







INFORME DE AUDITORIAS Y SEGUIMIENTOS REALIZADAS EN LA VIGENCIA

No. RNCI-013-005-008 Enero 31 de 2019

De conformidad con lo establecido en la ley 1712 de 2014, ley 1499 de 2017 por medio del cual se rinde informe de auditorías y seguimientos realizadas durante la viaencia, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, entidad certificada por ICONTEC en la Norma ISO 9001:2015, realiza el programa de Auditoria conjunta con la Subgerencia de Gestión de la Calidad.

ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

La siguiente es estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI 2014:

Dos (2) módulos:

- Módulo de Control de Planeación y Gestión
- Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento

Seis (6) componentes:

- Talento Humano
- Direccionamiento Estratégico
- Administración del Riesgo
- Autoevaluación Institucional
- Auditoría Interna
- Planes de Mejoramiento

Trece (13) elementos:

- Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos
- Desarrollo del Talento Humano
- Planes, Programas y Proyectos
- Modelo de Operación por Procesos
- Estructura Organizacional
- Indicadores de Gestión
- Políticas de Operación
- Políticas de Administración del Riesgo
- Identificación del Riesgo
- Análisis y Valoración del Riesgo
- Autoevaluación del Control y Gestión
- Auditoría Interna
- Plan de Mejoramiento

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595 NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE

HOSPITAL. LA BUENA ESPERANZA Impresa Social del Estado Numbo - Valle

3 1 ENE 2019













Un eje transversal enfocado a la información y comunicación.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN FORTALEZAS

1.1 COMPONENTE DE TALENTO HUMANO:

a. En nuestro Plan Indicativo 2016 – 2020, Objetivo Estratégico 3 "Garantizar Talento Humano idóneo, sensible y comprometido con una cultura de servicio humanizado", la entidad realizo actividades como:

La oficina de Talento Humano en conjunto con la Subgerencia de Gestión de la Calidad y con la participación de los empleados, contratistas y proveedores, realizó talleres, charlas, socializaciones y logró activamente la intervención de los clowns en las diferentes áreas administrativas y de servicio, lo que impactó directamente para el mejoramiento en la prestación de servicio hacia el cliente interno y externo, así mismo realizó las siguientes actividades:

• PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN.

Objetivo: Este indicador permite verificar la efectividad de las Capacitaciones realizadas en el periodo.

Formula: Capacitaciones Ejecutadas acumulados/Total de Capacitaciones programadas *100.

Tipo de Indicador: Eficacia Meta: % (porcentaje)
 Origen de datos: Listados de asistencia e impacto de resultados y las actividades programadas por los líderes de los procesos.

Responsable: Talento Humano Periodicidad: Trimestral











INDICADORES		62 FORMULA	META	
INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		acumuladas/Nro. Total de	86%	

Periodo	Trimestral %	Semestral %	Análisis de Causa	Grafico
Enero- Marzo	19,10%	or Adolno fotseu	En el primer trimestre se programaron 17 capacitaciones y se ejecutaron 17.	CUMPLIMIENTO PLAN PROGRAMA DE CAPACITACION 1er Y 2do. Trimestre
Abril - Junio	33,70%	53%	En el Segundo Trimestre se programaron 33 Capacitaciones y se ejecutaron 30 Capacitaciones.	\$0,00% 19,10% 33,70% 0,00% Enero-Marzo Abril - Junio
Julio- Septiembre	23,60%	od og rendi	En el Tercer Trimestre se programaron 25 Capacitaciones y se ejecutaron 21 Capacitaciones.	CUMPLIMIENTO PLAN DE CAPACITACION 3er. TRIMESTRE 40,00%
Octubre - Diciembre	19,10%	95,50% OO	En el Cuarto Trimestre se programaron 21 Capacitaciones y se ejecutaron 17 Capacitaciones.	30,00% 33,70% 20,00% 19,10% 23,60% 19,10 0,00%

1. Análisis Primer Trimestre:

Mediante Resolución **GGH-001-002-0301** de fecha 27 de marzo de 2018, se adoptó el Plan Institucional de Capacitación de la Vigencia 2018, en el primer trimestre se programaron 17 capacitaciones de los diferentes procesos y subprocesos, los cuales se cumplieron en el tiempo estipulado; Así mismo se realizó inducción y re inducción general a las personas que han ingresado en la vigencia 2018 en temas de:

Talento Humano, Sistemas, MECI, Seguridad del Paciente, Salud Ocupacional; Promoción y Prevención, Mantenimiento, IAMI, Humanización.

2. Análisis Segundo Trimestre:

En el segundo trimestre se programaron 33 capacitaciones de los diferentes procesos y subprocesos, los cuales se cumplieron en el tiempo estipulado.











3. Análisis Tercer Trimestre:

En el Tercer trimestre se programaron 25 capacitaciones de los diferentes procesos y subprocesos, los cuales se cumplieron en el tiempo estipulado.

4. Análisis Cuarto Trimestre:

En el Cuarto trimestre se programaron 21 capacitaciones de los diferentes procesos y subprocesos, los cuales se cumplieron en el tiempo estipulado y quedaron 4 pendientes de ejecutar.

Capacitaciones No Realizadas

- 1. Capacitación sobre actualización contable pública. (Contabilidad).
- 2. Normatividad presupuestal. (Presupuesto).
- 3. Modelo de atención en salud y rutas de atención en salud oral. (Odontología).
- 4. Atención odontológica en pacientes discapacitados (Odontología).

Es importante resaltar que las capacitaciones pendientes por realizar en el año 2018, se reprogramaron para la vigencia 2019 y se debe tener en cuenta que un alto porcentaje de las capacitaciones institucionales son realizadas por los líderes de los procesos internos, lo que significa que no ha requerido recursos adicionales del presupuesto de la entidad, así mismo, que los temas tratados fueron pertinentes a lo requerido por los colaboradores y los respectivos procesos. Adicionalmente, las capacitaciones se realizaron atendiendo las propuestas y necesidades comunes en formación de los funcionarios y como resultado de las evaluaciones de desempeño, análisis de PQRS, indicadores, encuestas de satisfacción y sugerencias por parte del equipo de trabajo.

