

Informe MECI JUL a OCT 2019 1 de 31

## **INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

### **PERIODO JULIO DE 2019 A OCTUBRE DE 2019**

El presente informe cuatrimestral corresponde al periodo de julio de 2019 a octubre de 2019. Se realiza en cumplimiento de Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno.

Componentes del Modelo Estándar de Control Interno –MECI actualizados en el MIPG  
Dicho modelo cuenta con una estructura de cinco componentes:

- Ambiente de Control
- Evaluación del Riesgo
- Actividades de control
- Información y Comunicación
- Monitoreo y seguimiento

Para ello, las entidades, en términos generales deberán diseñar y mantener la estructura del MECI a través de sus cinco componentes i) Ambiente de Control; ii) Evaluación del Riesgo; iii) Actividades de Control; iv) Información y Comunicación; v) Actividades de Monitoreo. Así mismo, es necesario asignar las responsabilidades en la materia, a cada uno de los servidores, acorde con el esquema de las líneas de defensa del MIPG.

El informe se presenta de acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Primero se presenta los avances y con respecto a los requerimientos normativos y en la parte final las dificultades y recomendaciones

### **1. AMBIENTE DE CONTROL**

**Asegurar un Ambiente de Control.** Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en las siguientes materias: La integridad (valores) y principios del servicio público; asignación de la responsabilidad y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte; definición de una planeación estratégica, responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de

Informe MECI JUL a OCT 2019 2 de 31  
forma razonable su cumplimiento; una gestión del talento humano con carácter estratégico y con un despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público<sup>1</sup>.

### 1.1 Compromiso con la Integridad

La efectividad del ambiente de control se consolida mediante una cultura ética, 2<sup>a</sup> "La integridad consiste en la coherencia entre las declaraciones y las realizaciones", entendiéndose esta como una característica personal, que en el sector público también se refiere al cumplimiento de la promesa que cada servidor le hace al Estado y a la ciudadanía de ejercer a cabalidad su labor.

Como EL Hospital del Sarare tiene un sistema integrado el **Código de integridad** se articula a el Programa **de Humanización** integrando sus actividades.

Para el periodo evaluado se puede evidenciar las siguientes actividades del Código de Integridad (valores del servidor público):

N°	FECHA	COBERTURA	ACTIVIDAD	LUGAR
1	15-feb-19	Redes sociales	Publicación Video de Código de Integridad con el capellán de la institución Heiler Giraldo, integrando el primer valor HONESTIDAD.	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/699160270486029/?t=3">https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/699160270486029/?t=3</a> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=zT5xw1y-twg">https://www.youtube.com/watch?v=zT5xw1y-twg</a> <a href="https://twitter.com/i/status/1107760179569930241">https://twitter.com/i/status/1107760179569930241</a>
2	27feb/2019	Redes Sociales	Publicación Video Valor RESPETO , con funcionarios y capellán del Hospital, lo que hago...	<a href="#">Redes sociales,</a> <a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/2264395617175914/UzpfSTEWMDAwNzgyODQxNTk2ODoyMzE2NjMyNzU1Mjc0MzE2/?lst=100007828415968%3A100007828415968%3A1564159097&amp;subkey=manage">https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/2264395617175914/UzpfSTEWMDAwNzgyODQxNTk2ODoyMzE2NjMyNzU1Mjc0MzE2/?lst=100007828415968%3A100007828415968%3A1564159097&amp;subkey=manage</a> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=c80jtPcghpM">https://www.youtube.com/watch?v=c80jtPcghpM</a> <a href="https://twitter.com/i/status/1107987536272637953">https://twitter.com/i/status/1107987536272637953</a>
3	13-mar-19	211 funcionarios alcanzados.	Campaña de vacunación contra la DESHUMANIZACIÓN – ANTI-ITEGRILINA para todos los funcionarios de la institución.	Sede principal - Área misional

<sup>1</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

<sup>2</sup> Manual MIPG

Informe MECI JUL a OCT 2019 3 de 31

4	14-mar-19	48 funcionarios alcanzados	Campaña de vacunación contra la DESHUMANIZACIÓN – ANTI-ITEGRILINA para todos los funcionarios de la institución	Sede principal-Área Administrativa
5	14-mar-19	Redes sociales	Publicación Video Valor COMPROMISO por parte de del capellán de la institución Heiler Giraldo.	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=CHGw_akFjio">https://www.youtube.com/watch?v=CHGw_akFjio</a> <a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/395662791167052/">https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/395662791167052/</a>
6	15-mar-19	44 funcionarios alcanzados	VACUNACION CONTRA LA DESHUMANIZACIÓN – ANTI-ITEGRILINA	Sede UNAP- Área misional
7	28-mar-19	12 funcionarios alcanzados	Embajadores de Humanización y Código Integridad con líderes de cada proceso de la institución	Auditorio ANTHOC- Jorge Eduardo Prieto
8	1-abr-19	Redes sociales	Publicación de Video Valor DILIGENCIA por parte del capellán de la institución Heiler Giraldo	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/778716969195571/?t=7">https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/778716969195571/?t=7</a> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=c80jtPcghpM">https://www.youtube.com/watch?v=c80jtPcghpM</a> <a href="https://twitter.com/i/status/1112830837710602240">https://twitter.com/i/status/1112830837710602240</a>
9	22-may-19	Emisora Sarare Stereo 88.3 Fm	Programa de Código de integridad, a la población por parte del capellán de la institución Heiler Giraldo	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/2415668705321739/?t=627">https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/2415668705321739/?t=627</a>
10	27-may-19	20 funcionarios alcanzados	Actividad de Activación de lazo YO NUNCA HE y Activación de DADO con el personal del Área de Cirugía	Sala de TAC proceso de Cirugía Hospital del Sarare ESE

N°	FECHA	COBERTURA	ACTIVIDAD	LUGAR
11	4 Julio-19		Actividad Usuario pediatría Dejando Huellas	
12	5 Julio-19	68 funcionarios alcanzados	Actividades Lúdicas Humanización y código de integridad	Finca Encinar de Mamre
13	12 julio-19	84 funcionarios alcanzados	Actividades Lúdicas Humanización y código de integridad	Finca Encinar de Mamre
14	19 julio-19	83 funcionarios alcanzados	Actividades Lúdicas Humanización y código de integridad	Finca Encinar de Mamre
15	26 julio-19	48 funcionarios alcanzados	Actividades Lúdicas Humanización y código de integridad	Finca Encinar de Mamre
16	2 agosto*	86 funcionarios alcanzados	Actividades Lúdicas Humanización y código de integridad	Finca Encinar de Mamre
17	9 agosto	75 funcionarios alcanzados /444	Actividades Lúdicas Humanización y código de integridad	Finca Encinar de Mamre

Informe MECI JUL a OCT 2019 4 de 31

18	4 sept-19	14 funcionarios alcanzados	Video control de emociones Pediatria tarde de película	Sala de star pediatria
19	12 sept-19	14 funcionarios alcanzados	Video Prevención abuso sexual derechos y deberes usuario	Sala de star pediatria
20	26 sept-19	13 funcionarios alcanzados	Charla atención al usuario Proceso de Cirugía	Sala de espera TAC
21	01 oct-19	29 funcionarios alcanzados	Comunicación Asertiva- Agua de valores Código de Integridad	UNAP
22	10 -11 Oct/19	300 funcionarios alcanzados	Farmacovigilancia Humanizada	ANTHOC
23	15 oct-19		Atención Humanizada Vigilancia	UNAP
24	18 oct-19	16 funcionarios alcanzados	Tarde de juegos Internación	Medicina interna
25	21 Oct-19	10 funcionarios alcanzados	Charla de Comunicación Asertiva Laboratorio	ANTHOC
26	29-30 Oct- 19	35 funcionarios alcanzados	Atención Humanizada al Usuario y Comunicación Asertiva	ANTHOC / TAC
27	7 Nov-19	25 funcionarios alcanzados	Campaña Buen trato a la gestante.	

De acuerdo al Manual del MIPG y al Manual de implementación del Código de Integridad: se conformó los miembros del equipo de trabajo, Se realizó revisión del Material de la caja de herramientas y se priorizo las actividades a realizar, se armonizó con otros documentos éticos (Política de Humanización) y se encuentra en la etapa sensibilización y de adaptación del código de integridad y Política de Humanización. Siendo de conocimiento por más del 90% de los colaboradores del Hospital.

## 1.2 Asegurar una adecuada Gestión del Talento Humano

Un ambiente de control se fortalece a partir del aseguramiento de la política del talento humano y con el desarrollo de la Gestión Estratégica del Talento humano de acuerdo a la primera dimensión del MIPG.

