



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.

INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTION POR DEPENDENCIAS
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DE 2024

CONTROL INTERNO DE GESTION

IPIALES, ENERO 31 DE 2025

INTRODUCCION

La oficina de control interno del Hospital Civil de Ipiales en cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la circular 04 de 2005 emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial que establece: “con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las oficinas de Planeación, los jefes de las oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso.” Y con base en el informe de Indicadores vigencia 2024 entregado por la oficina de Planeación el día 23 de enero de 2025, se ha consolidado en el presente informe el resultado de la gestión de los procesos del Hospital, en cumplimiento de los objetivos institucionales para la vigencia 2024.

Se resalta lo expuesto por la Oficina de Planeación en su informe sobre el asunto: “En el siguiente informe se muestra los datos reales teniendo en cuenta los procesos institucionales, hay que mencionar que en el año 2024 en la institución se llevó a cabo una transición de administración por cuanto los planes de acción anual se rigen bajo los objetivos del Plan de Desarrollo vigencia 2020 – 2024, la nueva administración empieza su planeación mes de enero de 2025, ya con un plan de desarrollo institucional aprobado en el mes de noviembre del año 2024, por esto se presenta la siguiente información, de manera real y con los soportes encontrados para su validación.

Es importante mencionar que el trabajo ha sido fuerte, en cuanto el año 2024 se trabaja sobre lo recibido y lo que en lo posible se logra articular y ejecutar sin obstaculizar la prestación del servicio y el cumplimiento en general de las actividades por parte del Hospital Civil de Ipiales ESE, la mayoría de actividades se logra consolidar su respectiva evidencia, sin embargo por el cambio no se recibe evidencia documental, se encuentra en el software DARUMA pues son indicadores relacionados al proceso y al cumplimiento del servicio, en general la información recolectada hace relación a la realidad institucional y al apoyo de cada líder de proceso para desde la oficina de planeación lograr consolidar el seguimiento de la anualidad 2024.

Para el año 2025 ya se cuenta con un Plan de Desarrollo Aprobado por parte de la junta directiva, con metas retadoras y pensadas en la necesidad institucional”.

OBJETIVO

Verificar para cada proceso del Hospital Civil de Ipiales ESE el cumplimiento de los compromisos adquiridos o formulados y que estos redunden en el cumplimiento de

los objetivos institucionales, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024.

ALCANCE

Verificar la gestión de los 17 procesos del HCI ESE de conformidad con el acuerdo No. 020 de 2016 Manual de Funciones y de Competencias laborales, a partir del seguimiento realizado por la oficina de Planeación a los indicadores de la vigencia 2024, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024.

- Direccionamiento Estratégico
- Gestión de Calidad – Sistema Integrado de Gestión
- Sistema Integrado de Atención al Cliente - SIAU
- **Gestión Clínica**
- Internación - Hospitalización
- Atención de Urgencias
- Atención Ambulatoria
- Cirugía y Atención del Parto
- Cuidado Crítico - UCI
- Laboratorio Clínico y Servicio Transfusional
- Imagenología
- Terapia Física y Respiratoria - Rehabilitación
- Servicio Farmacéutico
- Gestión de Recursos Económicos
- Gestión de Recursos Físicos
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión de Recursos de Información – Gestión Documental
- **Gestión TIC y Mercadeo (No Contemplado en el Acuerdo 020 de 2016)**
- **Gestión Jurídica y Contratación (No Contemplado en Acuerdo 020 de 2016)**

NORMATIVIDAD APLICABLE

- Ley 909 de 2004. "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones." en su artículo 39 establece que: "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento".
- Decreto Reglamentario 1227 de 2005. 'Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998

- Decreto 2539 de 2000. "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial"
- Circular No. 04 DE 2005. "Mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 establece que: "El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno".

METODOLOGIA

Con base en el informe de Indicadores - PAA vigencia 2024 entregado por la oficina de Planeación se consolida la información para el diligenciamiento del formato Evaluación de la Gestión por Dependencias. Finalmente se entrega a Gerencia el informe consolidado con recomendaciones generales, y se publica en la página web del Hospital.

DESARROLLO DEL INFORME

Para efectuar el presente informe de evaluación por dependencias, la oficina de Control Interno de Gestión tomó como insumo la información evaluada en los Indicadores PAA vigencia 2024 entregada por la oficina de Planeación.

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **DIRECCIONAMIENTO**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

3.1. Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales

3.2. Lograr mediante Gestión adecuada de recursos niveles de eficiencia que permitan sostenibilidad y competitividad Institucional.

3.3. Ampliar la Integralidad y resolutividad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad.



4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Implementación del Modelo integral de planeación y gestión en un 80% (32 PDI)	60%	<p>1. <u>Cumplimiento de Plan de Trabajo generado de Autodiagnósticos.</u></p> <p>Si bien existen de manera parcial autodiagnósticos de la implementación de las dimensiones y respectivas políticas del Modelo de Planeación y Gestión en el Hospital Civil de IpiALES ESE, al momento de recibir el respectivo empalme en el área de planeación no se habla de un seguimiento a estos planes formulados en el Autodiagnóstico, por lo que existen dichas actividades en los formatos, mas no se tiene un seguimiento.</p> <p>Sin embargo, los autodiagnósticos realizados en promedio tienen un cumplimiento del 70% los realizados en junio, pero vale mencionar que no cuentan con planes de trabajo para su respectivo seguimiento, acciones que permitirán fortalecer la implementación de MIPG en la institución.</p> <p>Evidencia: Formatos de autodiagnósticos recibidos con planes de trabajo, formatos de autodiagnósticos realizados en el mes de junio.</p> <p>2. <u>Índice de desempeño HCI según FURAG.</u></p> <p>Para la vigencia 2023, que fue reportada en el año 2024 se logra un puntaje de 66,1 puntos, un índice que no alcanza la meta propuesta que era de cerca de 74, sin embargo, de manera discriminada se evidencia el comportamiento de las políticas en cada una de sus dimensiones en los resultados arrojados. Por lo que se plantea el fortalecimiento como una entidad que se rige bajo el modelo.</p> <p>Evidencia: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMzA3NjViNDctNDVhZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmliwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VIMGYzZjZiZiIsImMiOiR9</p>



<p>Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de PLANEACIÓN INSTITUCIONAL.</p>	<p>70%</p>	<p><u>1. Índice de desempeño de Política de PLANEACION INSTITUCIONAL mediante FURAG.</u></p> <p>Para la vigencia 2023 el índice de la política de planeación Institucional se obtuvo por 76 puntos, no cumpliendo con la meta propuesta de 90 puntos, vale mencionar que la información suministrada en el proceso de empalme y contenida en los archivos del sistema fue la que se reportó y de ella se logra esa calificación.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMzA3NiVjNDctNDVhZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmliwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VIMGYzZjZiZiIsImMiOiR9</p> <p><u>2. Cumplimiento de Plan de Acción de la Política de PLANEACIÓN INSTITUCIONAL</u></p> <p>El Hospital Civil de IpiALES cuenta con un formato controlado FO – 2496 denominado Cronograma de Trabajo Recomendaciones FURAG, en el cual, de acuerdo a los resultados obtenidos en la última evaluación, sin embargo, no se cuenta con el seguimiento a la ejecución de estos.</p> <p>A raíz de esto, se quiere fortalecer la articulación de los procesos y poder fortalecer la implementación de MIPG en la institución, vinculada con acreditación y NTC ISO 9001:2015. Situaciones que se ha logrado evidenciar en el transcurso del año.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Planes de trabajo, actividades evidencias, sin seguimiento.</p>
--	------------	--



<p>Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.</p>	<p>55%</p>	<p><u>1. Índice de desempeño Institucional de la Política de TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN mediante FURAG.</u></p> <p>Según el reporte de FURAG 2023 el índice de la política de transparencia y acceso a la información pública se obtuvo 57 puntos, sin superar la meta trazada para la vigencia, se pueden corroborar los resultados directamente en el link de resultados de la función publica</p> <p><u>Evidencia:</u></p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMzA3NiVjNDctNDVhZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmliwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VIMGYzZjZjZiIsImMiOiR9</p> <p><u>2. cumplimiento de Plan de Trabajo de la Política de TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN generado en el autodiagnóstico</u></p> <p>Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.</p> <p>Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos.</p>
--	------------	---



<p>Mantener y/o mejorar el desempeño de la Política de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</p>	<p>70%</p>	<p>1. <u>Índice de desempeño Institucional de la Política de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</u> mediante FURAG.</p> <p>El índice estuvo próximo a cumplir la meta pues era de 80 puntos, sin embargo, con la información recolectada se logran los 73 puntos para el cumplimiento de la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, hay que tener en cuenta que la información suministrada es la reportada sin embargo se debe fortalecer el seguimiento real de la institución.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMzA3NiVjNDctNDVhZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmliwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VIMGYzZjZiZiIsmMiOjR9</p> <p>2. <u>% de cumplimiento de Plan de Trabajo de la Política de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</u> generado en el autodiagnóstico.</p> <p>Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.</p> <p>Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos.</p>
---	------------	---



Lograr el 100% de implementación del proyecto de Resonancia Magnética (6 PDI)	10%	<p>% de implementación del proyecto de Resonancia Magnética</p> <p>La presentación de un proyecto según la Metodología General Ajustada cuenta con unas etapas de las cuales no se logra una entrega eficiente del proyecto en sí a la nueva administración, desde la oficina de planeación se tiene conocimiento de la existencia de un documento correspondiente al análisis del contexto alcance y problema a solucionar con la implementación de resonancia magnética en el Hospital Civil de IpiALES, sin embargo, no se evidencia, la presentación formal ante el Ministerio de Salud y/o aprobación bajo resolución para dar continuidad a las actividades plasmadas y ejecución del proyecto en sí, por cuanto el porcentaje de avance sería menor del 20% considerando que existe el documento análisis del contexto.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Documento presentación de proyecto de resonancia.</p>
Gestionar al 100% la construcción de los proyectos de Infraestructura Priorizados para la vigencia 2024 según matriz FO-0907 aprobada en CIGD	30%	<p>Existe un consolidado de necesidades de infraestructura priorizadas, a la cual inicialmente se revisa para tener un panorama de la intención ante la modificación, mantenimiento o nueva construcción de planta física, de estas solo se ha logrado el avance del 30% considerando el reducido presupuesto que se trabajó para la vigencia 2024, unas de ellas se plasmaron directamente como meta del PDI 2024 – 2028 para su debido y estricto cumplimiento algunas se tomaron por mantenimiento y se priorizaron otras teniendo en cuenta la nueva visión.</p> <p>Evidencia</p> <p>Matriz de priorización, se señalan en amarillo las que ya se cuenta con un avance significativo.</p>
Implementación del Sistema de Gestión de Riesgos HCI	100%	<p>El Hospital Civil hizo una recopilación del trabajo inicial para la consolidación del Sistema de Gestión del Riesgo, un trabajo articulado con líderes y tomando de referencia la normatividad aplicable, lo cual a la fecha se cuenta con un manual de gestión del riesgo aprobado que aborda las directrices de la norma y a que se refiere la clasificación de los riesgos. Se logra la aprobación de este manual en el mes de noviembre re lo cual para la vigencia 2025 se inicia su respectiva socialización y desarrollo.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Modelo de gestión Integral del Riesgo</p>



<p>80% de cumplimiento en los planes de producción y ventas de las unidades funcionales.</p>	<p>Sin datos</p>	<p>En el proceso de empalme desde la oficina de subgerencia administrativa no se recibe planes de producción y ventas en firme debidamente organizados, por cuanto en las últimas vigencias tampoco se encuentran datos de seguimiento a su cumplimiento.</p> <p>Evidencia Se puede verificar en el indicador del software DARUMA el indicador denominado CUMPLIMIENTO PLAN DE PRODUCCIÓN Y VENTAS.</p>
<p>Ejecución del 70% PAA (Plan Anual de Adquisiciones) de la vigencia</p>	<p>100%</p>	<p>Teniendo en cuenta las adquisiciones realizadas en el segundo semestre de 2024, siendo el valor proyectado en el plan anual de adquisiciones inicialmente de \$ 83.831.328.090, se ejecutaron durante el segundo semestre el valor de \$ 51.481116355 correspondiente al 163%, teniendo en cuenta que el valor el presupuesto definitivo, haciende a \$125.170.411.658 con adiciones para la vigencia 2024, cumpliendo así con el presupuesto semestral de los valores comprometidos.</p>
<p>Garantizar el 100% cumplimiento de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial del Plan de gestión Gerencial 2020-2024</p>	<p>100%</p>	<p>Para la vigencia 2024 en la última evaluación realizada al plan de gestión gerencial, la evaluación de estándares de gestión clínica es de 5 en cada uno de ellos, cumpliendo con la meta programada.</p> <p>Evidencia Matriz de calificación mes de abril de 2024</p>
<p>Estructurar el subproceso de costos Hospitalarios y avanzar hacia costos ABC.</p>	<p>10%</p>	<p>El Hospital Civil de IpiALES ESE, cuenta con centros de costos los que son alimentados de manera manual con información suministrada por parte de facturación, se espera que con la implementación del nuevo sistema en la vigencia se logre tener con el sistema y digitalización real de costos hospitalarios.</p> <p>No se contaba con un avance significativo en el sistema hospitalario, pero si se tuvo en cuenta para la nueva planificación.</p> <p>Evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se puede corroborar directamente con las matrices consolidadas por parte del subproceso de costos.



<p>Lograr el 80% cumplimiento de los planes de la estrategia de ambientes humanizados</p>	<p>100%</p>	<p>El hospital Civil de Ipaiales cuenta con una política de humanización y su directo responsable, quien realiza las actividades correspondientes a trato digno y ambientes humanizados.</p> <p>En cuanto a los ambientes humanizados se trabajó la lectura cura, direccionada a los pacientes especialmente a los adultos mayores, estrategia realizada con la casa de la cultura municipal cada 8 días bajo actividades lúdico recreativas bajo la estrategia viernes de cuento. Articulación para clown actividades de adulto mayor concluida en el mes de diciembre. Evitar la desescolarización en niños, niñas y adolescentes vinculados con los estudiantes de pedagogía de la normal pio XII.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Informe de actividades por parte de Humanización.</p>
---	-------------	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Los Indicadores planteados para la vigencia 2024 fueron en total 12 y se cumplieron en un 58.75% Consolidado, siendo un porcentaje bajo de desempeño; Esta situación se debió principalmente al cambio de Administración en el 01 de abril de 2024, nueva plataforma estratégica. Direccionamiento es fundamental para asegurar que el hospital funcione de manera eficiente, cumpliendo con su misión y objetivos estratégicos para garantizar que el hospital no solo cumpla con su misión de atención en salud, sino que también se mantenga competitivo.

Este proceso debe enfocarse en los siguientes aspectos:

- Definición de la Misión, Visión y Valores.
- Análisis del Entorno: Realizar un análisis interno y externo para identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Evaluar el contexto del sistema de salud en el que opera el hospital, incluyendo políticas, regulaciones y tendencias del sector.
- Formulación de Estrategias: en el sentido de alinear los recursos del hospital con su misión y visión. Definir objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo determinado, que guíen las acciones del hospital.
- Planificación operativa: Definiendo planes operativos que detallen cómo se implementarán las estrategias y objetivos estratégicos, incluyendo la asignación de recursos, cronogramas y responsables. Establecer indicadores de desempeño que permitan medir el progreso y la efectividad de las acciones.
- Gestión de Recursos: Asegurar la adecuada gestión de recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos. Promover el desarrollo y capacitación del personal para fortalecer y mejorar la calidad de atención.
- Comunicación y Participación: Fomentar una comunicación clara y efectiva entre todos los niveles del hospital, asegurando que el personal esté informado y comprometido con el direccionamiento estratégico.
- Evaluación y Monitoreo: Realizar un seguimiento continuo del desempeño del hospital en relación con los objetivos estratégicos y los Indicadores establecidos. Evaluar el impacto de las estrategias implementadas y realizar ajustes según sea necesario para optimizar el funcionamiento del Hospital.
- Mejora Continua: Fomentando la innovación y la adaptación ante cambios en el entorno de salud. Establecer mecanismos para la retroalimentación y la evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Direccionamiento y se encuentran asociados al proceso “Direccionamiento” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, a excepción del riesgo “Posibilidad de incumplimiento a las metas del plan de producción y ventas”, el cual en la evaluación por parte de la oficina de Planeación aparece como **MATERIALIZADO**.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Destinación de recursos públicos de forma indebida en Favor de un privado o tercero.	Desconocimiento o inadecuada aplicación de la normativa vigente, de lineamientos y procedimientos	Elaboración, ejecución y seguimiento del Plan de necesidades acorde al DS 0318. Elaboración, ejecución y seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones. Control a la dispersión de pagos. Operatividad del comité de compras y contratación de acuerdo al manual y estatuto de contratación.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación. http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incumplimiento a las metas del plan de producción y ventas.	Falta de capacitación en lineamientos PPV en años atípicos.	Seguimiento trimestral al PPV, comparativo con costos y facturación y socialización en CIGD Indicador de cumplimiento al plan de producción y ventas	01/01/2024	1/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación. http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6 MATERIALIZADO

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de autoevaluación inadecuada y/o inoportuna de servicios e incumplimiento con la resolución 3100 de 2019.	Falta de control al momento realizar autoevaluación	Verificar de manera semestral la autoevaluación para determinar cumplimiento a normatividad vigente de servicios en salud. Informar en CIGD las novedades presentadas que pueden afectar la habilitación de los servicios de salud del HCI:	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación. http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Atención de usuarios de manera inoportuna en los diferentes servicios, por retraso en la organización de agendas medicas de especialistas.	Retraso en el agendamiento de solicitudes de citas	Solicitud de disponibilidad de agendas mensual con 15 día de anticipación Realizar programación de agendas para ofertar servicios con oportunidad. Informar cambios en la disponibilidad de agendas para asignación oportuna del servicio.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento de las auditorías de Entidades externas como de las auditorías internas.
- ✓ Apoyar y gestionar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y modelo estándar de control interno - MECI, bajo el nuevo marco normativo para las entidades territoriales.
- ✓ El Direccionamiento Estratégico encabeza de gerencia la cual tiene 9 funciones esenciales dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales, en este sentido se exhorta a direccionamiento fortalecer la función: “definir las políticas relacionadas con el manejo del Talento Humano, Planeación, Atención al Usuario y Participación Social, Comunicaciones, Jurídica, Control Interno, Recursos Físicos, Financieros y de Sistemas de Información y demás procesos transversales que permitan el adecuado funcionamiento de la entidad.
- ✓ Actualizar y modificar Manual de Funciones y Competencias Laborales.
- ✓ Crear en la planta de personal del HCI al menos los siguientes cargos: Un Profesional Universitario de Presupuesto, un Profesional Universitario Gestión de la Información, un Asesor de la Oficina Jurídica y Contratación, un Profesional Universitario de Cartera.
- ✓ Dar estricto cumplimiento a La Ley 1066 de 2006, que en su Artículo 1 estableció: "Gestión del recaudo de carter pública. Conforme a los principios que regulan la Administración Pública contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política, los servidores públicos que tengan a su cargo el recaudo de obligaciones a favor del Tesoro Público deberán realizar su gestión de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez para el Tesoro Público."
- ✓ Realizar control permanente sobre los gastos sometidos a política de austeridad en el gasto.
- ✓ Gestión de Riesgos en busca de una mejora continua y permanente.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Control Interno de la Entidad.
- ✓ Meritocracia en el acceso y la permanencia del personal, esto garantiza trabajadores competentes y comprometidos con los fines esenciales de la Institución.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **Gestión de la Calidad - Sistema Integrado de Gestión**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

3.1. Lograr mediante Gestión adecuada de recursos niveles de eficiencia que permitan sostenibilidad y competitividad Institucional.

