

Periodo evaluado: Enero – Diciembre 2016

Fecha de elaboración: Enero de 2017

Elaboró: Elena García Bolado. Líder de Planeación y Calidad

El Comité Coordinador de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones presenta el Informe anual del Estado del Sistema de Control Interno del Hospital Infantil Concejo de Medellín en los módulos, componentes y elementos y de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto Nacional 943 del 21 de mayo de 2014.

1. Módulo de Planeación y Gestión

Módulo de Planeación y Gestión	
Componente	Elemento
1.1. Talento Humano	1.1.1. Acuerdos, compromisos y protocolos éticos
	1.1.2. Desarrollo del talento humano
1.2. Direccionamiento Estratégico	1.2.1. Planes, programas y proyectos
	1.2.2. Modelo de operación por procesos
	1.2.3. Estructura Organizacional
	1.2.4. Indicadores de Gestión
	1.2.5. Políticas de operación
1.3. Administración del Riesgo	1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo
	1.3.2. Identificación del Riesgo
	1.3.3. Análisis y valoración del riesgo

Evaluación subsistema de control de planeación y gestión

Avances

1.1. Talento Humano

1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos

Los valores, principios, políticas y lineamientos organizacionales se encuentran definidos e incluidos en el sistema de gestión integral de calidad en su proceso de planeación, permitiendo a los colaboradores su conocimiento y visualización. Para su afianzamiento, se han establecido estrategias de divulgación como su presentación en el boletín interno, en la intranet, en los procesos de inducción y en reuniones grupales.

El Hospital cuenta con el Código de Ética y Código de Buen Gobierno, el cual está asociado al proceso de Gestión de Planeación. Su última actualización se realizó en el mes de agosto, permitiendo una mejor comprensión para los equipos de trabajo. Los Códigos se encuentran publicados en la Intranet para el conocimiento y consulta de todos los colaboradores.

En el mes de marzo se realizó el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, como instrumento de nivel estratégico dirigido a la prevención de hechos de corrupción, mejor atención a las necesidades de los ciudadanos y a la efectividad del control de la gestión institucional.

Dentro del componente, *gestión del riesgo de corrupción*, la Organización elaboró, dentro de su metodología de administración del riesgo, la identificación de riesgos de corrupción por proceso, el mapa de riesgo y la definición de los controles de riesgo.

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN PROCESOS	RIESGO			TOTALES
	ALTO	MEDIO	BAJO	
GESTIÓN DE PLANEACIÓN	0	4	0	4
GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD	0	2	0	2
CONTROL DE GESTIÓN	0	5	0	5
INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	1	4	1	6
ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	0	0	6	6
ATENCIÓN EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	0	0	6	6
ATENCIÓN EN URGENCIAS	0	0	6	6
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	0	0	6	6
ATENCIÓN EN UCI - UCE	0	0	6	6
ATENCIÓN EN CIRUGÍA	0	0	6	6
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS	1	3	0	4
GESTIÓN DE GASES MEDICINALES	1	0	0	1
ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	2	2	0	4
GESTIÓN EN SALUD OCUPACIONAL	1	4	1	6
BIENESTAR Y PROYECCIÓN LABORAL	0	1	0	1
DOCENCIA - SERVICIO	0	2	0	2
GESTIÓN DE DATOS DE INFORMACIÓN	1	4	0	5
GESTIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN	1	4	0	5
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	3	0	4
GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS	0	4	0	4
GESTIÓN DE BIENES	0	3	2	5
GESTIÓN DE SUMINISTROS E INSUMOS	3	1	0	4
GESTIÓN DE APOYO LOGÍSTICO	0	0	0	0
COSTOS Y PRESUPUESTO	0	3	0	3
ADMISIÓN Y FACTURACIÓN	0	2	0	2
CONTABILIDAD	0	2	0	2
TESORERÍA Y CARTERA	2	6	1	9
Sumatoria		Promedio		
ALTO	14	12,3		
MEDIO	59	51,8		
BAJO	41	36,0		

Como aspecto relevante a mencionar ha sido la participación de los colaboradores en el marco del día nacional de lucha contra la corrupción, donde se firmó un acta de compromiso con la integridad y transparencia, dicha actividad fue presidida por la Dirección Ejecutiva y proyectada hacía las redes sociales.