Para el periodo evaluado se evidenciaron las siguientes acciones:

- Se elaboró y aprobó el Plan de Bienestar social del a vigencia 2019 mediante Resolución de Gerencia 074 del 29 de marzo de 2019 se encuentra publicada en: <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/TALENTOHUMANO/2019-PLAN-DE-BIENESTAR-SOCIAL.pdf>.
- Se elaboró y aprobó el plan de capacitación 219 mediante Resolución 074A de 29 de marzo de 2019. Y publicado en: <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/TALENTOHUMANO/PLAN-CAPACITACIONES-2019.pdf>.
- Aprobación del plan de incentivos 219 mediante Resolución 074A de 29 de marzo de 2019. Y publicado en:

Informe MECI JUL a OCT 2019 5 de 31

<http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/TALENTOHUMANO/INFORME-INCENTIVOS-2018.pdf>

Para la elaboración de los planes de capacitación y bienestar se aplicó la *Ficha diagnóstica de bienestar Laboral* de la Guía de Estímulos para servidores públicos versión septiembre de 2018. Lo que permitió conocer las opiniones del personal del Hospital acerca de las necesidades de capacitación y bienestar. Dentro del periodo evaluado se pudo evidenciar las siguientes actividades de ejecución del plan de bienestar: Homenaje al día departamental del llanero con 400 asistentes correspondientes al 100% de lo esperado, Torneo relámpago de microfútbol 144 asistentes correspondiente al 72%, día del niño 334 asistentes correspondiente al 71.06%, logística y preparación de refrigerios para capacitación desarrollo del V congreso de la seguridad del paciente 1.500 refrigerios correspondiente al 100% siendo este el de mayor participación y aceptación. Los anteriores datos de acuerdo a los registros de asistencia entregados a la oficina de control interno.

Dentro del área de Protección de servicios Sociales, en el desarrollo del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo se formuló el Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019, este documento se encuentra publicado en: <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/SG-SST2019/PLAN-DE-TRABAJO-SG-SST-2019.pdf>.

Dentro de las actividades más relevantes ejecutadas en el periodo evaluado se encuentran: Actividades de Promoción y Prevención de la Salud:

- Ejecución del sistema de vigilancia epidemiológica (SVE): las De acuerdo al diagnóstico de peligros y riesgos se identificaron las siguientes tareas de alto riesgo rayos x, referencia y contra referencia, trabajo en alturas (mantenimiento y sistemas):
  - Ejecución del SVE para Radiaciones Ionizantes: Se realizaron 34 exámenes médicos periódicos al personal expuesto a radiaciones ionizantes, Se realizaron 34 exámenes de monitoreo biológicos (de Laboratorio), revisión de estado para determinar la conducta a seguir, Se asignaron 34 dosímetros personales y seguimiento de la dosis. Cubriendo el 100% del personal.
  - Seguimiento y control a personal con riesgo alto (conductores).
  - Seguimiento SVE a personal con riesgo biomecánico osteomuscular de los cuales hay 6 enfermedades laborales: Talleres de higiene postural (personal de cirugía, medicina interna y UCIM), adquisición de tablas de transferencias, Taller de higiene postural servicios generales por ser población en riesgo priorizado

Ejecución de Actividades de Prevención en la Enfermedad: se realizó semana de la salud laboral donde el 100% de los funcionarios participaron en las siguientes actividades.

- Valoración Nutricional
- Ejecución de exámenes preventivos: Audiometrías
- Valoración para riesgo cardiovascular
- Citologías
- Exámenes para la detección de Cáncer de Seno

Informe MECI JUL a OCT 2019 6 de 31

- Psicoterapia Spa Relajación
- Programa de vacunación laboral: HB1, HB2, HB3, Fiebre Amarilla, Influenza y Sarampión

Actividades de entorno laboral saludable: las actividades más relevantes ejecutadas de acuerdo al diagnóstico:

- Se realizaron talleres de riesgo Biomecánico, talleres de prevención en manejo de cargas, e higiene postural, manejo de talleres prácticos con pacientes, Para el personal de odontología, y enfermería
- Se realizó la entrega de 62 sillas ergonómicas para el área operativa, 80 pendientes por entregar.
- Se realizaron 10 visitas de inspección a áreas: locativas, orden y ase, riesgo eléctrico, luminarias, entre otras
- Programa de inmunización: en el año 2019 se han realizado 11 campañas de vacunación al personal de la institución de todas las áreas, aplicando 331 dosis de biológico al personal de la institución del personal faltante por esquemas.

Protocolo de Reporte y Gestión de los Accidentes: se han presentado 39 accidentes laborales hasta el 31 de octubre de 2019 por:

- Biológico
- Politraumatismo por riesgo osteomusculares
- Deportivos
- Riesgos osteomusculares
- Riesgo mecánico
- Riesgo locativo
- Accidente de trabajo

### **1.3 Fortalecer el Sistema de Control Interno-Direccionamiento estratégico**

Este componente focaliza en el compromiso, liderazgo y lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el ejercicio del control interno, así como establecer los lineamientos para fortalecer el Sistema de Control Interno en la entidad. En el “Esquema de Líneas de Defensa”, la Alta Dirección es la “Línea Estratégica” y le corresponde evaluar los controles desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Para ello, en el periodo evaluado, se llevaron a cabo los siguientes Comités, en los cuales se tomaron decisiones para garantizar un ambiente de control y asegurar la gestión del riesgo en la entidad:

Reunión del comité de Control Interno el día 16 de mayo de 2019, en donde se trató los siguientes temas:

- Socialización resultados del FURAG, del MECI y MIPG 2018.
- Socialización y aprobación del mapa de riesgos institucional 2019 (mapas de riesgos institucional, mapa de riesgos de seguridad informática y mapa de riesgos de corrupción)

Informe MECI JUL a OCT 2019 7 de 31

- Aprobación de plan anual de auditorías.

Dentro de marco de la reunión del Comité se les explico a los integrantes el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG la importancia y la responsabilidad dentro de la Línea Estratégica en el mantenimiento de Sistema de Control Interno.

#### **1.4 Gestión con valores para resultado**

Para fortalecer un “*Ambiente de Control*” se han implementado las políticas de la 3ª. Dimensión de MIPG “*Gestión con Valores para Resultados*”, cuyas actividades han permitido, durante el periodo evaluado, el logro de las metas propuestas en el Plan de Acción Institucional 2019:

#### **Ventanilla hacia adentro:**

##### **1.4.1 Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos:**

<sup>3</sup>El propósito de esta política es permitirles a las entidades contar con una estructura organizacional y un modelo de procesos que facilite la operación alineada con el Direccionamiento Estratégico y Planeación de la entidad.

Mediante Resolución 043 del 14 de febrero de 2019 se aprobó la Política de institucional de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de procesos.

De acuerdo al resultado de la encuesta FURAG el avance en la implementación en la vigencia 2018 fue de 45.9%. En el primer semestre de 2019 dentro de las acciones adelantadas para la implementación de la política de fortalecimiento institucional y simplificación de procesos se evidencia:

- Justificación y proyección de actualización los actos administrativos que conforman la arquitectura de la organización.
- Presentación de nueva estructura orgánica a junta directiva y presentación y aprobación por parte de la asamblea departamental, quien aprueba mediante ordenanza 04E de 2019.
- Actualización y aprobación de la planta de personal de acuerdo a la normatividad vigente sin aumento de número de cargos mediante Acuerdo 06 de 2019.
- Proyección del nuevo mapa de procesos, a la fecha pendiente por aprobación

---

<sup>3</sup> Política de fortalecimiento institucional MIPG

## **Relación estado ciudadano**

### **1.4.2 Rendición de cuentas**

Dentro del marco Plan Anticorrupción Atención al Ciudadano 2019, se formuló la Estrategia de Rendición de Cuentas. De acuerdo al seguimiento se evidencia el cumplimiento de las actividades planteadas a 30 de junio de 2019 las siguientes:

Informe MECI JUL a OCT 2019 9 de 31

Actividades		Meta o producto	Responsable	Actividades cumplidas
1.1	Publicar en Página Web el Plan Anual De Adquisiciones	Plan Adquisiciones	Almacén/sistemas	<a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/ALMACEN/2019PAA.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/ALMACEN/2019PAA.pdf</a>
1.2	Publicar en página Web Evaluación plan de Acción 2018 y proyección 2019	Plan de acción Evaluado; Plan de Acción Proyectado	Planeación/sistemas	<a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/EVALUACIONPLANDEACCION2018.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/EVALUACIONPLANDEACCION2018.pdf</a> <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/PLANDEACCION2019-2.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/PLANDEACCION2019-2.pdf</a>
1.3	Publicar Plan Anticorrupción 2018 y sus respectivas evaluaciones	Plan Anticorrupción, Evaluación Plan anticorrupción	Planeación/sistemas	<a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANANTICORRUPCIONYATENCIONALCIUDADANO2019.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANANTICORRUPCIONYATENCIONALCIUDADANO2019.pdf</a>
1.4	Publicación de Informes Pormenorizados de Control Interno	Informes control Interno	Sistemas	<a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2019/INFORME-CUTRIMESTRAL-MECI-NOV-2018-A-FEBRERO-2019.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2019/INFORME-CUTRIMESTRAL-MECI-NOV-2018-A-FEBRERO-2019.pdf</a>
1.5	Envío de informes a los diferentes entes de control		Planeación/	Se verifico él envió oportuno de los siguientes informes Contraloría Departamental, Supersalud, CGR, Contaduría General de la Nación, Ministerio de Salud correspondientes al primer trimestre de 2019. A la fecha de corte 30 de junio/2019, no se han cumplido los plazos de envió correspondientes al segundo semestre de 2019.
1.6	Publicación de Estados Financieros	Estados financieros publicados	sistemas	<a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/2018-4TRIM/9.-ESTADO-DE-RESULTADOS-INTEGRAL.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/2018-4TRIM/9.-ESTADO-DE-RESULTADOS-INTEGRAL.pdf</a> , <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/2018-4TRIM/8.-ESTADO-DE-LA-SITUACION-FINANCIERA.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/2018-4TRIM/8.-ESTADO-DE-LA-SITUACION-FINANCIERA.pdf</a> <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2019/ESTADO-DE-RESULTADO-INTEGRAL-MARZO-31-DE-2019.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2019/ESTADO-DE-RESULTADO-INTEGRAL-MARZO-31-DE-2019.pdf</a> <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2019/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-MARZO-31-DE-2019.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2019/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-MARZO-31-DE-2019.pdf</a> . Se recomienda la publicación de estados financieros mensuales de acuerdo con la normatividad vigente.
1.7	Publicación en página Web de la institución, SECOP, Contraloría	Publicación de etapas contractuales	Jurídica Talento humano	Se evidencio el cargue y envió oportuno de la información de los contratos realizados semestre al SIA OBSERVA. Se publicó en página las invitaciones a contratar de mínima y menor cuantía. A la fecha de elaboración de este informe no se ha cargado la totalidad de la contratación en la SECOP.