MEDICION DEL CLIMA LABORAL

Teniendo en cuenta que esta encuesta se realiza año vencido, se realizaran los ajustes necesarios en el primer trimestre de 2019 para la encuesta 2018. Durante el periodo comprendido entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2017 se realizó la encuesta de Medición del Clima Laboral en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E de la vigencia 2017, formato GAGA-020-002-048 Versión 000, dicha encuesta fue aplicada a 180 personas de la institución.

De acuerdo al Informe de Medición del Clima Laboral vigencia 2017, se le aplicó a 180 personas de un total de 314, que corresponde al 57.3% del personal de la entidad.











ENCUESTAS POR SERVICIO)
Equipo Directivo	9
Cirugía, hospitalización y partos	3
Recursos financieros	7
Almacén y compras	5
Gestión de la Calidad	8
Urgencias	22
Promoción y Prevención	35
Sistemas	3
Atención al Usuario	8
Odontología	16
Servicios generales	17
Consulta Externa	10
Laboratorio Clínico	8
Facturación	12
Talento Humano	9
Historias clínicas	3
Archivo Central	5
TOTAL	180

Se obtuvo un puntaje del 94.05% de favorabilidad del Clima Laboral, ubicándose en el rango de Alta.

INTERACCION SOCIAL	ESTRUCTURA	ESTILO DE LIDERAZGO	COMUNIC ACIÓN	ESTANDARES	RESULTADOS Y COMPETENCIAS	
97,01%	95,07%	91,72%	97,08%	98,40%	85,04%	94,05%











Favorabilidad por áreas

FAVORABILIDAD DEL CLIMA LABORAL					
AREA	2017	2016	2015	2014	ESCALA DE CRECIMIENTO
URGENCIAS	83%	88%	93%	84%	-5%
TALENTO HUMANO	90%	82%	96%	85%	8%
SISTEMAS	90%	76%	84%	78%	14%
SERVICIOS GENERALES	79%	85%	94%	81%	-6%
RECURSOS FIANCIEROS	92%	83%	87%	86%	9%
PROMOCION Y PREVENCION	87%	87%	89%	82%	0%
ODONTOLOGIA 5	88%	93%	90%	91%	-5%
LABORATORIO CLINICO	85%	87%	93%	81%	-2%
HISTORICAS CLINICAS	99%	91%	83%	95%	8%
FACTURACION	85%	85%	90%	75%	0%
GESTION DE CALIDAD	93%	82%	86%	97%	11%
EQUIPO DIRECTIVO	91%	82%	89%	87%	9%
CONSULTA EXTERNA	91%	89%	84%	85%	3%
ARCHIVO CENTRAL	90%	87%	86%	0%	3%
CIRUGIAS Y HOSPITALIZACION	84%	88%	89%	75%	-5%
ESTADISTICA	99%	75%	85%	0%	24%
ATENCION AL USUARIO	83%	88%	86%	85%	-6%
ALMACEN Y COMPRAS	91%	83%	78%	91%	8%
PROMEDIO	89%	85%	88%	75%	0,68

1. PLAN BIENESTAR SOCIAL, INCENTIVOS Y ESTIMULOS

MARGERY PROMITE		Porcentaje Cumplimiento
- 20 AP	Fechas Memorables	100 %
	Financiación Educativa	100%
	Día de la Familia	100 %
	Actividad Deportiva	100 %
	Actividad de Fin de año	100%
	Actividad de Fin de año	100%











Presupuesto	Valor Inicial	Ejecutado
Administrativo	\$64.911.801	100%
Operativo	\$97.367.702	100%

Porcentaje Cumplimiento del Plan Bienestar Social, Incentivo y Estímulos: 100%

EL Hospital tiene establecido e implementado el Plan de Bienestar Social Anual conforme a las directrices de los artículos 70 y 75 del Decreto 1227 de 2005, como antecedente a la construcción del Plan de Bienestar Social y teniendo en cuenta que éstos se deben organizar a partir de las iniciativas de los servidores de la entidad como procesos orientados, entre otros aspectos a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado y el mejoramiento de su nivel de vida, la subgerencia Administrativa remitió a los servidores públicos de la entidad la encuesta de necesidades y expectativas, Plan de Bienestar Social, estímulos e Incentivos año 2018, solicitando a todos los empleados diligenciar y entregar la encuesta de necesidades y expectativas, Plan de Bienestar Social e Incentivos año 2018, las cuales se constituyeron en el insumo para el correspondiente Plan de Bienestar Social para la vigencia 2018 el cual fue adoptado mediante Resolución **GGH-001-002-0215** de Fecha 07 de Marzo de 2018.

El cual contiene un Plan de actividades a desarrollar y en el que se encuentran:

- <u>Financiación Educativa</u>: Según lo estipulado en el Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos para la vigencia 2018, en donde se mencionan los requisitos a cumplir para el Auxilio de Educación Formal (Preescolar, Bachillerato, Universitario y Especialización, se establece que los siguientes empleados presentaron documentación completa frente a los mismos:
 - Solicitudes para Auxilio Universitario (10).
 - Solicitudes para Auxilio Preescolar a Bachillerato (8)

Para un total de DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS (\$16.249.936.00).

• <u>Plan Vacacional:</u> En esta actividad participaron 69 empleados en los diferentes destinos presentados (San Andrés, Cartagena; Santa Marta y Punta Cana). El auxilio por persona fue de \$900.000.00.









- Se realizó reconocimiento individual al mejor empleado, Mediante Resolución GGH-001-002-1630 de fecha 14 de Diciembre de 2018 "POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE EL INCENTIVO AL PREMIO A LA EXCELENCIA INDIVIDUAL A UNOS EMPLEADOS DE LA INSTITUCIÓN". por su desempeño en los niveles profesionales, asistenciales, técnicos, y administrativo que con anterioridad fueron revisados de acuerdo a las evaluaciones de desempeño.
- El Hospital la buena esperanza además de cumplir en un 100% su plan de bienestar social e incentivos, cuenta con Código de Integridad, en el cual se establecen las políticas, principios y valores que rigen su actuar.
- Para facilitar el acceso y conocimiento por parte de los colaboradores de la entidad y sus usuarios, el Código de Código de Integridad puede ser consultado en el software Daruma y en la página web www.hospitaldeyumbo.gov.co
- El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo cuenta con una Plataforma Estratégica actualizada, la cual fue socializada al personal durante la vigencia 2018 a través de las Jornadas de inducción y reinducción.
- Se cuenta con Manual de funciones y competencias Laborales correspondiente a la Planta de Empleos del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo actualizado mediante Acuerdo No. JDH-001-001-010 del 27 de Julio de 2016.
- La entidad cuenta con el programa de Inducción y Re inducción el cual especifica con claridad los temas y el procedimiento de inducción tanto para los empleados nuevos o reinducción en el evento de presentarse cambios organizaciones, técnicos o normativos. De manera periódica se programan jornadas de inducción, en la vigencia 2018 se realizaron jornadas de inducción de manera periódica, adicional a las jornadas programadas, se realizan inducciones personalizadas cuando ello fue necesario.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

a. La E.S.E. cuenta con un Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020, enmarcado en las políticas de desarrollo administrativo, normas legales y Plan de Gestión, el cual define metas institucionales que son relevantes para el desarrollo de la Misión y la Visión de la entidad.









