



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES ESE

INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTION POR DEPENDENCIAS PERIODO ENERO – DICIEMBRE DE 2023

CONTROL INTERNO DE GESTION

IPIALES, ENERO 30 DE 2024

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 2023 entregado por la oficina de Planeación el día 17 de Enero de 2024, 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 2023.

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 2023.

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 2022, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

- Direccionamiento Estratégico
- Gestión de Calidad
- Sistema Integrado de Atención al Cliente
- Gestión Clínica
- Internación
- Atención de Urgencias
- Atención Ambulatoria
- Cirugía y Atención del Parto
- Cuidado Crítico
- Laboratorio Clínico y Servicio Transfusional
- Imagenología
- Terapia Física y Respiratoria
- Servicio Farmacéutico
- Gestión de Recursos Económicos



- Gestión de Recursos Físicos
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión de Recursos de Información

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 2023 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 referente la información registrada en los Indicadores PAA vigencia 2023 entregada por la oficina de Planeación.

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES		Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
1. Fecha: 15-01-2024 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 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
Modelo Integrado de Planeación y Gestión Mejorado (32 PDI)	100%	<p>El Índice FURAG global se encuentra dentro de lo presupuestado, el grupo para al que pertenece el Hospital tiene un promedio de 57 puntos, siendo el máximo puntaje obtenido el 76 puntos, es necesario tener en cuenta que la evaluación de 2022 se realizó en agosto de 2023, con un nuevo Gobierno posesionado en agosto de 2022 sin embargo es de resaltar que esta nueva evaluación corresponde a un nuevo plan de desarrollo Nacional, donde los formularios fueron modificados según los nuevos requerimientos del nuevo Gobierno, es por eso que la fecha de apertura del Formulario FURAG no fue en el mes de febrero como comúnmente se hace si no fue hasta en el mes de Agosto que se dio dicho trámite, con esta nueva evaluación se puede concluir que es una nueva línea base.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdiYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Archivo:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>



Gestionar al 100% la Ampliación de la Central de Residuos	30%	Se tiene definido el diseño de los planos estructurales, arquitectónicos y costos unitarios con valor total del proyecto, no se avanza con la construcción del mismo debido a falta de liquidez en la entidad, es necesario continuar esta meta en la vigencia 2024 debido a que es un requisito de estándar de Infraestructura.
Garantizar el 100% cumplimiento de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial del Plan de gestión Gerencial 2020-2025	100%	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. 100%2. Oportunidad en la realización de Apendicetomía : 93,5%3. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espirativas de Origen intrahospitalario y variación interanual. 0%4. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al ingreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM). 95%5. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria 100% <p>Evidencias:</p> <p>http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore</p> <p>Archivos:</p> <p>Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma</p>
Garantizar el 100% cumplimiento de los estándares de habilitación ampliando servicios para lograr el avance del Plan de gestión Gerencial 2020-2024	100%	<p>Todos los servicios prestados se encuentran registrados en REPS, EL Plan de necesidades hace un enfoque prioritario hacia el cumplimiento de los estándares de habilitación sobre todo en los componentes de Talento Humano, Infraestructura y dotación, se concluye en 2023 que el proceso de imagenología ya cuenta con el 100% de estándares de habilitación cumplidos con la entrega de las nuevas instalaciones; el estándar de infraestructura de quirófano requiere una inversión superior a los \$15,000,000,000, se revisa el tema para presentar proyecto ante Gobierno Nacional y poder estructurarlo, sin embargo está pendiente hacer algunos ajustes a quirófanos y sala de partos y UCIN, igualmente es urgente que se retome el proyecto central de almacenamiento de residuos porque es otra estructura que no está cumpliendo con los lineamientos de la resolución 3100 de 2019..</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/</p> <p>Archivos:</p> <p>Consulta REPS Minsalud</p>



Lograr el 60% cumplimiento de los planes de la estrategia de ambientes humanizados	100%	<p>En el cuarto trimestre, se mantiene la implementación de estrategias que conforman los ambientes humanizados: “La Lectura Cura” se mantiene el préstamo de libros y material de lectura a pacientes adultos, jóvenes, niños y niñas con hospitalización prolongada, cuenta con un apoyo (colaboradora del hospital), quien se encargaría del movilizar los préstamos y facilitar la lectura de cuentos en habitaciones y la ludoteca de pediatría. En “Jugar para sanar”, con el gestor de formación de la Fundación Casa de La Cultura de IpiALES, se mantuvieron actividades de fomento de la lectura, enfocadas en juegos, canto y rondas, con niños y pacientes adultos. Por otro lado, se cumplieron con las actividades como serenata a adultos y las actividades de formación y reflexión espiritual, además de la entrega de material de lectura (Nuevos Testamentos) con niños y adultos de hospitalización, a cargo del Centro Cristiano Ebenezer de IpiALES. Por último, en la distribución de material didáctico, de la estrategia “Un regalo para mí”, la colaboradora de apoyo, se encargó de facilitar el mismo, por las distintas áreas del Hospital, identificando a los/las pacientes que requirieran de este, garantizando así su uso y acompañando a niños y niñas en tareas de pintura y coloreado.</p>
Infraestructura Mejorada	20%	<p>Se logró consolidar el proyecto de resonancia magnética con los anexos, sin embargo, al analizar la ubicación, uso de suelos y condiciones técnico ambientales del lugar donde inicialmente se ubicaría el resonador se concluyó que debe ser reubicado, por lo cual al proyecto se encuentra en el momento en pausa hasta se desarrollen los estudios de una nueva reubicación.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Proyecto Resonador</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 8</p>
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	100%	<p>Se observa que el resultado de índice de la Política de Planeación Institucional superó el resultado anterior, de un 76.8 puntos se obtuvo 84.3 puntos para la Política.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdlYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiJR9</p> <p>Archivo:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>



Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN	80%	<p>Se observa una disminución de porcentaje de la Política, obedece principalmente a que está pendiente la activación de la nueva página web, se obtuvo un índice de 59.6 puntos, es necesario tener en cuenta que la evaluación de 2022 se realizó en agosto de 2023, con un nuevo Gobierno posesionado en agosto de 2022 sin embargo es de resaltar que esta nueva evaluación corresponde a un nuevo plan de desarrollo Nacional, donde los formularios fueron modificados según los requerimientos del nuevo Gobierno, es por eso que la fecha de apertura del Formulario FURAG no fue en el mes de febrero como comúnmente se hace si no fue hasta en el mes de Agosto que se dio dicho trámite, con esta nueva evaluación se puede concluir que es una nueva línea base.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdiYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iINTlwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Archivo:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	90%	<p>Se observa una disminución de porcentaje de la Política, 2 puntos que corresponden a actividades anexas a página web, es necesario tener en cuenta que la evaluación de 2022 se realizó en agosto de 2023, con un nuevo Gobierno posesionado en agosto de 2022 sin embargo es de resaltar que esta nueva evaluación corresponde a un nuevo plan de desarrollo Nacional, donde los formularios fueron modificados según los requerimientos del nuevo Gobierno, es por eso que la fecha de apertura del Formulario FURAG no fue en el mes de febrero como comúnmente se hace si no fue hasta en el mes de Agosto que se dio dicho trámite, con esta nueva evaluación se puede concluir que es una nueva línea de base que rige en este cuatrienio.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdiYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iINTlwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Archivo:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>
Reportes de informes a antes de IVC	100%	2193, SIA reportados dentro de los términos