3.2. Ampliar la Integralidad y resolutivez en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

5.1. Avance producto SGI (%)

5.2. Análisis de Resultados

Implementación de PAMEC mayor al 90%

94.32%

El indicador cumple la meta esperada, muestra una tendencia positiva comparada con la medición anterior, las acciones realizadas para su gestión muestran que el sistema y el mejoramiento del HCI cierra el año 2024 con un total de 511 acciones de mejora derivadas de auditoría interna, auditorías de IDSN, auditorías EAPB, Informes de autoevaluación y visita de seguimiento de acreditación, indicadores que no cumplen meta, visita de seguimiento de certificación ISO 9001:2015, de las cuales se encuentran ejecutadas 482, correspondientes a auditoría interna 2023-2024 (200), a autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación (96) y a auditorías de IDSN (64), Informe de visita de acreditación (46), Auditoría de certificación ISO 9001:2108 (2), Auditorías EAPB (69) y las derivadas de indicadores que no cumplen la meta (5). Con el fin de mejorar este comportamiento se continuará realizando seguimiento a las diferentes fuentes de información y avanzando en las acciones planteadas a través de la asignación de recursos por parte de la alta dirección y del trabajo diario interno en cada uno de los procesos.

Adherencia del HCI a las metas internacionales en seguridad del paciente

96,5%

La meta era del 50% por cuanto se cumple la meta con 7 metas internacionales tenidas en cuenta las cuales cumplen con el reporte y se ha logrado cumplir con estas metas establecidas, sin embargo, cabe mencionar que algunas de ellas desde la Institución se ha propuesto metas más retadoras

Fortalecer la adherencia a las estrategias del programa el control y prevención de IAAS	100%	<u>Tasa de infecciones asociadas a la atención en salud</u> Para la vigencia la tasa de IAAS termina en 0.46, por lo que se muestra la reducción y la gestión efectiva de estos eventos adversos que producen infecciones afectando la seguridad del paciente y/o del trabajador, en el último trimestre del 2024 se tuvieron 4 infecciones presentadas en los procesos asistenciales, la medición que se cuenta hasta la fecha corresponde a los meses de octubre y noviembre considerando que se debe hacer el cierre de las bases de datos consolidadas.
Avanzar en la implementación del programa de optimización de antimicrobianos.	93%	<u>Porcentaje de adherencia a la Guía de práctica clínica del uso racional de antibióticos</u> Para la meta establecida se auditaron 45 historias clínicas de las cuales 42 historias clínicas cumplen los criterios establecidos obteniéndose un porcentaje de cumplimiento del 93%. El indicador se encuentra cumpliendo las metas establecidas; evidenciándose los siguientes hallazgos: Se rotan o se suspenden antibióticos, pero no se realiza la justificación en los registros de la historia clínica, Inoportunidad en el inicio de los antibióticos, se continuará retroalimentando los hallazgos al personal médico, por lo que se hacen las recomendaciones pertinentes que permita
Sostener la Certificación de la Estrategia IAMII. (2 PDI)	100%	<u>Porcentaje de cumplimiento en la matriz de auto apreciación</u> Se cumple con la meta con el certificado IAMII, teniendo en cuenta que se cumple la totalidad de las actividades de la matriz de autoevaluación de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia como enfoque integral - IAMII programadas para el segundo semestre y todas las actividades de gestión realizadas como Hospital Padrino con la fundación Santafé, Lo que ha permitido fortalecer los programas del binomio madre e hijo y de manera transversal garantizar una mejor atención.
Porcentaje de adherencia a la implementación de las rutas de ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS institucional	0%	Porcentaje de adherencia a la implementación de las rutas de ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Siendo un dato real no se cuenta con información que permita conocer la adherencia a las rutas de enfermedades respiratorias crónicas, tal como lo establece la meta.
Adopción e implementación de 5 nuevas Guías de práctica Clínica a nivel institucional	50%	<u>Implementación y adherencia de 5 guías de práctica clínica.</u> La meta era la implementación de guías y se logra implementar 6 Se implemento y socializo GPC de Cirugía Plástica, Cardiopatías, RN prematuro, EDA en niños, sepsis neonatal, Insuficiencia renal en adultos, sin embargo, no se ha logrado realizar el seguimiento a la adherencia.



Cumplimiento al 100% de las acciones para el logro de las metas propuestas de los indicadores de la resolución 408 de 2018 y Circular 009 de 2016 Supersalud	100%	<p><u>Cumplimiento al 100% de las acciones para el logro de las metas propuestas de los indicadores de la resolución 408 de 2018</u></p> <p>Se cumple con las metas de los indicadores de la resolución 408 del 2018, que se encuentran a cargo del SIG, relacionados con gestión de PAMEC y mantenimiento del SUA, teniendo en cuenta la tabla de indicadores del software DARUMA, los indicadores que se relacionan al cumplimiento de la resolución 408 de 2018 cumplen con la meta, por cuanto el cumplimiento para la meta estratégica es del 100%</p>
Porcentaje de cumplimiento de estándares Resolución 0312 de 2019 en 95% SGSST	97%	<p><u>Porcentaje de cumplimiento de estándares Resolución 0312 de 2019</u></p> <p>Los ítems que aún nos e cumplen frente a la norma se relacionan con evaluación y selección de proveedores y contratistas, identificación para adquisición de productos y servicios SST.</p>
Porcentaje de cumplimiento de la política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACION DE PROCESOS	85.2%	<p>1. Índice de desempeño de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS mediante FURAG</p> <p>El índice estuvo próximo a cumplir la meta pues era de 95 puntos, sin embargo, con la información recolectada se logran los 85.3 puntos para el cumplimiento de la política Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos, hay que tener en cuenta que la información suministrada es la reportada sin embargo se debe fortalecer el seguimiento real de la institución.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojMzA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmIiwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTlIM2VIMGYzZjZiImlmMiOjR9</p> <p>1. <u>% Cumplimiento de Plan de Trabajo de la política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS generado de Autodiagnósticos</u></p> <p>Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.</p> <p>Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos.</p>
Realizar diagnóstico de requisitos de ISO 45001 / 2018 (26 PDI)	96%	<p>El % de autodiagnóstico de estándares de la norma SGSST se encuentra superando la meta en el 1 semestre de 2023.</p>
Medir la Huella Ambiental Carbono Cero. (29 HCI)	100%	<p>Se inició medición de emisiones atmosféricas INCOAMBIENTAL, se realizó el trámite ante CORPONARIÑO se tiene el concepto de parámetros permisibles.</p>

Participar en premios - huella + salud convocatoria de FENOGE - Grupo de investigación en Salud del HCI ante MINCIENCIAS (28 PDI)	0	No se evidenció ninguna gestión al Respetto
Mantenerse como una Institución Acreditada articulada con MIPG (21 PDI; Indicador No. 1 Resolución 408 de 2018))	100%	Se recibió auditoría de nuevo ciclo por parte del Ente Acreditador ICONTEC en el mes de diciembre del 2024, El HCI se encuentra en espera del informe correspondiente, y cabe mencionar que se han aplicado los lineamientos correspondientes a MIPG y para la nueva vigencia se quiere fortalecer cada uno de los procesos conjugando las oportunidades tanto del ente acreditador demande como las estrategias para MIPG y su evaluación de FURAG.
Mantenerse como una Institución Certificada en ISO 9001 articulada con MIPG (22 PDI)	100%	Se recibió auditoría de seguimiento por parte ICONTEC en el mes de agosto del 2024, se ratifica certificación en ISO 9001:2015 para el HCI, Por otro lado, el Hospital cuenta de manera documental con la interrelación de ISO 9001:2015 con MIPG.
Cumplimiento al 100% de los parámetros de monitoreo y análisis de la Planta de Tratamiento de Agua Residual de Nefrodial.	100%	Todos los resultados se basan según la resolución 0631 del 2015 unos tienen unos límites máximos permisibles, con Laboratorio LABTEC.
Gestionar el Reingreso a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables (27 PDI)	100%	El hospital Civil cuenta con el certificado de membresía de la red de Hospitales verdes, se quiere fortalecer estrategias que permitan tener mayor impacto y reconocimiento como un hospital amigable con el ambiente como parte de la red de hospitales verdes, generando estrategias autosostenibles de energía.
Fortalecer el proceso de tratamiento de agua potable de la institución	99%	Hubo una novedad en el último trimestre por lo que permite una variación al 100% sin embargo se ha logrado mantener los parámetros fisicoquímicos de calidad del agua en la institución para garantizar la seguridad de los pacientes, los colaboradores y en los procedimientos.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Un Sistema Integrado de Gestión en un hospital acreditado es esencial para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como para promover la eficiencia y la mejora continua en todos los procesos del hospital.

El cumplimiento de los 18 indicadores de este proceso para la vigencia 2024 según lo reportado por la oficina de Planeación es del 84.11%, porcentaje de cumplimiento aceptable que traduce en su grado de compromiso en establecer y mantener sistemas de gestión estandarizados que permiten garantizar la asistencia optima acorde a las necesidades de cada paciente y el cumplimiento normativo.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene definido como objetivo para este proceso el siguiente: "Establecer, Documentar, Implementar y Mantener el Sistema de Gestión de Calidad, Mejorando Permanentemente su eficacia".

Este proceso ha dado cumplimiento aceptable tanto a los indicadores como al objetivo establecido en el Manual de Funciones y Competencias Laborales del HCI.



6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Sistema Integrado de Gestión y se encuentran asociados al proceso “Sistema Integrado de Gestión” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Aumento en el índice de morbilidad y mortalidad en la población materno perinatal	Dificultades para garantizar la integridad en la atención de la población de la ruta materno perinatal	Avanzar con el diseño de la ruta de atención materno- perinatal Socializar e implementar la ruta de atención materno- perinatal Monitorizar el aumento en el índice de mortalidad materno- perinatal	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida de la reserva de la información y divulgación de la misma	Falta de control de los documentos del proceso	Delegación por subproceso de la persona encargada del archivo de gestión del proceso Capacitación en manejo del archivo de gestión del proceso Implementación del manejo de los documentos en el proceso por las personas encargadas de esta actividad. Seguimiento a la implementación y control del archivo de gestión por parte de gestión documental de la institución	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida de calidad en la atención, por inadecuados diagnósticos y tratamientos, aumento de glosa, pérdidas económicas y problemas legales	No adherencia al cronograma de implementación de GPC	Revisan del perfil de morbilidad de la institución Realizar programación para avanzar con la implementación de nuevas Guías de práctica clínica de acuerdo la metodología del ministerio. Actualización, socialización e implementación de las guías de práctica clínica Evaluación de adherencia a las nuevas guías de prácticas clínicas implementadas	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte SGI	Avance
Pérdida del biológico del Programa ampliado de Inmunizaciones -PAI	Desconocimiento del programa y manejo del biológico	<p>Capacitación al personal encargado sobre el programa PAI y el manejo y control de biológico.</p> <p>Revisión de equipos y el control de colaboradores que ingresan a las áreas de vacunación, para garantizar su conservación y custodia</p> <p>Realizar seguimiento mediante informes que permitan el control del biológico</p>	01/01/2024	31/12/2024	<p>Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación</p> <p>http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6</p>	

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida de la acreditación en salud y la certificación en ISO 9001 del 2015 institucional.	Falta de adherencia a la política de calidad institucional	<p>Autoevaluación de los estándares de acreditación y norma ISO 9001 con los equipos de autoevaluación conformados</p> <p>Realización de plan de planes de mejoramiento de las oportunidades de mejora identificadas</p> <p>Seguimiento a los planes de mejora de a las diferentes fuentes de mejoramiento.</p>	01/01/2024	31/12/2024	<p>Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación</p> <p>http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6</p>

Inefectividad del programa de seguridad del paciente	No cultura de daño punitivo por parte de líderes de proceso y no credibilidad del programa de seguridad del paciente	<p>Capacitación continua de la política de seguridad del paciente a ladres y equipos de trabajo</p> <p>Realizar sensibilización con el personal de la importancia del reporte en el software SHIOS para la gestión de este</p> <p>Seguimiento por parte del programa frente a la cantidad de reporte por procesos.</p>	01/01/2024	31/12/2024	<p>Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación</p> <p>http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6</p>
--	--	--	------------	------------	--



7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Proporcionar capacitación continua al personal en el uso de las herramientas y procesos de gestión integrada, asegurando que estén actualizados y bien informados.
- ✓ Fortalecer el liderazgo y participación de los colaboradores.
- ✓ Fomentar la participación y el trabajo en equipo entre los diferentes procesos del hospital, esto permite una mejor coordinación y comunicación, lo que contribuye a mejorar el sistema integrado de gestión.
- ✓ Monitoreo y Evaluación, realizar auditorías internas y externas para evaluar el cumplimiento de las normativas y estándares establecidos por organismos acreditadores.
- ✓ Desarrollar e implementar protocolos y procedimientos estandarizados para asegurar la calidad en la atención y el servicio al paciente.
- ✓ Medir y evaluar la calidad de los servicios ofrecidos a través de indicadores de desempeño, encuestas de satisfacción y revisiones de procesos
- ✓ Realizar análisis de riesgos para identificar y evaluar peligros que puedan afectar la seguridad de los pacientes y el personal.
- ✓ Desarrollar e implementar medidas preventivas y correctivas para mitigar los riesgos identificados.
- ✓ Garantizar que la información relevante esté disponible y accesible para el personal y las partes interesadas

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
---------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Sistema Integrado de Atención al Cliente - SIAU
----------------------	--

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Gestionar 100% del desarrollo en el software SIHOS del reporte de referencia y contrarreferencia	5%	<u>Porcentaje de desarrollo de software de referencia y contrarreferencia terminado</u> Desde el comité de referencia y contrarreferencia se había adelantado la gestión por la necesidad del módulo en el sistema y llevar de manera tecnicada las solicitudes, sin embargo, al finalizar la vigencia con el nuevo cambio del sistema de información hospitalario se presenta la solicitud y la necesidad.
Lograr que el 100% de PQRS sean tramitados eficazmente a través del Aplicativo de PQRS	10%	<u>Porcentaje de Gestión de quejas a través de aplicativo de trámite de PQRS</u> En la vigencia se realiza todas las solicitudes correspondientes para que esté en funcionamiento el aplicativo del PQRS de manera eficaz y más tecnicada, si bien se ha logrado el trámite de manera manual el software institucional no cuenta con el aplicativo, sin embargo, ya el avance se logra por el cambio del sistema que tendrá el módulo para la gestión de PQRS. Se aclara que todas las PQRS de la vigencia 2024 fueron tramitadas de manera manual Evidencia Oficio de solicitud del aplicativo a gestión TIC.