**Informe MECI JUL a OCT 2019 10 de 31**

2.1	Realizar Cuatrimestralmente Reunión con asociación de Usuarios para debatir temas relacionados con la institución	Evidencia formato acta de reunión (3 por año)	SIAU Control Interno Planeación Dirección Calidad	Se realizó reunión con asociación de usuarios y grupos de interés los días 28 de mayo de 2019 y una segunda reunión para continuación de temas el día 12 de junio de 2019.
2.2	Realizar Mensualmente foro interactivo con usuarios mediante Facebook y dos publicaciones semanales con información de interés	Foro de Conversación mediante redes sociales	Comunicaciones	Actividad no iniciada
2.3	Realizar diariamente encuestas de Satisfacción a usuarios y consolidar el informe trimestralmente	Resultado de Encuesta	SIAU	En el primer trimestre se realizaron 1358 encuestas. Se realizó informe trimestral de satisfacción el cual fue enviado a al UAESA. Para la fecha de corte de este informe no se ha consolidado la información del segundo trimestre, sin embargo se pudo evidenciar la aplicación de la encuesta de satisfacción durante el segundo trimestre. Se evidencia la realización de encuestas de satisfacción a través de medios electrónicos, lo que facilita la revisión y tabulación
2.4	Realizar 1 programa de radio en vivo y transmitido en Facebook live, con periodicidad semanal a partir del mes de Febrero, para brindar participación a la población del municipio y su área de influencia	Programa de Radio	Comunicaciones	Durante el semestre se realizaron 26 programas de radio con temas de interés, de los cuales 21 se transmitieron en vivo a través del Facebook live, cumpliendo la meta de un programa en los meses de julio a octubre. Lo q demuestra que se acataron las recomendaciones del seguimiento del cuatrimestre.
3.1	Identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la entidad para promover la participación en la implementación de los ejercicios de rendición de cuentas con base en fuentes externas.	Manual único de rendición de cuentas	Planeación/Control Interno	Se encuentra en proceso de elaboración el Manual único de rendición de cuentas.
3.2	Identificar las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural para afectan el desarrollo de la rendición de cuentas.			
3.3	Disponer de mecanismos para que los grupos de interés colaboren en la generación, análisis y divulgación de la información para la rendición de cuentas.		Dirección	Se realizó reunión con equipo de Audiencia de rendición de cuentas con el fin de dar a conocer el objetivo de la misma y realizar la preparación teniendo en cuenta el lenguaje a ultimar. Se evidencia acta de reunión del 04 de mayo de 2019.
3.4	Realizar reuniones preparatorias y acciones de capacitación con líderes de organizaciones sociales y grupos de interés para formular y ejecutar mecanismos de convocatoria a los espacios de diálogo.	Acta de reunión	Planeación/Control Interno	Se realizó reunión preparatoria día 07 de mayo de 2019, se evidencia acta de reunión preparatoria previa a la audiencia pública de rendición de cuentas.

**Informe MECI JUL a OCT 2019 11 de 31**

3.5	Asegurar el suministro y acceso de información de forma previa a los ciudadanos y grupos de valor convocados, con relación a los temas a tratar en los ejercicios de rendición de cuentas definidos	Informe de rendición de cuentas	Dirección Control Interno Planeación	Se elaboró informe de rendición de cuentas de la vigencia 2018 con el fin de ser consultado antes de la rendición de cuentas. <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/INFORME--RENDICION-DE-CUENTAS-2018_compressed.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/INFORME--RENDICION-DE-CUENTAS-2018_compressed.pdf</a> .
4.1	Estandarizar formatos internos de reporte de las actividades de rendición de cuentas que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: Actividades realizadas, grupos de valor involucrados, aportes, resultados, observaciones, propuestas y recomendaciones ciudadanas.	Formatos de reporte	Control Interno	Actividad en desarrollo
4.2	Elaborar proceso de rendición de cuentas de los diferentes procesos que componen la institución	Proceso de rendición de cuentas	Control Interno	Se elaboró y aplico lista de chequeo de rendición de cuentas teniendo como base la Circular 08 de 2018 de la Supersalud.
4.3	Realización de la jornada de rendición de cuentas	Evento dirigido a la comunidad en general	Gerencia	Se realizó jornada de rendición de cuentas el día 11 de mayo de 2019.
4.4	Evaluación del proceso de Rendición de cuentas	Encuesta de calificación	Control Interno	Se aplicó encuesta de satisfacción de la jornada de rendición de cuentas.
4.5	Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas en la entidad	Plan de mejoramiento de la estrategia rendición de cuentas	Planeación/Control Interno	Producto de la rendición de cuentas se levantó acta de rendición de cuentas de acuerdo a los parámetros de la circular 08 de la Supersalud, en donde incluyen los compromisos adquiridos en la audiencia rendición de cuentas.
4.6	Publicar los resultados de la rendición de cuentas clasificando por categorías, las observaciones y comentarios de los ciudadanos, los grupos de valor y organismos de control,	Informe de rendición de cuentas	Control Interno	<a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/ACTA-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-11-DE-MAYO-DE-2019.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/ACTA-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-11-DE-MAYO-DE-2019.pdf</a>

### 1.4.3 Servicio al ciudadano

Se actualizo el procedimiento de recepción de PQRSF de conformidad con la Circular 08 de 2018 de la Supersalud, agregando la información faltante solicitada en la circular como EPS del usuario, medio de recepción, cedula entre otros.

A través del programa de Humanización se ha realizado en las salas de espera de urgencias y consulta de medicina especializada socialización de derechos y deberes de los usuarios. Se evidencia registro fotográfico y listado de asistencia.



Informe MECI JUL a OCT 2019 12 de 31

#### 1.4.4 Rendición de cuentas

Como parte del componente de Rendición de Cuentas formulado en el marco del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, se evidencia el siguiente cumplimiento:

RENDICION DE CUENTAS (actividades programadas)				SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
Subcomp onente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Actividades cumplidas	% avance	
Incentivos para motivar la cultura de rendición y petición de cuentas	3.1	Identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la entidad para promover la participación en la implementación de los ejercicios de rendición de cuentas con base en fuentes externas.	Manual único de rendición de cuentas	Planeación/Control Interno	Se encuentra en proceso de elaboración el Manual único de rendición de cuentas.	50%
	3.2	Identificar las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural para afectan el desarrollo de la rendición de cuentas.				50%
	3.3	Disponer de mecanismos para que los grupos de interés colaboren en la generación, análisis y divulgación de la información para la rendición de cuentas.		Dirección	Se realizo reunión con equipo de Audiencia de rendición de cuentas con el fin de dar a conocer el objetivos de misma y realizar la preparación teniendo en cuenta el lenguaje a utilizar. Se evidencia acta de reunión del 04 de mayo de 2019.	70%
	3.4	Realizar reuniones preparatorias y acciones de capacitación con líderes de organizaciones sociales y grupos de interés para formular y ejecutar mecanismos de convocatoria a los espacios de diálogo.	Acta de reunión	Planeación/Control Interno	Se realizo reunión preparatoria día 07 de mayo de 2019, se evidencia acta de reunión preparatoria previa a la audiencia publica de rendición de cuentas.	100%
	3.5	Asegurar el suministro y acceso de información de forma previa a los ciudadanos y grupos de valor convocados, con relación a los temas a tratar en los ejercicios de rendición de cuentas definidos	Informe de rendición de cuentas	Dirección Control Interno Planeación	Se elaboro informe de rendición de cuentas de la vigencia 2018 con el fin de ser consultado antes de la rendición de cuentas. <a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/INFORME--RENDICION-DE-CUENTAS-2018_compressed.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/INFORME--RENDICION-DE-CUENTAS-2018_compressed.pdf</a>	100%
Evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional	4.1	Estandarizar formatos internos de reporte de las actividades de rendición de cuentas que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: Actividades realizadas, grupos de valor involucrados, aportes, resultados, observaciones, propuestas y recomendaciones ciudadanas.	Formatos de reporte	Control Interno	Actividad en desarrollo	30%
	4.2	Elaborar proceso de rendición de cuentas de los diferentes procesos que componen la institución	Proceso de rendición de cuentas	Control Interno	Se elaboro y aplico lista de chequeo de rendición de cuentas teniendo como base la Circular 08 de 2018 de la Supersalud.	50%
	4.3	Realización de la jornada de rendición de cuentas	Evento dirigido a la comunidad en general	Gerencia	Se realizo jornada de rendición de cuentas el día 11 de mayo de 2019	100%
	4.4	Evaluación del proceso de Rendición de cuentas	Encuesta de calificación	Control Interno	Se aplico encuesta de satisfacción de la jornada de rendición de cuentas.	70%
	4.5	Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas en la entidad	Plan de mejoramiento de la estrategia rendición de cuentas	Planeación/Control Interno	Producto de la rendición de cuentas se levanto acta de rendición de cuentas de acuerdo a los parámetros de la circular 08/2018 de la Supersalud, en donde incluyen los compromisos adquiridos en la audiencia rendición de cuentas.	80%
	4.6	Publicar los resultados de la rendición de cuentas clasificando por categorías, las observaciones y comentarios de los ciudadanos, los grupos de valor y organismos de control,	Informe de rendición de cuentas	Control Interno	<a href="http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/ACTA-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-11-DE-MAYO-DE-2019.pdf">http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/ACTA-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-11-DE-MAYO-DE-2019.pdf</a>	100%
<b>PORCENTAJE DE AVANCE COMPONENTE 3</b>					<b>66%</b>	

