Subsistema de Control Estratégico***

***Avances***

El día 1 de Julio en las instalaciones de la Gerencia, 17 Auxiliares de Enfermería que hacen parte de diferentes servicios asistenciales del hospital, tomaron posesión en periodo de prueba por 6 meses como resultado de la última lista de elegibles de la convocatoria 01 de 2005 para la ESE HUEM emitida por la Comisión Nacional del Servicio Civil (C.N.S.C.), adquiriéndose los compromisos de que trata el Acuerdo 137 del 14 de Enero de 2010 de la CNSC, además se continuó con la socialización de la normatividad y manejo de los formatos de evaluación de desempeño laboral dados por la CNSC a todos los servidores públicos en carrera administrativa, evaluados y/o evaluadores. Esta fue la segunda capacitación de este año, liderada por la oficina de Talento Humano, para llevar a cabo la Evaluación Parcial de Desempeño (primer semestre) para los empleados públicos según el Acuerdo en mención.

Durante el periodo se llevaron a cabo cuatro (4) encuentros de capacitación a los Promotores Éticos sobre temas relacionados a la identificación del paciente con enfoque en humanización, medicina avanzada en evidencia, profundización del código de Ética, a través de una dinámica con evaluación de los conceptos del código a los promotores éticos y lavado de manos, con el apoyo del aliado estratégico “Quirumédicas”. La participación de los promotores fue concurrencia y se efectúa la difusión por parte de estos a sus grupos correspondientes, con el fin de que esta práctica segura sea adoptada en la cultura organizacional de la Entidad.

La actualización del Modelo de Estándar de Control Interno-MECI según el decreto N° 943 del 21 de Mayo de 2014 dispone en su Manual Técnico un diagnóstico al modelo. Para el Diagnóstico el DAFP diseñó la herramienta respectiva, la cual ha sido diligenciada actualmente por el Grupo MECI con la participación de Asesores, Subgerentes, líderes y coordinadores.

De igual manera se continúan adelantando los programas de inducción y reinducción al personal que ingresó en los últimos meses en cumplimiento al plan institucional y según cronograma del mismo, con la finalidad de conocer la institución, su misión, visión, principios y valores éticos de la Institución, articulados al proyecto de vida personal, sus normas básicas y realizar un trabajo acorde a lo que se requiere. Se reforzaron entre otros, conocimientos referentes a la plataforma estratégica, historia del hospital, organigrama, mapa de procesos, proceso de Información y Comunicación, Código de Ética, funciones generales, conceptos del Modelo Estándar de Control Interno y Acreditación siendo liderada por el proceso de Talento Humano, el subproceso de Salud Ocupacional, el subproceso de Gestión Ambiental, el proceso de vigilancia epidemiológica y el área del MECI.

En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz desde el martes 15 de Julio se cuenta con el servicio de Cuidado Básico Neonatal, en conformidad a la resolución 2003 de 2014

(habilitación). El servicio quedó con 12 camas habilitadas ubicadas en el segundo piso, junto con la Unidad de Cuidado Intermedio Neonatal. En este servicio se atiende al recién nacido hemodinámicamente estable, donde se realizan actividades de registros de signos vitales, mínimo cada 6 horas, control estricto de líquidos administrados y eliminados, atención y registro médico diario y de enfermería permanente y control de peso diario adicionales a las requeridas para la atención integral en salud del paciente neonato.

El CEGDOC en articulación con la oficina de Planeación a partir del mes de agosto (5 al 19) inició el Plan de Mejoramiento Archivístico, en cumplimiento con los hallazgos y observaciones realizados por el Archivo General de la Nación, lo cual requiere del compromiso y acciones de todas las dependencias de la ESE HUEM. Para ello se organizaron inspecciones documentales, con el fin de realizar un diagnóstico documental, identificar falencias, aclarar dudas y revisar perfiles en el software documental. Se relacionan a continuación las dependencias a las cuales se le efectuó la inspección: Ginecoobstetricia, Neurocirugía, Medicina interna, Cirugía general y especialidades, Servicios hospitalarios, Servicios especiales, Ortopedia, Cirugía plástica, Salud ocupacional, Endoscopia, Epidemiología, Gerencia, Subgerencia de salud, Subgerencia administrativa, Facturación, Apoyo a la atención, Sistemas, Jurídica tuteladas, Financiera, Docencia, Quirófano, Esterilización y Cirugía ambulatoria.