<p>Mantener y/o Mejorar el desempeño de la POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO.</p>	<p>70%</p>	<p><u>Índice de desempeño Institucional de la POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO mediante FURAG</u></p> <p>El índice obtenido para la política para la vigencia 2023 fue 71.6 puntos, teniendo en cuenta la información suministrada es una de las políticas con mejor trabajo evidenciado, y se logró cumplir la meta de la anterior evaluación reportada.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmIiwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VIMGYzZjZjZiIsImMiOiR9</p> <p><u>% de cumplimiento de Plan de Acción de la POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO.</u></p> <p>Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.</p> <p>Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos</p>
---	------------	---



Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

67 %

Índice de desempeño Institucional de la Política de PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA mediante FURAG

El índice obtenido para la política para la vigencia 2023 fue 66.9 puntos, teniendo en cuenta la información suministrada pasando por algunas décimas la meta pactada en el plan de trabajo, el servicio al ciudadano y su participación es fundamental para garantizar la transparencia por lo que se seguirá trabajando por mejorar los índices.

Evidencia:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoimZsA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmIiwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VIMGYzZjZjZiIsImMiOiR9>

% de cumplimiento de Plan de Acción de la Política de PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA.

Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.

Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos

Implementar metodología alterna para la medición experiencia en la atención que complemente las encuestas dirigidas.

10%

Se realiza gestión para implementación de códigos QR para encuestas de satisfacción para usuarios, se socializa avances en el comité de ética correspondiente al IV trimestre, y los códigos de manera cómoda para la visibilidad ya se encuentran en elaboración.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El cumplimiento de los 5 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 32.4%, porcentaje no satisfactorio. La gran dificultad que presenta el proceso en lo referente a PQRS es la falta de interés de algunos líderes de procesos y de especialistas en dar respuesta oportuna y de calidad a las quejas presentadas por los usuarios del HCI, en este mismo sentido otra gran dificultad es que toda la trazabilidad de la queja se hace de manera manual, en la vigencia 2024 se establecieron indicadores que apuntaban a sistematizar el proceso, sin embargo no se cumplieron.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Facilitar el acceso a los diferentes procesos asistenciales, medir la satisfacción del usuario de los servicios recibidos y establecer las condiciones de prestación de servicios a través de la contratación”.

Aunque el proceso no definió indicadores para el cumplimiento de los objetivos del Manual de Funciones, en los informes de PQRSF elaborados por este proceso, existe una medición de la satisfacción del usuario.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Sistema Integrado de Atención al Cliente - SIAU y se encuentran asociados al proceso “Sistema Integrado de Atención al Cliente” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, a pesar que se materializó el riesgo “demora en el trámite de respuesta de quejas por la subgerencia de prestación de servicios y algunos procesos”, en razón a que ayudaron a disminuir el impacto que causó el riesgo una vez se ha materializado.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Demora en el trámite de respuesta de quejas por la subgerencia de prestación de servicios y algunos procesos.	Algunos procesos no cumplen con los tiempos establecidos para el trámite de las PQRSF por exceso de carga laboral y/o porque el personal implicado se demora en responder para dar trámite.	Redirección de quejas a líderes de servicio y/o proceso para respuesta oportuna. Realizar seguimiento a oportunidad en las respuestas de PQRS.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6 MATERIALIZADO

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Insatisfacción con la respuesta a queja.	Respuestas de baja calidad enviadas al usuario.	Verificar adherencia a FO- 1082 de análisis de causas y respuesta de queja con FO- 1811 modelo respuesta a quejas.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Es imprescindible el cumplimiento de la normatividad legal en lo concerniente a los trámites de las PQRS en términos de oportunidad, calidad y efectividad, por lo tanto, es procedente establecer planes de mejoramiento que garanticen cumplir con los derechos de los pacientes y mejorar la prestación del servicio.
- ✓ Implementar un aplicativo de gestión de PQRS que permita al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias de forma fácil y oportuna.
- ✓ Fortalecer el proceso de capacitación en temas como: Trato digno, interrelación con pacientes y familiares, entre otros, con miras a mejorar el trato humano a los pacientes y su familia, se recomienda de igual manera a las Empresas tercerizadas capacitar al personal vinculado.
- ✓ Implementar o mantener un registro detallado de las interacciones con los pacientes, sus necesidades y preferencias.
- ✓ Ofrecer formación y capacitación al personal del hospital sobre cómo mejorar la comunicación con los pacientes, incluyendo la empatía, la escucha activa y la resolución de problemas.
- ✓ Innovación permanente de tecnología para agilizar el proceso de cita previa, acceso a la información médica y seguimiento post-atención.
- ✓ Establecer o consolidar canales de comunicación efectivos, como servicios de mensajería, correo electrónico, o portales en línea, para facilitar la interacción entre el hospital y los pacientes.
- ✓ Continuar con obtener y actuar sobre la retroalimentación de los pacientes, a través de encuestas de satisfacción y comentarios, para identificar áreas de mejora y ajustar el sistema según las necesidades reales.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **Urgencias**

2. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Ampliar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por la Oficina de SIAU	100%	En el año se tuvieron 47 quejas en el proceso de urgencias y en su totalidad fueron respondidas de manera oportuna.
Disminuir un 50% la insatisfacción del cliente externo por trato no humanizado	80%	<u>Porcentaje de quejas relacionadas con trato humanizado</u> Existieron en los 4 trimestres en promedio 2 quejas debido al trato, sin embargo, se mantuvo estable, en el tercer trimestre se redujo a 1 y en general desde el seguimiento por parte de SIAU incrementa las felicitaciones en toda la institución se hicieron esfuerzos que por el tiempo de 6 meses con sesiones mensuales el taller de humanización, generando más conciencia del impacto del trato en la atención.
Optimizar el proceso de clasificación de TRIAGE	100%	<u>Porcentaje de no conformidades o incidentes relacionados con inadecuada clasificación de TRIAGE.</u> En todo el año no se presentaron no conformidades en el proceso de urgencias por lo que se cumple la meta de tener reducción del 10% y no se tienen ninguna
Realizar simulacros y entrenamientos frecuentes para mejorar la capacidad de respuesta del personal ante emergencias.	100%	<u>Numero de simulacros realizados en el proceso en el periodo.</u> Se realizan los simulacros correspondientes ante las emergencias en el año por cada trimestre se realizan 2 simulacros en emergencias obstétricas y en RCP.

Disminuir eventos adversos relacionados con flebitis.

SD

Porcentaje de eventos adversos relacionados con flebitis en el periodo.

A La fecha del informe no se cuenta con el consolidado de seguridad del paciente

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El proceso de Urgencias debe centrarse en proporcionar atención médica de alta calidad, segura, eficiente y de diagnósticos acertados y oportunos.

El cumplimiento de los 4 de 5 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 95.00%, porcentaje muy satisfactorio, el indicador 5 no tiene datos.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Prestar la atención inicial de urgencias a todo usuario que solicite el servicio, propendiendo por el mejor pronóstico y calidad de vida”.

En la vigencia 2025 definir indicadores asociados al objetivo del manual de funciones y los objetivos estratégicos del plan de desarrollo.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Atención de Urgencias y se encuentran asociados al proceso “Atención de Urgencias” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Daño o lesión grave en pacientes por fallas en la alineación del personal nuevo a la operatividad del servicio.	Fallas en los procedimientos de inducción y reinducción	Jornadas de Inducción y reinducción que se realiza desde recursos humanos. Turnos de inducción asignados en el proceso. Asignación de un par con experiencia como referente para inducción específica.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Imposibilidad resolutive del servicio por sobredemanda de pacientes.	Fallas en la resolutive de atenciones por parte de médicos generales y especialistas. Fallas en la interacción de procesos para la asignación de camas. Uso inadecuado del servicio de Urgencias por parte de los usuarios	Apoyo de auditoría de calidad para intervención de casos específicos. Análisis de casos, ante la notificación de glosas. Reuniones de equipo de trabajo para retroalimentación. Gestión de camas entre jefes y líderes de proceso.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Daño o lesión grave en pacientes de área de transición/ambulatorios por inoportunidad en la valoración de ayudas diagnósticas solicitadas y definición de conducta.	Demora en el reporte por parte de laboratorio clínico. Fallas en la comunicación entre integrantes del equipo que brinda atención (empalme de turno, notificación de resultados críticos)	DS 0009 " Descripción del subproceso ejecución de la atención. Actualización y socialización del F0 1446 " Formato de control de pacientes ubicados en ambiente de transición. Reuniones con equipo de trabajo para análisis de casos específicos y recomendaciones. Proceso de notificación de incidentes y No conformidades en software SIHOS.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida de medicamentos o equipos biomédicos. (Riesgo de corrupción)	Inexistencia de seguimiento entre los medicamentos Entregados y utilizados.	Aplicación de listas de chequeo para la verificación y existencia de los Medicamentos y equipos. Seguimiento del cruce entre lo entregado y facturado. ANTICORRUPCIÓN	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Minimizar el tiempo de espera para la atención médica, garantizando que todos los pacientes sean atendidos en un tiempo razonable.
- ✓ Optimizar los flujos de trabajo y la comunicación entre el personal médico y de enfermería para reducir los tiempos de espera en la atención.
- ✓ Continuar con el mejoramiento tecnológico como sistemas de información para agilizar el registro de pacientes y el acceso a su historial clínico.
- ✓ Establecer protocolos claros para la atención de emergencias comunes, como ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares.
- ✓ Mejoramiento continuo y permanente en el pronóstico de la afectación de la salud en los pacientes.
- ✓ Gestión de riesgos permanente, en el sentido, a que la gestión ayuda a identificar y controlar proactivamente las amenazas y vulnerabilidades que podrían afectar negativamente el proceso.
- ✓ Tener equipos y herramientas de emergencia, siempre en funcionamiento y a disposición.
- ✓ Proporcionar información clara y oportuna a los pacientes y sus familias sobre el proceso de atención, tiempos de espera y tratamientos.
- ✓ Facilitar la comunicación entre los diferentes servicios y especialidades del hospital para garantizar una atención integral y continua.
- ✓ Establecer indicadores de desempeño para evaluar la eficacia del servicio de urgencias, como tiempos de espera, tasas de reingreso y satisfacción del paciente.
- ✓ Proporcionar capacitación continua al personal médico y de enfermería en atención de urgencia, manejo de crisis y atención al paciente.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno





HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



SC4110-1

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **Atención Ambulatoria**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Ampliar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Mejorar la accesibilidad a citas médicas ambulatorias mediante el fortalecimiento de los canales virtuales	100%	El cumplimiento es exitoso pues la meta es que la oportunidad sea menor a 9 días, y durante el año 2024 se tuvo la oportunidad en promedio de 6.39 cerca de tres días de diferencia a la meta establecida, los indicadores de oportunidad están relacionados a la resolución 408 y se cargan en el aplicativo DARUMA del Hospital Civil y se corrobora la información.
Mejorar la oferta de servicios ambulatorios	100%	Se cumple con la meta de que menos del 15% debe ser demanda insatisfecha, en los primeros trimestres se presentó un porcentaje cerca del 15 considerando la demanda muy alta de pacientes en algunas especialidades sin embargo se logra la contratación de los especialistas reduciendo esta demanda insatisfecha, en promedio para el año 2024 fue de 12%, cumpliendo con la meta y se espera mejorar los servicios.
Mejorar la Comunicación entre usuario y colaborador de citas médicas mediante los intercomunicadores de ventanilla	SD	<u>Adquisición de intercomunicadores</u> Si bien la meta estaba trazada a la adquisición de intercomunicadores se generan nuevas estrategias que incluyen canales digitales y puesta en funcionamiento de Call center para garantizar una buena atención y sobre todo la calidad, considerando el bienestar de los usuarios para no incurrir en el traslado de distancias únicamente por cita, ha sido una estrategia satisfactoria que ha mejorado la comunicación entre el usuario y la institución para la adquisición de citas.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El proceso de Atención Ambulatoria debe centrarse en proporcionar atención médica de calidad, segura y accesible, garantizando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado en el momento oportuno y con una experiencia positiva a sus expectativas.

Para este proceso se definieron dos indicadores para la vigencia 2024 con un cumplimiento del 100% según reporte de Planeación, porcentaje muy satisfactorio, así mismo se exhorta al proceso seguir en este mismo comportamiento en la vigencia 2025.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar atención especializada al usuario con algún problema de salud a través de servicios ambulatorios con personal calificado y tecnología apropiada, organizados en un portafolio de servicios de II y III nivel de complejidad que faciliten al usuario ser estudiado, diagnosticado, tratado o rehabilitado”.

Igualmente, el proceso en el desarrollo de sus actividades diarias dio cumplimiento al objetivo trazado en el Manual de Funciones.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Atención Ambulatoria y se encuentran asociados al proceso “Atención Ambulatoria” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Atención inoportuna a pacientes por falta de recursos para procedimientos ambulatorios	Déficit de planeación	Diseño de plan de necesidades de acuerdo con la prestación del servicio. Seguimiento a la ejecución del plan de compra de insumos y equipos biomédico Seguimiento al cumplimiento al plan de calibración de equipos biomédicos.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Perdida de equipos biomédicos del área de consultorios o área procedimientos.	Inventario global del proceso	Actualización de hojas de vida y seguimiento a equipos biomédicos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Cierre de servicios de consultas médicas y/o procedimientos ambulatorios por disminución en la demanda de usuarios	Direccionamiento de usuarios desde la EAPB a otra institución prestadora de servicios de salud	Actividades de mercadeo en la oferta del portafolio de servicios de consultas y procedimientos ambulatorios, en el desarrollo del proceso de contratación.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Fallas en la adherencia al protocolo de riesgo público que ocasiona agresión o afectación física del personal que labora en el proceso por usuarios que solicitan atención ambulatoria	Usuarios y personal poco tolerante	Capacitaciones individuales y grupales en temas de humanización Desarrollo de pausas activas con el fin de disminuir estrés del personal	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
No adherencia a protocolos, procesos y procedimientos ambulatorios que pueden coaccionar Eventos adversos relacionados con el proceso de atención.	Falta de adherencia a protocolos y guías de atención	Capacitación, inducción y reinducción a personal Mantenimiento preventivo de equipos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Establecer estrategias para disminuir el tiempo en sala de espera para la atención de pacientes.
- ✓ Continuar manejando el indicador que evalúa los tiempos en la asignación de citas para su mejoramiento continuo.
- ✓ Establecer estrategias para evitar la cancelación de cirugías por factores atribuibles a la Institución.
- ✓ Igualmente se recomienda incluir entre los riesgos del proceso “inoportunidad en la consulta por parte de los especialistas al horario agendado”.
- ✓ Mejorar la comunicación: Garantizar una comunicación clara y efectiva entre los médicos, enfermeras y pacientes, así como proporcionar información detallada sobre los procedimientos y tratamientos.
- ✓ Utilizar tecnología para la gestión de registros médicos: implementar sistemas electrónicos de historias clínicas para agilizar el acceso a la información del paciente y reducir el uso del papel.
- ✓ Capacitar al personal: brindar capacitación constante al personal médico y administrativo para mejorar la calidad de la atención y el servicio al paciente.
- ✓ Ampliar o dar continuidad con los servicios ofrecidos: Considerar la posibilidad de ofrecer servicios adicionales, como consultas virtuales o seguimiento remoto de pacientes, para aumentar la accesibilidad y conveniencia.
- ✓ Utilizar indicadores de salud para monitorear el progreso del paciente y la efectividad del tratamiento.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **Internación (Hospitalización)**

3. **Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:**

Ampliar la Integralidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Área de altas tempranas en funcionamiento	100%	Inicialmente se presenta el proyecto como propuesta y la necesidad de implementar altas tempranas en la institución como estrategia para generar mayor oportunidad para los traslados de otros servicios, un ambiente cómodo y humanizado con atención permanente mientras los pacientes esperan por la documentación y procedimientos de salida. En el último semestre del año se pone en funcionamiento el área de altas tempranas ubicada en el 6to piso del proceso de internación generando bienestar y agilidad tanto para el usuario y el funcionamiento interno.
Oportunidad en las respuestas PQRS	100%	En el año 2024 en total se dio tramite oportuno a 41 quejas presentadas a todo el proceso de internación incluidos los 5 pisos de la torre, la oportunidad se ha garantizado, así como la prestación del servicio. La evidencia corresponde al proceso de SIAU.
Oportunidad y eficiencia en la en la gestión de planes de mejora.	70%	La meta trazada para la vigencia es la oportunidad y eficiencia del 95% de todos los planes de mejora, sin embargo a partir del mes de marzo se inició el proceso de planes de mejora y así mismo conforme a las diferentes auditorías la elaboración, En el año se tuvo del proceso de internación 14 planes con cierre efectivo de auditorías internas, 3 planes del acreditación y 1 de auditoría externa por Sanitas, que se encuentra en ejecución, estos planes son controlados desde la oficina de calidad pero cuenta con copia en la oficina de la líder del proceso.