## **2. EVALUACION DEL RIESGO**

**Asegurar la gestión del riesgo en la entidad.** Esto se logra con un ejercicio liderado por el Representante Legal su equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, para identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales<sup>4</sup>.

- Mediante Resolución 101 del 16 de mayo de 2019 el Hospital del Sarare actualizo y adopto la Política de Administración del riesgo. Esta se encuentra publicada en <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/politicas/RESOLUCION-N101-DEL-16-DE-MAYO-2019.pdf>. En donde se definieron las responsabilidades de los riesgos en las tres líneas de defensa de control interno.
- En el área misional se cuenta con el Programa de Seguridad del paciente, en donde se tiene establecido un link de reporte de eventos adversos en la atención, de los cuales se lleva registro, se realizan análisis de eventos e incidentes. Mensualmente se reúne el comité de seguridad del paciente con el fin de exponer los eventos e incidentes presentados en el mes.
- En los meses de marzo y abril se llevó a cabo la elaboración del mapa de riesgo institucional, de acuerdo a la nueva guía de Administración del Riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 4. (Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital).
- El 16 de mayo de 2019 fue presentado al Comité de control interno el mapa de riesgo Institucional, siendo aprobado: mapa de riesgos de corrupción articulado a riesgos LA –FT (Se priorizaron 4 riesgos), mapa de riesgos de seguridad digital (Se priorizaron 4 riesgos) y mapa de riesgo institucional –procesos (Se priorizaron 3). Para un total de 11 riesgos identificados y priorizados con acciones de gestión del riesgo.

### ➤ **Mapa de riesgos de corrupción:**

Los riesgos definidos y priorizados de acuerdo a la evaluación de controles (riesgo inherente y riesgo residual) dentro del mapa de riesgos de corrupción son los siguientes:

---

<sup>4</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Informe MECI JUL a OCT 2019 14 de 31

No. RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE			RESULTADO O DEL CONTROL	REDUCE	RIESGO RESIDUAL			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE
		PROB	IMPACTO	EVALUACION RIESGO			PROB	IMPACTO	NUEVA EVALUACION			
R1	Contratar con personas naturales o jurídicas, o formas asociativas que se encuentre vinculadas a listas restrictivas por lavado de activos y financiación del terrorismo o que tengan reportes negativos por antes de control del Estado Colombiano.	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	NO PRESENTA CONTROLES	IMPACTO	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	Reducir el Riesgo	Realizar seguimiento a la revisión de listas restrictivas cada vez que se realice un contrato	Oficial de Cumplimiento SARLAFT
R2	Favorecimiento a terceros en procesos Contractuales y/o Jurídicos	1	4	ZONA DE RIESGO ALTA	NO PRESENTA CONTROLES	IMPACTO	1	4	ZONA DE RIESGO ALTA	Reducir el Riesgo	1. Definir una herramienta de verificación de tiempos de los procesos legales. 2. Seguimiento a los procesos internos y externos jurídicos 3. Auditoría interna semestral sobre procesos jurídicos.	Oficina Jurídica
R3	Pérdida de bienes y activos de la Institución	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	NO PRESENTA CONTROLES	PROBABILIDAD	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Reducir el Riesgo	1. Monitoreo a través de Inventarios conforme lo estipula el manual de propiedad planta y equipo. 2. Capacitación acerca de la responsabilidad y uso de bienes del estado a todos los responsables de activos.	Almacén
R4	Faltantes en el Inventario de bienes de consumo e insumos para la prestación de los servicios	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	NO PRESENTA CONTROLES	PROBABILIDAD	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Reducir el Riesgo	Monitoreo a través de Inventarios conforme lo estipula el manual de propiedad planta y equipo	Almacén y Farmacia

➤ **Mapa de riesgos operacional.**

No. RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE			RESULTADO DEL CONTROL	REDUCE	RIESGO RESIDUAL			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PROCESO
		PROB	IMPACTO	EVALUACION RIESGO			PROB	IMPACTO	NUEVA EVALUACION				
R1	Fallo de Demandas en contra de la Institución	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABILIDAD	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir y aprobar política de defensa jurídica</li> <li>Actualizar el acto administrativo de conformación del comité de conciliación</li> <li>Elaborar el reglamento del Comité de Conciliación y aprobar mediante resolución o circular</li> <li>Realizar estudio de casos reiterados a través del comité de conciliación</li> <li>Realizar informe que contenga las conclusiones del análisis y las propuestas de acción en cuanto a las medidas que se deben implementar para superar y/o prevenir las problemáticas identificadas, al comité de conciliación, para que se adopten las decisiones a que haya lugar.</li> <li>Realizar plan de acción del comité de conciliación para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, medir la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación</li> <li>Diseñar y aplicar el documento de políticas de defensa</li> <li>Documentar los procedimientos asociados a la defensa jurídica teniendo en cuenta nueva normatividad, nuevas formas de operación y propuestas de optimización.</li> <li>Elaborar un repositorio de los casos que lleva la entidad</li> <li>Salvaguardar en la entidad copia física y/o magnética, de todo lo respectivo al trámite de los procesos judiciales. Adicional a ello registrar las actuaciones y decisiones de cada proceso en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado, de acuerdo con los manuales e instructivos que para el efecto produce la Dirección de Gestión de información.</li> <li>Medir y evaluar los resultados de los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de las políticas realizadas en materia de defensa jurídica.</li> <li>Medir y evaluar la tasa de éxito procesal</li> <li>Identificar los riesgos inherentes al ciclo de defensa jurídica y realizar la valoración de impacto y probabilidad, así como los controles y planes de mitigación de riesgos</li> <li>Medir y evaluar la tasa de éxito procesal en repetición en recuperación</li> <li>Realizar gestiones de difusión y/o capacitación de los planes de daño antijurídico en demandas de reparación directa, remisión oportuna (patología) condiciones de egreso</li> <li>Diseño de consentimiento informado de las 10 primeros procedimientos de las</li> </ul>	Oficina Jurídica	JURIDICA
R2	Incumplimiento de los pagos por venta de Servicios	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	DEBIL	IMPACTO	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Mitigar el riesgo	1. Depurar la cartera con el fin de establecer información real. 2. Lograr una meta de recaudo superior o igual a Tres Mil Quinientos millones Mensual	Cartera	AREA COMERCIAL Y DE SERVICIOS