Dentro del componente, *rendición de cuentas*, la Organización ha realizado la caracterización de ciudadanos y grupos de interés, ha identificado las necesidades de información, establecido los medios de comunicación para el proceso de rendición de cuentas y elaborado su Manual con la finalidad de generar transparencia, condiciones de confianza entre la Organización y los ciudadanos y garantizar el ejercicio de control social, su implementación servirá además, de insumo para ajustar proyectos y planes de acción.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

La Organización ha desarrollado actividades conducentes a fortalecer el programa de bienestar laboral generando actividades como: establecimiento del “viernes de colores” y la celebración de días especiales, algunos de ellos con el acompañamiento de la Administradora de Riesgos Laborales.

En los eventos de capacitación se resalta la Charla “Personas estratégicas cultivan el Carisma” y el curso de “Humanización en servicios de salud”, preparado para todo el personal del Hospital. Adicionalmente, se realizó el curso de facturación cuyos temas se encaminaron a la gestión de la glosa, manuales tarifarios y conciliación; este ha sido dictado a todo el personal del área.

Dentro de los programas de inducción se encuentra en desarrollo la plataforma de inducción virtual conjuntamente con la Universidad CES dentro del convenio macro de docencia – servicio.

Igualmente se encuentra en progreso el programa de incentivos.

1.2. Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes, programas y proyectos

Dentro de los proyectos de plan de acción 2016, se obtuvo para el año un cumplimiento del 88% de las actividades programadas para el período, dentro de las más relevantes se encuentran: la operación del servicio de neurocirugía, el fortalecimiento de estrategias de seguridad del paciente, el desarrollo de la autoevaluación y plan de trabajo del Sistema Único de Acreditación, el modelo de gestión de tecnología biomédica, el trabajo desarrollado para la funcionalidad e integralidad

del software Institucional, el inicio de la aplicabilidad de dos módulos complementarios al software de gestión documental, el proyecto de pedagogía hospitalaria conjuntamente con la Secretaría de Educación y el fortalecimiento del proceso financiero con acciones específicas hacia la gestión de costos, ingresos, cartera y proveedores.

Es importante resaltar, el seguimiento permanente a través de los Comités Directivos semanales y los encuentros bimestrales con la Dirección Ejecutiva y líderes de procesos en los cuales se presentan consolidados de avance y de actividades desarrolladas. Espacios también propicios para intercambios de ideas entre la alta dirección y los colaboradores. Los proyectos formulados cuentan con los siguientes avances y resultados:

	PROYECTOS PLAN DE ACCIÓN 2016	Programado	Ejecutado	Porcentaje de cumplimiento de acuerdo a la programado - promedio
1. Excelencia del talento Humano	1.1. Bienestar laboral desde la perspectiva de calidad de vida	100	81	81
	1.2. Gestión del conocimiento para la excelencia en la prestación del servicio	100	88	88
2. Eficiencia, calidad y crecimiento organizacional	2.1. Fortalecimiento y apertura de servicios clínicos	100	88	88
	2.2. Seguridad de la atención de niños, niñas y sus familias	100	87	87
	2.3. Buenas prácticas de manufactura de gases medicinales	100	45	45
	2.4. Desarrollo del sistema obligatorio de garantía de calidad con enfoque a la excelencia	100	100	100
	2.5. Mercadeo y comunicación como parte del mejoramiento de la gestión institucional	100	91	91
	2.6. Cultura Digital	100	95	95
	2.7. Infraestructura tecnológica y sistema de información	100	100	100
	2.8. Ingeniería biomédica y ambiente físico	100	80	80
	2.9. Desarrollo del sistema de gestión documental	100	93	93
3. Satisfacción de necesidades de niños, niñas y sus familias	3.1. Participación social en salud... Una cuestión de legalidad y legitimidad	100	94	94
	3.2. Escuela Hospital Infantil. Una apuesta a la pedagogía social y comunitaria	100	95	95
4. Sostenibilidad Financiera	4.1. Implementación de las normas internacionales. Fortalecimiento del proceso financiero.	100	95	95
TOTAL		100	88	88

Fuente: Planeación y Calidad. Seguimiento Plan de Acción 2016

El proyecto que obtuvo menor calificación ha sido el de Gases Medicinales por motivos de renuncia del talento humano que lideraba dicho proyecto.