Implementación del Sistema Integral de Gestión de Riesgos HCI (SIGR)	100%	<p>El Proceso de estructuración del Sistema de Gestión de Riesgos está avanzando conforme a lo planeado, mientras se levantan nuevamente los riesgos con la metodología aprobada (Nueva) se continua con la monitorización de los riesgos identificados en la matriz para el año 2023, sin embargo, se inicia el levantamiento de los nuevos riesgos bajo el SIGR y sus subsistemas, se crea el área de riesgos y se conforma el Comité de Riesgos.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comité de Riesgos• Plan de Trabajo SIGR <p>Archivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anexo 09• Anexo 10
--	------	---

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

6.1. Indicadores.

Los Indicadores planteados para la vigencia 2023 fueron en total 11 y se cumplieron en un 83.63%, siendo un porcentaje aceptable. Direccionamiento es el responsable del cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados en el plan de desarrollo, sin embargo, en referencia a la situación Financiera de la Institución se puede deducir que no es la mejor, Gestión de cobro de cartera presuntamente deficiente sobre todo en lo que tiene que ver con SOAT, trabajadores inconformes con los pagos, empresas tercerizadas se les adeuda de dos o más meses, proveedores igual manera se tiene obligaciones vencidos sus pagos. En cuanto a la parte organizacional de la entidad Hay varios aspectos que no se logró alcanzar, no se realizó la Oferta Publica de Empleos de Carrera – OPEC como era la obligación, no se actualizó Manual de Funciones y Competencias Laborales, herramienta fundamental en la organización del hospital, no se crearon cargos en dependencias donde hay responsabilidades que de ninguna manera deben ser desempeñadas por contratistas, estos son algunos aspectos por los cuales presuntamente los objetivos estratégicos planteados no se alcanzaron lograr en un porcentaje significativo de cumplimiento.

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, no se presentó materialización de ningún riesgo.



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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	1/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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 HCl:	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.
- ✓ Modificar la Resolución del Comité de Conciliación y Defensa Judicial del HCI y la Resolución del Comité de Sostenibilidad Contable.
- ✓ Dar estricto cumplimiento a La Ley 1066 de 2006, que en su 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."
- ✓ El Software SIHOS utilizado por el Hospital Civil de Ipiales para registrar todos sus movimientos financieros como asistenciales, presuntamente presenta muchas no conformidades, se recomienda a la Entidad cambiar de Software.
- ✓ 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.

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: 15-01-2024

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

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
Implementación de PAMEC mayor al 90%	100%	Se cierra con un porcentaje de 92% superando la meta esperada. Evidencias: https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/ Plataforma Sistema de Información Hospitalaria
Realizar diagnóstico de requisitos de ISO 14001 / 2015 (25 PDI)	42%	Se realizó el curso de formación como auditores internos en el curso de 14001 y 19011, con enfoque en ciclo de vida, total 32 colaboradores, se realizó plan de trabajo ISO 14001 fo2627, y en la matriz obtenemos el 40% de avance. Evidencias: en consolidación
Adherencia del HCI a las metas internacionales en seguridad del paciente	92,7%	Identificación a paciente con alergia 100%; Comunicación efectiva %; Mejorar seguridad de medición 88,9%; Cirugía segura 98%; IIAS 87,3; Prevención de caídas 87,5% y Lesiones por presión 100%. El promedio de estos indicadores supera el 80% obteniendo un resultado de 92,7% Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma
Implementar en control y prevención de IAAS	95,5%	Indicador cumplimiento, PROA Programa de uso racional de antibióticos. Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore Archivos: Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma
Gestionar la Certificación de la Estrategia IAMII. (2 PDI)	99,9%	Puntaje para entidad certificada en Estrategia IAMII Evidencia: Anexo 18 Resolución 2938 certificación IAMII HCI



Ejecución \geq al 95% de adherencia a la implementación de las rutas de cáncer y ECNT.	98%	<p>Ruta cardiovascular 95,56% y la de cáncer 100%</p> <p>Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore</p> <p>Archivos: Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma</p>
Adopción e implementación de 5 nuevas Guías de práctica Clínica a nivel institucional	100%	<p>En total se obtienen 23 guías incluidas en 2023 asfixia perinatal, trastorno de ansiedad y depresión, recién nacido prematuro, trastorno electrolítico y metabólico del recién nacido, cardiopatía ionizante y no congozante del recién nacido.</p> <p>Evidencia: http://190.121.144.123:8085/app.php/document/index Documentos Controlados Daruma</p>
Cumplimiento al 100% de las acciones para el logro de las metas propuestas de los indicadores de la resolución 408 de 2018	100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. 100% 2. Oportunidad en la realización de Apendicetomía: 93,5% 3. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espirativas de Origen intrahospitalario y variación interanual. 0% 4. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM). 95% 5. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria 100% <p>Evidencia:</p> <p>http://190.121.144.123:8085/app.php/document/index</p> <p>Documentos Controlados Daruma</p>
Porcentaje de cumplimiento de estándares Resolución 0312 de 2019 en 95% SGSST	96%	<p>El % de autodiagnóstico de estándares de la norma SGSST se encuentra superando la meta en el 1 semestre de 2023.</p> <p>Anexo 19 evaluación de plan SST</p>
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	91%	<p>El resultado de índice de Política se encuentra en 91,8 puntos, se mejoró el índice. El plan de acción está basado en las recomendaciones FURAG de 2021, y el autodiagnóstico realizado en diciembre 2022 y junio 2023, los resultados son óptimas según el índice obtenido, 92 puntos.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdIYmU3IiwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES	50%	<p>El plan de acción está basado en las recomendaciones FURAG de 2021 presenta un avance del 50%, con respecto al autodiagnóstico fue actualizado con fecha junio de 2023, obteniendo un incremento en el % de 24,3% a ,49,3%. Se requiere priorizar acciones de los planes levantados para garantizar el cumplimiento de lo planteado.</p> <p>Evidencia:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdIYmU3IiwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>



Realizar diagnóstico de requisitos de ISO 45001 / 2018 (26 PDI)	96%	El % de autodiagnóstico de estándares de la norma SGSST se encuentra superando la meta en el 1 semestre de 2023.
Medir la Huella Ambiental Carbono Cero. (29 HCI)	100%	Se inició medición de emisiones atmosféricas INCOAMVIENTAL, se realizó el trámite ante CORPONARIÑO se tiene el concepto de parámetros permisibles.
Participar en premios - huella + salud convocatoria de FENOGE - Grupo de investigación en Salud del HCI ante MINCIENCIAS (28 PDI)	SD	La convocatoria FENOGE, huella carbono de Minambiente no ha sido abierta en este periodo.
Mantenerse como una Institución Acreditada articulada con MIPG (21 PDI; Indicador No. 1 Resolución 408 de 2018))	100%	Se recibió visita de seguimiento de tercer ciclo por parte de ICONTEC, con reporte 0 no conformidades, visita realizada 18, 19 y 20 de diciembre
Entidad Certificada bajo la norma ISO 9001 articulada con MIPG (22 PDI)	100%	Auditoría de ICONTEC realizada en el mes abril de 2023
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%	Meta Cumplida para toda la vigencia 2023, Hospital Incluido en red de Hospitales Verdes Anexo 21: Certificado miembro activo red Hospitales verdes