En el mes de Septiembre (19) se llevó a cabo el Comité de Buen Gobierno y el subcomité de Buenas Prácticas Éticas. En la reunión se revisó el plan de mejoramiento de la Gestión Ética 2014, así como algunas alternativas para medición de impacto de las acciones en la gestión ética.

La oficina de Talento Humano, por intermedio del subproceso de desarrollo humano y organizacional, realizó actividades pertinentes a la gestión ética, humana y segura, promocionando y socializando los valores éticos correspondientes a cada mes y contemplados en el código de ética institucional. Las actividades se desarrollaron en los principales servicios de la institución, en donde se realizó una sensibilización sobre la importancia de cada valor, al igual como se ha realizado para los meses anteriores.

Cabe recordar que la ESE HUEM cuenta con el Código de Ética, adoptado en su segunda versión mediante Resolución No. 001353 del 06 de Octubre de 2011. En él se definen la Misión y Visión, siete (7) principios, diez (10) valores éticos, siete (7) directrices éticas y dos (2) mecanismos de evaluación y seguimiento. Se continúa con la verificación de compromisos establecidos para fomentar y socializar a toda la entidad hospitalaria el código de Ética desarrollado por los promotores éticos.

Se hizo la difusión de los valores correspondientes al periodo así:

<b>MES</b>	<b>VALOR</b>	<b>DEFINICION</b>
JULIO	COLABORACION	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.
AGOSTO	RESPECTO	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.
SEPTIEMBRE	RESPONSABILIDAD	Es el cumplimiento de los procedimientos y normas establecidas por la legislación nacional, departamental y reglamentación interna, por parte de toda persona de la comunidad hospitalaria que preste servicios, maneje bienes y recursos, así como la obligación permanente de rendir cuentas y asumir las consecuencias de los resultados de su trabajo y de su conducta
OCTUBRE	JUSTICIA	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”.
--	--	--

Se cumplen los acuerdos, compromisos y protocolos éticos por el líder de cada área mediante talleres y con apoyo del equipo MECI y por lo tanto se logra una mejora en la aplicación e identificación de los compromisos propios de cada área.

En cuanto al Estilo de dirección está orientado hacia la consecución de resultados y cumplimiento de objetivos trabajando en equipo; enfocado hacia el fortalecimiento del control fiscal, la participación ciudadana, el control interno, y el bienestar institucional; se realiza por parte de la alta dirección mediante seguimiento, evaluación y control a los objetivos estratégicos del plan de gestión y los informes de avance presentados por la Oficina de Control Interno, calidad y los diversos Comités Directivos.

La Alta Dirección ha generado lineamientos para fortalecer el MECI y el Sistema de Gestión de la Calidad direccionados a obtener la habilitación y la acreditación institucional. Se evidencia el compromiso y el respaldo para el ejercicio de Control Interno.

El estilo de dirección referente al MECI, se ejecuta a través del comité de Control Interno. Se mantuvo el cumplimiento de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente y se ha logrado avanzar en la aplicación del decreto 943 de 2014 y el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI atendiendo las fases establecidas por el DAFP.

### *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.

En el proceso de inducción y re inducción de las personas que prestan sus servicios a favor de la Institución hospitalaria, debe lograrse un mayor compromiso de los asistentes que se vean reflejados en su quehacer diario, por ello es importante seguir fortaleciendo esta cultura para el beneficio de la Institución y obviamente de los usuarios de la ESE HUEM.

Se persiste en la mejora en la prestación del servicio y la satisfacción del usuario siendo importante fortalecer la cultura ética haciendo que se aplique por parte de todo el personal vinculado a la ESE HUEM (planta y agremiados) en los niveles administrativo y asistencial los principios y valores para lograr la atención humanizada centrada en los usuarios, para lograr grados de atención óptima o excelente evitando situaciones riesgosas en la atención a los usuarios la cual debe ser oportuna y con calidad.

