

Periodo evaluado: Enero – Abril 2017

Fecha de elaboración: 4 de Mayo 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 cuatrimestral 1-2017 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.

El presente documento es el resultado de la información proporcionada y validada con las áreas responsables en la Entidad.

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, código de ética, código de buen gobierno y lineamientos organizacionales se encuentran definidos e incluidos en el sistema de gestión integral de calidad

en su proceso de planeación. Toda la información se encuentra publicada en la Intranet para el conocimiento y consulta de todos los colaboradores.

En el primer cuatrimestre del año se elaboró el *cronograma de trabajo del Modelo Estándar de Control Interno y la actualización del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano*, este último 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, *rendición de cuentas*, la Organización ha realizado la planeación de la audiencia pública de rendición con el objeto de garantizar el control social, ejercer la transparencia y dar cumplimiento a la normatividad vigente; se desarrolló un esquema de trabajo que comprende actividades previas (elaboración de formatos, reglamento, convocatoria), de organización logística (talento humano necesario, refrigerios, plantillas de asistencia, presentación audiovisual), de planeación de la audiencia (definición de talento humano responsable) y posteriores a la rendición (informe final de rendición).

Dentro de los comités institucionales se creó y puso en funcionamiento los comités de conciliación y sostenibilidad financiera, el primero con el objeto de estudiar, analizar y formular políticas sobre prevención del daño antijurídico y defensa de los intereses, y el segundo con el objeto de garantizar de manera permanente la depuración y mejora de la calidad de la información financiera, observando como circula, su conveniencia, razonabilidad y oportunidad, así como su contribución a mitigar los riesgos contables.

Conforme a lo establecido en los estatutos de la Corporación, se realizó Asamblea Anual Ordinaria donde se aprogó el Informe de Gestión 2016 y cambio de Revisoría Fiscal.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

Planta de cargos – planta ocupada por años

Nivel	No. de Colaboradores / Nivel. Año 2016	No. de Colaboradores / Nivel. Año 2017	Observaciones
Directivo	3	3	
Asesor	3	3	
Profesional Administrativo	4	6	Suplen las vacantes de Ingeniero de Sistemas y Líder de Admisiones, Facturación y Cartera
Profesional Asistencial	37	40	Se adicionan tres supernumerarios para licencia de vacaciones y maternidad en el área asistencial
Técnico Administrativo	9	10	Se suple la vacante de Tecnólogo en Gestión Documental
Técnico Asistencial	4	5	Se adicionan supernumerarios para imágenes diagnósticas
Auxiliar Administrativo	19	20	Se suple la vacantes de recepcionista digitalizador

Auxiliar Asistencial	73	76	Se adicionan supernumerarios por reemplazo de vacaciones
Total cargos	152	163	

En la planta de cargos para el año 2017 se cubrieron 11 plazas.

Distribución de personal

Personal Directivo, asesor y de apoyo	Personal Asistencial (Operación)
25%	75%

Fuente: Gestión Humana – CHICM.

Para el año 2017 la entidad aprueba un incremento salarial del IPC más dos puntos.

Para el mes de enero del año 2017, se realiza aplicación de *encuesta de Satisfacción Laboral*, con una participación del 70% de los colaboradores; se evidencia un nivel de satisfacción positivo por pertenecer e identificarse con el Hospital.

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*.

En el mes de abril de 2017 se realizó a satisfacción la *II Feria de la Salud y el Bienestar del Hospital* donde se desarrollaron diversas actividades en pro de mejorar la calidad de vida laboral.

Como parte de las funciones de la Junta Directiva se fortaleció la *Política Docencia – Servicio* y se generó el acuerdo 020 del 20 de febrero de 2017, donde se plantean los lineamientos generales y específicos para su desarrollo e implementación.

1.2. Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes, programas y proyectos

Dentro de la proyección 2017, la Junta Directiva aprobó las acciones de las cuatro líneas estratégicas y 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 Hospital Infantil Concejo de Medellín (CHICM) con el Plan de Desarrollo “Medellín cuenta con vos 2016 – 2019”.