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

6.1. Indicadores.

El cumplimiento de los 17 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 91.82%, porcentaje satisfactorio 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 satisfactorio 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 SGI	Avance
Pérdida del biológico del Programa ampliado de Inmunizaciones -PAI	Desconocimiento del programa y manejo del biológico	Capacitación al personal encargado sobre el programa PAI y el manejo y control de biológico. Revisión de equipos y el control de colaboradores que ingresan a las áreas de vacunación, para garantizar su conservación y custodia Realizar seguimiento mediante informes que permitan el control del biológico	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWw6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link	

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte SGI	Avance
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	Autoevaluación de los estándares de acreditación y norma ISO 9001 con los equipos de autoevaluación conformados Realización de plan de planes de mejoramiento de las oportunidades de mejora identificadas Seguimiento a los planes de mejora de a las diferentes fuentes de mejoramiento.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWw6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link	

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte SGI	Avance
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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWw6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link	

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	<p>Delegación por subproceso de la persona encargada del archivo de gestión del proceso</p> <p>Capacitación en manejo del archivo de gestión del proceso</p> <p>Implementación del manejo de los documentos en el proceso por las personas encargadas de esta actividad.</p> <p>Seguimiento a la implementación y control del archivo de gestión por parte de gestión documental de la institución</p>	01/01/2023	31/12/2023	<p>Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia.</p> <p>https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link</p>

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	<p>Revisan del perfil de morbilidad de la institución</p> <p>Realizar programación para avanzar con la implementación de nuevas Guías de práctica clínica de acuerdo la metodología del ministerio.</p> <p>Actualización, socialización e implementación de las guías de práctica clínica</p> <p>Evaluación de adherencia a las nuevas guías de prácticas clínicas implementadas</p>	01/01/2023	31/12/2023	<p>Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia.</p> <p>https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link</p>

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
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 líderes 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>	01/01/2023	31/12/2023	<p>Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia.</p> <p>https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link</p>



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

- ✓ Identificar y priorizar las necesidades del hospital en términos de gestión de talento humano, gestión de calidad, gestión de riesgos, seguridad del paciente.
- ✓ Mantener procesos estandarizados claros para la gestión de cada área del hospital, asegurando que todos los trabajadores estén al tanto de los procedimientos y políticas establecidas.
- ✓ Proporcionar capacitación continua al personal en el uso de las herramientas y procesos de gestión integrada, asegurando que estén actualizados y bien informados.
- ✓ Establecer mecanismos de monitoreo para evaluar el desempeño del Sistema Integrado de Gestión y tomar medidas para la mejora continua.
- ✓ 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.

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: 15-01-2024

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	50%	Desarrollo de aplicativo PQRSF en ejecución. Pendiente entrega y capacitación
Lograr que el 100% de PQRS sean tramitados eficazmente	100%	Módulo que no quedó incluido en actualización de SIHOS.
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO	68,1%	Se observa que el autodiagnóstico realizado en el periodo anterior se obtuvo un porcentaje de 60.2 y con las acciones realizadas se obtuvo un porcentaje de 68.1 se incrementó el resultado del puntaje obtenido, sin embargo, en el formulario FURAG no se pudo consolidar esta diferencia ascendente. Evidencias: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdlYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9 Resultados Medición Índice FURAG 2022
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA	65,3 %	Sin cerrar

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

6.1. Indicadores.

El cumplimiento de los 4 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 70.85%, 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.

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, no se presentó materialización de ningún riesgo.

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno

1. Fecha: 15-01-2024

2. Dependencia a Evaluar: Urgencias

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

Mejoramiento de áreas de Urgencias
Pediátricas para cumplir con el estándar
de infraestructura de 3100 de 2019

30%

Diseño y proyecto socializado en Comité de Obras,
sin embargo, la obra no tuvo avance por dificultades
presupuestales, costo aproximado de la obra está
alrededor de los 500 millones.

Evidencias:

Proyecto Urgencias Pediátricas

Archivo:

Anexo 2

Contar con área administrativa para
ambulancias de acuerdo a normatividad
vigente 100%.

30%

Solo se encuentra estructurado el diseño, Actividad
que no es posible cumplirla porque por presupuesto
el costo aproximado de la obra es posible que este
alrededor de los 180 millones

Lograr en un 50% el cambio de mobiliario
deteriorado.

100%

Actividad cumplida, se repuso mobiliario priorizado,
total de mobiliario priorizado se entregó el 50% para
un cumplimiento de la meta al año 2023 de 100%

Evidencias:

Traslados devolutivos equipos entregados

Archivos:

Anexo 3

<p>Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario</p>	<p>100%</p>	<p>Entre octubre y diciembre se contestaron 17, dentro del tiempo se contestaron 9.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias</p> <p>Archivos:</p> <p>Informe de PQRS 2023</p>
---	-------------	--

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

6.1. Indicadores.

El cumplimiento de los 4 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 65.00%, porcentaje no satisfactorio. La Oficina de Control Interno es insistente en que los indicadores deben estar asociados a las competencias del proceso, no involucrar indicadores que dependen de otras instancias, en este caso 3 de los 4 indicadores dependen de Direccionamiento – Disponibilidad de Presupuesto, por lo tanto con estos indicadores no se puede medir la eficiencia y la eficacia en el desarrollo de las actividades del proceso.

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 2024 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 materialización del riesgo “Pérdida de medicamentos o equipos biomédicos. (Riesgo de corrupción)”, en este sentido se deben fortalecer los controles existentes o diseñar nuevos controles que contrarresten la materialización de este 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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6L_-XIZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6L_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6L_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6L_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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

- ✓ Mejoramiento permanente en la oportunidad de atención entre el triage y consultorio.
- ✓ 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.

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: 15-01-2024

2. Dependencia a Evaluar: Atención Ambulatoria

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

Mejorar la accesibilidad a citas
médicas ambulatorias mediante el
fortalecimiento de los canales
virtuales

100%

Lograr que el 80% de los indicadores de asignación de
citas de los 7 monitoreados cumplan con la meta.

Los indicadores de oportunidad al cierre de la vigencia
son:

Ginecología: 3,6 días

Cirugía General: 2,6 días

Medicina Interna: 4.3 días

Obstetricia: 3,2 días

Pediatría: 2,8 días;

Todos los indicadores se encuentran dentro de la meta
propuesta 100%

Evidencias:

<http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore>

Archivo:

Módulo de Seguimiento de Indicadores DARUMA

Mejorar la oferta de servicios ambulatorios	100%	<p>Se logró gestionar mayor oferta de urología, otorrinolaringología y dermatología. Se debe gestionar mayor oferta de algesiología y neurocirugía. El resultado obtenido es de 10,10% y la meta es que sea menor al 15%</p> <p>Evidencias:</p> <p>http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore</p> <p>Archivos:</p> <p>Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma</p>
Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	100%	<p>Se radicaron 15 quejas en el periodo evaluado y todas se respondieron dentro del tiempo establecido.</p> <p>Evidencias:</p> <p>http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore</p> <p>Archivos:</p> <p>Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma</p>

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

6.1. Indicadores.

Para este proceso se definieron tres indicadores para la vigencia 2023 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 2024.