El avance obtenido de Plan de Desarrollo se observa en el siguiente cuadro resumen:

Línea Estratégica	PROYECTO	Metas	Avance año 2014	Avance año 2015 (acumulado)	Avance año 2016 (acumulado)
1. Excelencia del talento Humano	1.1. Bienestar laboral desde la perspectiva de calidad de vida	Mejoramiento del clima laboral y calidad de vida de los empleados y grupo familiar. Certificación NTC – OHSAS 18001:2007 (<i>Seguridad y Salud en el Trabajo</i>)	11%	28%	62%
	1.2. Gestión del conocimiento para la excelencia en la prestación del servicio	Personal competente, capacitado y formado - Desempeño laboral esperado – Gestión de convenios docencia, servicio.	14%	42%	78%
2. Eficiencia, calidad y crecimiento organizacional	2.1. Fortalecimiento y apertura de servicios clínicos	Operación servicios: Unidad de cuidados intermedios, unidad de cuidados intensivos, servicio quirúrgico en las subespecialidades	24%	47%	72%
	2.2. Seguridad de la atención de niños, niñas y sus familias	Gestión del programa de seguridad del paciente que evidencie el riesgo de atención y permita definir estrategias de intervención	19%	64%	78%
	2.3. Buenas prácticas de manufactura de gases medicinales	Certificación en buenas prácticas de manufactura de gases medicinales.	3%	28%	29%
	2.4. Desarrollo del sistema obligatorio de garantía de calidad con enfoque a la excelencia	Desarrollo de actividades del Sistema Único de Acreditación.		23%	67%
	2.5. Mercado y comunicación como parte del mejoramiento de la gestión institucional	Orientar los servicios hacia el mercado y fortalecer las relaciones con sus grupos de interés. Incremento número de aseguradores – Satisfacción grupos de interés	5%	17%	66%
	2.6. Cultura Digital	Implementación de herramientas de cultura digital que comprenda estrategias de aprendizaje y desarrollo de	19%	67%	92%
	2.7. Infraestructura tecnológica y sistema de información	Desarrollo y operación de la infraestructura tecnológica Desarrollo y operación del sistema de información (Adquisición software Safiy – Xenro)	45%	78%	85%
	2.8. Ingeniería biomédica y ambiente físico	Operación del modelo de gestión de tecnología biomédica. Adecuación infraestructura física	11%	77%	81%
	2.9. Desarrollo del sistema de gestión documental	Implementación del software de gestión documental.		92%	97%
3. Satisfacción de necesidades de niños, niñas y sus familias	3.1. Participación social en salud... Una cuestión de legalidad y legitimidad	Operación de la Asociación de Usuarios. Operación del Comité de Ética.	17%	53%	70%
	3.2. Escuela Hospital Infantil. Una apuesta a la pedagogía social y comunitaria	Desarrollo de un modelo educativo y lúdico para los niños y niñas.		52%	68%
4. Sostenibilidad Financiera	4.1. Implementación de las normas internacionales. Fortalecimiento del proceso financiero.	Implementación NIF Fortalecimiento gestión financiera.	9%	37%	67%
Total Ejecutado			22%	46%	72%
Total Programado			28%	53%	80%

Fuente: Planeación y Calidad. Seguimiento Plan de Desarrollo 2014 - 2017

Para el Plan de Acción 2017, la Junta Directiva aprobó las acciones de los 14 proyectos iniciados, los cuales fueron formulados en una ficha unificada para la Organización por cada responsable de proyecto.

Igualmente se definió para el 2017, alinear el Plan de Desarrollo de la Corporación con el Plan de Desarrollo del Municipio de Medellín 2016 – 2019.

1.2.2 Modelo de operación por procesos

En el período descrito se actualizó y mejoró el *Mapa de Procesos* organizacional en los siguientes aspectos:

- Adición al Macro proceso de Gestión del Talento Humano el proceso de Docencia – Servicio.
- La división en tres procesos del Macro proceso de Gestión de Información y Comunicación: Gestión de Datos de Información, Gestión de Necesidades de Información y Gestión

establecido en el modelo de mejoramiento institucional.

- Para la etapa de medición al desempeño de los procesos, durante este periodo se aplican las siguientes estrategias: Auditorías internas, rondas de calidad y seguridad, medición de la calidad de la historia clínica, metodología de paciente trazador, medición de adherencia a protocolos de seguridad del paciente, seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo y gestión de comités.