Inducción garantizada a auxiliares de enfermería, médicos, camilleros y enfermeros que ingresan a internación	100%	En el año se reportaron 11 ingresos al proceso de internación de los cuales se realiza el total de inducciones en acompañamiento de PIC, garantizando los conocimientos y experticia, habilidades básicas para la seguridad del paciente y la calidad en la atención.
Actualización de los documentos propios del proceso de internación.	100%	En el año se actualizaron y se estandarizaron 33 documentos producidos en el proceso de internación, se pueden verificar en el software DARUMA del proceso de internación y validar la vigencia.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Para la vigencia 2024 este proceso estableció 5 indicadores con un cumplimiento del 95%, porcentaje muy satisfactorio, se exhorta a todo su personal a que en la vigencia 2025 continúe con el mismo grado de compromiso y sentido de pertenencia con el Hospital.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Internación y se encuentran asociados al proceso "Internación" y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de complicación o muertes de pacientes hospitalizados por falta o insuficiencia de insumos, medicamentos, equipos biomédicos o talento humano, necesario para brindar una atención pertinente y continua.	Falta de planeación, Falta de presupuesto, no hay disponibilidad del perfil de talento humano.	Formulación oportuna y adecuada de plan de necesidad del proceso de internación, teniendo en cuenta insumos, equipos biomédicos y talento humano.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de suicidio en pacientes hospitalizados con diagnóstico intento de suicidio, por manejo inadecuado y incumplimiento a protocolos establecidos en la institución	Falta de adherencia al protocolo de manejo de pacientes con intento de suicidio	Adherencia al protocolo de manejo de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de reclamaciones por parte de pacientes por atención de personal que le ocasiono sustracción de sus pertenencias, daño de su integridad física y mental.	Vinculación de personal sin un debido poseso de reclutamiento desde la oficina de talento humano	Vinculación de persona que cumpla los requisitos mínimos exigidos a nivel institucional, realizando un periodo de prueba y seguimiento.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Cuando el tema es el número de días de hospitalización, no siempre más significa mejor, pensar en estrategias para gestionar el promedio de permanencia es fundamental para mantener el equilibrio financiero del hospital y la calidad de la atención.
- Mejorar la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias para garantizar una experiencia más transparente y satisfactoria.
- Utilizar la tecnología avanzada para agilizar la recolección y el intercambio de información médica, permitiendo un tratamiento más rápido y preciso.
- Capacitar al personal en la atención centrada en el paciente para garantizar un trato compasivo y respetuoso.
- Establecer procesos de seguimiento claros para garantizar una transición fluida del paciente desde la internación hasta su alta.
- Es necesario identificar riesgos asistenciales para su manejo y control, presuntamente se tiene identificado riesgos de carácter administrativo únicamente, se debe identificar riesgos de la parte asistencia como riesgo de caída de pacientes, riesgo de infecciones asociadas a la atención, entre otros.
- Todos los colaboradores del Proceso de Internación deben permanecer atentos a las necesidades de los pacientes.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
----------------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025		2. Dependencia a Evaluar: Cirugía y Atención del Parto	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Ampliar la integralidad y resolutivez en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Iniciar oportunamente al paciente para cirugía programada	85%	Durante el año la eficiencia de los quirófanos esta en el 85% teniendo en cuenta que inicialmente se contaba con 3 quirófanos habilitados y se daba situaciones de cruce de agendas, a partir del segundo semestre se habilita el quirófano 4 mejorando la oportunidad en cirugías y la eficiencia de los mismos, el indicador puede verse en el Software daruma en cuanto a la oportunidad de cirugías.	
Renovación del instrumental quirúrgico	10%	En el primer trimestre se recibe instrumental quirúrgico por un valor mayor a 50 millones de pesos, sin embargo, existe la necesidad de instrumental adicional y de equipos y dispositivos utilizados para mejorar la eficiencia de quirófano y sobre todo con equipos de alta tecnología	
Responder oportunamente las PQRS presentadas en el proceso de cirugía y atención de Partos a Atención al usuario	94%	En el proceso en general se ha presentado las respuestas a PQRS de manera oportuna sin embargo en el último trimestre se demora una respuesta que necesitaba de mayor justificación.	
Diligenciar oportunamente planes de mejoramiento de auditorías internas y externas	100%	Ha sido un trabajo conjunto entre los diferentes procesos de la institución, sin embargo, se han tenido en su mayoría auditorías internas con cierre efectivo y las externas con planes de mejora, asumiendo IAMII, Acreditación y certificación.	
Garantizar la suficiencia en insumos, materiales y equipos funcionando correctamente	90%	Se hace la respectiva gestión, para que haya suficiente stock de insumos, materiales y se reporta el mantenimiento de la autoclave obteniendo su respectivo mantenimiento, sin embargo, por la vida útil de este ya requiere de mayor intervención.	
Documentos del proceso de cirugía y atención de partos actualización al 100%	60%	Debido a la tecnicidad de los documentos del proceso que requieren revisión, como actualizaciones de guías y protocolos en el año se logra el 60% además de los cambios administrativos que se logra identificar la necesidad de otras guías por los servicios ofertados, se sigue en el trabajo de depuración y estandarización.	

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Para este proceso se definieron seis indicadores para la vigencia 2024 con un cumplimiento del 73.17% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento aceptable, sin embargo, la Oficina de Control Interno recomienda que los indicadores, únicamente, involucren al proceso, no se debe colocar indicadores que involucren otros procesos como presupuesto, los indicadores solo deben estar dirigidos a evaluar la competencia del proceso.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Atender con calidad a usuarios quirúrgicos, madres y recién nacidos en los momentos más importantes de la salud del ser humano, brindando los mejores cuidados del equipo médico y de enfermería que laboran en cirugía y atención de partos”.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de cirugía y atención del parto y se encuentran asociados al proceso “cirugía y atención del parto” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de muerte materna por incumplimiento de protocolo de hemorragia obstétrica	Falta de Capacitación al personal	Formular capacitación y entrenamiento en protocolo de hemorragia obstétrica cada semestre.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de complicación quirúrgica y anestésica por falla en el suministro de energía.	Falla de la planta eléctrica	Solicitar mejoramiento en el plan preventivo de suministro de energía eléctrica de la planta eléctrica	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de confusión o robo de recién nacido por falta de protocolo de protección o custodia al Recién Nacido.	Falla en custodia de Recién nacido	Formular protocolo de protección y/o custodia de Recién Nacidos en el proceso de Cirugía y Atención de partos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de realizar cirugía en sitio equivocado, paciente incorrecto por falta de adherencia a protocolo de marcación y verificación de sitio operatorio	falta de adherencia a protocolo de marcación de sitio operatorio	Formular capacitación en protocolo de marcación y verificación de sitio operatorio	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Favorecimiento por parte de los funcionarios para realizar procedimientos quirúrgicos a usuarios allegados y/o familiares.	Falta de conocimiento de códigos para facturación	Formular plan de capacitación en código de Integridad y transparencia.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ El objetivo de los indicadores es coadyuvar a que la gestión de los líderes de los procesos sea eficaz y eficiente en razón a que permite evaluar su gestión, en este sentido exhortamos al proceso a establecer indicadores que cumplan con este fin.
- ✓ Desarrollar y aplicar protocolos y procedimientos estandarizados para cada etapa del proceso de cirugía, desde la evaluación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio. Esto ayudará a garantizar que se sigan las mejores prácticas y se minimicen los riesgos.
- ✓ Mejorar la comunicación entre el equipo quirúrgico y el paciente: Asegúrese de que el paciente este bien informado sobre el procedimiento quirúrgico, los riesgos y los cuidados postoperatorios. Fomente la comunicación abierta y responda a todas las preguntas y preocupaciones del paciente y su familia.
- ✓ **Realizar auditorías y revisiones periódicas:** Realice auditoria periódicas para evaluar el desempeño del equipo quirúrgico e identificar áreas de mejora. También revisar regularmente los resultados de las cirugías y las tasas de complicaciones para identificar oportunidades de mejora.
- ✓ Proporcionar capacitación y educación continua al personal quirúrgico para mantenerse actualizado sobre los avances en técnicas quirúrgicas, seguridad del paciente y manejo de equipos y tecnología.
- ✓ Buscar formas de mejorar la eficiencia en el quirófano, como reducir los tiempos de cambio entre cirugías, optimizar la programación de los casos y utilizar tecnología y equipos modernos.
- ✓ Promover una cultura de seguridad del paciente, donde todos los miembros del equipo quirúrgico se sientan cómodos reportando errores o incidentes y se tomen medidas para prevenir futuros eventos adversos.
- ✓ Mejorar los controles en el suministro e implantación en los pacientes de material de osteosíntesis y neurocirugía.
- ✓ Mantenimiento preventivo periódico de Autoclaves y stock de repuestos.
- ✓ Inclusión de al menos dos riesgos más: Posibilidad de cancelar las cirugías programadas por causas atribuidas al hospital, posibilidad de infecciones asociadas a la atención en quirófano y sala de partos.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno





HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
----------------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Cuidado Crítico
-----------------------------	---

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:
Ampliar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Garantizar la asignación de recursos, en equipos biomédicos, suministros y talento humano para maximizar la capacidad de atención y mejorar la calidad de atención.	50%	La meta establecida para el cumplimiento en la vigencia estaba propuesta a que sea mayor del 20%, y se cumple con un 50%, la capacidad de la unidad es mayor sin embargo por la incertidumbre del cambio de administración, dificultad en la asignación de algunos recursos se obtiene un porcentaje menor del que quizá pudiera darse, pero para la meta es el cumplimiento de ella.
Responder con oportunidad las PQRS, asignadas al proceso de UCI que son reportadas desde la oficina del SIAU	100%	En general, el proceso de UCI no ha presentado mayor novedad en cuanto a quejas, sin embargo, máximo han sido 2 quejas que se tramitan con agilidad y oportunidad, el informe es consolidado por el proceso de SIAU.
Fortalecer el desempeño del proceso mediante la formación continua del personal, asegurando actualización en prácticas y tecnologías médicas que permita el cumplimiento y satisfacción de necesidades.	100%	En el proceso de UCI se ha garantizado la capacitación continua, que permita que los colaboradores cuenten con la idoneidad y experticia para garantizar la calidad en la atención, desde el programa de PIC se unifican las temáticas según la necesidad y de acuerdo a los lineamientos normativos.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar una atención integral al usuario críticamente enfermo acorde al Plan de Manejo individual una vez se ha definido la hospitalización en cuidado intensivo o intermedio neonatal o adulto, garantizando un trato humanizado con oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, suficiencia, accesibilidad, apoyados en la competencia del talento humano y en la modernización tecnológica”.



Para este proceso se definieron tres indicadores para la vigencia 2024 con un cumplimiento del 83.33% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento aceptable, se exhorta al proceso para la vigencia 2025 establecer indicadores que evalúen su gestión del proceso, igualmente, para un proceso tan sensible en el hospital establecer más indicadores.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de cuidado crítico - adultos y se encuentran asociados al proceso “UCI - Adultos” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de reclamaciones por parte del paciente por ocurrencia de lesiones de piel graves durante el proceso de atención referente al cuidado ineficiente de la piel.	Falta de adherencia a protocolos y manuales institucionales por parte del personal del servicio	Reporte de Lesiones por presión en el sistema SIHOS por parte del personal de la unidad de cuidados intensivos Revisión diaria de reportes en el sistema SIHOS por parte del líder de seguridad del paciente. Gestión por parte de Almacén y Farmacia para la adquisición de nuevas tecnologías para la protección de piel. Capacitación al personal de Cuidados intensivos adultos con ayuda del PIC referente al manejo y cuidado de la piel.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Control inadecuado de infecciones asociadas a la atención en salud, que puede ocasionar el cierre de la unidad	Falta de adherencia a barreras de seguridad en higiene de manos por parte de colaboradores y familiares de pacientes de cuidado crítico	Verificación y control diario del reporte microbiológico de los pacientes hospitalizados en cuidado crítico Revisión diaria de reporte de eventos adversos relacionados a IAAS en el sistema SIHOS por parte de líder de seguridad del paciente. Capacitación programada al personal de cuidado crítico sobre protocolo de prevención de IAAS y lavado de manos Gestión de eventos adversos relacionados a IAAS	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de manejo terapéutico inadecuado del neonato por la detección inoportuna de cardiopatías	No contratación de especialista en cardiología pediátrica	Identificación de soplos cardiacos y alteraciones cardiológicas por medio d examen físico y toma de ecocardiograma convencional Remisión a otras instituciones de salud para valoración por cardiología pediátrica y toma de ecocardiograma pediátrico Solicitud de contratación de cardiólogo pediatra a subgerencia científica, área administrativa y gerencia	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Inoportunidad en la atención y de ocurrencia de Eventos adversos por la falta de algunos equipos biomédicos (Fallas medicas)	Falta de recursos financieros para compra de equipos biomédicos idóneos y suficientes	Atención de pacientes con equipos biomédicos existentes para solventar las necesidades Reporte a seguridad el paciente y áreas administrativas el riesgo de atención de pacientes con equipos biomédicos no apropiados o insuficientes Remisión de pacientes cuadro no se cuente con el equipo biomédico apropiado requerido Solicitud de equipos biomédicos idóneos y suficientes mediante oficios por escrito y en plan de necesidades	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de complicaciones en los pacientes por desacuerdo en los tratamientos instaurados por parte de especialistas de las unidades críticas	No adherencia a guías de práctica clínica de la Institución y demás guías de cuidado critico	Elaboración y valuación sistemática de pertinencia y oportunidad en el cumplimiento de Guías de Práctica Clínica por parte de auditoría de concurrencia y de calidad Supervisión de contratos por parte de subgerencia científica para verificar cumplimientos, de los mismos. Participar en reuniones programadas por parte de subgerencia científica y auditoria de calidad para verificar cumplimiento de Guías de Práctica Clínica y reportar discrepancias en los tratamientos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Garantizar que haya suficiente personal capacitado y especializado en la UCI para brindar una atención de calidad y segura a los pacientes.
- ✓ Implementar protocolos y guías de práctica clínica basados en evidencia para el manejo de diferentes condiciones y situaciones en la UCI, esto ayudará a estandarizar la atención y minimizar los riesgos.
- ✓ Fomentar una comunicación efectiva y una coordinación fluida entre los miembros del equipo de la UCI, así como con otros servicios del hospital, esto incluye la comunicación clara de la información del estado del paciente, la participación en reuniones multidisciplinarias y la colaboración en la toma de decisiones.
- ✓ Proporcionar oportunidades de formación y educación continua para el personal de la UCI, incluyendo actualizaciones sobre las últimas investigaciones y avances en el campo de los cuidados intensivos, con el fin de mantener al personal actualizado y mejorar la calidad de la atención.
- ✓ Implementar tecnología y sistemas de monitoreo avanzados para mejorar la detección temprana de cambios en el estado de los pacientes y facilitar la toma de decisiones clínicas.
- ✓ Brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias durante la estancia en UCI.
- ✓ Realizar auditorías y revisiones periódicas de los procesos y resultados de la UCI para identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas, esto puede incluir la revisión de tasas de complicaciones, tiempos de estancia, cumplimiento de protocolos y satisfacción del paciente.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno





HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
----------------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Laboratorio Clínico
-----------------------------	---

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:
Ampliar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Fortalecer el manejo de los controles de calidad internos y externos del 100% de las pruebas del laboratorio clínico del hospital civil de IpiALES	100%	En el mes de Julio se inicia con la parametrización del software de control de calidad y a partir del tercer trimestre entre en funcionamiento y todas las pruebas se realizan con control de calidad, además de contar con listas de chequeo que deben cumplirse en el caso de los externos para garantizar la calidad de la prueba.
Lograr la certificación de ONAC en prácticas de Laboratorio Clínico los intercomunicadores de ventanilla	80%	Se había previsto la auditoria al laboratorio por parte de la ONAC desde el mes de junio, sin embargo, fue recibida en el mes de noviembre del año 2024, entregando el informe de cumplimiento de requisitos cumpliendo en totalidad el 41% y de manera parcial 44%, sin embargo, en general el 80% de cumplimiento, aunque la meta es la certificación del laboratorio, en la nueva vigencia se continúa trabajando para lograrla. Evidencia Imagen de informe al cumplimiento de requisitos de ONAC
Mejorar la facturación de servicios del laboratorio, incrementando la operatividad en todas las áreas del laboratorio clínico	100%	La meta de incremento es del 5% sin embargo en promedio se tuvo un incremento en la facturación de servicios del 10% frente al año 2023, logrando una estabilidad y rentabilidad financiera por parte del laboratorio adecuado, teniendo en cuenta el incremento de exámenes en el periodo de 2024
Realizar una adecuada gestión del programa de Reactivo vigilancia en la institución con la creación del comité institucional individual para este programa1.	100%	Se cumple completamente con la creación del comité de reactivo vigilancia y se realiza el seguimiento correspondiente. EVIDENCIA Resolución de conformación y Plan de trabajo del comité.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar al cliente exámenes de laboratorio de rutina y especializados que le permitan al personal de salud definir diagnósticos y suministrar tratamientos oportunos y suministrar hemoderivados que cumplan con los requisitos de calidad y seguridad para que el paciente recupere su estado de salud”.