Informe MECI JUL a OCT 2019 15 de 31

No. RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE			RESULTADO DEL CONTROL	REDUCE	RIESGO RESIDUAL			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PROCESO
		PROB	IMPACTO	EVALUACION RIESGO			PROB	IMPACTO	NUEVA EVALUACION				
R3	Incumplimiento de las metas definidas por las EAPB para los programas de PyP de la institución.	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	1. Actualizar seguimientos a cohorte de la población por EAPB, a través de la búsqueda en Pai Web, historia clínica, bases de datos identificando los menores susceptibles para realizar la inmunización así como la educación, generando un registro diario de los vacunados, anexar observaciones de la cohorte en la demanda inducida de cada menor y dar soporte por parte de la IPS. 2. Realizar seguimiento a la población inmersa en la cohorte de mujeres establecida por EAPB, así como la canalización de las gestantes en las consultas de planificación familiar, control prenatal y atención del joven, a través de la búsqueda en Pai Web, historia clínica, bases de datos de esquemas incompletos brindando la debida educación, realizando los registros diarios soportando por parte de la IPS. 3. Verificar en las bases de datos los usuarios por grupos etarios, realizar canalización de los adolescentes a través de las atenciones en la unidad móvil con la solicitud de los listados de estudiantes (colegios e instituciones de capacitación técnica) que permitan realizar una demanda inducida efectiva, así como la educación a la participación de los adolescentes y jóvenes a las consultas para la detección temprana de alteraciones. 4. Evaluar en las cohortes las usuarias en edad fértil a aquellas que no han asistido a la consulta de planificación familiar, canalizarlas así mismo cuando estas asistan a los demás programas (consulta de joven, odontología, pai, nutrición, optometría), a través de los listados de las instituciones educativas o aquellas que asisten como acompañantes. Brindando educación en la importancia de la asistencia al programa de planificación familiar no solo como mecanismo para el suministro del método anticonceptivo, sino como herramienta de control ante la respuesta del cuerpo a la hormona, su efectividad y la aparición de posibles efectos secundarios. 5. Realizar el seguimiento a través de la matriz de gestantes a las que se les ordenan los diferentes laboratorios de control en apoyo con el grupo de facturación y laboratorio clínico buscando la eliminación de posibles barreras al acceso de los servicios, así como la realización de la demanda inducida a las gestantes para que asistan a los controles. Educar en la importancia de la asistencia al programa de control prenatal así como la toma de sus laboratorios en el control y detección temprana de posibles alteraciones que puedan poner en riesgo la salud del binomio madre-hijo. 6. Realizar el seguimiento a través de la cohorte establecida así como verificación en base de datos proce de usuarias, realizar demanda inducida a las usuarias para la toma de la citología, incentivar a las usuarias a través de cuñas radiales a la toma de la citología como tamizaje para la detección de lesiones de cuello uterino las cuales serán emitidas en el horario	Líder de PyP	PROMOCION Y PREVENCIÓN
R4	Daños y Lesiones en el Paciente	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Mitigar el riesgo	1. Realizar capacitación al personal del área asistencial en las guías, manuales y protocolos institucionales. 2. Realizar evaluación del personal asistencial 3. Documentar los casos de remisiones que se reciben sin aceptación y de los pacientes que fallecen esperando remisión 4. Notificar al Ministerio de Salud y la protección acerca de las inconsistencias en los procesos de referencia a nivel Departamental	Subgerencia científica	SUBGERENCIA CIENTIFICA

➤ **Mapa de riesgos de seguridad digital**

No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE			RESULTADO DEL CONTROL	REDUCE	RIESGO RESIDUAL			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PROCESO
		PROB	IMPACTO	EVALUACION RIESGO			PROB	IMPACTO	NUEVA EVALUACION				
R1	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Facturación perteneciente al Software Dinámica Gerencial	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	1. Realizar parametrización del modulo de facturación donde se incluyen las tarifas correspondientes a los contratos Capitalizados y codigos CUUPS. 2. Realizar reunión de conciliación con los responsables de los diferentes modulos con los que interactua el modulo de Facturación y dejar evidencia fisica de las mismas.	Líder de Facturación	AREA COMERCIAL Y DE SERVICIOS
R2	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Cartera perteneciente al Software Dinámica Gerencial	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	DEBIL	IMPACTO	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Mitigar el riesgo	1. Realizar aplicación de Anticipos y facturas 3. No se evidencia Conciliación entre los valores del Modulo de Cartera con los diferentes modulos que interactua. 4. No se cuenta con políticas y documentación correspondiente al proceso. 5. Dificultad para generar estados cartera donde se identifique la edad en día de la cartera y su clasificación según edades	Líder de Cartera	AREA COMERCIAL Y DE SERVICIOS
R3	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Tesorería perteneciente al Software Dinámica Gerencial	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	1. Registrar en el Software (Dinámica Gerencial) as conciliaciones bancarias realizadas 2. Realizar reporte oportuno al área de cartera, de los ingresos que llegan al modulo de tesorería 3. Realizar conciliación entre los valores del Modulo de Tesorería, con los diferentes modulos que interactua, dejar evidencia fisica de las mismas. 4. Documentar y aprobar los procedimientos del proceso. 5. Parametrizar el check in de afectación del presupuesto; en el Concepto de Pago del modulo de tesorería	Líder de Tesorería	TESORERIA
R4	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Presupuesto perteneciente al Software Dinámica Gerencial	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Mitigar el riesgo	1. Realizar activación de la interfaz de presupuesto con los demás modulos. 2. Realizar reunión de conciliación con los responsables de los diferentes modulos con los que interactua el modulo de Presupuesto y dejar evidencia fisica de las mismas.	Líder de Presupuesto	PRESUPUESTO

### **3. ACTIVIDADES DE CONTROL**

**Diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo en la entidad.** En este componente se diseñan e implementan controles, esto es, los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, con el fin de mitigar los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Se involucra la implementación de políticas de operación, procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.<sup>5</sup> Este componente se evidencia a través de políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que sean llevadas a cabo aquellas acciones necesarias para administrar el riesgo. Estas actividades, manuales o automáticas, tienen varios objetivos y son aplicadas en diferentes niveles de la organización

#### **3.1 Implementar políticas de operación**

Teniendo en cuenta la importancia de las Políticas de Operación como elemento de control, para la definición de lineamientos alineados a los procesos y procedimientos, se evidencia la aprobación de las siguientes políticas:

En el periodo evaluado se evidencia documentadas y aprobadas las políticas:

- Política de seguridad del paciente
- Política de humanización
- Política ambiental,
- Política de seguridad vial,
- Política de gestión documental,
- Política de seguridad y salud en el trabajo
- Política de administración del riesgo.
- Política de seguridad informática.
- Política de Fortalecimiento Institucional y simplificación de procesos
- Política de lavado de activos y financiación del terrorismo.

Se tienen documentadas pero pendientes por aprobación las siguientes políticas:

- Política de Planeación institucional
- Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto del público
- Política de Servicio al ciudadano
- Política de participación ciudadana
- Política de transparencia y acceso a la información
- Política de participación ciudadana
- Política de defensa jurídica
- Política de control interno
- Política de racionalización de tramites

---

<sup>5</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Informe MECI JUL a OCT 2019 17 de 31

NO se encuentran documentadas ni aprobadas

- Política de integridad
- Política de Talento humano.
- Política de gestión del conocimiento y la innovación
- Política de gobierno digital
- Política de seguimiento y evaluación institucional
- Política de mejora normativa

### **3.2 Monitorear la implementación de lineamientos del riesgo**

El monitoreo de las actividades de control sirven como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forman parte integral de los procesos, su objetivo es permitir el control de los riesgos identificados, con el fin de lograr los objetivos de la entidad.

Como parte del monitoreo está en proceso de actualización el Manual de Administración del Riesgo, documento que permite la gestión de los riesgos institucionales, este monitoreo es realizado por el área de planeación, siendo responsabilidad del área de control interno del seguimiento, el cual a la fecha de este informe se realizó seguimiento a los mapas de riesgos encontrándose un avance en las actividades planteadas del 35%

### **3.3 Modelo de operación por procesos**

<sup>6</sup>La adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización.

Se cuenta con un sistema de gestión integrado que integra el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud SOGCS y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en la actualidad se encuentra en actualización a los requerimientos del MIPG.

Se cuenta con mapa de procesos Institucional donde se identifica la cadena de valor y los cuatro tipos de procesos (dirección, misional, de apoyo y seguimiento). En el momento se encuentra en proceso de actualización del mapa de procesos de acuerdo a la integración de los modelos MIPG, SOGCS y MIAS.

Los procesos del área misional se encuentran actualizados en su gran mayoría, socializados y evaluados conforme a los requerimientos de habilitación. Los procesos y procedimientos del área contable se encuentran en proceso de actualización,

---

<sup>6</sup> Trabajo por procesos MIPG

Informe MECI JUL a OCT 2019 **18** de **31** documentados pendientes por revisión y aprobación. Estos se encuentran en red y pueden ser consultados desde los diferentes computadores.

#### **4. EFECTUAR EL CONTROL A LA INFORMACION Y A LA COMUNICACIÓN**

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.<sup>7</sup>

##### **4.1 Gestión Documental**

Permite el cumplimiento a los lineamientos requeridos a los procesos de producción, archivación, recepción, distribución, trámite organización documental, consulta, conservación y disposición final de los documentos de la entidad, para garantizar la organización y disponibilidad de la documentación e información que sirve como soporte al cumplimiento de la misión del Hospital. Aplica para toda documentación de la institución que genere o reciba, desde su origen hasta su destino final con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

Dentro del Programa de Gestión Documental PGD del Hospital del Sarare tiene formalmente lo siguiente:

- Política de Gestión documental aprobada mediante Resolución 221A de 20 de octubre de 2017 define de los mecanismos necesarios para garantizar la conservación de la información durante el ciclo vital (archivos de gestión, archivo central y archivo histórico).
- Tablas de Retención Documental TRD, aprobadas mediante Resolución 168 de 20 de junio de 2013 en donde se aprueban los listados de series y sub-series correspondientes tipologías documentales, se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa de ciclo vital del documento. En el momento se encuentra en actualización las TRD de conformidad al nuevo organigrama aprobado.
- Inventarios Documentales el cual se hace seguimiento trimestral a cada proceso y/o unidad productora mediante el formato único de inventario documental FUID -SIS-03-F20 cada trimestre. Se evidencian los seguimientos realizados del primer trimestre de 2019.
- Tabla de Valoración Documental el cual permite planificar las acciones de acuerdo al tratamiento de la documentación, señalando los tiempos en que un documento debe seleccionarse, eliminarse y preservarse. Aprobado por Resolución 173 de 19

<sup>7</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Informe MECI JUL a OCT 2019 **19** de **31** de septiembre de 2017. Para el primer semestre de 2019 se realizaron dos actas de eliminación de documentos aprobadas por Comité.