Lo anterior teniendo en cuenta que los Planes de Desarrollo son considerados como instrumentos que sirven para canalizar el entusiasmo, esfuerzos y aspiraciones compartidas por todos los miembros de una institución, a través de él, se orientan los recursos humanos, técnicos y financieros, al servicio de un propósito compartido y un futuro deseado, el cual busca mejorar continuamente la prestación de los servicios en el marco de la calidad, manteniendo siempre la esencia empresarial, sin desconocer en ningún momento su naturaleza pública, y por ende el servicio social.

Este plan analiza el contexto y las situaciones que la organización debe enfrentar y abordar, para ser efectivo en sus propósitos, se constituye en una carta de navegación del Gerente y su equipo para que lideren todo el proceso en él diseñado.

b. Dentro de este componente se cuenta con el Plan de Gestión al que se refiere el Decreto 357 de 2008. Teniendo como consideración y acto relevante durante la vigencia 2018 el cambio de Gerente a mitad de vigencia, la nueva Gerente se posesiona mediante decreto 115 de Julio 05 de 2018 y sin embargo asume las responsabilidades y compromisos del plan de acción 2018, establecidos desde inicio de vigencia, atendiendo los mismos requerimientos del Decreto 357 de 2008 en su ARTÍCULO 20. Hace la presentación de su plan de gestión en los tiempos y términos establecidos, este documento se constituye en el que reflejo de los compromisos que la Gerente establece ante la Junta Directiva de la E.S.E. el cual incluye entre otros aspectos, las metas y actividades en las áreas de Gestión Gerencial y Estratégica, Gestión de la Prestación de Servicios de Salud y Gestión Administrativa, sin ir en contravía de la planeación general de la E.S.E., este documento fue aprobado por la Junta Directiva según acuerdo No. JDH-001-001-008 de agosto 16 de 2018.

Este documento se convierte en un instrumento de política institucional, para actuar en el marco de las directrices nacionales de mejoramiento de la salud, por ello la propuesta de este plan a pesar de las difíciles condiciones económicas que atraviesa el sector salud, se enfoca en garantizar la sostenibilidad, competitividad y perdurabilidad de la E.S.E. Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., buscando siempre el bienestar de los usuarios.

c. Armonizado con el Plan de Desarrollo Institucional vigente y el Plan de Gestión, la entidad formuló el Plan de Acción (POA), el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), El Plan Operativo de Inversiones (POAI), El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el Plan Anual de Adquisiciones, los cuales fueron publicados en la página web institucional, dando aplicación a la normatividad vigente. Se registró el cumplimiento de la siguiente manera:



Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE









> PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2018

El Plan de Acción Anual para la vigencia 2018 se estructuro tomando como base los 4 objetivos estratégicos, presentando un cumplimiento del 98.5%, de acuerdo a lo siguiente:

OBJETIVO	Acciones	Cumplimiento
Objetivo 1. Implementar un modelo de atención humanizada.	odupe uz y e	100%
Objetivo 2. Continuar siendo auto sostenible financieramente.	eup ez el neno	100%
OBJETIVO 3. Garantizar talento humano idóneo, sensible y comprometido con una cultura de servicio humanizado.	of about 19 of a straight of a	100%
OBJETIVO 4. Mejorar la Infraestructura física y tecnológica institucional para la prestación de los servicios con altos estándares de calidad.	name object bothezeld blie name 13 sets beidotse et le	83%
Total	30	98.5%

Fuente de Información: Subgerencia de Calidad – Mejora continua

> PROGRAMA DE AUDITORIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD "PAMEC"

El PAMEC vigencia 2018 se construyó estableciendo 11 acciones de mejoramiento, distribuidas así:

	T D TO TO THE TOTAL PROPERTY OF THE TOTAL PR	
# Actividades	Calidad Esperada	Avance









Subgerencia Administrativa	2 Well find ex	100%	100%
Subgerencia de Calidad	5	100%	100%
Subgerencia Científica	5	100%	100%
Total	13 renom	100%	100%

Fuente de Información: Subgerencia de Calidad – Mejora continua

> PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO:

Durante la vigencia 2018 se realizaron seguimientos con corte a Abril 30, Agosto 31 y Diciembre 31 evidenciando la realización de las siguientes actividades:

- 1. Elaboración del Mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2018.
- 2. La Publicación en la Página web institucional del plan Anticorrupción se realizó cumplimiento los términos establecidos en la ley 1474 de 2011, en los artículos 77 y siguientes, así mismo se publicó el Plan de Acción para la vigencia 2018, los planes, programas, proyectos y el presupuesto aprobado para la mencionada vigencia.
- 3. El Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano de la entidad contiene la Estrategia Antitrámites la cual también es publicada.
- **4.** Se cumple con lo que establece la normatividad vigente en cuanto a la racionalización de trámites.
- **5.** El Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano de la entidad contiene la Estrategia de Rendición de Cuentas.
- 6. La entidad desarrolló acciones para la participación de la comunidad como expresión de control social.
- 7. La entidad realizo Audiencia de Rendición de Cuentas de la vigencia 2017 para dar a conocer los resultados de su gestión el día 05 de abril de 2018.
- 8. Se Cuenta con una estrategia para mejorar la atención al ciudadano.
- 9. Los usuarios y los colaboradores de la entidad cuentan con acceso a los canales de comunicación.
- 10. La entidad cuenta con un Portafolio de Servicios.
- 11. Se Realiza periódicamente medición de Satisfacción del Usuario.
- c. La entidad tiene definido los siguientes procesos: Misionales, Estratégicos, Apoyo y Evaluación, se encuentran caracterizados individualmente, todos se encuentran integrados dentro del Mapa de Procesos y subprocesos tienen definidos sus procedimientos. El Mapa de Procesos fue Hospital de tratigado en rel primer Cuatrimestre del 2017 y socializado a los colaboradores









en las Jornadas de Inducción que se han llevado a cabo en el transcurso de la presente vigencia.