Avances proyectos primer trimestre 2017

Línea Estratégica	Proyecto	Avances
1. Excelencia del talento humano	1.1. Bienestar laboral desde la perspectiva de calidad de vida	Documentación del Plan de Bienestar laboral e incentivos para el año 2017. Elaboración de encuesta de satisfacción laboral.
	1.2. Gestión del conocimiento para la excelencia en la prestación del servicio	Continuidad al desarrollo de la inducción virtual.
2. Eficiencia, calidad y crecimiento organizacional	2.1. Fortalecimiento y apertura de servicios clínicos	Inicio actividades para incrementar el 10% de atenciones en Imagenología y Cirugía.
	2.2. Seguridad de la atención de niños, niñas y sus familias	Acciones encaminadas al fortalecimiento de procesos seguros (medición de carga biológica en superficies, acciones para el servicio farmacéutico; capacitación y cirugía), cultura (actividades educativas) y aprendizaje organizacional (nuevas herramientas para identificación de eventos, monitoreo del programa, análisis de mortalidad).
	2.3. Buenas prácticas de manufactura en gases medicinales	Proceso de calificación del diseño, instalación, operación y desempeño de áreas y equipos.
	2.4. Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con enfoque a la excelencia	Inicia segundo semestre de 2017.
	2.5. Mercadeo y comunicación como parte del mejoramiento de la gestión institucional	Formulación del plan de mercadeo y plan de comunicación 2017.
	2.6. Cultura digital	Generación de acciones para el fortalecimiento del uso del papel (uso papel ecológico), elaboración cronograma de trabajo para gobierno en línea 2017,
	2.7. Infraestructura tecnológica y sistema de información	Definición de necesidades.
	2.8. Infraestructura física e ingeniería biomédica	Elaboración del plan de trabajo para el modelo de gestión de tecnología.
	2.9. Desarrollo del sistema de gestión documental.	Implementación de acciones para el desarrollo de los módulos de contratación y talento humano del software de Gestión Documental SAIA.
3. Satisfacción de necesidades y expectativas de niños, niñas y sus familias	3.1. Participación social en salud. Una cuestión de legalidad y legitimidad	Convocatoria de Junta Directiva de la Asociación de Usuarios, inicio de procesos de capacitación para la Asociación de Usuarios.
	3.2. Escuela Hospital Infantil Concejo de Medellín. Aprendiendo en la caja de colores. Una apuesta a la pedagogía social y comunitaria	Planeación de actividades para el desarrollo del proyecto. Inicio de ciclo de talleres formativos, actividades desarrolladas por el INDER, Red de Bibliotecas Públicas y Palabras que acompañan, actividades lúdico pedagógicas por medio de prácticas educativas en licenciatura de preescolar, encuestas de satisfacción a niños y niñas.
4. Sostenibilidad financiera	4.1. Implementación de las normas Internacionales de información financiera. Fortalecimiento del proceso financiero.	Generación de análisis para depurar y ajustar los costos por servicio y acciones para gestión de cartera.

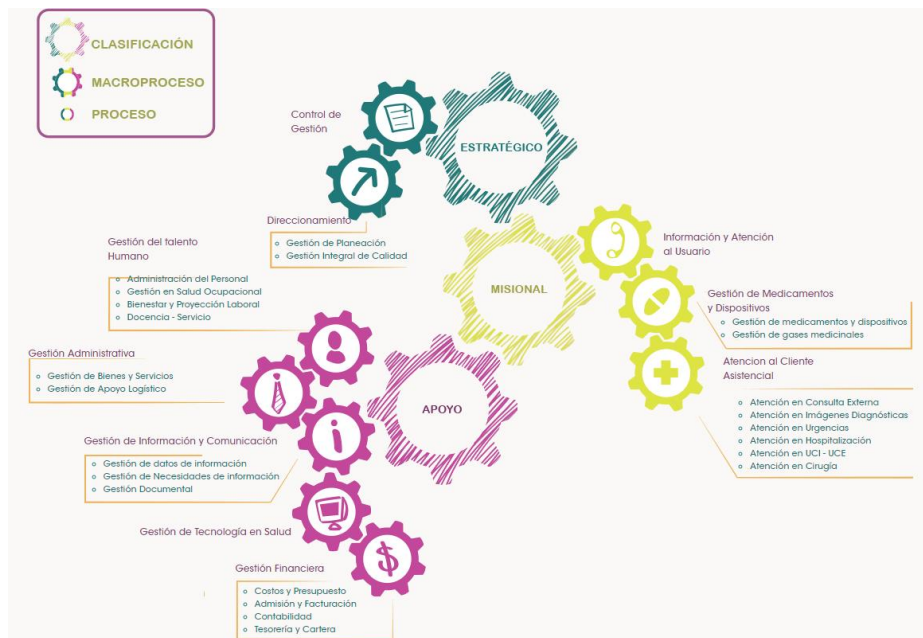
Fuente. Planeación y Calidad CHICM

1.2.2 Modelo de operación por procesos

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

Unificación del Proceso de Suministros e Insumos y Gestión de Bienes quedado un único proceso, Gestión de Bienes y Suministros.