Para este proceso se definieron cuatro indicadores para la vigencia 2024 con un cumplimiento del 95% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, se exhorta al proceso continuar en la vigencia 2025 con este mismo grado de compromiso y sentido de pertenencia con el proceso y la Entidad.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Laboratorio Clínico y se encuentran asociados al proceso “Laboratorio Clínico” y se pudo evidenciar riesgo mitigado “Pérdida de recursos económicos y falta de continuidad en la atención a usuarios que requieran exámenes de laboratorio clínico, por desabastecimiento de insumos”.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida de recursos económicos y falta de continuidad en la atención a usuarios que requieran exámenes de laboratorio clínico, por desabastecimiento de insumos.	Falta de designación de recursos para la contratación de suministro de insumos del laboratorio	Solicitar a través de plan de necesidades justificando la importancia de la falta de cualquier insumo, reactivo o equipo del servicio	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6 RIESGO MITIGADO

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Sesgo en emisión de conceptos técnicos a proveedores de insumos, reactivos y equipos.	Pérdida de imagen institucional Sanciones de tipo legal Investigaciones disciplinarias al Hospital.	Invitación a varios profesionales para realización de supervisión de contratos. Estudios previos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Establecer y seguir estándares de calidad y buenas prácticas de laboratorio, como la ISO 15189, esto ayudara a garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados.
- ✓ Establecer canales de comunicación efectivos con los médicos y otros servicios clínicos para comprender mejor sus necesidades y proporcionar resultados de laboratorio relevantes y oportunos.
- ✓ Desarrollar y seguir protocolos y procedimientos estandarizados para cada prueba y proceso en el laboratorio, esto ayudará a garantizar la consistencia y precisión de los resultados, así como minimizar los riesgos.
- ✓ Realizar controles de calidad internos y externos para monitorear y garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados de las pruebas
- ✓ Evaluar y optimizar el flujo de trabajo en el laboratorio para minimizar los tiempos de respuesta y maximizar la eficiencia, esto puede incluir la reorganización de los procesos, la implementación de sistemas de seguimiento de muestras y la asignación adecuada de recursos.
- ✓ Para aumentar las pruebas a usuarios particulares se debería estudiar una forma razonable de volver los precios más competitivos.
- ✓ Proporcionar capacitación regular al personal sobre nuevas tecnologías, técnicas de laboratorio y cumplimiento de normativas de calidad.
- ✓ Implementar o mantener un sistema que permita clasificar las muestras según su urgencia, asegurando que los análisis críticos se realicen y reporten de inmediato.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **Imagenología**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Ampliar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Habilitación de nueva infraestructura imagenología	100%	Las metas asociadas al cumplimiento de la habilitación de la nueva infraestructura de imagenología se cumplieron en la nueva administración, llevándose a cabo el traslado en el mes de diciembre, habilitadas y con sus respectivos equipos y puntos de conexión, mejorando el confort y la atención del apoyo en el diagnóstico de imágenes por parte del Hospital, mejorando la atención integral. Las instalaciones se encuentran funcionando correctamente.
Gestionar adquisición de PACS de Software de Imagenología 100%	100%	las imágenes de PACS son visualizadas desde cualquier punto de trabajo de urgencias, internación, UCIS, atención ambulatoria la cual permite conexión simultánea, los resultados son visualizados en el Sistema de información Hospitalario SIHOS, un sistema interoperable que responde al trabajo conjunto en la atención.
Responder con oportunidad las PQRs asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	100%	Oportunidad en la gestión de PQRs asociadas al proceso de imagenología, entregadas de manera oportuna a la oficina de SIAU.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: "Brindar un servicio, eficiente y amable al usuario que requiera estudios de imágenes diagnosticas con el fin de definir diagnósticos y tratamientos adecuados".

Para la vigencia 2024 este proceso definió únicamente tres indicadores que se cumplieron en un 100%, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, sin embargo, la Oficina de Control Interno supone que los indicadores no estuvieron asociados a la evaluación del desempeño del proceso.



El objetivo de los indicadores es coadyuvar a que la gestión de los líderes de los procesos sea eficaz y eficiente en razón a que permite evaluar su gestión, en este sentido exhortamos al proceso a establecer indicadores que cumplan con este fin, como tiempos de espera, tasas de reprogramación y satisfacción del paciente.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Imagenología y se encuentran asociados al proceso “Imagenología” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida de recursos económicos y falta de continuidad en la atención a usuarios que requieran estudios de imagen derivado de la falla prevenible de equipos biomédicos.	Fallas en la ejecución del plan de necesidades proyectado desde el proceso de imagenología	Solicitar a través de plan de necesidades y justificar el impacto de tener contrato de mantenimientos preventivos vigentes	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Deshabilitación de servicio de radiología de alta complejidad por incumplimiento normativo.	La infraestructura del proceso de imagenología no se ajusta la normatividad vigente, derivado de la antigüedad y complejidad del área lo cual no permite su reubicación	Notificación a la alta dirección de incumplimientos normativos Diseño de planos e implementación de necesidad	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Toma de estudios de imagen sin su debida legalización a pacientes ambulatorios y/o particulares.	Falta de sensibilización del personal de salud frente a una atención integral bajo los lineamientos normativos, conservando los principios y valores éticos	Supervisión de toma de estudios de imagen con su respectiva orden de servicios y factura Segundo control al momento de reporte de estudio, verificando factura liquidada y cerrada Al momento del reporte ultimo control verificando en interface la veracidad de la liquidación	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Es importante invertir en tecnología de vanguardia para garantizar la calidad de los estudios y reducir los tiempos de espera, esto incluye la adquisición de equipos de resonancia magnética, tomografía computarizada y radiología digital de última generación.
- ✓ Mantenimiento preventivo periódico de equipos es imprescindible.
- ✓ Establecer protocolos y estándares de calidad y seguridad en el servicio de imagenología que garantice la precisión y la confiabilidad de los estudios realizados, así como la protección de la salud y bienestar de los pacientes.
- ✓ Mantener un ambiente limpio y ordenado, esto transmitirá confianza y seguridad a los pacientes.
- ✓ Mantener pagos oportunos de los contratos de mantenimiento preventivo y correctivo.
- ✓ Mantener los protocolos de seguridad que incluyan la protección del paciente y el personal, así como el uso adecuado de equipos de protección personal.
- ✓ Mantener un sistema de control de calidad para los equipos de imagenología, asegurando su calibración y mantenimiento regular.
- ✓ Realizar revisiones periódicas de los procesos de imagenología para identificar áreas de mejora y optimizar flujos de trabajo.
- ✓ Proporcionar instrucciones claras y comprensibles a los pacientes sobre la preparación necesaria para los estudios de imagenología, reduciendo así las reprogramaciones.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno



SC4110-1

1. Fecha: 31-01-2025		2. Dependencia a Evaluar: Terapia Física y Respiratoria - Rehabilitación	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Ampliar la integralidad y resolutivez en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario entre 3 a 5 días después de su notificación.	100%	Oportunidad en la gestión de PQRS asociadas al proceso de rehabilitación, entregadas de manera oportuna a la oficina de SIAU.	
Adoptar 4 nuevas guías para el servicio de Rehabilitación.	100%	En el año se cumple con la meta establecida de adopción de 4 guías de práctica clínica, guía de práctica clínica aspiración de meconeo, guía de práctica clínica asfuxia perinatal, guía de práctica clínica, enfermedad de la membrana hialina, guía de práctica clínica, síndrome de dificultad respiratoria.	
Sumatoria de días entre la solicitud de las citas de primera vez y la asignación de las mismas/Total de citas de primera vez asignadas en el periodo	100%	La meta planeada es que la oportunidad sea de menor de 3 días la asignación de citas en rehabilitación, sin embargo, en promedio del año es de 1.5, mejorando la mitad de la meta, por lo que se cumple con la oportunidad en la asignación.	
Medida de independencia funcional FIM/ número total de pacientes que termina tratamiento en el mes.	90%	Se cumple con un 90 % aplicación de herramienta FIM para evaluación de resultado esperado de la función en pacientes de rehabilitación	

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

En el acuerdo No. 20 de 2016 Manual de Funciones se define a este proceso como Terapia Física y Respiratoria y tiene como objetivo el siguiente “Prestar servicios de terapia física y respiratoria al usuario ambulatorio, hospitalizados y de urgencias de manera eficiente con el fin de lograr satisfactoria y pronta reincorporación a su entorno familiar, laboral y social”.

Para este proceso se definieron cuatro indicadores para la vigencia 2024 con un cumplimiento del 97.5% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, se exhorta al proceso continuar en la vigencia 2025 con este mismo grado de compromiso y sentido de pertenencia con el proceso y la Entidad.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de terapia física y respiratoria - rehabilitación y se encuentran asociados al proceso “terapia física y respiratoria - rehabilitación” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Favorecimiento de terceros en procesos de atención.	Tráfico de influencias	Agenda mensual de profesionales de rehabilitación Asignación de citas de lunes a viernes de 7 a 12 y de 2 a 6 d la tarde	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Falla en la adherencia a guías y protocolos de prevención de las Infecciones asociadas a la atención en salud en rehabilitación.	Falta de adherencia a barreras de seguridad	Verificación y control diario del reporte microbiológico de los pacientes hospitalizados en cuidado crítico Revisión diaria de reporte de eventos adversos relacionados a IAAS en el sistema SIHOS por parte de líder de seguridad del paciente Aplicación de lista de chequeo de prevención de care bundle fo-2282 Lista de chequeo de limpieza y desinfección de ventiladores	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



SC4110-1

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
No adherencia a guías y protocolos de atención de pacientes con patologías respiratorias.	Personal de fisioterapia sin competencia y experiencia	Inducción y entrenamiento de personal que ingreso a rehabilitación Capacitación y actualización sobre guías y protocolos en rehabilitación Rondas diarias de seguridad y registros de historia clínica.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Realizar una evaluación exhaustiva de las necesidades de los pacientes que requieran servicio de rehabilitación, esto implica identificar las condiciones médicas, los objetivos de rehabilitación y las limitaciones individuales de cada paciente.
- ✓ Fomentar una comunicación fluida y efectiva entre los miembros del equipo de rehabilitación y otros profesionales de salud involucrados en el cuidado de los pacientes, esto garantiza una coordinación adecuada y una atención integral.
- ✓ Adaptar los planes de rehabilitación a las necesidades individuales de cada paciente, esto implica establecer metas realistas y alcanzables, así como ajustar los planes de tratamiento según la evolución de cada paciente.
- ✓ Proporcionar información clara y comprensible sobre el proceso de rehabilitación, así como apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias, esto ayudará a mejorar la adherencia al tratamiento y promover una recuperación exitosa.
- ✓ Realizar evaluaciones periódicas del servicio de rehabilitación para identificar áreas de mejora, esto puede incluir encuestas de satisfacción de los pacientes, revisiones de casos clínicos y análisis de resultados de rehabilitación.
- ✓ Fomentar la investigación en el campo de la rehabilitación y promover la formación continua del personal, esto permitirá estar al tanto de las últimas evidencias científicas y técnicas en rehabilitación y ofrecer un servicio de calidad y actualizado.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **Servicio Farmacéutico**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Ampliar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Obtener la recertificación BPE en Central de Mezclas (23 PDI)	30%	No se cumple con la certificación, sin embargo, para finales de año se logra la estructuración de la propuesta y la evaluación de requisitos para lograr la certificación de central de mezclas, con necesidades en su mayoría de tipo documental y de equipos, necesidad que fue presentada y se incluye en plan de desarrollo para 2024 – 2028, se espera el compromiso interdisciplinario y poner en funcionamiento central y con su respectivo certificado.
Certificación BPM en Central de Gases medicinales (24 PDI)	ND	No se encontró plan de trabajo, se realizan supervisiones y se identifica la necesidad de adquirir certificación en la vigencia 2024 – 2028 como meta de plan de desarrollo aprobado en el mes de noviembre.
(Modelo personalizados de dispensación de medicamentos)	80%	Existe un cumplimiento por parte del servicio del 80% puesto que falta el servicio de pediatría poder generar e implementar el modelo, los modelos se encuentran en custodia de los servicios y estandarizados por farmacia.
Centralización de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	10%	Se realiza la solicitud en cuanto a la necesidad de centralizar el servicio farmacéutico garantizando la seguridad y condiciones de los dispositivos, insumos y equipos del servicio farmacéutico, sin embargo, se está a la espera de una organización general, la necesidad ya fue presentada.
Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	100%	De las que se han recibido en el año todas fueron dadas tramite de manera oportuna. El consolidado es entregado a la oficina de SIAU para su informe.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar el efecto terapéutico de los medicamentos e inocuidad de los insumos hospitalarios mediante las buenas prácticas de manejos de los mismos, con el fin de contribuir a la prevención, diagnóstico, estabilización y mejoramiento de la enfermedad de los usuarios”.

En la vigencia 2023 este proceso gestionó un total de 5 Indicadores para un cumplimiento de 55%, Porcentaje no satisfactorio, sin embargo, es necesario hacer la siguiente aclaración, algunos indicadores del año 2024 no dependían únicamente de la gestión del proceso sino de Direccionamiento, la Oficina de Control Interno es insistente en recomendar que los indicadores deben ser única y exclusivamente del proceso.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de servicio farmacéutico y se encuentran asociados al proceso “servicio farmacéutico” y se pudo evidenciar y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de sanción y/o cierre por parte de los entes gubernamentales, del servicio farmacéutico	Falta de presupuesto	realización de comités de compras cada vez que se adquieran los medicamentos y dispositivos que se van a adquirir en la institución verificación del 100% de los requisitos de los medicamentos e insumos que ingresan a la institución	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de no detectar de manera correcta y oportuna la manifestación de eventos adversos, RAM, PRUM y PRM en los usuarios atendidos en la institución.	Desconocimiento del personal de la normatividad por parte del personal del servicio farmacéutico	realización de chequeo cruzado entre enfermería y regentes de farmacia en el momento de la dispensación de medicamentos en las diferentes áreas Reportes de errores en la dispensación por parte del personal asistencial	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad generar situaciones farmacológicas y/o fisiológicas en los usuarios que son atendidos en la institución y que reciben los productos estériles elaborados en la central de mezclas	falta de compromiso y aptitud en el personal que realiza las preparaciones estériles (nutriciones parenterales, antibióticos y medicamentos estériles no antibióticos) en la central de mezclas	realización de control de calidad a los productos elaborados en la central de mezclas realización de auditorías periódicas al área de central de mezclas en aras de detectar posibles fallas	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida y/o deterioro de los medicamentos y dispositivos médicos almacenados en las diferentes áreas del servicio farmacéutico	Falta de actitud y realización de las actividades diarias del personal de regencia en las diferentes áreas	revisión de los formatos de condiciones ambientales de almacenamiento de medicamentos y los dispositivos médicos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida, no administración, no facturación de medicamentos, al igual que las posibles complicaciones que pueden sufrir nuestros usuarios.	Falta de articulación entre todos los procesos que intervienen en este ciclo (procesos administrativos y asistenciales), para el monitoreo y gestión de los medicamentos	Garantizar los recursos necesarios para la adquisición de los medicamentos requeridos en la institución, para la atención de nuestros usuarios Inspeccionar y verificar que todos los medicamentos que ingresen a la institución cumplan con los requisitos legales. Auditar la administración de medicamentos en los diferentes servicios asistenciales, para garantizar el cumplimiento de los 10 correctos en la administración de medicamentos. Realizar seguimiento farmacoterapéutico para identificar las posibles situaciones farmacológicas que se puedan presentar durante la utilización de medicamentos en tratamiento de nuestros usuarios.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Establecer una comunicación efectiva entre el personal farmacéutico y el personal médico y de enfermería, esto incluye la comunicación de cambios en los medicamentos, posibles interacciones medicamentosas y cualquier otra información relevante.
- ✓ Utilizar un sistema de gestión de medicamentos que permita un seguimiento claro y preciso de los medicamentos desde su recepción hasta su dispensación, esto ayuda a prevenir riesgos y garantizar la disponibilidad de los medicamentos necesarios.
- ✓ Proporcionar capacitación continua al personal farmacéutico para mantenerlos actualizados sobre los nuevos medicamentos, las interacciones medicamentosas y las mejores prácticas en la dispensación de medicamentos.
- ✓ Realizar auditorías periódicas del servicio farmacéutico para identificar áreas de mejora y garantizar el cumplimiento de las normas y regulaciones.
- ✓ Rotación urgente de medicamentos próximos a vencerse.
- ✓ Gestión de riesgos permanente en el sentido a que la gestión ayuda a identificar y controlar proactivamente las amenazas y vulnerabilidades que podrían afectar negativamente el proceso.
- ✓ Mantener un stock mínimo de medicamentos.
- ✓ Realizar contratación con proveedores de medicamentos.
- ✓ Mantener o establecer un sistema para la notificación y análisis de efectos adversos y reacciones a medicamentos, promoviendo una cultura de seguridad.
- ✓ Proporcionar materiales educativos que expliquen la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo tomar los medicamentos correctamente.
- ✓ Asegurar que los medicamentos se almacenen en condiciones adecuadas, respetando las normativas de seguridad y conservación.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno





SC4110-1

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno

1. Fecha: 31-01-2025

2. Dependencia a Evaluar: **Gestión de Recursos Económicos**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Lograr mediante Gestión adecuada de recursos niveles de eficiencia que permitan sostenibilidad y competitividad Institucional

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Mejorada la facturación de venta de servicios en un 5% anual desde 2021 (14 PDI)	100%	En el plan de acción se establece una meta del 5% el incremento de facturación, sin embargo, los resultados fueron satisfactorios para la facturación lográndose un incremento del 6% cumpliendo no solo la meta sino sobrepasando en 1 punto porcentual muy positivo para las finanzas de la institución. Evidencia Presentación de presupuesto cierre 2024
Gestionado e incrementado en un 5% el recaudo de cartera (16 PDI)	100%	En el recaudo de cartera se logra el incremento del 6% según los datos suministrados de la oficina de finanzas, superando la meta establecida del 5%.
Mantenido el valor final de glosa en 3% (17 PDI)	100%	En promedio de la anualidad se logra reducir que de la facturación únicamente el 2% presenta glosa, esto debido a actuaciones realizadas desde el comité de glosas y el seguimiento respectivo a la facturación en todos los procesos, por parte de las auditorías se realiza el seguimiento respectivo y acompañamiento para evitar errores y no se incremente la glosa.
Disminuido al 1.0 la evolución del gasto por unidad de valor relativo producido y logrado como resultado del Equilibrio presupuestal con recaudo. (Indicador No. 5 de Resolución 408 de 2018) (15 PDI)	SD	A la fecha de entrega de informe no se tiene un dato exacto del equilibrio presupuestal debido a que no se ha realizado el cierre total de la vigencia 2024, sin embargo, con el comportamiento quizá no se cumpla la meta del indicador según la resolución 408 pero es favorable para la institución. Indicador reporta Minsalud