La oficina Asesora de Control Interno de Gestión adelantó el seguimiento a la evolución de los riesgos de los procesos de la institución y al cumplimiento de las acciones propuestas, con el fin de verificar y proponer mejoras según la resolución interna 000559 del 24 de Abril de 2013, labor desarrollada entre el 16 de Julio y el 22 de Julio de 2014, en las siguientes áreas: Talento Humano, Laboratorio, Banco de Sangre, Consulta Externa – Urgencias, Epidemiología, Financiera, Jurídica, Planeación - Garantía de la Calidad, Gestión de la Información, Comunicación, Hospitalización, Nutrición, Patología- Imagenología, Procesos de Citología, Quirófano, Recursos Físicos, Docencia e investigación.

Se ha continuado con la política de actualización constante del Normograma de la Entidad a fin de mantener al día la normatividad que rige en materia de salud, especialmente en lo que tiene que ver con los temas de interés para la Entidad y nuestra propia normatividad interna y dando a conocer a través de TIPS en el informe o Boletín MECI que se difunde a través de la intranet la Ley 1474 de 2011 (anticorrupción) y el Decreto 903 de 2014 con relación al Sistema Único de Acreditación en Salud.

Durante el mes de agosto de 2014 el Archivo General de la Nación – AGN, realizó una asistencia técnica en respuesta a una solicitud enviada por el hospital. Los temas abordados fueron: Tablas de retención, Tablas de valoración, documentos electrónicos, seguridad informática y digitalización. El AGN como producto final de la asistencia técnica entregó un informe detallado con sugerencias para la implementación del plan de mejoramiento archivístico del HUEM, el cual se viene adoptando en estos momentos y al que se le ha venido haciendo seguimiento. Ya en el mes de septiembre la ESE HUEM inició el plan de trabajo para la elaboración y aplicación de las Tablas de Retención Documental, dando cumplimiento a la ley 594 de 2000, el decreto 2609 de 2012, hallazgos de la Controlaría y el Archivo General de la Nación. Inicialmente se realizará el levantamiento de la información general de la entidad y posteriormente en todas las dependencias por medio de una encuesta.

De igual forma el Comité de Gestión Documental trabaja en la determinación de los siguientes puntos importantes: Determinar la modificación de la resolución 0298 de 2013, la cual trata de la creación del comité de archivo. Este cambio se debe para dar cumplimiento al plan de mejoramiento archivístico. Decisión de la conformación del grupo interdisciplinario para apoyar la elaboración de las TRD. Aprobación del cronograma de trabajo para la elaboración de las TRD y decisión de la eliminación de los documentos Facturación FOSYGA.

En el transcurso del presente cuatrimestre se llevaron a cabo sendos Comités de Control Interno de Gestión en la oficina de Gerencia, donde se aprobaron entre otros los siguientes procedimientos: Traslado, depósito y entrega de cadáveres del proceso de Apoyo Diagnostico y Terapéutico en su segunda versión y el procedimiento Seguimiento y control de certificados de nacido vivo y defunción en el modulo RUAF del proceso de Gestión de la Información y Comunicación en su tercera versión. Por

otra parte, se analizaron y aprobaron los nuevos indicadores del proceso de Adquisiciones Bienes y Servicios, los cuales serán una fuente importante para tomar correctivos a este proceso en un futuro. De igual manera se aprobaron los procedimientos de Elaboración y presentación de los informes estadísticos del proceso de Gestión de la Información y Comunicación, Mantenimiento Preventivo y Mantenimiento Correctivo del proceso de Gestión del Ambiente y Recursos Físicos, Formato Planes de mejoramiento, Formato de eventos adversos, Procedimiento de notificación y análisis de eventos adversos e incidentes, Recepción y trámite de cuentas por pagar (prestación de servicios) y se hizo la presentación de seguimiento y evaluación a mapa de riesgos vigencia 2014 el cual fue aprobado. El compromiso adquirido por los responsables de los procesos es socializar e implementar los cambios efectuados en los procedimientos.