1.2.3. Estructura Organizacional

El Hospital cuenta con una estructura organizacional acorde con el Mapa de Procesos. Esta estructura permite favorecer la coherencia del Sistema de Gestión Integral por Calidad. En el periodo evaluado no hubo cambios en la estructura organizacional, sigue vigente la aprobada por la Junta Directiva.

1.2.4. Indicadores de Gestión

Los indicadores establecidos por la Organización permiten la evaluación de la gestión institucional. Su consolidación y análisis se visualiza en el módulo de indicadores de la intranet.

En el periodo se ha trabajado en el mejoramiento de la estructura, reorganizando los indicadores, de manera que se puedan diferenciar como operacionales, tácticos o de gestión y estratégicos. Igualmente se están reestructurando las metas y valores medios de acuerdo a la trazabilidad observada en el desarrollo organizacional.

1.2.5. Políticas de operación

La Organización cuenta con 21 políticas institucionales que se han actualizado en cuanto a indicadores y resultados.

1.3. Administración del riesgo

1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo

La Política de Administración del Riesgo con que cuenta la Organización describe y orienta el establecimiento de un modelo de planeación y desarrollo organizacional que considera la administración del riesgo como elemento fundamental para la implementación y evaluación de los procesos y de los proyectos que se adelantan. Ha sido valorada y mejorada en el mes de marzo en cuanto su indicador y resultado.

1.3.2. Identificación del Riesgo

En el mes de septiembre se realizó seguimiento a los riesgos organizacionales y su nueva valoración de acuerdo a cada proceso institucional, se tomó en cuenta el riesgo residual contemplado en la matriz de riesgos. Su evaluación contempla la probabilidad de ocurrencia del riesgo en términos de frecuencia y su potencial impacto sobre personas, procesos, estructura, imagen y recursos del Hospital. Es importante resaltar que dicha valoración fue realizada por el equipo de líderes de procesos y en grupos interdisciplinarios.

1.3.3. Análisis y valoración del riesgo

El análisis y valoración de riesgos se realiza mediante cada líder de proceso. Su estructura tiene en cuenta la focalización de la totalidad de tipos de riesgos que en uno o en varios de los procesos podrían afectar el logro de metas y cumplimiento misional.

Oportunidades de mejora subsistema de control de planeación y gestión

Fortalecer los grupos de liderazgo que permitan que la información y los lineamientos organizacionales puedan ser conocidos y aplicados por todo el personal.

Dar continuidad al desarrollo del despliegue del direccionamiento en todos los niveles con el fin de favorecer el posicionamiento interno hacia el cumplimiento de los objetivos planeados.

Dar continuidad a la Gestión del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con el fin de lograr las metas propuestas en el tema.

Implementar la estrategia de rendición de cuentas conforme al Manual diseñado por la Organización.

Generar mayor conciencia en los líderes de procesos en relación a la gestión del riesgo, con el fin de fortalecer su seguimiento y favorecer el desempeño.

Dar a conocer a toda la Organización la estructura de riesgos, de manera que permita la introyección y aplicación por parte de todo el personal. Trabajo que deberá ser guiado por cada líder de proceso en sus espacios de reunión.

Fortalecer los programas de bienestar laboral, tomando en cuenta la implementación del

programa de incentivos.

Finalizar el proceso de inducción virtual.

Generar estrategias que permitan el fortalecimiento y desarrollo documental de los procesos administrativos y financieros faltantes, con el fin de establecer objetivos específicos que permitan favorecer el cumplimiento de su propósito superior; la estandarización del personal en su quehacer, la visualización de los puntos de control y la especificidad para generar el autocontrol y el desarrollo eficiente del mejoramiento organizacional.

Incentivar en los líderes el seguimiento y ejecución de la evaluación del desempeño a los colaboradores como parte del mejoramiento individual.

Incentivar en los líderes la importancia de asistencia a las reuniones programadas de comités Organizacionales.

2. Módulo de Evaluación y Seguimiento

Módulo de Evaluación y Seguimiento	
Componente	Elemento
2.1. Autoevaluación Institucional	2.1.1 Autoevaluación de control y gestión
2.2. Auditoría Interna	2.2.1 Auditoría Interna
	2.2.2 Auditoría Externa
2.3. Planes de mejoramiento	2.3.1 Planes de mejoramiento

Evaluación subsistema de control de evaluación y seguimiento

Avances

2.1. Autoevaluación Institucional

2.1.1 Autoevaluación de control y gestión

La Organización cuenta con los formatos de encuestas para la realización de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno por parte de los colaboradores. Para el 2017 se proyecta la medición de la percepción que el personal tiene sobre las acciones realizadas para su gestión.

