DIAGNÓSTICO, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 Y LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – PAMEC EN LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

MAVID ANDREA CONTRERAS PINZÓN
YERITZA JULIANA PINZÓN PINTO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2011

DIAGNÓSTICO, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 Y LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – PAMEC EN LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

MAVID ANDREA CONTRERAS PINZÓN
YERITZA JULIANA PINZÓN PINTO

Trabajo de grado para optar el título de Ingeniero Industrial

Directora:

MG. MÓNICA LILIANA RAMÍREZ ÁLVAREZ

Docente Ingeniería Industrial

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2011

A mis Padres, Luis Enrique y Carmen Sofía: Por su amor y apoyo en todo momento.

A mis Hermanos, Diana Idalith y Diego Enrique: Por su amor y por estar conmigo a pesar de la tormenta.

A mis amigos: Jahir por ser mi compañero de grandes batallas, Mariíta, Sandra B, por ser mi apoyo, mi soporte, la voz de aliento, la compañeras de grandes trasnochadas y luchas vencidas, gracias porque más que unas amigas fueron mis hermanas; Jairito y John Jairo, por el ánimo, la ayuda y los buenos consejos.

A todas las persona que con su granito de arena me ayudaron para lograr culminar esta meta.

Yeritza Juliana Pinzón P.

A Dios por ser mi compañía día a día.

A mis padres Julio Enrique y Aurora, por todo el apoyo que me han ofrecido a lo largo de mi vida.

A mis hermanos Hernando y Julieth, por la compañía y apoyo en todo momento.

A Santiago y Danilo, por su Ternura, Inocencia, Compresión y Amor.

Y a todas las personas que me ayudaron en momentos difíciles.

Mavid Andrea Contreras.

AGRADECIMIENTOS

A la Ingeniera Mónica Liliana Ramírez Álvarez, directora de nuestro trabajo de grado, por su paciencia, consejos y contribuciones hechas al desarrollo de éste.

A la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales por contribuir a nuestra formación profesional y por su interés en el desarrollo de este trabajo.

Al Dr. Juan Pablo García Penagos por su apoyo y guía en las actividades realizadas en el Hospital Integrado San Bernardo.

Al Ing. Gabriel Manrique por la colaboración prestada en la elaboración de este trabajo.

A todas las personas que contribuyeron para que este se desarrollara.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	27
1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO	29
1.1 ALCANCE	29
1.2 OBJETIVOS	29
1.2.1 Objetivo General.	29
1.2.2 Objetivos Específicos	29
2. JUSTIFICACIÓN	32
3. MARCO TEÓRICO	34
3.1 CONTROL INTERNO	34
3.1.1 Modelo Estándar De Control Interno MECI 1000:2005.	34
3.2 FUNDAMENTOS DEL MECI	36
3.2.1 Estructura del Modelo	37
3.3 PAMEC: PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.	39
3.3.1 Objetivos del programa:	39
3.3.2 Resultados Esperados	40
3.3.3 Metodología de La Auditoría del Programa:	41
3.3.4 Modelo de Auditoría para El Mejoramiento de la Calidad	41
3.3.5 Conceptualización del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	42
3.3.6 Las Etapas Generales De La Auditoría, Con Enfoque Conceptual Sistémico	43
3.4 MARCO LEGAL	48
3.4.1 Ley 489 de 1998; Art. 13	48
3.4.2 Decreto 2145 de 1999.	48

3.4.3 Artículo 209 de la Constitución Política 48
3.4.4 Artículo 269 de la Constitución Política 49
4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO 52
4.1 MISIÓN 52
4.2 VISIÓN 53
4.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES 53
4.4 PRINCIPIOS DE LA VIDA PÚBLICA 56
4.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL 57
5. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MECI 1000:2005 58
5.1 ETAPAS DE PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN 58
5.1.1 Designación del Representante de la Alta Dirección 59
5.1.2 Adopción de los Sistemas de Gestión. 60
5.1.3 Compromiso De La Alta Dirección 60
5.1.4 Definición de roles y responsabilidades de los Grupos de Trabajo (Grupo Directivo, Grupo de Gestión y Grupo Evaluador). 60
5.1.5 Sensibilización y socialización del Modelo Estándar de Control Interno para los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo. 62
5.1.6 Elaboración del Autodiágnostico para conocer el sistema de control interno frente al MECI. 62
5.2 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000: 2005 EN EL HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA. 64
5.2.1 Subsistema De Control Estratégico 65
5.2.1.1 Componente Ambiente de Control. 65
5.2.1.2 Componente direccionamiento estratégico. 75
5.2.1.3 Componente Administración Del Riesgo. 86
5.2.2 Subsistema De Control De Gestión. 98
5.2.2.1 Componente actividades de control. 99