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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 generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Fallas en la adherencia al protocolo de riesgo público que ocasione 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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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.

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: 15-01-2024	2. Dependencia a Evaluar: Internación	
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 las competencias del talento humano en cuanto a la atención de pacientes con alteraciones en salud mental	100%	Todo el personal de Internación se encuentra capacitado en el tema, Se realizó evaluación el promedio aprobaron el examen el 90%. Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore Archivo: Módulo de Seguimiento de Indicadores DARUMA
Mejorar las competencias en Administración de medicamentos del personal que labora en el proceso de internación. Operan un 70% de la evaluación de administración correcta de medicamentos.	100%	Todo el personal de Internación se encuentra capacitado en el tema, se solicita obligatoriamente a todo el personal en la contratación para contratos desde marzo de 2023, Se realizó evaluación el promedio aprobaron el examen el 98% de los evaluados superaron la prueba. Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore Archivos: Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma

Disponer del proyecto de altas tempranas aprobado para ejecución en la próxima vigencia	100%	<p>Proyecto estructurado y socializado, puede ejecutarse en la vigencia 2024.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Proyecto Altas Tempranas</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 29</p>
Disponer del proyecto de gestión de camas aprobado para ejecución en la próxima vigencia	100%	<p>Proyecto estructurado y socializado, puede ejecutarse en la vigencia 2024.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Proyecto Altas Tempranas</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 29</p>
Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	100%	<p>Del total de 14 quejas se respondieron 11 dentro del tiempo establecido por la entidad, para un 78%.sin embargo a raíz de las decisiones de la última CIGD donde se reevaluó que en 5 días la respuesta oportuna se amplía a 8 días encontramos que las quejas si estarían dentro de los parámetros establecidos.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias</p> <p>Archivos:</p> <p>Consulta Informe PQRS 2023</p>

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

6.1. Indicadores.

Para la vigencia 2023 este proceso estableció 5 indicadores con un cumplimiento del 100%, porcentaje sobresaliente, se exhorta a todo su personal a que en la vigencia 2024 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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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 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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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

- ✓ 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. Riesgo de caída de pacientes, riesgo de infecciones asociadas a la atención.
- ✓ 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: 15-01-2024	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
Renovar Tecnológicamente el Servicio de Cirugía y Atención de Partos	100%	<p>Se recibe a satisfacción videolaringoscopio 21.07.2023, monitor de signos vitales, electrocardiógrafo, bascula digital, pesa bebe digital, tallimetro mecánico, computador Rodillos para trasferencia de pacientes. Pendiente el calentador de líquidos endovenosos y hemo componentes, el proveedor no tenía los accesorios para cotizar el equipo, se relajó el proceso de convocatoria se saldó dos órdenes de compra, sin embargo, los equipos prioritarios fueron entregados con oportunidad.</p> <p>Evidencias: Traslados devolutivos equipos entregados</p> <p>Archivo: Soporte No. 1</p>
Disponer del proyecto de SEDOANALGESIA OBSTÉTRICA aprobado para ejecución en la próxima vigencia	100%	<p>Según lo encontrado en Entidades en las que fuimos a referenciarlos, se ejecuta la sedoanalgesia obstétrica con analgésicos orales o enterales, bajo el manejo de anesthesiólogo y ginecólogo.</p> <p>Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/document/index</p> <p>Archivos: MP 5332 Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento del parto pretérmino adoptado del instituto mexicano del seguro social</p>

Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	100%	<p>Dos quejas se encuentran respondidas dentro de los términos.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias</p> <p>Archivos:</p> <p>Informe de PQRS 2023</p>
--	------	--

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

6.1. Indicadores.

Para este proceso se definieron tres indicadores para la vigencia 2023 con un cumplimiento del 100% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, sin embargo, la Oficina de Control Interno supone que los indicadores establecidos para la vigencia 2023 por un lado no estuvieron asociados a la evaluación del desempeño del proceso y por otro lado tres indicadores son muy pocos para un proceso tan importante en la Institución.

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.	01/01/2023	31/12/2023	<p>Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia.</p> <p>https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGHV/view?usp=drive_link</p>

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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: 15-01-2024	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 normal operación de los equipos, mobiliario y dotación de la Unidad de Cuidados Intensivos para la adecuada prestación de servicios de salud.	100%	Se ejecutó el plan de mantenimiento conforme a lo solicitado, con referencia al piso es necesario que se pueda realizar reposición total de las zonas donde ya se encuentra deteriorado, la intervención realizada es temporal hasta que se haga reposición del piso, se obtiene 100% de las actividades programadas en el mantenimiento de UCI. Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/document/index Archivo: MP-0445
Capacidad instalada fortalecida	100%	El servicio priorizó la entrega de colchones, se encuentran entregados quedando renovados la totalidad, de lo priorizado se entregó el 100%
Talento humano capacitado y acreditado para el servicio de UCI en paciente crítico y en donación y trasplante de órganos y tejidos	100%	Cumplimiento, el 100% de los trabajadores de UCI tienen la formación en cuidado crítico y donación de trasplante realizado con auxiliares y fisioterapeutas lo realizaron con la Secretaría de Bogotá, y el personal médico lo realizaron con el Hospital San Pedro. Evidencias: Evaluación PIC 2023 Archivo: Anexo 7

<p>Iniciar con la medición de la oportunidad de interconsultas en UCI y obtener la meta establecida (<180 minutos)</p>	<p>100%</p>	<p>Promedio de indicador 18,75 minutos cumpliendo con la meta establecida, con meta nominal 120 minutos y la mínima 90 minutos y la máxima de 180.</p> <p>Evidencias:</p> <p>http://190.121.144.123:8085/app.php/indicador/indexSemaphore</p> <p>Archivo:</p> <p>Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma</p>
<p>Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario</p>	<p>100%</p>	<p>Se presentaron 2 quejas respondidas en menos de 5 días se cumple con la meta. Obteniendo un 100% de resultado final.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias</p> <p>Archivos:</p> <p>Informe de PQRS 2023</p>

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 cinco indicadores para la vigencia 2023 con un cumplimiento del 100% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, se exhorta al proceso continuar en la vigencia 2024 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 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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6L_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
No adherencia a guías de práctica clínica de la Institución y demás guías de cuidado crítico	Posibilidad de complicaciones en los pacientes por desacuerdo en los tratamientos instaurados por parte de especialistas de las unidades críticas	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 auditoría de calidad para verificar cumplimiento de Guías de Práctica Clínica y reportar discrepancias en los tratamientos	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia los formatos diligenciados de correspondencia recibida y enviada. Es de aclarar que el riesgo no se ha materializado. Evidencia: https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6L_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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 condicione 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: 15-01-2024	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
Mejorar la calidad del servicio de laboratorio clínico mediante el cambio de tecnología	100%	Se logró incluir 4 nuevas pruebas de laboratorio así: MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PCR, VPH, FILMARRAY RESPIRATORIO, FILMARRAY SEPSIS Y MENINGITIS, CA19=9; Se realiza capacitación por parte del proveedor BIOMERIEUX a personal médico, de enfermería y laboratorio clínico sobre los paneles de Filmarray Evidencias: Nuevas Pruebas ofertadas en Laboratorio
Mejorar la oportunidad del servicio de laboratorio clínico mediante la ampliación de la demanda.	100%	Se logra cumplir la meta establecida, se obtiene 63.12 minutos de tiempo cumpliendo o con el estándar que es menor a 64 minutos Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore Archivos: Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma
Implementar en un 100% el servicio de Patología de acuerdo a la normatividad vigente.	100%	Servicio de Patología Habilitado Evidencias: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ Archivos: Consulta Registro de prestadores de servicios de salud