- **d.** Se cuenta con indicadores, los cuales se miden de manera periódica facilitando la toma oportuna de decisiones y son soporte fundamental en la presentación de informes. De igual manera, los indicadores con sus respectivas fichas se encuentran definidos por procesos y subprocesos, los cuales aportan para la medición de la gestión, estos son diligenciados o reportados por cada uno de los líderes responsables.
- e. Durante la vigencia 2018 el hospital llevó a cabo por cuarta vez el "PEC" Plan de Educación Comunitaria, que tiene como finalidad capacitar personas de la comunidad en temas de salud, convirtiéndose en multiplicadores de hábitos saludables, signos de alarmas de las principales enfermedades y la amplia gama de servicios de la ESE, en esta vigencia el programa se llevó a cabo con estudiantes de los grados de 9°, 10° y 11, de la Institución educativa José Maria Córdoba de Yumbo.

h. AUDITORIA DE ICONTEC:

Se realizó desde el 10 hasta el 14 de septiembre de 2018, Icontec llevo a cabo Auditoria de seguimiento así:

Alcance de la Certificación:

Prestación de servicio de salud de bajo grado de complejidad en: consulta médica general, urgencias, odontología, programas de promoción y prevención, hospitalización, partos, laboratorio clínico. Mediano grado de complejidad en consulta médica especializada.

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

- Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 del sistema de gestión.
- Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la
 Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales
 aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos
 de gestión.
- Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al

Hospital La Buercumplimiento ide tostabjetivos especificados.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595 NIT 800030924-0 YUMBO - VALLE







Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

El resultado de la auditoria fue cero (8) no conformidades menores, por lo cual el equipo auditor concluyó recomendando otorgar el certificado del sistema de gestión bajo la norma ISO 9001:2015, encontrando los siguientes hallazgos:

 No se evidencio la determinación de todas las partes interesadas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, la identificación de todos los requisitos relacionados con las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes, ni los mecanismos de seguimiento y revisión de la información sobre el impacto de estas necesidades en cada uno de los procesos.

En el análisis del contexto de la organización no se evidencio la alineación del DOFA con las necesidades expectativas de las partes interesadas pertinentes, los controles operacionales con los cuales los procesos las atienden ni su alineación con los riesgos resultantes de estos.

- 2. No se evidenció la planificación de los cambios relativos a:
- La planificación de las actividades de socialización hasta la base de la organización, de la nueva planeación estratégica, los cambios en la política de calidad y los riesgos.
- La nueva legislación de Resolución 3208 ruta integral de atención, mantenimiento y promoción de la salud; Decreto 1499 de 2017 Modelo integrado de Planeación y Gestión.
- Planeación de nuevo edifico del Hospital y la apertura próxima del quirófano.
- La planificación del aumento en la demanda del proceso de urgencias que impacta la prestación del servicio.
- La construcción de la central de esterilización.
- Para abordar los riesgos y oportunidades, evaluar e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos.
- 3. En tres puntos de atención se debe hacer calibración de equipos con su respectiva identificación.
 - 4. Para la queja entregada en Junio 22/2018 por protuberancia de la sonda Foley #12 de lote AQ20170330 marca LIFECARE no se evidenció el reporte a Invima del evento de Tecno vigilancia por incidente



Hospital La Buena Esaetverso No SERIOS. E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595





- 5. Puestos de salud: Termo vacunas no cuenta con la identificación institucional, ni el riesgo biológico, ni alerta de teléfono para caso de extravío, ni control de temperatura y desinfección de áreas, insumos sin rotular ni registro en formatos listado de insumos.
- No se evidenciaron los registros de uso y re uso de los dispositivos médicos del consultorio de odontología.
 - 6. En la revisión por la dirección SGCH-010-014-001 del 04 julio 2018, no se evidenció la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades.
- 7. Para las causales de glosa identificadas en el año 2018 Proceso Financiera.
- No se encontró plan de acción en el proceso de contratación, por los riesgos en las contrataciones que ha generado "otro sí".
- No se encontró plan de acción en el proceso de Urgencias, por análisis de eventos adversos en la prestación del servicio.
 - 8. No se evidenció las acciones tomadas para los resultados de los indicadores no alcanzados:
- Disponibilidad de vehículos, meta 95%, resultado promedio 83.7%
 Cumplimiento de rutinas de mantenimiento, meta 95%, resultado 75,6%.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Para mediados de la vigencia 2018 se realizó la modificación a las matrices de riesgos, adoptando los formatos de la función publica, esto fortalece a la entidad debido a que esta matriz fue evaluada y sustentada por los lideres de proceso en conjunto con su respectivo equipo de trabajo, una vez definida la Política de Administración del riesgo, queda debidamente documentada en el sistema de gestión de calidad y socializada con el resto de colaboradores de la entidad, el objetivo es estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad.

Dentro del componente de la Administración del Riesgo la entidad tiene estructurado el elemento de Identificación del Riesgo, con el objetivo de realizar un inventario de los riesgos con su respectiva descripción, de tal manera que se permita relacionar sus causas o factores de riesgo tanto internos como externos, definir sus posibles consecuencias y clasificarlos ya sean estratégicos (RE), Operativos (RO, Financieros (RF), de Cumplimento (RC) o de tecnología (RT).

Igualmente la entidad tiene estructurado el elemento de análisis de riesgo y la HospitaValòración del riesgo, de cumentado en el sistema de Gestión de la calidad, con Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE







el objetivo, el primero de ellos, de establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar y el segundo de ellos, con el objetivo de determinar el nivel o grado de exposición de la entidad al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

Todos los elementos mencionados conforman el Mapa de Riesgos Institucional el cual ha sido socializado a todos los colaboradores de la entidad, además de encontrarse dispuesto en el software DARUMA para su fácil acceso. Adicionalmente se ha mejorado la matriz identificando también las oportunidades que para nuestra institución suman un total de 58.