5.2.2.2 Componente Información. 111
5.2.2.3 Componente Comunicación Pública. 119
6. IMPLEMENTACIÓN DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 126
6.1. FUNDAMENTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN 126
6.2. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. 126
6.2.1. Autoevaluación del Control. 127
6.2.2. Autoevaluación de Gestión. 128
6.3. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. 129
6.3.1. Evaluación del Sistema de Control Interno. 129
6.4. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO 129
6.4.1. Plan de Mejoramiento Institucional. 130
6.4.2. Planes de Mejoramiento por Procesos. 131
6.4.3. Planes de Mejoramiento Individual. 132
7. NORMOGRAMA INSTITUCIONAL 133
7.1. RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN. 133
7.2. ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DEL NORMOGRAMA. 135
8. AUDITORÍA INTERNA. 136
8.1. PROGRAMA DE AUDITORÍA. 136
8.2. PREPARACIÓN DE LA AUDITORÍA. 138
8.3. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA. 139
8.4. INFORME DE AUDITORÍA. 140
9. CONCLUSIONES. 141
10. RECOMENDACIONES. 144
BIBLIOGRAFÍA 147

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Estructura Del Modelo Estándar De Control Interno 38
Figura 2. Ciclo Phva Para El Desarrollo De La Auditoría para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud 44
Figura 1. Estructura Organizacional Hospital Integrado San Bernardo De Barbosa 51
Figura 4. Enfoque Basado En Procesos. 77
Figura 5. Mapa De Procesos Hospital Integrado San Bernardo 81
Figura 6. Estado Actual De La Estructura Hospital ntegrado San Bernardo 85
Figura 7. Metodología Administración Del Riesgos Hospital Integrado San Bernardo 90

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Escala De Valoración 63
Tabla 2. Rangos De Interpretación 64
Tabla 3. Resultado De Elementos Estilos De Dirección. 71
Tabla 4. Resultados Del Elemento Planes Y Programas 76
Tabla 5. Resultado Del Elemento Modelo De Operación Por Procesos 79
Tabla 6. Caracterización De Procesos. 82
Tabla 7. Resultados Del Elemento Estructura Organizacional. 84
Tabla 8. Resultados Del Elemento Contexto Estratégico. 87
Tabla 9. Resultados Del Elemento Identificación De Riesgos. 89
Tabla 10. Identificación De Riesgos Para El Hospital Integrado San Bernardo 91
Tabla 11. Resultados Del Elemento Análisis De Riesgo. 92
Tabla 12. Matriz De Calificación Y Evaluación De Riesgos. 94
Tabla 13. Resultados Del Elemento Valoración Del Riesgo 95
Tabla 14. Criterios Y Valoración Del Riesgo. 96
Tabla 15. Resultado Del Elemento Política De Administración De Riesgos. 97
Tabla 16. Resultado Del Elemento Políticas De Operación. 100
Tabla 17. Resultado Del Elemento Procedimientos. 102
Tabla 18. Caracterización De Procedimientos. 104
Tabla 19. Resultado De Elementos De Controles. 105
Tabla 201. Resultado De Elementos Indicadores. 108
Tabla 21. Diseño De Indicadores. 109
Tabla 23. Resultados Del Elemento Manual De Procedimientos. 110
Tabla 24. Resultados Del Elemento Información Primaria. 112
Tabla 25. Especificaciones De La Información Primaria Por Procesos. 113
Tabla 26. Resultados Del Elemento Informacion Secundaria. 115
Tabla 27. Especificaciones De Información Secundaria Por Procesos 116
Tabla 28. Resultados Del Elemento Sistemas De Información. 118

Tabla 29. Especificaciones De Sistema De Información Por Procesos. 119
Tabla 30. Resultado Del Elemento De Comunicación Organizacional 120
Tabla 31. Resultados Del Elemento Comunicación Informativa. 124

LISTA DE ANEXOS

Pág.

ANEXO A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN 149
ANEXO B. ACTA DE COMPROMISO CON EL MECI 150
SISTEMA DE CONTROL INTERNO 150
ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO 150
ANEXO C. ACTA DE COMPROMISO 152
ANEXO D. ACTA DE SOCIALIZACIÓN CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO. 156
ANEXO E. ACTA Nº 001. SOCIALIZACIÓN MECI 157
ANEXO F. RESOLUCION ADOPCION DEL MECI 1000:2005 HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO..... 158
ANEXO G. ACTA DE COMPROMISO DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO. 176
ANEXO H. EL GRUPO DIRECTIVO MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO Y SE DEFINEN SUS ROLES Y RESPONSABILIDAD. 178
ANEXO I. EL GRUPO MECI DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO Y SE DEFINEN SUS ROLES Y RESPONSABILIDAD 179
ANEXO J. CAPACITACIÓN HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO Y GRUPO DE TRABAJO 181
ANEXO K. ENCUESTA DE DIAGNOSTICO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO..... 183
ANEXO L. INFORME DEL DIAGNÓSTICO..... 199
ANEXO M. CODIGO ÉTICO DE BUEN GOBIERNO..... 280
ANEXO O. RESOLUCIÓN CÓDIGO DE ÉTICA. 352
ANEXO P. MANUAL DE CAPACITACION BIENESTAR Y ESTIMULOS 355
ANEXO S. MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS 439
ANEXO T. PROCESO REMISIÓN 449