<p>Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario</p>	<p>100%</p>	<p>En este periodo se decepcionaron dos quejas las cuales fueron respondidas dentro de los términos que la entidad establece, para un porcentaje de 100%</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias</p> <p>Archivos:</p> <p>Consulta Informe PQRS 2023</p>
---	-------------	---

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 2023 con un cumplimiento del 100% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, se exhorta al proceso continuar en la vigencia 2024 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 la materialización del riesgo “Pérdida de recursos económicos y falta de continuidad en la atención a usuarios que requieran exámenes de laboratorio clínico, por desabastecimiento de insumos”. Desafortunadamente la falta de insumos fue una constante en la vigencia 2023 debido al no pago oportuno a proveedores. Los pagos es responsabilidad netamente del ordenador del gasto.

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 insumos del laboratorio	Solicitar a través de plan de necesidades justificando la importancia de la falta de cualquier insumo, reactivo o equipo del servicio	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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. Invitación a varios profesionales para realización de supervisión de contratos.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.

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: 15-01-2024

2. Dependencia a Evaluar: Imagenología

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

Reforzamiento, remodelación y ampliación del servicio de imagenología-Infraestructura mejorada (4 PDI)

100%

Infraestructura entregada, mobiliario se encuentra entregado en su totalidad; Se logró controlar la totalidad de los documentos DS levantados para la operación de las nuevas instalaciones de Imagenología.; Se conectará cuando esté funcionando se solicitó por escrito una certificación de los puntos de red para que sean funcionales con la llegada de los equipos se pueda poner en funcionamiento.

Gestionar adquisición de PACS de Software de Imagenología 100%

0%

Integración se SIHOS con PAC de Imagenología se encuentra programada para la vigencia siguiente 2024

Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario

100%

En el IV trimestre se reportaron dos quejas, de las cuales en su totalidad fueron respondidas dentro de los tiempos establecidos para lograr un 100% de oportunidad.

Evidencias:

<https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias>

Archivos:

Consulta Informe PQRS 2023

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 diagnósticas con el fin de definir diagnósticos y tratamientos adecuados”.

Para la vigencia 2023 este proceso definió únicamente tres indicadores que se cumplieron en un 66.66%, porcentaje de cumplimiento no satisfactorio, 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.

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 contra de mantenimientos preventivos vigentes	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6L_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.
- ✓ Por la alta demanda de imágenes diagnosticas se recomienda aumentar el número de salas de estudio y contratar más personal especializado para agilizar la atención a los pacientes.
- ✓ Mantenimiento preventivo periódico de equipos es imprescindible.
- ✓ Implementar un sistema eficiente de entrega de resultados, como la posibilidad de acceder a ellos en línea o recibirlos por correo electrónico, puede reducir la espera y mejorar la satisfacción del paciente.
- ✓ 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.

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: 15-01-2024

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
Apertura e Implementación Rehabilitación Cardiopulmonar.	100%	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad. Evidencias: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ Archivo: Consulta REPS Minsalud Servicio habilitado
Apertura e Implementación Fonoaudiología	100%	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad. Evidencias: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ Archivo: Consulta REPS Minsalud Servicio habilitado
Apertura e Implementación terapia ocupacional	100%	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad. Evidencias: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ Archivo: Consulta REPS Minsalud Servicio habilitado

Adopción de Guías de Práctica Clínica basada en evidencia	100%	4 guías adoptadas. EPOC, CRUP LARIGNEO, ACCIDENTE CEREBROVACULAR DE TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLÓGÍA.; El resultado de evaluación de adherencia a guías, reportó un valor de 96%, con la meta superior al 90% se cumple con la actividad.
Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	100%	En este trimestre no se presentaron quejas en el servicio. Evidencias: https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias Archivos: Consulta Informe PQRS 2023

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 eterno familiar, laboral y social”.

Para este proceso se definieron cinco indicadores para la vigencia 2023 con un cumplimiento del 100% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, se exhorta al proceso continuar en la vigencia 2024 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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



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

1. Fecha: 15-01-2024	2. Dependencia a Evaluar: Servicio Farmacéutico
-----------------------------	--

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
Certificación en BPE para central de mezclas. (23 PDI)	50%	El avance del plan de trabajo se encuentra en un 50%, los estándares BPE se encuentran listos para solicitar la visita de INVIMA, se tiene contemplado pedirla solicitarla en 1er trimestre de 2024.
Certificación INVIMA en BPM en Central de Gases medicinales (24 PDI)	50%	La obra de infraestructura fue terminada a satisfacción se encuentra pendiente avanzar con el plan de trabajo de documentación realizar autoinspecciones auditoría y solicitar la visita.
Centralización de medicamentos (Modelo personalizados de dispensación de medicamentos)	100%	Se incluye el servicio de Hospitalización General más Medicina interna, se tiene contemplado avanzar en los demás pisos, se incluyó 7 camas de ginecología y quirúrgicas.
Centralización de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	95%	Obra entregada, está pendiente equipo de cómputo, elaboración de módulos para recepción de medicamentos, y adecuación de piso y ventiladores, seguridad debido a la ubicación en zona de riesgo de seguridad.
Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	100%	No se presentaron quejas. Evidencias: https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/10-instrumentos-de-gestion-de-la-informacion-publica/10-11-informe-de-peticiones-quejas-reclamos-y-denuncias Archivos: Informe de PQRS 2023

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 79%, Porcentaje no satisfactorio, sin embargo, es necesario hacer la siguiente aclaración, algunos indicadores del año 2023 no dependían únicamente de la gestión del proceso sino de Direccionamiento.

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 materialización del riesgo “Posibilidad de pérdida y/o deterioro de los medicamentos y dispositivos médicos almacenados en las diferentes áreas del servicio farmacéutico”. Se identificó hurto de medicamentos. Revisada la matriz mapa de riesgos, este riesgo no tiene determinado controles que prevengan el hurto de medicamentos, se exhorta al líder del proceso establecer controles de manera urgente.

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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 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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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.
- ✓ Definir de manera prioritaria controles para el riesgo hurto de medicamentos.