De igual forma se llevaron a cabo los Comités de Calidad en la oficina asesora de Planeación. Los temas principales que se trataron fueron la verificación de los compromisos, seguimiento a indicadores misionales, quedando como compromiso la revisión de la totalidad de los indicadores misionales por parte de los líderes de procesos con el apoyo del Grupo MECI, con el fin de ajustarlos para que permitan una mejor toma de decisiones, así como también se hizo la presentación de análisis de eventos adversos julio-agosto, presentación informe SIAU - PQRS y socialización del programa de seguridad del paciente.

Se iniciará una labor de seguimiento en cada uno de los servicios asistenciales para verificar el cumplimiento y oportunidad del servicio ofrecido a nuestros pacientes-usuarios con el fin de erradicar de la ESE HUEM conductas que atenten contra el buen nombre de la Entidad, rescatando la responsabilidad, compromiso y el sentido de servicio social y de proyección en la comunidad que siempre se ha ostentado, acordes con nuestra política institucional y la misión y visión del Hospital.

De otra parte, ante la situación que se le ha venido presentando a la ESE HUEM, y otras Empresas Sociales del Estado en cumplimiento de los artículos 80, 81 y 82 de la Ley 1438 de 2011, categorizadas por el Ministerio de Salud en riesgo medio o alto debieron adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con sujeción a los parámetros generales de contenido definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, competencia que le fue otorgada por el parágrafo del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013. Dicho documento, es un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre toda la ESE y tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, gracias al trabajo arduo de un equipo interdisciplinario conformado por Gerente, Subgerentes, Asesores, Líderes, Coordinadores, profesionales de diferentes áreas, presentó ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el PSFF revisado y aprobado por la Junta Directiva con el acuerdo No. 005 de 19 de marzo de 2014. El pasado 21 de Agosto de 2014 el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en comunicación enviada al Señor Gobernador del Departamento Norte de Santander, informó su concepto dando viabilidad al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE HUEM,

logrando así establecer una guía para el accionar del Hospital en los próximos cuatro años 2014-2017. El cumplimiento del PSFF es ahora una tarea de todos para garantizar la continuidad de nuestra Institución.

En el ánimo de generar y estimular la creatividad, se creó el concurso IDEAS que es una iniciativa de la oficina de Planeación para construir participativamente el logo del programa Seguridad del Paciente. En el participó toda la comunidad hospitalaria (Personal de planta, personal agremiados, contratistas, estudiantes, usuarios, entre otros), con fecha límite el día 31 de Octubre límite para la recepción de propuestas a través del CEGDOC. En el próximo informe se registrará el resultado de este importante evento.

Finalmente continúa el avance positivo en la ejecución de dos obras de infraestructura indispensable para la ESE HUEM en su proceso de acreditación y contempladas en el Plan de Desarrollo de la Institución: Reforzamiento estructural y adecuaciones Edificio "A" pisos 3 al 12 y Edificio "B" hasta el piso 3 y de la obra Construcción de un búnker para el servicio de radioterapia, se espera que para finales del presente año se puedan estar entregando estas dos importantes obras que beneficiaran a toda la población del departamento Norte de Santander, Arauca, sur del César y la zona de frontera con Venezuela.

En lo relacionado al seguimiento a Mapa de Riesgos de la Entidad, se realizó la respectiva evaluación, efectuándose las recomendaciones correspondientes a cada área, las cuáles se trabajarán conjuntamente con la Oficina de Planeación y el equipo MECI para una posterior evaluación al finalizar la vigencia. El consolidado del Mapa de Riesgos por proceso es el siguiente:

PROCESO	A.C.	% ACCION CUMPLIDA	A.D.	% ACCION EN DESARROLLO	A.N.I.	% ACCION NO INICIADA	TOTAL ACCIONES
TALENTO HUMANO	7	46,67	8	53,33	0	0,00	15
FINANCIERA	19	52,78	13	36,11	4	11,11	36
BANCO DE SANGRE	3	42,86	3	42,86	1	14,29	7
NUTRICION	8	80,00	2	20,00	0	0	10
FARMACIA	0	0,00	6	100,00	0	0	6
LABORATORIO	5	71,43	2	28,57	0	0	7
VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOG	9	69,23	3	23,08	1	0,13	13
PATOLOGIA E IMAGENOLOGIA	15	71,43	3	14,29	3	14,29	21
URGENCIAS	1	7,14	13	92,86	0	0	14
CONSULTA EXTERNA	3	75	1	25	0	0	4
QUIROFANO	6	23,08	17	65,38	3	11,54	26
INFORMACION Y COMUNICAC	29	42,65	27	39,71	12	17,65	68

GARANTIA DE LA CALIDAD	4	30,77	9	69,23	0	0	13
GESTION JURIDICA	5	31,25	9	56,25	2	12,50	16
DOCENCIA E INVESTIGACION	8	66,67	4	33,33	0	0,00	12
HOSPITALIZACION	19	31,67	39	65,00	2	3,33	60
RECURSOS FISICOS	11	18,64	38	64,41	10	16,95	59
PLANEACION ESTRATEGICA	1	11,11	8	88,89	0	0	9
CONTROL INTERNO	4	66,67	2	33,33	0	0	6
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>39,05</b>	<b>207</b>	<b>51,49</b>	<b>38</b>	<b>9,45</b>	<b>402</b>

Total Acciones 402, cumplidas 157, en desarrollo 207, no iniciadas 38.

#### **CONVENCIONES**

A.C : Acción cumplida  
A. D : Acción en desarrollo  
A.N.I : Acción no iniciada  
T.A : Total Acciones

La estrategia de Gobierno en Línea se continúa desarrollando, manejando entre otros aspectos: - Número de visitantes en la página web, e intranet.

Socialización de acciones para Implementación de la Política de cero papel en la ESE HUEM al 100% del personal de la ESE.

Avances en la aplicación de nuevos formatos y/o trámites a través de la página web: participación de oferentes y proponentes, solicitud de citas con cobertura departamental, se evidencian reuniones y apertura de los link para la participación de la ESE HUEM en el Programa Ciudadanía Digital.

#### ***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 continúa con el manejo de la Administración de Riesgos.

Los sistemas de información aunque se han mejorado no satisfacen las necesidades de la totalidad de los usuarios y dependencias.

Para garantizar la prestación de un mejor servicio, se mantendrá una constante vigilancia en el cumplimiento de la política institucional, visión y misión social de cada



uno de los profesionales vinculados a la ESE HUEM.

## *Subsistema de Control de Evaluación*

### *Avances*

La Auditoría Interna como actividad independiente y objetiva, de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las actividades de la Entidad, viene ejecutando el Plan Anual de Auditorías de acuerdo a su planeación y además desarrolla las Auditorías Express atendiendo las situaciones que se presenten en el transcurso de la vigencia. De igual manera se ha venido realizando seguimiento a las acciones correctivas y/o preventivas producto de las auditorías.

La oficina de Control Interno de Gestión durante los meses de Julio y Agosto previo al envío de TIPS de conocimiento generales por medio del correo electrónico ideó la estrategia de socialización y sensibilización de la Cultura de Control Interno en la institución. Estos TIPS contenían preguntas que al ser resueltas de manera individual o en grupo en cada uno de los servicios buscaba interiorizar los conceptos relacionados con la Cultura de Control Interno. Se efectuó la evaluación presencial a las oficinas para medir el grado de aprendizaje institucional de la estrategia en las siguientes áreas: Gerencia, Subgerencia Administrativa, Subgerencia de Salud, Financiera, Planeación, Jurídicas, Sistemas, Docencia e Investigación, Revisoría Fiscal, Prensa, Aportes patronales, CEGDOC, Rehabilitación, Epidemiología, Recursos Físicos ( Mantenimiento- Almacén-Ambiental) Nutrición, Cartera , Hospitalización pediatría piso 3 , Estadística, Talento Humano, Banco de sangre, SIAU , Apoyo a la Atención- Coordinación de Enfermería, Oncología, Consulta Externa, Urgencias Adultos, Quirófano, Esterilización, Hospitalización piso 7 y Hospitalización piso 8. En dicha actividad el personal evaluado demostró sentido de pertenencia y empoderamiento con los compromisos Institucionales lo que permitió obtener las siguientes calificaciones en los tres Ítems: Compromiso-Alto, Actitud-Positiva, Conocimiento-Eficiente. Las áreas que no soportaron los criterios de la conceptualización establecida en el fomento de la Cultura de Control Interno, fueron reprogramadas, no sin antes manifestarles el compromiso Institucional de fortalecer esta conceptualización importante para el desarrollo de las actividades diarias.