- Plan Institucional de Archivos- PINAR, aprobado mediante Resolución 141 del 18 de julio de 2018. Establece un marco de referencia para la planeación y desarrollo de la función archivística
- Programa de Preservación Documental se aplica a todos los procesos de la Institución, teniendo en cuenta el ciclo vital de los documentos, usando como instrumento las tablas de retención documental en las diferentes fases de los archivos aprobada mediante Resolución 161 de 01 de julio de 2015.
- Los Procedimientos- Auditorias se realiza cada trimestre comunicando mediante carta de compromiso por control interno informando el objetivo y alcance de la auditoria, el cual la dependencia auditada presenta carta de representación confirmando el desarrollo de las auditorias.
- Guía Terminológica de Series y sub-series Documentales donde facilita a los usuarios a acceder a la información bajo los parámetros de la Tabla de Retención Documental, dando la aplicabilidad a todos los procesos estratégicos misionales, de apoyo y de seguimiento y control.
- Administración electrónica de documentos: Referente al SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL se encuentra en el programa DINAMICA GERENCIAL; el cual contiene la respectiva información que maneja la institución se encuentra en conservación en una base de datos: Cada unidad funcional está establecida bajo un módulo; garantizando que dicha información que produce la respectiva dependencia no sea alterada y modificada; por ende, solo es manipulada a aquellas que tengan autorización para la consulta. En el respectivo sistema de información se realizan copias de seguridad; que garantizan la disponibilidad e integridad de la información.
- El proceso de Gestión Documental el Hospital presenta un alto grado de cumplimiento de la normatividad aplicable.

#### **4.2 Comunicar internamente la información**

La comunicación interna manifiesta a la necesidad de difundir información institucional al interior de la Entidad dando a conocer de manera rápida, oportuna y clara, sobre los objetivos, planes, estrategias, normatividad y demás temas pertinentes de cada una de las áreas de la institución.

Los medios de comunicación utilizados el Hospital para comunicar e informar a los colaboradores son los siguientes:

<b>MEDIO INFORMATIVO</b>	
WhatsApp	Es el medio más utilizado para la difusión de la información. Se tiene grupos por servicios y/o proceso. Se tiene grupo de líderes en el cual se comunica información importante. Por el cual se recomienda oficializarlo como medio de comunicación

Informe MECI JUL a OCT 2019 20 de 31

Facebook Interno	Se publica información de interés solo para los funcionarios de la entidad. <a href="https://www.facebook.com/hospital.delsarare">https://www.facebook.com/hospital.delsarare</a>
Correo Institucional	Se envía información solo para los líderes de proceso ya que solo tienen acceso a esta plataforma bajo un correo institucional. <a href="https://dallas149.arvixeshared.com:2096/">https://dallas149.arvixeshared.com:2096/</a> . No todos los líderes y/o colaboradores cuentan con correo institucional.

### 4.3 Comunicarse con los Grupos de Valor

A nivel de comunicación externa se cuenta con programa de radio, con corte a 30 de octubre de 2019 se han realizado las siguientes emisiones:

PROGRAMAS RADIALES EMITIDOS PRIMER SEMESTRE DE 2019				
GUIÓN #	NOMBRE DE PROGRAMA	PROFESIONAL	FECHA	Programas radiales transmitidos en vivo por redes sociales
1	Derechos y deberes de los usuarios (SIAU)	EDIL RODRIGO TUMAY	01/02/2019	<a href="https://www.facebook.com/hospital.delsarare/videos/2299235230347402/?t=18">https://www.facebook.com/hospital.delsarare/videos/2299235230347402/?t=18</a>
2	Programa humanización	NILSE MILENA TELLEZ	27/03/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/260971568115040/?t=7">https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/260971568115040/?t=7</a>
3	Procedimiento de toma de muestras de laboratorio	YENNY CONTRERAS	24/04/2019	
4	Políticas de seguridad del paciente	CLARA NUBIA ROLON	03/05/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/856487684703964/?t=17">https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/856487684703964/?t=17</a>
5	Generalidades de la terapia respiratoria	GABY RAMIREZ	08/05/2019	
6	Rendición de cuentas	JHONATAN SOLANO	10/05/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/383689405572396/?t=23">https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/383689405572396/?t=23</a>
7	Suicidio	YESIKA LORENA SANCHEZ	17/05/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/182462619344707/?t=13">https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/182462619344707/?t=13</a>
8	Código de integridad	PADRE HEILER GIRALDO	22/05/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/2415668705321739/?t=6">https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/2415668705321739/?t=6</a>
9	Generalidades de la terapia ocupacional	RUBY STELLA CHACON	24/05/2019	
10	Aplicación segura de medicamento intramuscular	MAYERLIN REYES	29/05/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/1084544231746014/?t=2">https://www.facebook.com/HospisSarareEs/videos/1084544231746014/?t=2</a>



Informe MECI JUL a OCT 2019 21 de 31

11	Generalidades de la fonoaudiología	CLARA INES CRISTANCHO	31/05/2019	
12	Registro Civil	ELIZABETH AVELLANEDA	05/06/2019	
13	Socialización derechos y deberes de la comunidad	FLOR MARIA TRILLOS	07/06/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/655226784942675/?t=29">https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/655226784942675/?t=29</a>
14	Lavado e higienización de manos	CLARA NUBIA ROLON	12/06/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/2240660622684379/?t=2">https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/2240660622684379/?t=2</a>
15	Asignación de citas telefónicas.	MARITZA MARTINEZ(SIAU)	14/06/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/925118061164961/?t=30">https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/925118061164961/?t=30</a>
16	SOAT	ROSALBA BASTOS	19/06/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/1261400304029824/?t=3">https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/1261400304029824/?t=3</a>
17	Servicio de microbiología en laboratorio clínico	MARIA JESUS GELVEZ	21/06/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/374896273168511/?t=1">https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/374896273168511/?t=1</a>
18	Salud mental	YURI GELVIS	26/06/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/2458607540870624/?t=11">https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/2458607540870624/?t=11</a>
19	Violencia de genero	ADRIAN PUERTA	28/06/2019	<a href="https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/201324927463661/?t=10">https://www.facebook.com/HospiSarareEs/videos/201324927463661/?t=10</a>

PROGRAMAS RADIALES EMITIDOS SEGUNDO SEMESTRE DE 2019				
GUION #	NOMBRE DE PROGRAMA	PROFESIONAL	FECHA	Programas radiales trasmitidos en vivo por redes sociales
1	Clasificación Triage	YANED GRUESO	03/07/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=882230962109649&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=882230962109649&amp;id=670969506298558</a>
2	Enfermedades transmitidas por vectores	ALEJANDRA AGUILAR	05/07/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=621233091722573&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=621233091722573&amp;id=670969506298558</a>
3	Generalidades de radiología	MILTON MATEUS	17/07/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=151511245529222&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=151511245529222&amp;id=670969506298558</a>
4	Generalidades de la fisioterapia	LORENA AVELLANEDA	19/07/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=873468963032447&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=873468963032447&amp;id=670969506298558</a>
5	Obesidad	DAIRO ORTEGA	24/07/2019	
6	Donación	ARLIN JACINTO ALTAMAR	31/07/2019	



Informe MECI JUL a OCT 2019 22 de 31

7	Plan ampliado de inmunizaciones	EDITHLEY PERILLA	26/07/2019	
8	Consulta de control de crecimiento	ZURISADAI CORREIA MAHECHA	02/08/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1075324609523556&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1075324609523556&amp;id=670969506298558</a>
9	Generalidades del proceso de gestión ambiental	DIANA CALDERON RIAÑO	09/08/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=487271372060582&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=487271372060582&amp;id=670969506298558</a>
10	Programas de promoción y prevención	ANGELICA RIVERA ROCHA	14/08/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=726030397836163&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=726030397836163&amp;id=670969506298558</a>
11	Consumo de sustancias psicoactivas	YUDITH PATRICIA SANCHEZ	21/08/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=2120806344691811&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=2120806344691811&amp;id=670969506298558</a>
12	Salud oral en el embarazo	MARIAM FERNADA CRUZ FLOREZ	23/08/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=704826436609810&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=704826436609810&amp;id=670969506298558</a>
13	V Congreso nacional de seguridad del paciente	CLARA ROLON RODRIGUEZ	26/08/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=739978856445506&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=739978856445506&amp;id=670969506298558</a>
14	Medicación humanizada, uso seguro de medicamentos	MAYERLIN REYES Y DR DAVID GARCIA	30/08/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=638195123338622&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=638195123338622&amp;id=670969506298558</a>
15	Pilas con el ambiente	DIANA CALDERON RIAÑO	04/09/2019	
16	Consulta de planificación familiar	PAOLA ANDREA TARAZONA	11/09/2019	
17	Hábitos y estilos de vida saludable	YURI GELVIS	13/09/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=361213761454952&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=361213761454952&amp;id=670969506298558</a>
18	Semana andina prevención de embarazo	YURI GELVIS	20/09/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=2545920768763397&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=2545920768763397&amp;id=670969506298558</a>
19	Intervención de la fisioterapia en las enfermedades	NEYLA PABON	25/09/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=527850314659332&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=527850314659332&amp;id=670969506298558</a>