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: 15-01-2024	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%	Se tiene en el presupuesto de la vigencia 2022 con corte noviembre unos ingresos reconocidos por valor de \$91.528.704.140 y los ingresos reconocidos en el presupuesto vigencia 2023 con corte a noviembre por valor de \$116.783.989.544, por lo tanto hay un crecimiento de 27.59% Pendiente cierre del año para entregar dato completo
Gestionado e incrementado en un 5% el recaudo de cartera (16 PDI)	100%	Se tiene en el presupuesto de la vigencia 2022 con corte noviembre unos ingresos recaudados por cartera por valor de \$18.200.730.732 y los ingresos recaudados de cartera en el presupuesto vigencia 2023 con corte a noviembre por valor de \$24.587.509.721, por lo tanto hay un crecimiento de 35.09% Pendiente cierre del año para entregar dato completo
Mantenido el valor final de glosa en 3% (17 PDI)	100%	Revisada la información con corte a diciembre y comprado los valores de glosas definitiva y la facturación radicada se obtiene como resultado que el indicador se cumple debido a que da como resultado 1,02 % y es decir está por debajo del 3% como límite; por ende se da a conocer las cifras tomadas son (938,574,040 / 91,922,203,235) * 100 = 0,97 % Pendiente cierre del año para entregar dato completo



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	Indicador reporta Minsalud
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	Pendiente cierre contable y financiero
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo >1 (Indicador No. 9 de Resolución 408 de 2018)	SD	<p>Revisada la información y teniendo en cuenta que en el Hospital Civil de IpiALES E.S.E., tiene la contratación por evento y se explica que la facturación se recauda el 50% al mes siguiente de radicar la cuenta y el resto se demora promedio de 3 a 6 meses en recaudar, y por otra parte los compromisos se deben pagar mensualmente lo que se refiere a nomina, contratistas y proveedores por ende siempre se trabaja por acercarnos a la meta anual que debería ser mayor a 1; al evaluar el primer semestre llevamos un resultado 0,48 lo que se espera que con el avance del tiempo se vaya nivelando el recaudo con el compromiso, debido a que al inicio del año se realizan unos compromisos anuales de algunos rubros y con el tiempo el recaudo irá incrementando y nivelando al compromiso.</p> <p>Pendiente cierre del año para entregar dato completo</p>
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento de la Circula Única 100%	100%	Los informes de circular única se presentaron en su totalidad el cuarto semestre del año 2023.
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%	Se revisa la información enviada del decreto 2193 para el año 2023, y se confirma que se ha enviado el total de los reportes requeridos por el IDSN dentro de los tiempos solicitados, cumpliendo así el 100% de dichos envíos.
Capacitación en SARLAFT a los empleados y contratistas de la institución	75%	Revisada la información que reposa en Recursos Humanos, informan que se ha cumplido el 75% de empleados que tienen realizado el curso, este porcentaje es variable debido a que existe un alto nivel de rotación de personal contratistas y existen personal nuevo que iniciarían con la formación.



Estados Financieros Saneados en 100% (18 PDI)	80%	<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. Para el primer semestre del 30% se alcanza el nivel del 22% del mismo esperando cumplir hasta fin de año con la meta propuesta.</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, se espera alcanzar la meta al final del periodo. para el presente avance es de 20%</p> <p>Pendiente cierre del año para entregar dato completo</p>
Fondo de contingencias establecido 80% (20 PDI)	100%	<p>Se ha apropiado el 80% de monto de presupuesto solicitado por los abogados midiendo el riesgo de la sentencia en contra el hospital con mayor posibilidad de que se generen en el año, de los cuales hasta septiembre se ha ejecutado el 79,68% del monto apropiado, es decir que esta apropiado y controlado dicho monto.</p>
Procesos mejorados en un 100% (19 PDI)	88%	<p>En los cinco subprocesos que intervienen en control y radicación de cuentas se viene ajustando y mejorado quedando pendiente ajustar el 12 % del total de procesos.</p>

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 2023 se establecieron un total de 12 indicadores para este proceso, de los 12 indicadores 3 a fecha 15 de enero de 2024 se presentó sin resultados, los 9 indicadores restantes tienen un cumplimiento del 93.66%. 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 a través 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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/11IX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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

- ✓ Mejorar o cambiar el Software financiero de la entidad por un sistema de gestión financiera eficiente y transparente que permita un seguimiento y control adecuado de los recursos financieros del hospital.
- ✓ 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 costos 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."
- ✓ Modificar Resolución 2678 de 2016 "Por medio de la cual se crea y reglamenta el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable Institucional" de conformidad con la normatividad vigente.
- ✓ 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.

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: 15-01-2024		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.)	0%	El estudio previo se pasó para la realización de esta actividad, se analiza la posibilidad de contratar personal profesional natural para que la propuesta quede más bajo costo, por otra parte, está en desarrollo una solución informática de TIC para enlazar los inventarios de SIHOS y la aplicación.	
Mantenimiento al 100% de las calderas y la red de vapor	100%	El mantenimiento preventivo básico se realiza con Sterilice Service, es necesario programar para 2024 Mantenimiento preventivo y correctivo de calderas de calderas con empresa especializada en este tipo de mantenimientos.	
Mantenimiento preventivo y correctivo del pozo profundo	100%	Los resultados físico químico de la medición se encuentran dentro de los parámetros normales, dentro de la meta se contempla el mantenimiento del pozo, sin embargo, según recomendación técnica de los ingenieros es riesgoso manipular la bomba, se contempla dentro de la tubería de 3 pulgadas, dejaron esperar que la bomba se dañe para meter otra bomba.	
Cumplimiento al 100% de los parámetros de monitoreo y análisis de la Planta de Tratamiento de Agua Residual de Nefrodial.	100%	<p>Todos los resultados se basan según la resolución 0631 del 2015 unos tienen unos límites máximos permisibles, con Laboratorio LABTEC.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Anexo 23 informe LABTEC</p>	
Mantenimiento al 100% de la planta de tratamiento de agua potable.	100%	Se realiza según cronograma estructurado, se analiza diariamente con equipo de medición con el que cuenta el HCI por parte de ingeniería ambiental en el periodo evaluado todos los reportes se encuentran con parámetros dentro de los límites establecidos.	

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 2023 se establecieron cinco indicadores con un cumplimiento de 80%, 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 HCl.

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Incumplimiento en tiempos de entrega y cantidades de productos por parte del proveedor, por situaciones administrativas internas y/o desabastecimiento de medicamentos y dispositivos a nivel nacional.	Demora en el suministro de productos a los diferentes procesos Institucionales por incumplimiento por parte del proveedor	Apoyo de la oficina jurídica para subsanar los inconvenientes de acuerdo con las cláusulas establecidas en el contrato Reporte por parte de los supervisores de contrato, a la oficina jurídica, de las novedades presentadas con los contratos adjudicados	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como Se aporta como Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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 PGIRASA	Capacitación, sensibilización y medición a los colaboradores y empresas tercerizadas sobre el adecuado manejo de residuos hospitalarios	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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

- ✓ Establecer indicadores asociados a los objetivos 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: 15-01-2024	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% (37 PDI)	100%	<p>Durante el último trimestre de 2023 ingresaron 84 personas, a las cuales se les realizó el proceso de inducción en plenitud. Adicionalmente se modificó el FO-1794: Lista de chequeo de requisitos de hoja de vida, incluyendo la entrega del FO-0532 "Formato de entrenamiento durante el proceso de inducción" para garantizar su cumplimiento.</p> <p>Evidencias:</p> <p>http://190.121.144.123:8085/app.php/document/index</p> <p>Archivo:</p> <p>FO-1794: Lista de chequeo de requisitos de hoja de vida, incluyendo la entrega del FO-0532 "Formato de entrenamiento durante el proceso de inducción" para garantizar su cumplimiento.</p>
90% de cumplimiento del Plan de Gestión Estratégica del Talento Humano (36 PDI)	100%	<p>1. Porcentaje de cumplimiento del Plan de BIENESTAR E INCENTIVOS 100%</p> <p>2. Porcentaje de cumplimiento del Plan de PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS.100%</p> <p>3.Porcentaje de cumplimiento del Plan de INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN - PIC.98%</p> <p>4. Porcentaje de cumplimiento del Plan de VACANTES.100%</p> <p>TOTAL, PLAN ESTRATÉGICO 99%</p> <p>Evidencias:</p> <p>Evaluación Planes Decreto 612 Gestión de Talento Humano</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 20</p>