SC4110-1

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación frente a la vigencia anterior Cero (0) o variación negativa (Indicador No. 7 Resolución 408 de 2018)	SD	Hay que mencionar que los indicadores de la resolución 408 a la fecha no se cuenta con la realidad de los datos porque aún está pendiente el cierre de la vigencia por cuanto no hay un dato real, sin embargo, se hará el respectivo seguimiento como simulacro de la presentación de informe a la junta del cumplimiento de resolución 408
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo >1 (Indicador No. 9 de Resolución 408 de 2018)	80%	El indicador no cumple con la meta establecida según la resolución 408 que el índice debe ser mayor a 1, tras calcular con los datos de la oficina de finanzas se obtiene un índice de 0.64, por cuanto su justificación está en que en el primer trimestre se comprometió casi el 50% del presupuesto anual, sin tener un equilibrio con el recaudo de toda la vigencia.
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento de la Circula Única 100%	100%	Los reportes se cumplen de manera periódica conforme a los lineamientos y se pueden observar en las páginas correspondientes, por cuanto la evidencia puede solicitarse a los procesos correspondientes, sin embargo, se cumple con la totalidad del reporte sin novedad
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2 capítulo 8, Título 3, parte 5 Libro 2 del decreto 780 de 2016	100%	Los reportes del decreto 2193 se trabajan en conjunto con los involucrados del reporte y se hacen de manera oportuna, evitando cualquier situación de desacato o extemporaneidad
Cumplir con el 70% de las metas del plan de acción de la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	30%	Inicialmente no se recibe aplicación de la política de gestión presupuestal ni tampoco autodiagnóstico, lo cual se procede a realizar en el mes de junio este sin embargo no cuenta con un plan de acción elaborado al que se le haya realizado seguimiento pues se estuvo a la espera de los resultados y es una de las dimensiones que no se incluye en FURAG, sin embargo, se desea fortalecer esta serie de lineamientos dados por MIPG, para la aplicabilidad en la institución.
Capacitación en SARLAFT a los empleados y contratistas de la institución	80	El hospital civil de Ipiales en sus requisitos de contratación incluye el diplomado o curso en SARLAF para todos, pues al ser una entidad pública deben conocer la serie de riesgos por su alto volumen de transacciones y manejo de recursos que pueden presentarse en la institución, los soportes reposan en el aplicativo institucional HOJA DE VIDA DIGITAL, o en físico en la oficina de recursos humanos, además de considerar la lista de documentos necesarios para la contratación.



Estados Financieros Saneados en 100% (18 PDI)	70%	<p>Realizada la revisión de saldos de cartera y los avances en conciliación con las diferentes EAPB, se viene aclarando y depurando los saldos de cartera, trabajo arduo por parte del Su proceso de cartera y contabilidad, se viene fortaleciendo dicha actividad.</p> <p>Mediante el proceso de conciliación se viene realizando la depuración de pasivos por parte del Subproceso de Tesorería, el cual consiste en solicitar estados de cuenta y luego conciliar con el proveedor y realizando seguimiento a algunas diferencias para por último depurar dichos saldos, es un procedimiento permanente,</p> <p>Pendiente cierre del año para entregar dato completo</p>
Fondo de contingencias establecido 100% (20 PDI)	70%	Teniendo en cuenta el valor informado por los asesores jurídicos externos en caso de materialización de demandas es mayor del asignado en el presupuesto de la vigencia, por lo que corresponde al 70%.
Procesos mejorados en un 100% (19 PDI)	80%	Con un trabajo articulado los procesos productivos del Hospital Civil de Ipiales e vieron involucrados para garantizar una eficiente y clara gestión de facturación que permita menor glosa y mejorar los procesos de recaudo, lo que se vio reflejado en la vigencia a partir de abril también por los acuerdos establecidos.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Cabe recordar que el PAA es un instrumento de planeación Institucional que se compone de lineamientos, objetivos, metas, planes y proyectos que se van a ejecutar en una anualidad, generando valor agregado para aportar al cumplimiento de los objetivos del proceso y por ende a los objetivos estratégicos Institucionales.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar el manejo eficiente y razonable de los recursos económicos, que permita generar información confiable para la toma de decisiones a nivel gerencial”.

En la vigencia 2024 se establecieron un total de 13 indicadores para este proceso, de los 13 indicadores 2 a fecha 23 de enero de 2025 se presentó sin resultados, los 11 indicadores restantes tienen un cumplimiento del 82.73%. Este proceso tiene presuntas dificultades en la parte organizacional, según acuerdo No. 20 de 28 de Junio de 2016 “por el cual se actualiza y modifica el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales Mínimas para los empleos de la Planta de Personal del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.” se tiene el cargo de “Subgerente Administrativo” y el cargo de Profesional Universitario – Contador, para la oficina de Control Interno las denominaciones de los cargos no son congruentes con las funciones que desarrollan en el Hospital, el Subgerente Administrativo se debería denominar Subgerente Administrativo y Financiero, el Profesional Universitario – Contador fuera de sus funciones competentes realiza también funciones de Profesional Universitario - Área Financiera (Cargo que no está creado en la planta de personal del Hospital).

La oficina de Control interno es insistente en que se deben definir indicadores que su gestión dependa única y exclusivamente de los líderes del proceso, en razón a que atreves de ellos se evalúa la eficiencia y la eficacia del desarrollo de actividades y cumplimiento de objetivos del proceso.



6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Gestión de Recursos Económicos y se encuentran asociados al proceso “Gestión de Recursos Económicos” y se pudo evidenciar materialización del riesgo “Prescripción y desconocimiento de la deuda por parte de las EAPBS por falta de gestión de cobro por parte del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.”. Esta materialización está bien documentada en auditoría realizada por la Oficina de Control Interno al Subproceso de Cartera en la vigencia 2023.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Incumplimiento de los indicadores de los acuerdos contractuales con las EAPB, por servicios que no se realizan oportunamente en el Hospital Civil de Ipiales E.S.E.	Actos de corrupción en la ejecución de los contratos con las distintas EAPBS Y privados	Revisión y ajustes a los contratos ofertados y seguimiento y análisis de indicadores contractuales de oportunidad y calidad estipulados en los contratos.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de que se realicen pagos a terceros no contratados o pagos a terceros, doble pago o pagos adicionales sin soporte legal.	Inadecuada programación de pagos	Control anterior al Giro de pagos a terceros Realización de comprobantes de egreso y soportes legales antes del giro Revisión posterior al pago vs comprobantes de egreso sistematizados Realización de conciliación bancaria de cada uno de los movimientos económicos al finalizar cada mes	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Prescripción y desconocimiento de la deuda por parte de las EAPBS por falta de gestión de cobro por parte del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.	Ausencia de cronograma de gestión de cobros	Registro de facturas radicadas y recaudos realizados mensualmente Asistencia a cronograma de mesas circular 030, exigidas por los entes de control Gestión de cobro permanente	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6 MATERIALIZADO

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida de recursos económicos, por facturación inadecuada de los servicios prestados a los pacientes. (subfacturación)	Error en registro de procedimientos	Informar al área asistencia las inconsistencias encontradas para subsanar y aprovechar la facturación	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Implementar un sistema de contabilidad de costos que permita analizar los costos de los diferentes servicios del Hospital, ayudando a identificar áreas de mejora y optimización.
- ✓ Fomentar la transparencia en la gestión financiera, compartiendo información relevante con los diferentes procesos para asegurar que todos estén alineados con los objetivos financieros.
- ✓ Fomentar la cultura del reporte de información financiera.
- ✓ Realizar una revisión exhaustiva de los subprocesos de facturación y cobro, identificando posibles áreas de mejora y estableciendo medidas para agilizar y optimizar estos subprocesos.
- ✓ Establecer políticas claras y transparentes en cuanto a la contratación de proveedores y la adquisición de suministros médicos, buscando obtener los mejores precios y condiciones sin comprometer la calidad de los productos.
- ✓ Promover la capacitación y formación del personal encargado de la gestión financiera, para asegurar que cuenten con los conocimientos y habilidades necesarias para desempeñar sus funciones o actividades de manera eficiente.
- ✓ Realizar un análisis periódico de los costos y gastos del hospital, identificando posibles áreas de ahorro y estableciendo medidas para reducir los gastos innecesarios.
- ✓ Implementar controles que permitan detectar y prevenir posibles fraudes o irregularidades en el manejo de los recursos financieros.
- ✓ Fomentar la colaboración y el intercambio de buenas prácticas con otros hospitales y entidades del sector salud, para aprender de sus experiencias y adoptar las mejores prácticas en materia financiera.
- ✓ Establecer alianzas estratégicas con entidades financieras y aseguradoras, buscando obtener mejores condiciones de financiamiento y seguros para el hospital.
- ✓ Realizar una comunicación efectiva y transparente con los diferentes actores involucrados en el proceso financiero del hospital.
- ✓ Dar cumplimiento a la Ley 1066 de 2006, artículo 1 estableció: "Gestión del recaudo de cartera pública. Conforme a los principios que regulan la Administración Pública contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política, los servidores públicos que tengan a su cargo el recaudo de obligaciones a favor del Tesoro Público deberán realizar su gestión de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez para el Tesoro Público."



- ✓ Reactivar el Comité de Glosas, creado mediante resolución 2148 de 2016.
- ✓ Soportar el Deterioro o Castigo de Cartera con los documentos de la gestión del cobro persuasivo y Jurídico realizada, para dejar evidencia de la gestión efectuada.
- ✓ Es inminente la necesidad urgente de fortalecer los subprocesos de CARTERA, FACTURACIÓN, AUDITORÍA DE CUENTAS, AUDITORIA MEDICA con personal, con tecnología (Equipos, aplicativos, conectividad) y capacitación. Los recursos que se están dejando de percibir son cuantiosos.
- ✓ Es prioritario la creación del cargo Profesional Universitario – Presupuesto, para una adecuada segregación de funciones, y mayor control.
- ✓ Igualmente, es fundamental la creación de los cargos en el subproceso de cartera de un Profesional Universitario Cartera y un Técnico.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
---------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Gestión de Recursos Físicos	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Inventario de propiedad planta y equipo actualizado al 100% en el software o sistema informático institucional.)	40%	Se realiza el levantamiento del equipo biomédico y equipos de cómputo en un software de desarrollo institucional que permitió la elaboración del Plan de Mantenimiento Hospitalario para la siguiente vigencia, se necesita de esfuerzo adicional para lograr reportar la totalidad del inventario planta y equipo del Hospital debido a la magnitud del mismo.
Mantenimiento al 100% de las calderas y la red de vapor	50%	El mantenimiento se hace a las calderas identificando una que presento mayores problemas internos y mayor esfuerzo, sin embargo, a la red de vapor no se ha realizado el mantenimiento respectivo. Evidencia Contrato de mantenimiento calderas
Mantenimiento preventivo y correctivo del pozo profundo	100%	Se cuenta con una orden de servicio OR 321 DE 2024 que garantizo la recuperación del pozo profundo en su totalidad. Evidencia Orden de servicio OR 321 de 2024.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “garantizar la oportunidad y la disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación del servicio y realizar mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de equipos para garantizar seguridad en la prestación del servicio”.

Así mismo, el profesional Universitario líder de este proceso dentro del manual de funciones tiene 10 funciones esenciales, una de ellas refiere: “Garantizar a todos los servicios y áreas del hospital la provisión oportuna y suficiente de los elementos necesarios para la buena prestación del servicio a los usuarios”.

Para la vigencia 2024 se establecieron tres indicadores con un cumplimiento de 63.33%, sin embargo, los indicadores presuntamente no estuvieron asociados al proceso, somos insistentes en recalcar que los indicadores del PAA son insumos necesarios para realizar el seguimiento y evaluación de los objetivos y procesos, los indicadores evalúan de alguna forma la eficiencia y la eficacia del proceso.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de “Gestión de Recursos Físicos” y se encuentran asociados al proceso “Gestión de Recursos Físicos” y se pudo evidenciar materialización del riesgo: “Inventario de activos fijos desactualizado teniendo en cuenta que el software disponible no cuenta con desarrollo para inventario planta y equipos. Traslados de activos sin notificación a Almacén. Desconocimiento del proceso de manejo de inventarios de activos fijos. Esta materialización se debió a la imposibilidad de realizar toma física de propiedad planta y equipo, cargar a un aplicativo y depreciación individualizada en el HCI. Para control Interno presuntamente como está identificado, no es un riesgo, sino, una necesidad.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Inventario de activos fijos desactualizado teniendo en cuenta que el software disponible no cuenta con desarrollo para inventario planta y equipos. Traslados de activos sin notificación a Almacén. Desconocimiento del proceso de manejo de inventarios de activos fijos.	Falta de actualización del inventario de propiedad planta y equipo	Levantamiento de inventario de propiedad planta y equipo existentes y actualización del cronograma con las tecnologías adquiridas. Seguir el lineamiento establecido por la institución para la adquisición de las tecnologías según los protocolos. Desarrollo de herramientas en Software institucional para control de inventario de propiedad, planta y equipos en tiempo real.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6 MATERIALIZADO



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de que los equipos y/o tecnologías ingresan a la institución sin estudio ni revisión previa por parte del comité de gestión de la tecnología o información al subproceso de almacén	Falta de adherencia a la metodología para la adquisición de nuevas Tecnología	Evaluación de las fichas técnicas de los equipos estén acordes a las necesidades de la institución previa contratación. Seguir el lineamiento establecido por la institución para la adquisición de las tecnologías según metodología.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Realización de compras fuera del plan de adquisiciones anual	Falta de adherencia a la metodología de identificación y planeación de las necesidades de los procesos, coherente con el histórico y proyecciones presupuestales e institucionales.	Socialización de la metodología para la solicitud de las necesidades Revisión del consolidado de plan de necesidades por subgerencia administrativa y presupuesto. Socialización y aprobación del plan de necesidades de la vigencia con líderes y coordinadores de procesos.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de no disponer de la cantidad de ropa hospitalaria necesaria en servicios asistenciales	Falta de adherencia al protocolo de manejo de ropa hospitalaria	Seguimiento a la adherencia al manejo de ropa hospitalaria previa capacitación. Realizar inventarios en áreas y lavandería sobre el stock de ropa disponible.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Afectación al medio ambiente por incumplimiento de parámetros normativos de aguas residuales.	Falta de monitoreo y mantenimiento de la planta de tratamiento de aguas residuales	Contratación de monitoreo y mantenimiento preventivo de la PTAR Contratación de muestreo y análisis de aguas residuales con empresa certificada por el IDEAM	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de contaminación cruzada y materialización de eventos adversos por mala manipulación de residuos cortopunzantes en los trabajadores	Falta de adherencia al PGRASA	Capacitación, sensibilización y medición a los colaboradores y empresas tercerizadas sobre el adecuado manejo de residuos hospitalarios	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Mejorar el proceso de gestión de recursos físicos es esencial para garantizar que las instalaciones, equipos y suministros estén disponibles y en óptimas condiciones para proporcionar atención de calidad y oportuna a los pacientes.
- ✓ Utilizar sistemas de etiquetado y codificación para identificar fácilmente los bienes, facilitando su seguimiento y control.
- ✓ Realizar un análisis periódico de las necesidades de recursos físicos y ajustar los pedidos de acuerdo con la demanda y/o uso.
- ✓ Fomentar la conciencia sobre la eficiencia en el uso de recursos para minimizar el desperdicio y optimizar la utilización.
- ✓ Establecer indicadores asociados a los objetivos y competencias del proceso.
- ✓ Realizar un inventario físico de propiedad planta y equipo del hospital, esto ayudara a identificar cualquier necesidad de reposición o reparación e igualmente a depreciar de manera individualizada.
- ✓ Verificar el cumplimiento de los planes de mantenimiento Preventivo de los equipos del hospital con el fin de prevenir averías y prolongar la vida útil y lo más importante que los equipos estén funcionando perfectamente.
- ✓ Establecer políticas y procedimientos claros para el uso y almacenamiento de los recursos físicos.
- ✓ Establecer relaciones sólidas con proveedores confiables de equipos médicos y suministros, esto ayudará a garantizar la disponibilidad y calidad.
- ✓ Contar con un stock de inventarios de los insumos y reactivos del laboratorio clínico.
- ✓ Mayor control en las entradas y salidas de material de osteosíntesis y neurocirugía.
- ✓ Seguimiento y verificación de mantenimiento hospitalario.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno





HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
----------------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Gestión de Recursos Humanos
-----------------------------	---