Informe MECI JUL a OCT 2019 23 de 31

	cardiovasculares			
20	Diabetes mellitus	DAIRO ORTEGA	27/09/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1385904864890012&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1385904864890012&amp;id=670969506298558</a>
21	Residuos solidos	DIANA CALDERON RIAÑO	07/10/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=482444522350776&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=482444522350776&amp;id=670969506298558</a>
22	3 Simposio de farmacovigilancia	MAYERLIN REYES	09/10/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=545153919574809&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=545153919574809&amp;id=670969506298558</a>
23	Portafolio de servicios	YENNY CONTRERAS	11/10/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=554023525344120&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=554023525344120&amp;id=670969506298558</a>
24	Espirometrías	GABY RAMIREZ	23/10/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=3713314605348966&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=3713314605348966&amp;id=670969506298558</a>
25	Detección temprana de cáncer	SANDRA CRUZ	25/10/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=510383776183546&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=510383776183546&amp;id=670969506298558</a>
26	Generalidades de audiología	MARIA HELENA MOGOLLON	30/10/2019	<a href="https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=512298736290761&amp;id=670969506298558">https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=512298736290761&amp;id=670969506298558</a>

También se cuenta las siguientes redes sociales para comunicar a grupos de interés:

- Facebook Interno: <https://www.facebook.com/hospital.delsarare>
- Página Facebook: <https://www.facebook.com/HospiSarareEse/?ref=hl>
- Instagram: <https://www.instagram.com/hospitaldelsarare/>
- Twitter: <https://twitter.com/HospiSarareEse?lang=es>
- YouTube: [https://www.youtube.com/channel/UCIbyjN5bvH2anP3X4AKM\\_uQ](https://www.youtube.com/channel/UCIbyjN5bvH2anP3X4AKM_uQ)
- Otros: carteleras WhatsApp (citas); donde a través de estos medios se publican información sobre servicios prestados, tramites, actividades y la gestión para el cumplimiento de la misión de la institución.

En cumplimiento de la Ley de transparencia y acceso a la información se cuenta con página web [www.hospitaldelSarare.gov.co](http://www.hospitaldelSarare.gov.co), la cual presenta un cumplimiento del **65%** de los requerimientos del al Ley 1712 de 2014. De acuerdo al último reporte del ITA (Índice de Transparencia Activa) enviado a la Procuraduría General de la Nación en el mes de agosto de 2019.

#### 4.4.1 Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias

Se realizó el informe correspondiente a la clasificación, interpretación y análisis de los resultados obtenidos a partir Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, felicitaciones y Demandas recibidas en el sistema de información y atención al usuario, SIAU

- Para el primer y semestre del año 2019.

Informe MECI JUL a OCT 2019 24 de 31

	RADICADAS	ANONIMAS	TOTAL	
Peticiones	141	15	156	29%
Quejas	41	29	70	13%
Reclamos	61	71	132	25%
Sugerencias	3	84	87	16%
Felicitaciones	14	72	86	16%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>271</b>	<b>531</b>	<b>100%</b>

Los mayores motivos de peticiones, reclamos y sugerencias son: No hay citas medicina especializada, falta de mantenimiento sede UNAP- incora, arreglo del asesor, falta de orden en las filas de facturación, no contestan teléfonos citas, equipos de distracciones niños de pediatría, colocar ventiladores, tv, sillas en habitaciones entre otras.

De las 41 quejas recibidas radicadas durante el primer semestre de 2019, el 34% corresponden a quejas contra médicos especialistas, el 27% contra auxiliares y jefes de enfermería, el 12% médicos generales, otros 22%. Que corresponden a mala atención y demora en la prestación del servicio.

Dentro de las felicitaciones recibidas se tiene: buena atención de auxiliares del personal, buen aseo y buena alimentación.

➤ En el periodo de julio a octubre del año 2019.

	RADICADAS	ANONIMAS	TOTAL	
Peticiones	0	0	0	0%
Quejas	12	6	18	15%
Reclamos	43	20	63	51%
sugerencias	0	16	16	13%
Felicitaciones	18	8	26	21%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>50</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

Del total de las PQRSF radicadas se registra que el 98% se dio respuesta oportuna.

Los mayores motivos de peticiones, reclamos y sugerencias son: No hay citas medicina especializada, falta de orden en las filas de facturación, no contestan teléfonos citas, entre otras.

De las 12 quejas recibidas radicadas durante el tercer trimestre de 2019, el 25% corresponden a quejas contra médicos especialistas, el 33% contra auxiliares y jefes de

Informe MECI JUL a OCT 2019 25 de 31  
enfermería, el 25% médicos generales, otros 17%. Que corresponden a mala atención y demora en la prestación del servicio.

Dentro de las felicitaciones recibidas se tiene: buena atención de auxiliares del personal, buen aseo y buena alimentación.

#### **4.4.2 Política de Operación “Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias”**

Dando cumplimiento a los requerimientos establecidos por la Circular Externa 000008 del 4 de septiembre de 2018 de la SUPERSALUD y Ley 1755 de 2015 se actualizo a la normatividad vigente el procedimiento “Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos o Sugerencias” a través del formato SIC-01-P01, el cual tiene como objetivo establecer los mecanismos para la recepción y vías de solución a las PQRSFD y demás solicitudes de información manifestadas por la comunidad. Se realizó control a respuesta oportuna en formato SIC-01- f01 Formato de seguimiento a PQRSFD.

Los canales dispuestos por el Hospital del Sarare para la atención a las PQRSF son: buzones de sugerencias 12 en total distribuidos por las diferentes sedes y servicios, presencial en ventanilla del SIAU, portal web (buzón electrónico): <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/contactenos/form/contacto.html>, WhatsApp 3184885192, unidad de correspondencia, correo electrónico y a la asociación de usuarios ASOSALUPA.

Las aperturas de buzones de realizan los días 15 y 30 de cada mes, en compañía de un representante de ASOSALUPA, personal del SIAU, Representante de Control Interno y un delegado del sindicato. Se levanta acta de apertura y se firma y envía a firmantes.

A la fecha se han realizado 18 actas de apertura de buzones.

El plazo de respuesta es de 15 días hábiles, donde se hace un acta de reunión con el líder de proceso y los involucrados en la PQRSFD, se realiza análisis, descargos y posibles acciones de mejoramiento y se firma dando respuesta a la misma. Se llama al afectado y se hace entrega de respuesta ya sea por medio de correo electrónico, personal, vía WhatsApp y cuando no es posible contactar al usuario se publica respuesta en Cartelera de la institución.

#### **4.4.3 Sistemas de información, herramientas y recursos de software**

Para lograr un adecuado uso y apropiación de la tecnología, actualmente la ESE HOSPITAL DEL SARARE, realiza programas de inducción, capacitación y reinducción de los sistemas de información y herramientas tecnológicas al personal nuevo y antiguo; también cuenta

Informe MECI JUL a OCT 2019 26 de 31 con la página web, se publican diversos contenidos institucionales para el aprendizaje, comprensión y apropiación de los servicios TI; de igual forma se cuenta con una red local, la cual sirve como herramienta indispensable, para que cada uno de los usuarios puedan tener acceso a información que tiene expuestos diversos temas sobre los servicios TI ofrecidos, como lo son políticas de seguridad de la información, política tratamiento del dato, uso de sistemas de información, entre muchos otros documentos con contenido relevante para la institución. El sistema de información utilizado tanto en lo misional como en lo administrativo es:

- DINAMICA GERENCIAL versión 2019 Upgrade: 03 parche 27.21.03

## **5. ACTIVIDADES DE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA**

**Las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad.** En este componente confluyen las actividades en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.<sup>8</sup>

En el periodo evaluado se realizaron las siguientes actividades permanentes y periódicas de monitoreo y supervisión, con el fin de verificar el cumplimiento de actividades pactadas y el cumplimiento normativo:

En el periodo evaluado se realizaron los siguientes informes y evaluaciones:

- Se elaboró y se reportó Informe ejecutivo anual del estado del control interno vigencia 2018 a la Contraloría Departamental.
- Se realizó la evaluación por dependencias de la vigencia 2018, a los procesos que contaban con plan de acción.
- Informe a la contraloría departamental: informe de gestión de la oficina de control interno e informe del estado del sistema de control interno.
- Se elaboró Informes de seguimiento al cumplimiento del plan anticorrupción y atención con corte al 30 de abril de 2019 y con corte a 30 de agosto de 2019.
- Elaboración del informe cuatrimestral control interno del periodo nov/18 a feb/19 y del periodo mar/19 a jun/19.
- Informe seguimiento a PQRS primer, segundo y tercer trimestre de 2019.

<sup>8</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Informe MECI JUL a OCT 2019 **27** de **31**

- Informe de seguimiento de constatación oportuna de derechos de petición y solicitudes de los ciudadanos.
- Informe de seguimiento de austeridad del gasto: servicios públicos (agua, luz, telefonía fija y móvil), combustible.
- Dentro del periodo evaluado entre otros, se han realizado además de los informes a entes de control las siguientes auditorias:
- Arqueos a caja menor.
- Seguimiento a FUID trimestral.
- Seguimiento a órdenes de pago del contrato de servicios profesionales de medicina especializada.
- Seguimiento a estudios de conveniencia y oportunidad primer trimestre 2019.
- Seguimiento al proceso de referencia y contra referencia.
- Seguimiento al proceso de elaboración y liquidación de cuadros de turnos.