Tener actualizado el cargue de Hojas de Vida en el SIGEP, al personal vinculado mediante Contrato de Prestación de Servicios	100%	<p>Se cargaron 84 hojas de vida en el 4to trimestre. Para la legalización del contrato se recepción las Hojas de Vida Formato SIGEP II al 100% de contratistas.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep2/ingresar</p> <p>Archivos:</p> <p>Acceso a consulta SIGEP</p>
Tener actualizado el cargue de Hojas de Vida en el SIGEP, al personal de Nómina.	100%	<p>Ninguna persona de nómina ingresó a la entidad</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep2/ingresar</p> <p>Archivos:</p> <p>Acceso a consulta SIGEP</p>
Mantener una óptima asignación de cupos por convenios institucionales realizados por el HCI.	100%	<p>Se proyectan cupos de docencia servicio de la siguiente manera: Para técnico auxiliar de Enfermería 112 cupos, 56 por turno (Estos cupos se encuentran habilitados durante la semana y en la misma cantidad durante fines de semana). Para técnico en radio diagnóstico y radioterapia 4 cupos, 2 por turno. Para regencia en farmacia y/o técnico auxiliar en servicios farmacéuticos 10 cupos, 5 por turno. Para técnico administrativo en salud existen cupos abiertos a disponibilidad de las instituciones. Para técnico en rehabilitación y recuperación física 10 cupos, 5 por turno. Para enfermería 14 cupos, 7 por turno. Para bacteriología 5 cupos. Para Nutrición y dietética 2 cupos. Para psicología 6 cupos, 3 por turno. Y para Internado Rotatorio 44 cupos. Durante el 4to trimestre, teniendo en cuenta los convenios establecidos se recibieron los siguientes estudiantes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería: semana: 72 y fin de semana 60 = total 1322. Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Servicios Farmacéuticos: 53. Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Administración en Salud: 44. Técnico Laboral por Competencias en Rehabilitaci. y Recuperación Física: 35. Tecnología en Gestión en Administración en Salud: 236. Tecnología en Radiodiagnóstico y Radioterapia: 57. Regencia de Farmacia: 38. Bacteriología: 49. Terapia Ocupacional: 110. Internado Rotatorio: 44 <p>Evidencias:</p> <p>Evaluación Comité Docencia Servicio</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 22</p>



Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de INTEGRIDAD	70%	<p>Los resultados de la Política de Integridad obtenidos en FURAG 2022, fueron de 49,2, de acuerdo al último reporte furag de 2021 donde la política obtuvo 59 puntos, sin embargo, es de resaltar que esta nueva evaluación corresponde a un nuevo plan de desarrollo donde los formularios fueron modificados en esta Política, es decir puede ser tomada como una línea de base.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdlYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iINTlwlTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOjR9</p> <p>Archivos:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO	70%	<p>Los resultados de la Política de Gestión Estratégica de Talento Humano en FURAG 2022, fueron de 67,7, de acuerdo al último reporte furag de 2021 donde la política obtuvo 77,9 puntos, sin embargo, es de resaltar que esta nueva evaluación corresponde a un nuevo plan de desarrollo donde los formularios fueron modificados en esta Política, es decir puede ser tomada como una línea de base.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdlYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iINTlwlTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOjR9</p> <p>Archivos:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>
Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de GESTIÓN DE CONOCIMIENTO	64%	<p>Los resultados de la Política de Gestión de Conocimiento en FURAG 2022, fueron de 49,9, de acuerdo al último reporte FURAG de 2021 donde la política obtuvo 72 puntos, sin embargo, es de resaltar que esta nueva evaluación corresponde a un nuevo plan de desarrollo donde los formularios fueron modificados en esta Política, es decir puede ser tomada como una línea de base.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdlYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iINTlwlTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOjR9</p> <p>Archivos:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>



% satisfacción del proceso de inducción y reinducción	100%	El 94,73% de las personas que recibieron inducción encuentran el proceso satisfactorio. Evidencias: http://190.121.144.123:8085/app.php/indicator/indexSemaphore Archivos: Consulta Revisión cumplimiento de indicadores Daruma
Numero de seminarios académicos anuales realizados (38 PDI)	100%	Se realizaron estándares de interoperabilidad convenio con HL7 y HCI y el diplomado en auditoría de 14001 con ICONTEC. Evidencias: Actividades Académicas 2023 Archivos: Anexo 27
Aportes patronales saneados en un 100% (35 PDI)	100%	Durante el 4to trimestre se llevaron a cabo 3 mesas de saneamiento con Colpensiones.; 3 Planillas se subieron al portal WEB de Colpensiones. Se hizo 1 solicitud de autorizaciones para borrar medios, la deuda de la vigencia quedo en 0% Evidencias: Ordenación del Gasto Colpensiones Archivos: Archivo 25

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**”.

El proceso en la vigencia 2023 estableció 11 indicadores con un cumplimiento consolidado de 91.27%, 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 materialización del riesgo: “Posibilidad de afiliaciones inadecuadas a Seguridad Social”, por un lado en la vigencia 2023 se evidenció que un contratista estaba presentando planillas de pago de seguridad social falsas, y por otro lado también se evidenció que algunos contratistas estaban cotizando ARL riesgo 1, siendo que entidades de salud deben cotizar con riesgo 3. Al revisar los controles para este riesgo en la Matriz de Riesgos se puede deducir que los controles están bien definidos, si recomendar a los funcionarios a cargo de los controles los apliquen los ejecuten. Una adecuada gestión de riesgos en la entidad puede prevenir o al menos mitigar sus efectos negativos.

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJW6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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

- ✓ 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.
- ✓ Revisar y si es el caso modificar la estructura organizacional de la entidad (Organigrama).
- ✓ 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.
- ✓ Crear un ambiente de trabajo saludable y agradable para los empleados.
- ✓ 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.