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:
 - Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales.
 - Contar con talento humano competente, comprometido y satisfecho con su trabajo.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Desarrollar el programa de inducción y reinducción en un 100% (39 PDI)	98%	<p>Teniendo en cuenta el número de personas que ingresan a la institución en la vigencia 2024, se tiene el cumplimiento el 98% de ellos recibieron en su totalidad el proceso de inducción en cada uno de los temas de interés y que deben ser transversales para involucrarse en la misionalidad institucional. Esta información se maneja directamente con el PIC, y se encuentra en el plan de trabajo del Plan de Capacitaciones.</p> <p>Evidencia FO – 2060 Plan de Trabajo PIC 2024</p>
90% de Ejecución de las actividades del plan de Gestión Estratégico del Talento Humano (38 PDI)	98%	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Porcentaje de cumplimiento del Plan de BIENESTAR E INCENTIVOS.</u> 2. <u>Porcentaje de cumplimiento del Plan de PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS.</u> 3. <u>Porcentaje de cumplimiento del Plan de INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN - PIC.</u> 4. <u>Porcentaje de cumplimiento del Plan de VACANTES.</u> <p>Los planes correspondientes como parte del Plan estratégico de talento Humano cuentan con su respectivo plan de trabajo y actividades, los cuales de manera general cumplen el 98% de todo lo programado, cumpliendo con la meta y siendo un resultado satisfactorio, con ayuda de la alta gerencia y de la organización y estandarización lograda, permitió llevar a cabo la ininterrupción de estas actividades cumplirlas con éxito.</p> <p>Evidencia Planes de trabajo correspondientes a PIC, Plan de Bienestar, Previsión de recursos humanos y plan de vacantes para la vigencia 2024.</p>



Tener actualizado el cargue de Hojas de Vida en el SIGEP, al personal vinculado mediante Contrato de Prestación de Servicios	100%	<p>1. <u>Porcentaje de Hojas de Vida cargadas en el SIGEP de personal vinculado mediante contrato de prestación de servicios</u></p> <p>Durante la vigencia 2024 frente a nuevas vinculaciones dentro del personal por prestación de servicios se cargó de forma correcta en la plataforma SIGEP, con el acompañamiento del técnico encargado de la oficina de recursos humanos para las labores pertinentes y forma de cargar los documentos, las evidencias o el cargue se puede revisar desde la página del administrador de SIGEP.</p>
Tener actualizado el cargue de Hojas de Vida en el SIGEP, al personal de Nómina.	100%	<p>Durante la vigencia 2024 frente a nuevas vinculaciones dentro del personal de nómina se cargó de forma correcta en la plataforma SIGEP, con el acompañamiento del técnico encargado de la oficina de recursos humanos para las labores pertinentes y forma de cargar los documentos, las evidencias o el cargue se puede revisar desde la página del administrador de SIGEP.</p>
Mantener una óptima asignación de cupos por convenios institucionales realizados por el HCI.	100%	<p>Teniendo en cuenta los convenios interinstitucionales de formación para que realicen practicas y/o internado, se cumplió con los cupos asignados y el total de ellos fueron ocupados, de manera que en alguna ocasión se recibieron solicitudes de ampliar la cobertura, sin embargo, es un numero de acuerdo a la capacidad instalada del Hospital.</p>
Ejecución de las actividades del plan de trabajo de las políticas del MIPG lideradas por recursos humanos POLITICA DE INTEGRIDAD	55%	<p>1. <u>Índice de desempeño Institucional de la Política DE INTEGRIDAD mediante FURAG</u></p> <p>El índice obtenido para la política para la vigencia 2023 fue 53.6 puntos, hay que tener en cuenta que la información suministrada es la reportada sin embargo se debe fortalecer el seguimiento real de la institución, se identificaron aspectos en cuanto al fortalecimiento del código de integridad, de ética y de conducta y buen gobierno lo que permitirá fortalecer la política de integridad institucional</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMzA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWl0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmliwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VlMGYzZjZiZiIsImMiOiR9</p> <p>2. <u>2. % de cumplimiento de Plan de Acción de la Política de INTEGRIDAD</u></p> <p>Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.</p> <p>Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos</p>



Ejecución de las actividades del plan reacción de la POLITICA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	86%	<p>1. <u>1. Índice de desempeño Institucional de la POLÍTICA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO mediante FURAG</u></p> <p>El índice obtenido para la política para la vigencia 2023 fue 85.6% puntos, teniendo en cuenta la información suministrada es una de las políticas que mayor trabajo presenta, puesto que es la de mayor puntaje en la evaluación sin embargo el reto es mantener el índice y fortalecer todas las políticas de acuerdo a las dimensiones.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWl0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmIiwidCI6IjUwNiQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VlMGYyZjZjZiIsImMiOiR9</p> <p>2. <u>2. % de cumplimiento de Plan de Acción de la Política de GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO.</u></p> <p>Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.</p> <p>Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos</p>
Lograr satisfacción al proceso de Inducción y Reinducción que se realiza a los Colaboradores del HCI.	95.45%	La mayoría de colaboradores se encuentran satisfechos con el programa de inducción, las evidencias reposan en los comprobantes de la inducción de cada persona vinculada.
Reporte mensual en tiempo oportunos de novedades de talento humano en la ESE Hospital Civil (36 PDI)	50%	Desde la institución se crea el aplicativo tu HOJA DE VIDA DIGITAL, que permite gestionar las novedades de manera más oportuna y organizada, contando con las hojas de vida de los colaboradores en tiempo real y realizar las novedades correspondientes, si bien no se logra la meta es un porcentaje adecuado de gestión.
Aportes patronales saneados en un 100% (37 PDI)	98%	En el año se logran subsanar situaciones que pueden ser posibles litigios sin embargo se contrata un apoyo específico para el manejo de aportes patronales que ha permitido una mejor gestión.
2 seminarios académicos anuales realizados (40 PDI)	100%	Se abarca al 90% del personal en talleres de humanización y se educa a líderes de procesos en acreditación, conjuntamente con el ente acreditador ICONTEC., garantizando nuevas habilidades y adaptación a la calidad institucional.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar que el recurso humano que labora en la institución cumpla con las competencias basadas en educación, experiencia, formación y habilidades”.

Así mismo, el Profesional Universitario de Recursos Humanos tiene 11 funciones esenciales dentro del manual de funciones, una de ellas es: “Coordinar junto con administración, la realización de estudios sobre estructura, planta de personal de acuerdo a los requisitos y necesidades de la entidad, plan de vacaciones y **mantener actualizado el manual de Funciones**”.

A pesar de tener esta función esencial, el Manual de Funciones y Competencias Laborales no se actualiza desde el año 2016, es más, hay una exigencia establecida en el **ARTÍCULO 2.2.21.8.7.** del Decreto 989 de 2020 “**Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales.** Las entidades de que trata el presente capítulo deberán actualizar su Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales con las competencias y requisitos establecidos en el presente Decreto para el empleo de jefe de oficina, asesor, coordinador o auditor de control interno o quien haga sus veces, dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de publicación del presente decreto”. Esta modificación a la fecha no se ha realizado.

El proceso en la vigencia 2024 estableció 11 indicadores con un cumplimiento consolidado de 89.13%, porcentaje satisfactorio.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de “Gestión de Recursos Humanos” y se encuentran asociados al proceso “Gestión de Recursos Humanos” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Muertes por accidentes o enfermedades laborales de trabajadores, independientes y tercerizados	Falta de cultura del autocuidado	Controles de Ingeniería Controles Administrativos Suministro de Elementos de Protección personal	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Ingreso de personal sin cumplir con el perfil del cargo o las actividades del contrato para el cual es asignado	Desactualización del procedimiento para la provisión exclusivamente de personal.	Actualizar y socializar procedimiento para la provisión exclusivamente de personal.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de afiliaciones inadecuadas a Seguridad Social	Falta de asesoría en las afiliaciones a SS. Pagos inoportunos a SS	Controles mensuales desde la supervisión de contratos, Recursos Humanos (SST), Pagaduría y Finanzas Verificar los requisitos de h.v. para formalizar la contratación incluyendo soportes de afiliaciones y aportes a Seguridad Social	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Accidentes Laborales en eventos culturales, recreativos o deportivos organizados por la Institución.	Incumplimiento de normas de prevención de Accidentes Laborales	Controles preventivos desde la supervisión de contrato, Recursos Humanos, Seguridad y Salud en el trabajo y COPASST. Establecer normas claras y vigilar el cumplimiento de estas en actividades programadas por la Institución	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Sanciones o demandas por pérdida de información relacionada con Historia Laboral	Espacio inadecuado e inseguro para garantizar la custodia de las historias laborales.	Gestionar el suministro de archivador para la adecuada custodia de Historia Laboral Revisar, actualizar, socializar aplicar procedimiento de custodia de Historia Laboral	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Promover una cultura abierta de comunicación donde los trabajadores se sientan cómodos expresando sus inquietudes y sugerencias.
- ✓ Implementar programas de reconocimiento que celebren los logros y el desempeño excepcional de los trabajadores, fomentando un sentido de pertenencia y motivación.
- ✓ Ofrecer programas de bienestar que aborden la salud física y mental de los trabajadores
- ✓ Es prioritario la actualización del Manual de Funciones y de Competencias Laborales del HCI.
- ✓ Planta de personal existente debe estar conforme a los requisitos y necesidades de la entidad.
- ✓ Fortalecer el plan de capacitación del personal.
- ✓ Propender porque todo el personal del HCI se apropie del Código de Integridad.
- ✓ Elaborar el reglamento Interno de trabajo del HCI.
- ✓ Renegociar la convención colectiva de trabajo en el cual todo su articulado este conforme a la ley.
- ✓ Establecer un proceso de reclutamiento y selección de personal más riguroso, implantar pruebas y evaluaciones más exhaustivas para asegurar que los candidatos seleccionados cumplan con los requisitos y competencias necesarias para desempeñar su trabajo.
- ✓ Terminar con la mala práctica de hacer contratos trimestrales para el personal de OPS, la contratación debería ser anual.
- ✓ Hacer cumplir que ningún trabajador de OPS debe percibir ingresos inferiores al SMMLV.
- ✓ En Riesgos se debería identificar el Riesgo “probabilidad del contrato Realidad” para establecer controles que prevengan la materialización del riesgo, estas demandas están causando daño financiero a la Entidad.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
----------------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Gestión de Recursos de Información - Gestión Documental
-----------------------------	---

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:
Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Estructuración Proyecto SGDEA	100%	<p>Se cumple con la meta planeada y se logra la estructuración y socialización a la nueva administración del proyecto SGDEA, se está a la espera de realizar las acciones necesarias para avanzar en su implementación.</p> <p>Evidencia: Documento de estructura SGDEA</p>
Elaboración y actualización de tablas de retención documental (30 PDI)	100%	<p>Las tablas de retención documental se encuentran convalidadas por el consejo departamental de archivo, y son usadas de manera estandarizada de acuerdo a la estructura orgánica del Hospital, ante cualquier modificación que se realice se enviarán nuevamente para actualización.</p> <p>Evidencia Constancia de convalidación</p>
Porcentaje de cumplimiento de actividades de acuerdo a los planes del decreto 612 de responsabilidad de Gestión Documental.	87%	<p>Se cumple con la meta establecida de los planes del decreto 612 superando el 80% de su ejecución y cumplimiento del plan de trabajo, el porcentaje de cumplimiento se disminuye debido a que la implementación del proyecto de SGDEA quedó hasta su etapa de socialización, sin embargo, el cumplimiento de los planes a responsabilidad documental es dos planes con el cumplimiento del 100%.</p> <p>Evidencia: FO – 2060 de los tres planes responsabilidad de gestión documental</p>

Cumplir con el plan de trabajo del Comité Institucional de Historias Clínicas	65%	<p>En el comité de historias clínicas consta de actividades de tipo documental, por cuando se hace el respectivo seguimiento con esas, sin embargo, se identifica de modificar la resolución de conformación referenciados con otras instituciones y como se encuentra conformado, de esta manera algunas actividades asociadas al comité son más de organización documental que requieren de tiempo, sin embargo, el cumplimiento a las reuniones periódicas es del 100%</p> <p>Evidencia Formato de seguimiento al comité de Historias clínicas 2060.</p>
---	-----	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Según Acuerdo No. 20 de 2016 Manual de Funciones y Competencias Laborales este proceso se denomina “Gestión de Recursos de Información” y tiene como objetivo: “Desarrollar y supervisar las actividades relacionadas con información clínica y administrativa generada en los procesos, garantizando información oportuna veraz y segura, que apoyen el mejoramiento de la gestión y la toma de decisiones técnicas y administrativas”.

Para la vigencia 2024 se establecieron seis indicadores con un cumplimiento del 79.67%, porcentaje aceptable, se exhorta al proceso a mejorar en la vigencia 2025, sabemos del grado de compromiso y sentido de pertenencia de sus trabajadores para con el proceso y la Institución.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Gestión de Recursos de Información – Gestión Documental y se encuentran asociados al proceso “Gestión de Recursos de Información – Gestión Documental” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida de la Historia Clínica Física.	Personal que no tiene la debida formación en técnica archivística	Manejo de formatos, FO 1381, FO 2089	01/01/2024	12/31/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida de los documentos en los Archivos de gestión	Personal que no se adhiere a las normas y lineamientos del archivo en los archivos de gestión	Manejo de formatos, FO 1381, FO 2089	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibles violaciones a la norma de seguridad de la información y a la ética archivística	Personal que no conoce los parámetros de clasificación de la información y sobre la ley de ética de archivos 1409 de 2010	Manejo de formato 0923 formato de préstamos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Establecer un sistema de gestión documental digitalizado, esto permitirá almacenar, organizar y acceder de manera más eficiente a los documentos del hospital.
- ✓ Capacitar al personal en la gestión documental para asegurar que todos comprendan y sigan las políticas y procedimientos establecidos, esto incluye la capacitación en la utilización del sistema de gestión documental, la clasificación y etiquetado de documentos, y la importancia de mantener la confidencialidad y seguridad de la información.
- ✓ Definir políticas de retención y disposición de documentos ayudará a mantener un flujo de trabajo eficiente y evitará la acumulación innecesaria de documentos, esto incluye determinar cuánto tiempo se deben conservar los documentos y como se deben eliminar de manera segura aquellos que ya no son necesarios.
- ✓ Implementar medidas de seguridad: la seguridad de los documentos es fundamental, especialmente cuando se trate de información confidencial de los pacientes, implementar medidas de seguridad como la encriptación de documentos, el acceso restringido a ciertos documentos como la historia clínica, y la realización de copias de seguridad regulares.
- ✓ Fomentar la cultura de gestión documental, donde todos los trabajadores comprendan la importancia de mantener una buena gestión de los documentos.
- ✓ Implementar en la Institución el aplicativo SEVENET.
- ✓ Implementar o mantener un sistema de copias de seguridad periódico para asegurar la protección de la información crítica y facilitar la recuperación en caso de pérdida de datos.
- ✓ Revisar y actualizar regularmente las políticas y procedimientos de gestión documental para adaptarse a cambios normativos y tecnológicos.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno



Hospital civil de IpiALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
----------------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Gestión TIC y Mercadeo.	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales.		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Hardware renovado (11 PDI)	40.39%	Se cumple la meta del 30% de renovación de equipos, siendo el 40.39% renovado, de un total de 354 equipos de la institución se renovaron 143 equipos de cómputo, unidades, discos duros, monitor etc. Evidencia Contratos de renovación de hardware
Lograr el licenciamiento de software requerido y utilizado por el HCI	100%	Se logra la renovación del 100% del número de licencias de software antivirus y de correos electrónicos. Evidencia Contratos para la renovación de licencias de antivirus y correos.
100% de implementación de un nuevo sistema gestión documental (7 PDI)	100%	El sistema de gestión documental denominado SEVENET tiene su funcionalidad y se ha querido fortalecer la capacitación a todos los procesos para su utilización eficiente y productiva para la producción de documentos, además se tiene planeado mejorar su operatividad para la vigencia 2025.
Lograr el 50% de la sistematización de informes físicos entregados al área de estadística, teniendo presente que estos sean oportunos, confiables y veraces.	90%	Se realizó reunión con el coordinador de estadística para elaborar cronograma de reuniones de trabajo, Se realiza revisión de las fuentes de alimentación de los datos de los informes y se consolidan consultas de información, se realiza la sistematización de los informes identificados y priorizados.



Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de SEGURIDAD DIGITAL	80%	<p>1. <u>Índice de desempeño de la Política de SEGURIDAD DIGITAL mediante FURAG</u></p> <p>El índice estuvo próximo a cumplir la meta pues era de 95 puntos, sin embargo, con la información recolectada se logran los 85.3 puntos para el cumplimiento de la política Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos, hay que tener en cuenta que la información suministrada es la reportada sin embargo se debe fortalecer el seguimiento real de la institución.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMzA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmliwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VlMGYyZjZiZiIsImMiOiR9</p> <p>2. <u>% Cumplimiento de Plan de Trabajo generado de la Política de SEGURIDAD DIGITAL generado de Autodiagnósticos.</u></p> <p>Como se menciona anteriormente, existen formatos de autodiagnósticos de algunas políticas de MIPG, sin embargo, se desconoce el seguimiento del plan de trabajo recibido de ese entonces, y en los realizados en el mes de Julio no existe un plan de trabajo formulado.</p> <p>Todos los esfuerzos para la nueva vigencia serán tomados en cuenta para el fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los planes de trabajo como de los formulados en los autodiagnósticos</p>
Cumplimiento de actividades de comités de Seguridad digital	0%	Desde la oficina de planeación se realiza el respectivo seguimiento a los comités institucionales y durante la vigencia no se obtuvo en ningún trimestre Plan de trabajo relacionado a comité de seguridad digital, ni su respectiva resolución de conformación que lo valide
Lograr el cumplimiento en la ejecución de los planes de trabajo de la 612 de TIC y MERCADEO	83%	<p>Por parte de la oficina de Planeación se hace el seguimiento respectivo a Planes 612, en este caso se tiene en cuenta el promedio de porcentajes de ejecución de los planes de trabajo de la 612 Gestión TIC y Mercadeo (1, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI; 2, Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y Seguridad; 3, Privacidad de la Información; 4. Plan de Mantenimiento de servicios tecnológicos) asociados como responsabilidad del proceso de gestión TIC, para la vigencia el promedio de estos fue del 83%, y el total de los planes fue de 91%</p> <p>Evidencia</p> <p>Formato de seguimiento general de planes 612, FO - 2163</p>



Lograr el 100% de actualización o adquisición de un nuevo sistema de imagenología (8 PDI)	100%	Según la información suministrada por el área de Gestión Tic, este Software fue actualizado al terminar la vigencia 2023, por cuando imagenología cuenta con PACS, y según ese entendido se daría cumplimiento a la meta
Cumplir con el 100% de reuniones programadas para la rendición de informes de indicadores de eficiencia técnica científica.	100%	Desde el comité de vigilancia epidemiológica en su componente de estadísticas vitales, cumple con el 100% de reuniones y actividades planeadas en el Plan de trabajo pactado para el año 2024, mostrando el comportamiento de sus indicadores y tomar decisiones frente a ello, de una manera eficiente y a tiempo. Evidencia Plan de trabajo Comité estadísticas Vitales 2024 con su respectivo seguimiento
Entrega de nuevo protocolo de atención al usuario interno y Externo del HCI	100%	Teniendo en cuenta la misionalidad de la institución como prestadora de servicios de salud, se elaboran protocolos para tener en cuenta situaciones de crisis y de manejo de redes sociales como parte importante para usuario interno y externo del HCI, los cuales se quieren fortalecer y mejorar la atención y el despliegue de la información de parte del Hospital. Evidencia Software DARUMA: MP – 004 Protocolo de comunicación de crisis, MP- 0747 Protocolo uso de redes sociales
Porcentaje de cumplimiento al 100% en la ejecución de la estrategia de promoción, difusión y posicionamiento del Plan de Mercadeo. (13 PDI)	0%	No se recibe en el proceso de empalme un plan de mercadeo y se adaptaron acciones por organización, sin embargo, no se cuenta con el plan para mejorar la promoción, difusión y posicionamiento institucional. Se planea ya teniendo desde los inicios la planeación propia fortalecer los procesos.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El Proceso de Gestión de TIC y Mercadeo no está contemplado en el acuerdo No. 20 de 2016 Manual de Funciones y de Competencias Laborales del hospital civil de IpiALES E.S.E.

Este proceso estableció un total de 11 indicadores para la vigencia 2024, con un cumplimiento de 72.13%, porcentaje aceptable de logro de todos sus retos de gestión.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Gestión TIC y Mercadeo y se encuentran asociados al proceso “Gestión TIC y Mercadeo” y se pudo evidenciar la materialización de los riesgos:

“Alteración y/o manipulación indebida de la información asistencial y administrativa contenida en los sistemas de información institucionales o activos de la información priorizados para el favorecimiento a terceros” y “despliegue inefectivo de la información desde los procesos a los equipos primarios” en este sentido se deben fortalecer o cambiar los controles para una adecuada gestión del riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Perdida de continuidad del negocio debido a que los procesos de consulta, registros y procesamiento de información clínica y administrativa ubicada en los sistemas de información queda deshabilitado.	Falta de implementación de controles físicos y técnicos al hardware crítico de la institución	Plan de mantenimiento de servicios tecnológicos Controles físicos aplicados a el hardware critico Controles físicos aplicados a el hardware critico Controles técnicos aplicados a hardware critico	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Alteración y/o manipulación indebida de la información asistencial y administrativa contenida en los sistemas de información institucionales o activos de la información priorizados para el favorecimiento a terceros.	Falta de implementación de controles administrativos, físicos y técnicos sobre los activos de la información.	Controles administrativos sobre los activos de la información Controles técnicos sobre los activos de la información Controles técnicos sobre los activos de la información	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6 MATERIALIZADO

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
'Posibilidad de toma de malas decisiones estratégicas de directivas del HCl basadas en información incorrecta debido a elaboración de informes con datos erróneos.	'Elaboración incorrecta de informes generados por las secretarías clínicas y los líderes de cada proceso	Verificación del FO 0102 Censo Diario y demás informes reportados de los diferentes procesos Revisión de informes de productividad y de indicadores en Daruma, por parte de la Dirección	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de requerimiento por parte del IDSN para el HCI debido a la expedición de certificados de defunción y nacidos vivos con errores debido al diligenciamiento de información incorrecta en RUAF por parte del personal médico certificador	Mal diligenciamiento del certificado en RUAF por parte de personal médico certificador	Verificación diaria de certificados de defunción y nacidos vivos Oficiar a médicos para corrección de certificados de defunción y nacidos vivos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Publicación y difusión de información sin controles o verificación de fuente en los diferentes canales de comunicación.	Falta de adherencia al plan de comunicaciones	Plan de comunicaciones aprobado	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Despliegue inefectivo de la información desde los procesos a los equipos primarios.	Líderes de proceso omiten el envío de información a su equipo de trabajo	Plan de comunicaciones aprobado	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6 MATERIALIZADO

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Implementación de la Matriz – ITA – Diligenciamiento de la información en el índice de transparencia y acceso a la información pública de conformidad con las disposiciones del artículo 23 de la ley 1712 de 2014.
- ✓ Continuar con la actualización y mejoramiento de la infraestructura tecnológica, incluyendo la red de internet, servidores y equipos informáticos, esto permite mayor velocidad y eficiencia en el uso de las TIC.
- ✓ Fomentar la colaboración y comunicación entre los diferentes procesos a través de herramientas de comunicación en línea, como correos electrónicos, chats y videoconferencias.
- ✓ Contemplar la posibilidad de Implementar sistemas de telemedicina que permitan la atención médica a distancia. Esto podría incluir consultas virtuales, seguimiento de pacientes a través de dispositivos móviles y la realización de exámenes médicos a distancia. Esto facilitaría el acceso a la atención médica, especialmente en áreas rurales o con pocos recursos.
- ✓ Establecer políticas y procedimientos claros para el uso de las TIC en el hospital, incluyendo la seguridad de la información y la protección de datos personales, esto garantizará que se cumplan los estándares de privacidad y se minimicen los riesgos de ciberseguridad.
- ✓ Realizar evaluaciones periódicas del sistema de TIC del Hospital para identificar áreas de mejora y realizar las actualizaciones necesarias, la tecnología está en constante evolución, por lo que es importante mantenerse al día con las últimas tendencias y avances.
- ✓ Establecer alianzas con empresas de tecnología y universidades para mantenerse actualizado sobre las últimas innovaciones en el campo de las TIC en la salud.
- ✓ Realizar campañas de concientización sobre la importancia de las TIC en la salud, tanto para el personal del hospital como para los pacientes, esto promueve su uso y a derribar posibles barreras de adopción.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno





HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
----------------------------------	--

1. Fecha: 31-01-2025	2. Dependencia a Evaluar: Jurídica y Contratación
-----------------------------	---

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:
Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
100% de Procesos jurídicos estén incluidos en el mapa de procesos, estandarizados y adheridos al Sistema de Gestión de Calidad (31 PDI)	60%	<p>Se realizó la caracterización del proceso de gestión jurídica y contratación, el cual cuenta con ocho subprocesos que están debidamente estandarizados y adheridos al sistema de gestión de la calidad, los subprocesos son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DS – 0489 DESCRIPCIÓN DE SUBPROCESO DE ASESORÍA JURÍDICA INTERNA v2 2. DS – 0490 DESCRIPCIÓN DE SUBPROCESO DE ASESORÍA JURÍDICA EXTERNA v2 3. DS – 0493 DESCRIPCIÓN DE SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN POR CONVOCATORIA ABIERTA v2 4. DS – 0495 DESCRIPCIÓN DE SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA v2 5. DS – 0496 APOYO OPERATIVO PARA TRÁMITES INTERNOS EN GESTIÓN JURÍDICA 6. DS – 0534 DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO 7. DS – 0535 DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN MENOR CUANTÍA 8. DS – 0536 DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN MINIMA CUANTÍA. <p>Con el nuevo Estatuto General de Contratación del Hospital Civil E.S.E., Acuerdo No. 011 del 4 de diciembre de 2024 y el Manual de Contratación y Supervisión adoptado mediante Resolución No. 4426 del 27 de diciembre de 2024, de conformidad con esta nueva reglamentación se está estructurando los documentos que serán controlados y estandarizados por gestión de calidad, de acuerdo con el proceso de Gestión Jurídica y Contractual.</p> <p>Evidencias:</p> <p style="text-align: center;">http://190.121.144.123:8085/app.php/document/index</p>



Cumplir con el reporte oportuno de los informes de Gestión Jurídica (Cargar el 100% de los informes al SECOP)	80%	Se realiza la publicación en SECOP II de toda la gestión contractual de la Entidad, en modo publicitario. Se realiza el cargue de la gestión contractual de la Entidad, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Contraloría Departamental de Nariño para uso del aplicativo SIA OBSERVA.
Efectividad en la defensa Jurídica	44%	El % de asuntos favorables es del 44% aclarando que, la mayoría de asuntos condenatorios son por la declaratoria de un contrato laboral realidad, en donde, en la mayoría de los casos, pese a la defensa jurídica de la entidad, se termina con sentencias condenatorias por la posición uniforme del Consejo de Estado respecto al reconocimiento de una relación laboral, por lo demás, los asuntos de reparación directa, en un 90% tienen sentencia favorable.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El Proceso de Jurídica y Contratación no está contemplado en el acuerdo No. 20 de 28 de junio de 2016 Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales Mínimas del Hospital Civil de IpiALES E.S.E

En la vigencia 2023 este proceso estableció tres indicadores con un cumplimiento consolidado de 61.33%, porcentaje bajo. La Oficina de Control Interno es insistente en que los procesos deben definir indicadores asociados a evaluar la gestión del proceso, en este caso, los tres indicadores presuntamente no abarcan todas las actividades esenciales en el proceso, por nombrar algunas, oportunidad en la elaboración de contratos de OPS, liquidación de contratos, acciones de repetición, recuperación de cartera. El objetivo de los indicadores es coadyuvar a que el desempeño de los líderes de los procesos sea eficaz y eficiente en razón a que permite evaluar su gestión.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Jurídica y Contratación y se encuentran asociados al proceso "Jurídica y contratación" y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo en la vigencia 2024.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de perjuicio económico y reputacional de la entidad debido al favorecimiento de la parte demandante en un proceso litigioso por la acción u omisión del apoderado judicial en el ejercicio de su mandato.	Posibilidad de que, por acción u omisión, se use la posición de apoderado judicial ante instancias judiciales para favorecer a un tercero.	Seguimiento permite a las demandas presentadas en contra del Hospital Civil de IpiALES E.S.E.	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de perjuicio económico y reputacional de la entidad debido al favorecimiento de un proponente en el desarrollo de un proceso contractual por la acción u omisión de los intervinientes y el desconocimiento o inaplicación de las normas y principios de la contratación pública.	Posibilidad de que, por acción u omisión, se use la posición de interviniente en los procesos contractuales para beneficiar a un proponente	Verificación permite al cumplimiento de los pliegos de condiciones, Estatuto de contratación, normas y principios de la contratación pública en los procesos contractuales que adelanta el Hospital Civil de IpiALES E.S.E. mediante el acompañamiento en cada una de las etapas de los procesos contractuales por parte del Comité de Contratación	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de celebrar contratos sin verificar previamente el cumplimiento total de los requisitos mínimos obligatorios exigidos por la norma para cada contratación.	Posibilidad de que por omisión en la exigencia de los requisitos mínimos legales para celebrar contratos	Exigir el cumplimiento estricto del formato FO 1794 V6 y demás requisitos de ley por parte de la oficina de Recursos Humanos y Gestión Jurídica	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de celebrar contratos y omitir la exigencia de requisitos de legalización y ejecución y/o posterior omisión en la liquidación de contratos	Posibilidad de que, por acción u omisión, no se exige el cumplimiento de los requisitos de legalización (acta de inicio, pólizas, aprobación pólizas, acta de inicio, etc.) y/o liquidación de los contratos	Seguimiento permanente al cumplimiento de los requisitos de legalización y ejecución y verificación de liquidación de contratos	01/01/2024	31/12/2024	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación http://172.16.32.90:8085/app.php/portal/tab/6



7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Desarrollar un Manual de Contratación que incluya Políticas, Procedimientos y Guías para la contratación de bienes y servicios, asegurando la claridad y transparencia del proceso.
- ✓ Implementar protocolos estandarizados para la evaluación y selección de proveedores, que incluyan criterios medibles.
- ✓ Implementar un sistema de gestión jurídica que permita llevar un registro de todos los contratos por modalidad, plazos y obligaciones, facilitando el seguimiento y control.
- ✓ Implementar un sistema de gestión documental que permita organizar y clasificar todos los documentos de la etapa precontractual, contractual y postcontractual.
- ✓ Realizar capacitaciones periódicas sobre aspectos legales y normativos relacionados con la contratación a los líderes donde nace la necesidad del contrato, y especialmente a los supervisores de los contratos.
- ✓ Dar estricto cumplimiento al artículo 53 ley 2195 de 2022 en el cual establece “deberán publicar los documentos relacionados con su actividad contractual en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP II. Se entiende por actividad contractual los documentos, contratos, actos e información generada por oferentes, contratista, contratante, supervisor o interventor, tanto en la etapa precontractual, como en la contractual y la postcontractual”.
- ✓ Propender porque el comité de conciliación de cumplimiento al artículo 125 ley 2220 de 2022 Acciones de repetición.
- ✓ Formular la política de prevención del daño antijurídico y defensa judicial del Hospital Civil de IpiALES E.S.E.
- ✓ Revisión permanente de expedientes contractuales para determinar que tengan toda la documentación necesaria y debidamente firmada.
- ✓ Participar activamente la recuperación de cartera de la entidad.

8. Firmas.

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Oficina de Control Interno

CONCLUSIONES

1. Presuntamente en algunos procesos no se identificaron indicadores asociados a los objetivos estratégicos de la Entidad, ni al objetivo del proceso contenido en el acuerdo No. 20 de 2016 “ por el cual se actualiza y modifica el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales Mínimas para los empleos de la Planta de Personal del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.”; partimos del hecho que los indicadores son herramientas que sirven para evaluar los progresos de las gestiones realizadas por los procesos en alcanzar los objetivos estratégicos de la entidad y el objetivo del proceso, o los objetivos concertados por los empleados de carrera administrativa.
2. De acuerdo con los indicadores de la vigencia 2024 entregados por la oficina de Planeación, se pudo evidenciar a nivel general una buena gestión de todos los procesos, aunque hay indicadores que presuntamente no apuntan a la gestión del proceso para el logro de los objetivos institucionales.
3. Se ve la necesidad de realizar una revisión y ajustes a los indicadores formulados por parte de los procesos, siendo necesario fortalecer la asesoría y el acompañamiento por parte de la oficina de Planeación.
4. Los indicadores de un plan de acción anual proporcionan información valiosa para evaluar el progreso o mejora continua, identificar áreas de mejora, ajustar metas y objetivos, y tomar decisiones informadas para el próximo año.
5. Los indicadores ayudan a evaluar la eficacia de las acciones tomadas en el año inmediatamente anterior, permitiendo determinar qué acciones han sido exitosas y cuales pueden requerir ajustes o cambios en su enfoque.
6. Los indicadores revelaron desafíos y obstáculos que afectaron la mejora continua y el logro de los objetivos, estos desafíos requieren acciones específicas para superarlos en el año 2025.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. **Establecer indicadores claros y medibles:** Los indicadores deben ser específicos, cuantificables y verificables, deben reflejar los resultados esperados y ser fácilmente medibles para evaluar el progreso y el logro de los objetivos.



2. **Establecer metas realistas y alcanzables:** las metas establecidas en los indicadores deben ser realistas y alcanzables dentro del periodo de tiempo establecido.
3. **Utilizar indicadores relevantes:** los indicadores deben estar directamente relacionados con los objetivos y resultados esperados del PAA.
4. Los indicadores deben permitir un seguimiento continuo y una evaluación periódica del progreso del PAA, esto permite identificar desviaciones, realizar ajustes, y tomar acciones correctivas a lo largo del tiempo.
5. Todos los procesos del Hospital Civil de Ipiales deben incluir dentro de su PAA la gestión y seguimiento a las PQRs, esta recomendación se hace teniendo en cuenta que las quejas muchas veces no son contestadas en su totalidad y/o por otro lado no se responden oportunamente y no son respuestas de calidad.
6. Se recomienda como aspecto fundamental, por parte de los procesos, dar cumplimiento a los plazos establecidos para la entrega de la información de Indicadores, lo que permite a la oficina de Planeación y Control Interno generar informes de calidad y dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente.
7. La Oficina de Planeación debe hacer seguimiento a los indicadores trimestralmente, de tal manera, que los avances presentados por los procesos reflejen veracidad y confiabilidad; y el cumplimiento de las metas repercuta en el logro de objetivos estratégicos del HCl.
8. Se recomienda tener presente los indicadores que no alcanzaron el porcentaje de cumplimiento esperado en la vigencia 2024 se deben retomar para la vigencia 2025.

Atentamente,

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Jefe Control Interno de Gestión