Dentro de este contexto la entidad cuenta con 194 riesgos identificados, analizados y valorados de la siguiente manera:

MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Baja	Moderado	Alto	Extremo	TOTAL	OPORTUNIDADES
60	50	76	8	194	58

Dentro de este componente en la entidad se cuenta con la identificación de los Riesgos y oportunidades por proceso y las acciones para mitigar los mismos, los cuales han sido elaborados por los líderes e intervinientes en los diferentes procesos, siendo además responsables de su respectivo control. A través de las auditorías internas integradas CALIDAD – MECI se llevó a cabo seguimiento de los riesgos y de las acciones de control implementadas.

INFORME DE PROCESOS JUDICIALES 2018

Importante aclarar que los valores consignados en este resumen, equivalen a las pretensiones de los demandantes y que son valores estimados inciertos e indeterminados (dato contingente), lo anterior que al no existir sentencia, no existe un dato concreto y la finalidad del la Gerencia con el equipo jurídico es lograr la defensa de y salvaguardar el patrimonio institucional, para lo cual se ha fortalecido el equipo jurídico, el cual tiene como misión sacar delante de forma positiva los procesos a su cargo; para el 2019 se realizara la provisión contable tal como lo estipula la Resolución 353 de 2016.

PROCESOS CONTENCIOSOS TREINTA Y UNO (31) DISCRIMINADOS ASI:

1.- ACCION DE REPARACION DIRECTA:

VEINTE (20)

2.- NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO:

UNO (01)

3.- PROCESOS ORDINARIOS LABORALES:

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

DOS (02)

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595









45 ACCION DE REPETICION: TRES (03) PROCESOS JUDICIALES NO CONTENCIOSOS:

> ACCION DE TUTELA:

29 99 9 99 99 99 99 99 99 CINCO (05)

CUANTIA:

PROCESO INSTAURADOS EN COM	NTRA DEL HOSPITAL		
CLASE DE PROCESO	VALOR	%	
ADMINISTRATIVOS (REPARACON DIRECTA)	\$15.959.983.357.69	99.99%	
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	\$80.000.000	0.01%	
LABORALES DEGLE OF ECONOMIC DESCRIPTION OF ECONOMIC DE	\$ 2.125.318.00	0.01%	
TOTAL	\$15.962.108.738.69	100.00%	

CLASE DE PROCESO	DEMANDANTE	DEMANDADO	VALOR DE LAS PRETENSIONES
ACCION DE REPETICION	HOSPITAL LA BUEÑA ESPERANZA E.S.E.	JORGE LUIS MADERA PARRA	\$ 248.250.000
ACCION DE REPETICION	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA E.S.E.	MIRIAM RESTREPO LLANOS	\$203.280.000
ACCION DE REPETICION	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA E.S.E.	FERNEY HUMBERTO LOZANO C. Y OTROS	\$293,346,520
REPARACION DIRECTA	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA E.S.E.	CAPRECOM	\$61.000.000
REPARACION DIRECTA	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO ESE	SOCIEDAD CLINICA SANTIAGO DE CALI — EN LIQUIDACIÓN	\$8.003.733.65

MATRIZ DOFA









Estimospital La Buena Esperanza E.S.E., cuenta con una matriz DOFA, la cual ha sido construida y socializada con todos los colaboradores en los diferentes comités institucionales y en las revisiones por la Dirección, se hace necesario actualizar esta matriz con el objetivo de enmarcar nuevas acciones o estrategias gerenciales que han permitido a la entidad mejorar indicadores económicos y unos mejores servicios que impactarán directamente a toda la comunidad Yumbeña, como lo es la reconstrucción y puesta en marcha del servicio de Quirófano.

DEBILIDADES

- Inadecuado alcance e impacto del adiestramiento en el proceso de inducción.D05.
- Infraestructura obsoleta y no responde a los requerimientos de la normatividad vigente.D06.
- Debilidad en la comunicación interna. D07.
- Laboratorio 24 horas. D08 (Aparece en la Matriz pero está funcionando 24 horas).
- Remisión de Pacientes.D09
- Aplicación a los cambios Normativos.D10

OPORTUNIDADES

- Modelo integral de atención en salud (MIAS) y política de atención integral en salud (PAIS).001.
- Fortalecer la imagen institucional en los medios de comunicación y asociación de usuarios. O02.
- Integrar la red de prestación de servicios con los hospitales de Vijes y la Cumbre, HUV, Mario Correa Y Psiquiátrico, Isaias.003.
- Hacer parte de la Red de Hospitales Verdes y Saludables. O04.
- Habilitación de nuevos servicios (quirófano y consultas especializadas) 005.
- Transversalidad de los objetivos institucionales con la planeación estrategica.006.
- Interacción del plan institucional con los planes sectoriales (nacional, departamental, plan decenal y plan municipal).007.









- Oferta del programa de seguridad y salud en el trabajo como unidad de negocio.008.
- Nuevo Hospital.O09.
- Docencia Servicio, Universidades.O10.

FORTALEZAS

- Plan institucional de capacitaciones.F01.
- Certificaciones y acreditación IAMI.F2.
- Software de costos, Hosvital, Daruma, orfeo.F3.
- Implementación de los modelos administrativos de gestión vigentes.F4.
- Información financiera veraz y oportuna.F5.
- Hospital sin riesgo financiero.F6.
- Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo implementado.F7.
- Seguimiento de los planes institucionales.F8.
- Política de humanización.F9.

AMENAZAS

- Limitación legal para intervenir puestos de salud.A1.
- Escasa intervención del ente municipal ante la red privada para la atención de urgencias y consulta prioritaria. A2.
- Modalidad de contratación para la prestación de servicios. A3.
- Uso de las redes sociales en contra del hospital.A4.
- Demandas por fallas en la Prestación del Servicio. A5.
- Normatividad cambiante.A6.
- Desconocimiento de la prestación de los servicios por parte de los usuarios.A7.



• Atención de inmigrantes sin cobertura de seguridad social. A8.







SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTIÓN — MIPG.

OBJETIVO

Realizar seguimiento a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestion-MIPG permitirá establecer un marco de referencia para adelantar una gestión más eficiente y será una herramienta para planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la Gestión del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo. El Modelo integra las diferentes estrategias, políticas y planes orientados al cumplimiento de la misión y prioridades de la entidad, fortaleciendo el liderazgo y el talento humano, agilizando y simplificando la operación, desarrollando una cultura organizacional sólida y promoviendo la participación ciudadana.