2.2. Auditoría Interna – Externa

2.2.1 Auditoría Interna

Como parte del mejoramiento institucional se han realizado las auditorías internas conforme al cronograma establecido. Para el año 2016 se proyectaron 14 procesos a auditar cuyo inicio se estableció para el mes de abril. Para el período se presenta un cumplimiento del 50% en su ejecución.

Como resultado de las auditorías se establecen de manera general las siguientes oportunidades de mejora:

- Generar estrategias que permitan integrar a los equipos de trabajo con los lineamientos y directrices organizacionales.
- Fortalecer los procesos de inducción tanto general como por servicio.
- Favorecer la adherencia a los lineamientos del Sistema de Gestión Integral por Calidad.
- Actualizar procesos y procedimientos.
- Generar estrategias que permitan, desde el proceso de Bienestar y Proyección Laboral, una cultura de fortalecimiento del ámbito laboral (capacitación al personal).
- Mejorar la comunicación con el usuario.
- Implementar procesos de capacitación continua.
- Uso de carpetas de documentación en la intranet.
- Divulgar al personal aspectos importantes por servicios (planes de mejora, direccionamiento, decisiones, etc.).
- Establecer mecanismo de seguimiento a la oportunidad de la entrega de muestras de laboratorio.
- Actualización de guías clínicas.
- Diligenciamiento del consentimiento informado.
- Mejorar adherencia a protocolos y guías.
- Fortalecer en el personal los lineamientos de seguridad del paciente. Mejorar la notificación de incidentes y/o eventos o efectos adversos y fomentar su reporte.
- Fortalecer la oportunidad en el área de compras.

En los reportes de las auditorías se exponen los resultados, las observaciones, sugerencias y recomendaciones, generadas en aspectos en los que se evidencie debilidad, y necesidad de ajustes y/o mejoras.

Conforme al cumplimiento de Comités Institucionales, la Organización ha implementado dentro de la intranet un módulo de gestor de proyectos que permite el seguimiento y evaluación de cada uno de ellos. Para el mes de diciembre la proporción de cumplimiento en ejecución fue del 86% y la proporción de cumplimiento a compromisos del 73%.

2.2.2. Auditoría Externa

Dentro de las auditorías externas más relevantes realizadas en el Hospital se encuentran:

- Auditoría especial proceso de facturación y cartera – Contraloría General de Medellín –. El resultado de la auditoría muestra oportunidades de mejora relevantes para el proceso.
- Auditoría y asistencia técnica en actividades referentes a vigilancia epidemiológica, AIEPI, SIVIGILA y análisis de mortalidad infantil. Su resultado ha permitido establecer oportunidades de mejora en aspectos como: Difusión de los lineamientos del vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud, evaluación de la adherencia a las guías clínicas de AIEPI, ajuste de casos de malaria cuya procedencia fue notificada en Medellín, mejorar la oportunidad de disponibilidad quirúrgica e intervenir con mayor celeridad y agresividad en el paciente críticamente enfermo mejorando la calidad de los registros clínicos en este tipo de pacientes.
- Auditoría para el seguimiento al direccionamiento, acceso e implementación del triage realizado por la Secretaría de Salud de Medellín en convenio con la Universidad CES, donde se evaluaron las condiciones y oportunidad del acceso, la pertinencia de solicitud de remisión, la regulación de la oportunidad del traslado y el seguimiento del modelo de evaluación integral de los servicios de urgencias. De este informe se generan oportunidades de mejora que permiten al Hospital fortalecer sus procesos de atención en el servicio de Urgencias.

2.3. Planes de mejoramiento

2.3.1 Planes de mejoramiento

Para el periodo evaluado, producto de la realización de las auditorías internas de procesos se han generado planes de mejora. El Comité de Control Interno realiza el seguimiento a las acciones implementadas en cada uno de ellas.