Como principal herramienta de autoevaluación se tiene los comités institucionales; en el periodo evaluado se evidencian actas de reunión con compromisos pactados de los siguientes comités:

- Comité de Gestión y Desempeño (Archivos)
- Comité de Gestión y Desempeño (Inventarios)
- Comité de Gestión y Desempeño (Gestión Ambiental)
- Comité de Gestión y Desempeño (Emergencias)
- Comité de Gestión y Desempeño (Calidad)
- Comité de Gestión y Desempeño (Compras)
- Comité de Gestión y Desempeño (Bienestar Social)
- Comité de Gestión y Desempeño (Rendición de cuentas)
- Comité COPASST
- Comité de Convivencia
- Comité de Conciliación
- Comité de Historias clínicas
- Comité de seguridad del paciente
- Comité de ética
- Comité docente asistencial
- Comité de control interno

### **5.1 Evaluaciones y/ Auditorías realizadas por entes de control**

Durante el periodo evaluado se recibieron las siguientes visitas de auditoria:

1. *Unidad Administrativa Especial de salud de Arauca.*
  - Verificar la Implementación y correcto Funcionamiento de los Aplicativos SIVIGILA y SIANIESP, para el fortalecimiento del proceso de vigilancia en salud pública del Departamento de Arauca.
  - Evaluación del programa de ITS/VIH/SIDA por medio de verificación de Historia clínica, observación de Soportes.

Informe MECI JUL a OCT 2019 **28** de **31**

- Visita de IVC a medicamentos, Insumos y Dispositivos médicos y seguimiento a la implementación de los programas de Farmacovigilancia y tecnovigilancia
- Auditar las acciones derivadas de la estructura, proceso, resultado e impacto en la prestación de los servicios de salud en las IPS de primer Nivel (prestador primario) contratadas por SaludVida EPS en modalidad de cápita, realizando seguimiento, cerrando la brecha entre la calidad observada con relación a la calidad esperada, durante el proceso de atención en salud que reciben los usuarios y en el cumplimiento del objeto de la prestación de servicios de salud.
- Verificar el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación conforme a lo previsto en el Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014 y demás normas complementarias (PUESTOS DE SALUD CHARO CENTRO Y PUERTO NARIÑO).
- Visita de IVC a medicamentos, Insumos y Dispositivos médicos y seguimiento a la implementación de los programas de Farmacovigilancia y tecnovigilancia.

De las anteriores se han formulado los planes de mejoramiento de la mayoría de la vistan, dichos planes reposan en la oficina de calidad.

## 2. *Contraloría General de la Nación.*

- Actuación especial de fiscalización al proyecto “Construcción y mejoramiento centros de salud área rural del Municipio de Saravena Departamento de Arauca”.

Se recibió informe preliminar de auditoria, se realizó informe de controversia; a la fecha de realización de este informe esta por entrega de informe definitivo por parte del ente de control.

## 3. *Contraloría Departamental de Arauca.*

- Auditoría regular a la contratación vigencias 2017 y 2018 realizado al Hospital del Sarare ESE.

Se recibió informe preliminar de auditoria, se realizó informe de controversia; a la fecha de realización de este informe esta por entrega de informe definitivo por parte del ente de control.

Informe MECI JUL a OCT 2019 29 de 31

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

- Dar operatividad al Comité de Gestión y Desempeño en lo referente a reuniones de seguimiento y lineamientos a la implementación del MIPG. Realizar las autoevaluaciones MIPG de la vigencia 2019 para medir avances y suscribir plan de acción.
- Aprobar la política de integridad. Es necesario que se continúe con los lineamientos impartido en el Manual de implementación del Código de Integridad función pública. Buscar estrategias para que no solo se quede en la etapa de socialización de los valores, sino que se busque la interiorización de los mismos en los colaboradores del Hospital. Teniendo cuidado de no perder su complementariedad con el programa de Humanización. Se hace necesario la asignación de recursos para este proceso.
- Se recomienda realizar con oportunidad los Planes de Capacitación Bienestar e Incentivos de conformidad al Decreto 612 de 2018 y la guía de Estímulos de servidor público versión septiembre de 2018. Estos planes deben ser publicados a 31 de enero de cada año, lo cual no se está cumpliendo.
- Se recomienda cumplir con los lineamientos de la circular 017 de 2017 de la procuraduría en lo referente al SIGEP. A la cual no se le ha dado cumplimiento.
- Se recomienda llevar al día el proceso de evaluación de desempeño, toda vez que se pudo evidenciar que faltan muchas evaluaciones de desempeño del primer semestre del periodo enero 2019 a febrero 2020.
- Realizar capacitación a líderes de proceso en gestión del riesgo y formulación de controles (con el cumplimiento de los 6 requisitos de un control) Como lo establece la Guía para la Administración de Riesgos y Diseño de Controles. Mayor socialización de los mapas de riesgos.
- Dar cumplimiento a las actividades establecidas del plan de bienestar en el tiempo preciso, donde se evidencia en dos contratos la misma actividad con diferente valor. Lo que podría generar hallazgos por parte de los entes de control.
- Terminar de definir e implementar las políticas de gestión presupuestal y Eficiencia del gasto público, la política de Gobierno digital, servicio al ciudadano, racionalización de trámites, participación ciudadana, gobierno en línea, defensa jurídica, Transparencia y acceso a la información, etc., y demás faltantes del MIPG.
- Dar cumplimiento a las estrategias definidas de para la defensa jurídica en la actualización de los consentimientos informadas de acuerdo a lo definido en el comité de conciliación y defensa jurídica. Toda vez que no se demuestra avance en la implementación de la política.
- Se recomienda dar cumplimiento a la política Fortalecimiento Institucional y simplificación de proceso con relación a la actualización de procesos y procedimientos tanto del área misional como el área administrativa. Teniendo en cuenta varios de los procesos clave como talento humano sus procedimientos NO

Informe MECI JUL a OCT 2019 **30** de **31**

están en su mayoría documentados y/o aprobados y socializados. Como es el caso de elaboración de cuadros de turnos entre otros, dando como resultado múltiples interpretaciones y su vez han generado hallazgos de auditorías externas como con UAESA e INVIMA.

- Las políticas de operación de los procesos en su gran mayoría se encuentran desactualizadas o no se han documentado.
- Se recomienda para la vigencia 2019, realizar la Autoevaluación para la Acreditación en el último bimestre de 2019 y/o enero de 2020 con el fin de armonizar los Planes de Acción y PAMEC. Siguiendo los lineamientos del Decreto 612 de 2018.
- Se recomienda asignar una persona (s) exclusiva que lidere el área de calidad con el fin de dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorias, proceso de Acreditación, entre otros. Igualmente, la asignación de horas administrativas de los líderes misionales para mantenimiento y mejora del SOGCS. Siendo el proceso de calidad clave en el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios.
- Si bien se tienen medios de comunicación; no se cuenta con un plan de comunicaciones formalizado y aprobado, basado en necesidades de comunicación tanto internas como externas, definiendo los canales de comunicación oficiales. Por lo que no se tiene un flujo de información adecuado como lo pide el MIPG y la SUPERSALUD: La información y la comunicación fluyen en varias direcciones lo que conduce a la necesidad de establecer estrategias comunicativas concretas y canales de comunicación formales que aseguren los flujos de información, ascendente, descendente y transversal. Se recomienda asignar un responsable para la elaboración ejecución de tal actividad.
- Efectuar revisión, aprobación y divulgación a los documentos pendientes por aprobación. Especialmente los del proceso Contable y Talento Humano, lo cuales se requieren de manera prioritaria.
- Realizar la medición de la calidad de la información y formular plan de calidad de la información. Establecer un proceso documentado e implementado para el procesamiento y análisis de la información antes de envió a entes de control y demás grupos de interés. Y así mismo realizar análisis y seguimiento a indicadores reportados a entes de control del Decreto 2193 de 2004 y Resolución 256 de 2016.
- Por la gran cantidad de equipos biomédicos industriales y de uso hospitalario, y con el fin de realizar un mejor control de hojas de vida de los equipos, control de la realización de mantenimientos preventivos, control de piezas de repuesto o refacciones, insumos, etc.; y mejor registro y control de las ordenes de mantenimiento. Se recomienda el diseño de herramienta ofimática y/o adquisición de un software. Optimizando los procesos de mantenimiento permitiendo mayor control y seguimiento al proceso y de los contratos asociados al proceso.
- Por el alto volumen de los contratos que maneja el Hospital y para evitar el riesgo de vencimiento de términos en contratos, garantías, pólizas, estudios, certificados, se recomienda el diseño de herramienta ofimática y/o adquisición de un software



Informe MECI JUL a OCT 2019 **31** de **31**  
para el manejo de la gestión de la contratación mediante el seguimiento correcto de las fechas importantes de los contratos suscritos, reduciendo el riesgo de hechos cumplidos y posibles demandas por reclamaciones y sanciones de entes de control.

- Se recomienda realizar capacitación a los supervisores de contrato en lo referente los planes de inversión de anticipos y seguimiento a la correcta inversión del anticipo, así como responsabilidades y clases de seguimiento que se debe realizar y forma de evidenciar los mismos.
- Mayor

**CHEILA ALEXANDRA ALVARADO ROJAS**  
Asesor Control Interno