Mapa de Procesos actualizado:



Fuente: Planeación y Calidad. CHICM.

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 continúa trabajando 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

Para el mes de junio se tiene proyectado el seguimiento a los riesgos organizacionales. 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 seguimiento se realizará conjuntamente con el equipo de líderes de procesos y en grupos interdisciplinarios.

1.3.3. Análisis y valoración del riesgo

El análisis y valoración de riesgos 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

Generar estrategias oportunas e incentivar a los líderes de proyectos que permitan el buen desarrollo y avance del plan de acción 2017. Igualmente trabajar para el año en los indicadores de resultado de cada uno de los proyectos.

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 hacía 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.

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 y procedimientos faltantes (Procedimiento de Apoyo Logístico, Procedimiento de Gestión de Bienes y Servicios) y actualización de los procesos y procedimientos de Gestión de Datos, Gestión Documental, Gestión de Necesidades de Información y Gestión de Tecnologías en Salud), igualmente el fortalecimiento de los procesos misionales de acuerdo con la autoevaluación de estándares de acreditación realizada en el año 2016. Todo ello con el fin de 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 la importancia de asistencia a las reuniones programadas de comités Organizacionales.

Fortalecer los procesos de inducción en el personal asistencial ya que se evidencia el ingreso a la Institución de colaboradores sin contar con la inducción general ni acceso y firma a la historia clínica.

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 presente año 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 realizaron *auditorías internas* conforme a un 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 presentó un cumplimiento del 50% en su ejecución. En el primer trimestre del año 2017 se tomó la decisión de cerrar los ciclos de las auditorías que quedaron pendientes lo cual hasta el momento no se ha contado con avances significativos.

Conforme a *Comités Institucionales*, se cuenta con un cronograma establecido que se ha ido cumpliendo de manera sistemática.

En el primer trimestre del año se realizó la evaluación del control interno contable para la Contaduría.

2.2.2. Auditoría Externa

Dentro de las auditorías externas más relevantes realizadas en el Hospital en el primer cuatrimestre se encuentra la auditoría especial – Contraloría General de Medellín –. Actualmente se cuenta con un Informe final y en proceso el plan de mejora.

2.3. Planes de mejoramiento

2.3.1 Planes de mejoramiento

En el primer trimestre del año se generó un plan de mejora integral de calidad que contempla un consolidado de resultados evidenciados en las rondas de calidad, auditoría de paciente trazador y evaluaciones de casos de mortalidad.

Oportunidades de Mejora subsistema de control de evaluación y seguimiento

Realizar el cierre de auditorías realizadas en el año 2016 que contempla: elaboración de informe de la auditoría del proceso de hospitalización, ejecución de planes de mejora de las auditorías del proceso de imágenes diagnósticas y hospitalización, seguimiento a los planes de mejora de los procesos de urgencias, cirugía y medicamentos y dispositivos.

Incentivar a los equipos de trabajo para la entrega oportuna de planes de mejoramiento y lecciones aprendidas 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 comités el cumplimiento en la ejecución programada para el año.

Dar continuidad al equipo de trabajo para la evaluación de las PQRS.

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.

Favorecer la cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales.

Apoyar la propuesta del comité de calidad y seguridad en la creación de equipos interdisciplinarios de mejoramiento.

Favorecer el conocimiento a todo el equipo de trabajo de las auditorías eternas realizadas en la Organización.

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 ha generado un cronograma de trabajo para el desarrollo de 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.

Oportunidades de mejora información y comunicación

Generar una comunicación clara y veraz de los lineamientos organizacionales por parte de directivos y líderes de procesos a todos los equipos de trabajo de la Organización.

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

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

Crear conciencia en el grupo directivo y operativo de la importancia del sistema de información para la operación diaria y para la toma de decisiones.

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 primer cuatrimestre del año 2017 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 proceso de planeación está claramente definido pero se encuentra afectado en su cumplimiento, por las restricciones presupuestales, el cumplimiento de los programas y proyectos que hacen parte del Plan Estratégico Institucional.

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 realizadas en el año 2016 no se han logrado cerrar satisfactoriamente.

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 2017
2. Informes de Gestión.
3. Matriz de riesgos por procesos.
4. Seguimiento proceso control de gestión.