Proceso Auditado	Fecha de auditoría	Elaboración plan de mejora	Seguimiento acciones del plan de mejora
Atención en Unidad de Cuidado Crítico	Abril de 2016	Si	Si
Atención en Urgencias	Abril de 2016	Si	En proceso
Atención en Cirugía	Mayo de 2016	Si	En proceso
Gestión de Medicamentos y Dispositivos	Junio de 2016	Si	En proceso

Gestión de Tecnología e Infraestructura	Julio de 2016	Si	Si
Atención en Hospitalización	Agosto de 2016	En proceso	-
Atención en Imágenes Diagnósticas	Septiembre de 2016	En proceso	--

Igualmente se han generado planes de mejora para las rondas de calidad, paciente trazador y análisis de casos de mortalidad.

Oportunidades de Mejora subsistema de control de evaluación y seguimiento

Incentivar a los equipos de trabajo para la entrega oportuna de planes de mejoramiento generados posterior a las auditorías y la ejecución de las actividades proyectadas. Igualmente favorecer el cumplimiento de compromisos generados en cada una de las reuniones por equipos de trabajo y/o comités institucionales.

Favorecer por parte de cada responsable de comité el cumplimiento en la ejecución programada para el año.

Valorar sistemáticamente el cierre de brechas en la ejecución de los planes de mejora.

Realizar periódicamente la auditoría de historia clínica que contemple informes pertinentes que permitan favorecer la calidad de los registros clínicos.

3. Eje Transversal de Información y Comunicación

Eje transversal de Evaluación y Seguimiento	
Componente	Elemento
3.1. Información y comunicación	3.1.1. Información y comunicación interna y externa

Evaluación de la información y comunicación

Avances

3.1. Información y comunicación

3.1.1. Información y comunicación interna y externa

Para el periodo evaluado la Organización dentro del proceso de Gestión de Información y Comunicación inició con la priorización de actividades para implementar las estrategias de Gobierno en Línea en sus cuatro ejes temáticos, esto, con el fin de consolidar una base que permita el trabajo sistemático y coherente.

Dentro de las principales acciones adelantadas en materia de comunicación se pueden destacar:

- Interacción con la ciudadanía a través de redes sociales.
- Boletín interno “Noticolores” enviados a los colaboradores de la Organización por correo electrónico (4) y a través del perifoneo (7).
- Fortalecimiento de medios internos como intranet, carteleras, marcos abatibles.
- Activación medios de comunicación externa mediante boletines de prensa, entrevistas en medios y publicaciones.
- Acercamiento a la Secretaría de Comunicaciones de la Alcaldía de Medellín.
- Inicio en la gestión de donaciones.
- Creación Manual de rendición de cuentas

Oportunidades de mejora información y comunicación

Dar continuidad a las acciones encaminadas al fortalecimiento de la interacción con la ciudadanía y el trabajo desarrollado con la Alcaldía de Medellín.

Implementar las estrategias definidas en el Manual de Rendición de Cuentas establecido para la Organización.

Iniciar los procesos de medición en cuanto a la percepción de los usuarios de los diferentes canales de comunicación.

Estado general del Sistema de Control Interno

La información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes de los módulos y el eje transversal sirvieron de insumo para la elaboración del presente informe del estado del Sistema de Control Interno para el año 2016 el cual se puede conceptuar:

El Hospital Infantil Concejo de Medellín cuenta con un Sistema de Control Interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los

controles correspondientes. Su seguimiento y valoración se realiza mediante el comité coordinador de control interno.

El Sistema de control Interno de la Organización cuenta con un cumplimiento óptimo del plan de trabajo para el año, sus bases generan una proyección en las actividades desarrolladas.

Los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su direccionamiento. No obstante, las auditorías independientes de los procesos propuestas para el año 2016, se vieron afectadas por la disponibilidad del recurso humano requerido.

El cumplimiento de los programas y proyectos de los planes de acción definidos por la Organización se pueden ver afectados por las restricciones presupuestales.

Es importante incentivar y fortalecer el trabajo y compromiso de los líderes en las acciones encaminadas a favorecer el autocontrol en cada proceso de la institución, incluyendo los riesgos y seguimiento a indicadores de gestión.

El presente Informe, incluye las oportunidades de mejora observadas en cada uno de los componentes lo que muestra el interés de la entidad por procurar su mejoramiento continuo.

Fuentes

1. Informe de seguimiento plan de acción 2016.
2. Informe de Gestión.
3. Matriz de riesgos por procesos.
4. Seguimiento plan de auditorías 2016.
5. Seguimiento proceso control de gestión.
6. Informes auditorías.