RESULTADOS

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, dio inicio a su proceso de desarrollo en El Modelo de Planeación y Gestion –MIPG a partir de la vigencia 2018, acogiéndose al Decreto 1499 de 2017 el cual no estableció un plazo determinado para la implementación o actualización del modelo, el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP recomienda que, desde la expedición del mismo, las entidades inicien la revisión y ajuste de sus procesos de planeación, gestión, evaluación, entre otros, referenciados por el Marco General y el Manual Operativo del modelo y así poder identificar oportunidades de mejora. Así las cosas, se evidenció como punto de partida para dicha implementación que se incorporó la primera fase del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, a través de los espacios de los comités ampliados y diferentes reuniones en las cuales se socializo el contenido, las dimensiones y las herramientas para el levantamiento de los auto diagnósticos de acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Actualmente se están elaborando los respectivos auto diagnósticos con el acompañamiento de la oficina de calidad y planeación para cada una de las dimensiones que comprende el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión con base en el ciclo Planear, Hacer, Verificar, Actuar, distribuidas así:

Corazón de MIPG: "La constanta de els also de portes en el se el s

Primera Dimensión Talento Humano.

Planear: Segunda Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación Hacer: Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado.

Verificar y actuar: Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado y Quinta dimensión Control Interno.

Dimensiones transversales: Sexta Dimensión Información y Comunicación y Hospita Séptima Dimensión Gestióri del Conocimiento y la Innovación.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe - Pbx 695 9595









Siendo los motores de MIPG, los principios de Integridad y la Legalidad. En atención al Decreto 612 de 218 y su trazabilidad con el Modelo Integrado de Planeación y Gestion, El Hospital La Buena esperanza de Yumbo ha formulado los 12 planes institucionales del citado decreto en los tiempos establecidos.

- 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
- 2. Plan Anual de Adquisiciones
- 3. Plan Anual de Vacantes
- 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos
- 5. Plan Estratégico de Talento Humano
- 6. Plan Institucional de Capacitación de la masor de la composition de la visita de la composition de la visita de la composition della co
- 7. Plan de Incentivos Institucionales
- 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones que per la comunicaciones que la comunicación y las comunicaciones que la comunicació
- 11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Para la vigencia 2019 se incluyó el Modelo Integrado de Planeación y Gestion en el plan de acción institucional como línea de compromiso para desarrollar los auto diagnósticos y las acciones de mejora que de este se deriven.

RECOMENDACIONES

- Realizar plan de trabajo con líderes de proceso para culminar los autos diagnósticos.
- 2. Diligenciar los auto diagnósticos del Modelo
- 3. Formular el Plan de Acción derivado de los auto diagnósticos
- 4. Priorizar la ejecución de las acciones de mejora producto de los auto diagnósticos
- 5. Ejecutar las acciones de mejora y validar nuevamente los auto diagnósticos.
 - 6. Socializar los resultados de los auto diagnósticos
 - 7. Organizar portafolio de evidencias por cada dimensión

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595











MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

1. COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

- **a.** El autocontrol es la capacidad de cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos. Teniendo en cuenta que el control interno está fundamentado en el autocontrol, porque es una responsabilidad de las personas que hacen parte de nuestra organización, porque es un componente integral de todas las acciones, decisiones, tareas y actuaciones que realizamos para el logro de los propósitos de nuestra institución.
- **b.** En las jornadas de inducción realizadas en el transcurso de la vigencia 2018 la entidad incluyó la sensibilización hacia el autocontrol junto con la actualización MECI 2014, con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, buscando la concientización de todos los funcionarios y colaboradores para que sean ellos mismos los que se autoevalúen y auto controlen las actividades que realizan y apliquen correctivos de mejora.
- c. Desde la oficina de Control Interno se realizan seguimientos permanentes a los planes Institucionales, al seguimiento de indicadores y al sistema de gestion del riesgo, de igual forma se envía reporte a la Gerencia el estado de las PQRS y un informe periódico de austeridad del gasto público, de igual forma a los Planes de Mejoramiento con los entes de control.
- **d.** El dia 05 de Abril de 2018 se llevó a cabo la rendición pública de cuentas a la comunidad, para lo cual se hizo la divulgación e invitaciones pertinentes, se logró la participación de la comunidad de forma activa y se dejó evidencia de la actividad.
- e. Durante la vigencia 2018 Se hicieron 2 actividades denominadas revisión por la Dirección, la primera el día 05 de Julio y la segundo el 29 de Noviembre, se contó con la participación activa del grupo directivo y algunos líderes de procesos y subprocesos, actividad que permitió realizar una autoevaluación de los diferentes servicios que presta la entidad, de la satisfacción de los usuarios, comportamiento de las PQRS, gestión financiera, administrativa, materialización de riesgos, informe de indicadores, entre otros temas.
- f. Se llevaron a cabo las reuniones de Comité de Gestión y Desempeño, a través de las cuales se fomenta el autocontrol, teniendo en cuenta que es la capacidad de cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos.











2. COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO CICLO DE AUDITORIA INTERNA VIGENCIA 2018

- 1. Se evidencia un cumplimiento Satisfactorio en el 87.8% del cumplimiento total de los procesos y subprocesos en la auditoría interna de la vigencia 2018 con un total de 79 hallazgos auditando los requisitos de la norma ISO 9001:2015, frente a la auditoría interna de la vigencia 2017 bajo la norma ISO 9001:2008 con 71 no conformidades.
- 2. Teniendo en cuenta que la auditoría interna de la vigencia 2018 se realizó bajo los requisitos de la norma ISO 9001:2015, se realiza un comparativo con la auditoria interna de la vigencia 2017 para evidenciar que se obtuvieron procesos con un buen avance de cumplimiento en la calificación obtenida, así:

Subproceso	Porcentaje de Cumplimiento 2017 ISO 9001:2008	Rango 2017	Porcentaje de Cumplimiento 2018 ISO 9001:2015	Rango 2018
Control Interno Disciplinario	71,8%	Adecuado	81,18%	Satisfactorio
Recurso Normativo	81,7%	Satisfactorio	90,83%	Satisfactorio
Gestión para el Usuario	98%	Muy Satisfactorio	98,20%	Muy Satisfactorio
Gestión de la Información y Comunicación	90%	Satisfactorio	93,25%	Muy Satisfactorio
Salud Oral	68,33%	Regular	85%	Satisfactorio
Urgencias	67,36%	Regular	77,20%	Adecuado
Hospitalización y Partos	76%	Adecuado	83,13%	Satisfactorio
Radiología	95%	Muy Satisfactorio	97,86%	Muy Satisfactorio
Terapias	61%	Regular	88,46%	Satisfactorio

3. Esta auditoría interna se realizó de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, teniendo en cuenta que a la fecha de la preparación de la auditoria no se ha iniciado el proceso de actualización del MECI acorde con el Decreto 1499 de 2017.