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: 15-01-2024	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
Tablas de Retención Documental Aprobadas (30 PDI)	100%	100% Tablas de Retención Documental Aprobadas Evidencias: Concepto técnico de evaluación Comité Departamental de Archivo Archivo: Anexo 4
% cumplimiento de TVD	100%	Se realizó la elaboración de las TVD al 100% de los cuatro periodos
Porcentaje de cumplimiento de actividades de acuerdo a los planes del decreto 612 de responsabilidad de Gestión Documental.	100%	Se evalúan el avance de lo programado en el PHVA trimestralmente; Resultados Pinar 100%; Plan preservación 100% y conservación 100% Promedio 100%. Evidencias: Planes del Decreto 612 proceso gestión documental 2023 Archivos: Anexo 5



Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de GESTIÓN DOCUMENTAL	100%	<p>Se obtuvo una calificación de 83,3 puntos en la Política, se tiene en cuenta que es un nuevo formulario por lo que se puede observar un cumplimiento superior de la Política de Gestión Documental.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Archivos:</p> <p>Resultados medición FURAG 2023</p>
Ley de Archivo Implementada (33 PDI)	100%	<p>Se obtuvo una calificación de 83,3 puntos en la Política, se tiene en cuenta que es un nuevo formulario por lo que se puede observar un cumplimiento superior de la Política de Gestión Documental.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdYmU3liwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Archivos:</p> <p>Resultados medición FURAG 2023</p>
90 % de Porcentaje de cumplimiento plan de trabajo comité Institucional de Archivo	100%	<p>Actividades del comité cumplidas al 100%.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Evaluación comité de archivo 2023</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 5</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 2023 se establecieron seis indicadores con un cumplimiento del 100%, porcentaje sobresaliente, se exhorta al proceso continuar en la vigencia 2024 con este mismo grado de compromiso y sentido de pertenencia 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 asociadas 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	01/01/2023	12/31/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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 de préstamos	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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.

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: 15-01-2024	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)	100%	De 120 equipos priorizados, se han adquirido e instalado 40, según el reporte de actas de entrega, la meta estaba establecida en 30% corresponden a 36 equipos, con los 40 equipos entregados se cumple la meta No. 30. Evidencias: Traslados devolutivos TIC Archivos: Anexo 12
Lograr el licenciamiento de software requerido y utilizado por el HCI	100%	100 licencias de office programadas se adquirieron. Evidencias: Archivos:
100% de implementación de un nuevo sistema gestión documental (7 PDI)	100%	Se realizó la implementación del sistema tanto en servidor como en los clientes, se crearon los usuarios y los perfiles necesarios para el manejo del sistema, se realizó la entrega de usuario y contraseña del sistema. Evidencias: https://1drv.ms/u/s!Apy2wyqA-JaJjWbd5-gE44SuT2ep?e=nIXvxP Archivos: Acceso SEVENET



Lograr el 50% de la sistematización de informes físicos entregados al área de estadística, teniendo presente que estos sean oportunos, confiables y veraces.	30%	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 tiene programado realizar la sistematización de los informes identificados y priorizados.
Índice de desempeño de la Política de GOBIERNO DIGITAL	70%	<p>Los resultados de la Política de Gobierno Digital en FURAG 2022, fueron de 59,4, de acuerdo al último reporte FURAG de 2021 donde la política obtuvo 65,70 puntos, sin embargo, es de resaltar que esta nueva evaluación corresponde a un nuevo plan de desarrollo de la Nación donde los formularios fueron modificados en esta Política, es decir puede ser tomada como una línea de base nueva.</p> <p>Evidencias:</p> <p>https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZmE5Mjg3ZTktNzVkMy00OWQ0LTk2MDctNDM2YmU0YzdIYmU3IiwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTlwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p> <p>Archivos:</p> <p>Resultados Medición Índice FURAG 2022</p>
Cumplimiento de actividades de comités de Seguridad digital	65%	<p>Comité de Seguridad y privacidad de la información conformado mediante Resolución No. 3626 del 07 de diciembre de 2023.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Evaluación Comité de Seguridad y privacidad de la información.</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 13</p>
Lograr el cumplimiento en la ejecución de los planes de trabajo de la 612 de TIC y MERCADEO	95%	<p>Porcentaje en la ejecución de los planes de trabajo de la 612 se encuentran todos con cumplimiento del 95% a diciembre de 2023; (1, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI 100%; 2, Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y Seguridad 80%; 3, Privacidad de la Información 100%; 4.Plán de Mantenimiento de servicios tecnológicos 100%</p> <p>Evidencias:</p> <p>Evaluaciones Planes Decreto 612 TIC</p> <p>Archivos:</p> <p>Anexo 14</p>



Lograr el 100% de actualización o adquisición de un nuevo sistema de imagenología (8 PDI)	50%	No se puede dar continuidad al proceso debido a que no se ha realizado el pago que se adeuda con Phillips y no se continuara con el proceso hasta que se subsane lo mencionado.
Cumplir con el 100% de reuniones programadas para la rendición de informes de indicadores de eficiencia técnica científica.	100%	Se realizó en todas las jornadas de comité de estadísticas vitales los indicadores de eficiencia técnica y científica. Evidencias: Evaluación comité estadísticas vitales Archivos: Anexo 15
Entrega de nuevo protocolo de atención al usuario interno y Externo del HCI	100%	Se realiza el nuevo protocolo de atención al usuario interno y Externo del HCI, es necesario validarlo con equipo de áreas sociales del HCI para socializarlo a comunidad y Colaboradores. Evidencias: Evidencias: Protocolo de atención al usuario interno y Externo del HCI Archivos: Anexo 16
Porcentaje de cumplimiento al 100% en la ejecución de la estrategia de promoción, difusión y posicionamiento del Plan de Mercadeo. (13 PDI)	80%	El porcentaje de cumplimiento del plan de mercadeo es del 80% Evidencias: Plan de Mercadeo Archivos: Anexo 17

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.

Este proceso estableció un total de 11 indicadores para la vigencia 2023, con un cumplimiento de 80.91%, porcentaje aceptable de logro de todos sus retos de gestión, los indicadores que tuvieron un cumplimiento bajo, a pesar que estaban en este proceso no era gestión completamente de él, dependían de disponibilidad presupuestal, con esta aclaración el desempeño del proceso fue sobresaliente.

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 del riesgo “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”. Alteración en registro de historia clínica, 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 crítico Controles físicos aplicados a el hardware crítico Controles técnicos aplicados a hardware crítico	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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: 15-01-2024	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)	100%	<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>Evidencias:</p> <p>http://190.121.144.123:8085/app.php/document/index</p> <p>Archivo:</p> <p>Documentos Controlados Daruma</p>

Cumplir con el reporte oportuno de los informes de Gestión Jurídica (Cargar el 100% de los informes al SECOP)	80%	Se realizan acciones de mejora para cumplir la meta, algunos informes han sido reportados por fuera de los términos.
Efectividad en la defensa Jurídica	90%	Se dictó sentencia en cinco procesos, de los cuales dos a favor del HCI

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.

En la vigencia 2023 este proceso estableció tres indicadores con un cumplimiento consolidado de 90%, porcentaje aceptable. 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 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.

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.	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1lIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

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 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	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de celebrar contratos y omitir la exigencia de requisitos de legalización y/o 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 ejecución y verificación de liquidación de contratos	01/01/2023	31/12/2023	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos generales y evaluados por cada dependencia. https://drive.google.com/file/d/1IIX676_E6wYJWa6l_-XiZw5poB2yGGhV/view?usp=drive_link



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

- ✓ 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, partimos que los indicadores son herramientas que sirven para evaluar los progresos de las gestiones de los procesos en alcanzar los objetivos.
2. De acuerdo con los indicadores de la vigencia 2023 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, 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 el progreso el logro de los objetivos, estos desafíos requieren acciones específicas para superarlos en el año 2024.

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 incluir dentro de su PAA la gestión y seguimiento a las PQR, 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 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 HCI.
8. Se recomienda tener presente los indicadores que no alcanzaron el porcentaje de cumplimiento esperado en la vigencia 2023 se deben retomar para la vigencia 2024.

Atentamente,

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Jefe Control Interno de Gestión