Durante las fechas del 14 al 25 de Julio de 2014 se llevó a cabo Auditoría Especial por parte de la Contraloría General del Departamento a la ESE HUEM, sobre la vigencia 2013 y los meses de Enero a Abril de 2014 especialmente a temas relacionados con los procesos contractuales, produciéndose el informe preliminar donde se detallaron algunos hallazgos que a su vez originaron el respectivo Plan de Mejoramiento en el cual se encuentra empeñado actualmente la Entidad. De igual manera durante el transcurso del mes de Octubre (27 y 28) el Departamento Nacional de Planeación (D.N.P.) realizó Auditoría Visible de control social a los recursos del sistema general de regalías que actualmente se invierten en los proyectos que desarrolla el Hospital, especialmente en el de construcción y dotación de la unidad de radioterapia de Cúcuta, Norte de Santander, el cual arrojó algunos hallazgos produciéndose en consecuencia el respectivo Plan de Mejoramiento de la Entidad que actualmente se encuentra en su etapa de elaboración, en desarrollo de estas Auditorías y dentro de las competencias de la Oficina de Control Interno se ha cumplido con la labor dirigida

a la coordinación y consolidación de información requerida por la Contraloría Departamental y para el caso de la Auditoría del D. N. P. en cabeza de la Oficina Asesora de Planeación, realizándose las mismas de manera oportuna y eficiente.

Se ha continuado con el acompañamiento en los seguimientos a los procesos de Habilitación y Acreditación en toda la entidad.

### *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.

Persisten dificultades para transmitir a las personas a su cargo la cultura del mejoramiento continuo, por ello se continuará en este proceso al interior de la Entidad. Las recomendaciones producto de las auditorías realizadas no se cumplen en un 100%, se insiste ante los diferentes líderes y/o coordinadores el cumplimiento de las mismas.

En el seguimiento a los riesgos se observa que muchas de las acciones planteadas no son conducentes para evitar o mitigar el riesgo, así mismo algunos de los indicadores deben ajustarse para que sean efectivos en la medición, por ello se han formulado las recomendaciones pertinentes.

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

El Sistema de Control Interno de la ESE HUEM ha logrado un establecimiento y mantenimiento, que ha permitido realizar un avance de mejoramiento en los procesos, mediante el ajuste a las caracterizaciones, la definición y aplicabilidad de controles y de las mejoras resultantes de los procesos de auditoría practicados tanto internamente como de parte de entes externos, así como la definición de mejoras por autocontrol, tomando medidas más preventivas para garantizar el logro de los resultados. Sin embargo debe seguirse trabajando intensamente para lograr los estados óptimos de avance en cada uno de los procesos.

### *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:

- Fortalecer el Sistema de Atención al Usuario permitiendo que las quejas y reclamos de los usuarios generen respuestas y ajustes para el mejoramiento institucional con oportunidad.
- 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 auditorias realizadas.
- Continuar con la implementación de las tablas de retención documental (TRD)
- Integrar el archivo de gestión central
- Continuar con la actualización y depuración del inventario de activos fijos de la institución.
- 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.
- Fortalecer el elemento del Talento Humano, en los aspectos inherentes a la Inducción y re inducción.
- 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.

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