- 4. Se concluye que para la vigencia 2019 la auditoria interna se realizara conforme al modelo COSO, establecido en la 7 dimensión del Modelo Operativo de Mipg.
- 5. La mejora se debe a la gestión activa realizada por el personal que labora en la Institución y a la formación que se realizó a los nuevos auditores internos y actualización de los existentes en la nueva norma ISO 9001:2015 actividad que fue fundamental para determinar el enfoque de este ciclo de auditorías, enfatizando la unificación de las no conformidades por requisito, en la documentación de las oportunidades de mejora, el seguimiento y acompañamiento en el diligenciamiento de los indicadores al igual que la actualización de los procedimientos, guías, manuales, instructivos y formatos.

De esta forma se da cumplimiento al programa de Auditorías internas dando aprobado por el Comité Coordinador MECI mediante Acta No. RNCI-010-014-001 del 26 de Enero de 2018, el ciclo de auditoría se llevó a cabo durante los meses de febrero y marzo, las cuales se basaron en los criterios de la norma iso 9001:2015

RESULTADOS:

SUBPROCESO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	ESTADO	
PLANEACIÓN ESTRATEGICA	2018		
	85,42%	SATISFACTORIO	
CONTRATACIÓN	86,90%	SATISFACTORIO	
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	81,18%	SATISFACTORIO	
RECURSO NORMATIVO	90,83%	SATISFACTORIO	
CONTROL INTERNO	97%	MUY SATISFACTORIO	
AUDITORIAS Y MEJORA	78,00%	ADECUADO	
CONTINUA	82,00%	SATISFACTORIO	
GESTION PARA EL USUARIO	98,20%	MUY SATISFACTORIO	
GESTION ADMINISTRATIVA	91,74%	MTO Y S.G 91,67% TT.HH 93,75% SST 91,20% Almacen Y Compras 90,34% MUY SATISFACTORIO	
GESTION FINANCIERA	92,19% (40 to 10 t	Presupuesto: 100% Costos: 72,00% Cartera 94,79% Tesorería: 98,08% Contabilidad: 94,92% Facturación: 93,97% MUY SATISFACTORIO	
GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN	93,25%	Gestión Doc. 96,59% HC 92,02% Comunicaciones 96,43% Estadística 91,13% Sistemas 95,83% Archivo 87,50% MUY SATISFACTORIO	
CONSULTA EXTERNA GENERAL Y ESPECIALIZADA	85,00%	SATISFACTORIO	

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595 NIT 800030924-0 YUMBO - VALLE







PROMOCION Y PREVENCION	96,64%	Control Prenatal: 98,30% PAI: 98,04% IAMI: 97,73% Servicios Amigables: 97,69% PYP: 97,20% Planificación Familiar: 96,59% Crecimiento y Desarrollo: 96,02% UGER: 91,51% MUY SATISFACTORIO
SALUD ORAL	85,00%	SATISFACTORIO
Servicio de Urgencias	77,20%	ADECUADO
Servicio de Cirugía	N/A	N/A TO DE LO
Hospitalización y Partos	83,13%	SATISFACTORIO
Laboratorio Clínico	91,00%	MUY SATISFACTORIO
Radiología	97,86%	MUY SATISFACTORIO
Terapias (88,46%	SATISFACTORIO
Farmacia	75,00%	ADECUADO
Seguridad del Paciente	82.29%	SATISFACTORIO
Auditoria Médica y Odontológica	72.06%	ADECUADO
PROMEDIO	87,80%	SATISFACTORIO

Se debe tener en cuenta que el ciclo de Auditorias de la vigencia 2018 por primera vez se llevò a cabo bajo la norma ISO 9001:2015 y por lo tanto no contamos con herramientas para realizar la comparación de avances o retrocesos con respecto a la vigencia anterior.

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

En el año 2018 se realizó por parte de la Contraloría Municipal, Auditoria Gubernamental Regular de la vigencia 2017, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo presento ante la Contraloría Municipal de Yumbo la propuesta de Plan de Mejoramiento Institucional con ocasión de dicha vigencia, el cual contiene las acciones correctivas para los once (11) hallazgos objeto de la mencionada auditoria. El Plan de mejoramiento fue aprobado mediante oficio del 15 de Febrero de 2017, las acciones correctivas fueron implementadas dentro del término estipulado en el mencionado plan.

Se cuenta con Planes de Mejoramiento documentados en el Sistema de Gestión de Calidad. Estos resultan de gran importancia por tratarse de acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en los sistemas de control interno y de gestión de la calidad y en la gestión de los procesos, como resultado de la autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la auditoría Interna, auditorías externas, rondas de seguridad y de reportes del día a día.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN







FORTALEZAS

- a. La Institución cuenta con mecanismos para recibir por parte de la ciudadanía sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos, tales como atención personalizada a través de la Oficina de Gestión para el Usuario, de manera virtual a través de la Página Web Institucional, Link quejas y reclamos, además de contar con buzones de sugerencias dispuestos tanto en la sede central como en los puestos de salud.
- **b.** La entidad tiene implementado y documentado en el Sistema de Gestión de Calidad un procedimiento que le permiten realizar seguimiento a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos y prestación del servicio en salud que presta la entidad, en el cual se encuentran definido cuatro métodos para recolectar la información, así:
 - 1. Encuesta de Satisfacción al Usuario
 - 2. Buzón de Sugerencias
 - 3. Encuesta Post Venta
 - 4. Peticiones, Quejas, Reclamos
- c. Presentación mensual a la alta gerencia de resultados de Peticiones, Quejas y Reclamos, encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias, a través del Tablero de Comando del subproceso de gestión para el usuario, lo cual permite un análisis oportuno y toma de decisiones. Estos resultados son socializados al personal a través del correo interno institucional.
- **d.** Las encuestas de satisfacción que se realizan de manera mensual, le permite a la entidad conocer oportunamente la percepción de los usuarios e implementar mejoras de ser necesario.
- e. El hospital cuenta con un subproceso de Gestión para el usuario fortalecido con gestoras para brindar una mejor orientación a nuestros usuarios.
- f. Se cuenta con el Manual de Comunicaciones, documentado en el Sistema de Gestión de Calidad, el cual es periódicamente socializado a través de la oficina de comunicaciones.
- **g.** Seguimiento oportuno a las Peticiones, Quejas y Reclamos, por parte de la líder del subproceso de Gestión para el usuario, lo cual permite brindar oportunamente respuesta a todas las PQRS interpuestas.
- **h.** Link de quejas y reclamos en la página web institucional, que le facilita a los usuarios la presentación de las PQRS.
- I. Se hace una Reunión mensual con representantes de la comunidad (voceros de las diferentes Juntas de Acción Comunal, Asociación de usuarios y demás) le permite a la alta gerencia interactuar permanentemente con la comunidad,

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595







conocer su percepción y acercar el staff directivo a las necesidades de la comunidad.

- j. En la página web institucional se encuentra disponible la información requerida en la Ley de Transparencia e información adicional que le permite a la comunidad conocer todo lo referente con la entidad hospitalaria.
- k. Las tablas de Retención documental se encuentran en proceso de actualización.
- I. Se cuenta con el software ORFEO, el cual es una herramienta informática que apoyara la Gestión Documental Desarrollada por la entidad. ORFEO permite la incorporación de flujos de trabajo y flujos documentales, la trazabilidad de los documentos y los trámites relacionados como reflejo de la administración.
- m. Se cuenta con software Hosvital Financiero, Hosvital Asistencial, módulo de activos fijos que permiten la integralidad y disponibilidad de la información; así mismo la información que se genera se conserva en debida forma y se tiene disponible para la rendición de informes y de cuentas a la ciudadanía.
- n. Se cuenta con el procedimiento que le permite realizar seguimiento a la información relativa a la percepción del cliente externo en este caso, las empresas administradoras de planes de beneficios del SGSSS con respecto al cumplimiento de sus requisitos y prestación del servicio en salud, mediante la aplicación de la Encuesta de Satisfacción.
- o. La entidad cuenta con los canales de información externos e internos para socializar la información generada, como intranet, correos institucionales, página Web, buzones, carteleras, entre otros,
- **p.** Se realiza publicación en la Página Web Institucional de los estados financieros de la entidad, dando cumplimiento a lineamientos normativos.
- **q.** Se llevaron a cabo estrategias de difusión de información institucional, con el propósito de darle a conocer a la ciudadanía las campañas de salud adelantadas en conjunto entre la Administración Municipal y el Hospital, difusión que se llevó a cabo a través de volantes, página WEB institucional, emisora, boletines, entre otros.
- r. En la información institucional se evidencia un registro oportuno exacto y confiable, una divulgación oportuna en la página web, carteleras, emisora, revistas, canales de comunicación de la alcaldía, redes sociales.
- s. La información ordenada y compilada se protege con copias de seguridad que son almacenadas en un servidor de la entidad y por una empresa externa a la institución.









DEBILIDADES

Continuar con la socialización del manual de comunicaciones y de los canales de comunicación tanto internos como externos.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. se encuentra documentado, implementado, evaluado y armonizado con el Sistema de Gestión de Calidad, se debe continuar con actividades de mantenimiento para su sostenimiento a largo plazo.

La entidad cuenta con el compromiso y apoyo por parte de la Alta Dirección en la ejecución de las actividades del MECI y el Sistema de Gestión de Calidad y ahora con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Se brindó capacitación a los funcionarios de la entidad en la norma ISO 9001:2015, lo cual permite contar un grupo de auditores actualizados.

A través de la ejecución del Plan Anual de Auditoría se generan las recomendaciones que permiten fortalecer los puntos de control definidos y establecer nuevos controles, como también la generación de los planes de mejoramiento, los cuales permiten tomar acciones de mejora a los diferentes procesos y subprocesos de la entidad.

Como conclusión, puede afirmarse que el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo desarrolla su gestión dentro de los principios de eficiencia, eficacia y economía, bajo razonable seguridad en su sistema de control interno, susceptible de mejoramiento con la adopción de las medidas que resulten necesarias en el cumplimiento de las siguientes recomendaciones.

RECOMENDACIONES

- Seguir manteniendo espacios como los Comités de Gerencia, Gestión y Desempeño, entre otros, hacen mejorar temas de comunicación entre áreas y a su vez mayor claridad en tareas a desarrollar, responsables de actividades y tiempos de ejecución efectiva.
- Con la puesta en marcha de los servicios de Quirófano, se hace necesario poner en marcha todo un andamiaje idóneo para dar continuidad a la prestación de este servicio de forma eficiente y con resultados positivos en servicio y financieros.

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE









- ➤ Los procesos de inducción y reinducción deben fortalecerse en el sentido de identificar la adherencia a los procesos por parte de los nuevos funcionarios.
- Continuar con las socializaciones de la actualización MECI 2014, dirigidos a todos los servidores públicos y contratistas de la entidad.
- > Seguir fomentando la cultura de autocontrol en los funcionarios, colaboradores y proveedores de la institución.
- > Seguir fortaleciendo la defensa jurídica de la entidad es fundamental para evitar riesgos de pérdidas de demandas que podrían perjudicar la estabilidad financiera de la entidad.
- > Se recomienda continuar fortaleciendo la capacitación y actualización de los funcionarios es vital en estos tiempos de cambios de legislación.
- Se recomienda evaluar y/o replantear la forma de contratar el personal asistencial principalmente, con el objetivo de evitar riesgos en la continuidad de la prestación del servicio o en su defecto riesgos de posibles demandas.
- Con miras a la acreditación del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. se deben generar espacios de actualización, estabilidad y continuidad a los líderes de los procesos, lo que conlleva a generar un mayor compromiso con los objetivos establecidos.

Atentamente,

JHON JAIDER TORRES PERLAZA
Asesor Control Interno

2 1 FNF 7019

R.A.D: 3: 20 HORA: 3: 20 RECIBIOSE