ANEXO U. PROCESO RAYOS X. 456
ANEXO V. PROCESO RAYOS X-1 461
ANEXO X. PROCESO P Y P 468
ANEXO Y. PROCESO LABORATORIO 481
ANEXO Z. PROCESO HOSPITALIZACIÓN. 489
ANEXO A. A. PROCESO CONSULTA EXTERNA 498
ANEXO A. B. POLITICAS DE TALENTO HUMANO 505
ANEXO A.C. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS HISB. 515
POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS. 515
ANEXO A.D. MAPA DE PROCESOS 517
ANEXO A.E. DENTIFICACION DE RIESGOS..... 527
ANEXO A.F. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS..... 545
ANEXO A.G. COMUNICACIÓN 555
ANEXO A.H. PLAN DE GESTIÓN 2010-2012 572
ANEXO A.I. NORMOGRAMA 595
ANEXO A.J. PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD 602
ANEXO A.K. PLAN MEJORAMIENTO. 746
ANEXO AL. INTRODUCCION AL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD 756
ANEXO A.M CARACTERIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS..... 777
ANEXO AN. COMUNICACIÓN..... 824
ANEXO AO. MAPA DE PROCESOS HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO 841

RESUMEN

TÍTULO: "DIAGNÓSTICO, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 Y LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – PAMEC EN LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO". *

AUTORES: MAVID ANDREA CONTRERAS PINZÓN
YERITZA JULIANA PINZÓN PINTO. **

PALABRAS CLAVES: Hospital Integrado San Bernardo, control interno, MECI.

El proyecto presentado a continuación, describe el Diagnóstico, desarrollo e implementación del MECI 1000:2005 en Hospital Integrado San Bernardo. Se empezó con el diagnóstico al Sistema de Control Interno, encuestando a todos los servidores públicos de la entidad sobre el estado actual de cada elemento que conforma la norma siendo la base para realizar el plan de implementación.
El desarrollo del trabajo de grado tiene como propósito orientar al Hospital Integrado San Bernardo en la implementación y desarrollo en cada uno de los subsistemas y elementos que conforman el modelo, comprende la aplicación de herramientas, mecanismos y metodologías que dan paso al avance de los veintidós elementos del Sistema de Control Interno, formulando las propuestas de diseño de acciones para garantizar la existencia de cada elemento de control, demás productos generados de la implementación del modelo.

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de los objetivos, donde proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia de gestión y los propios mecanismos de Gestión, donde se adapta a las necesidades de cada entidad a sus objetivos, estructura, procesos y servicios que suministran ayudando a la a la optimización y mejora continua de los procesos de la entidad, generando sentido de pertenencia y un mayor compromiso con el Sistema de Control Interno del Hospital Integrado San Bernardo.

Al final del documento se presentan los resultados parciales de la implementación, allí se observa de manera clara el avance del modelo en la entidad medido desde el nivel de percepción de los servidores sobre el sistema de control interno, y el proceso de mejoramiento en cada elemento y requisito del Modelo.

---

* Trabajo de grado.

** Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Directora: Mg Mónica Liliana Ramírez Álvarez.

SUMMARY

TITLE: "DIAGNOSIS, DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF THE STANDARD MODEL OF INTERNAL CONTROL MECI 1000:2005 AND THE FORMULATION AND IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF AUDIT FOR THE IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF THE ATTENTION IN HEALTH - PAMEC IN THE E.S.E INTEGRATED HOSPITAL SAN BERNARDO". *

AUTHORS: MAVID ANDREA CONTRERAS PINZÓN
YERITZA JULIANA PINZÓN PINTO. **

WORDS: Integrated hospital San Bernardo, internal control, MECI.

The presented project next, describes the Diagnosis, development and implementation of the MECI 1000:2005 in Integrated Hospital San Bernardo. One began with the diagnosis to the Internal Control system, survey to all the servants public of the organization on the present state of each element that conforms the norm being the base to realise the implementation plan.

The development of the work of degree must like intention orient to the Integrated Hospital San Bernardo in the implementation and development in each one of the subsystems and elements that conform the model, it includes the application of tools, mechanisms and methodologies that take step to the advance of the twenty-two elements of the Internal Control system, formulating the proposals of action design to guarantee the existence of each control element, other generated products of the implementation of the model.

The essential intention of the MECI is to orient to the organizations towards the fulfillment of the objectives, where it provides the basic structure to evaluate the strategy of management and the own mechanisms of Management, where it adapts to the needs of each organization to his objectives, structures, processes and services that they provide helping to a the optimization and continuous improvement of the processes of the organization, generating felt of property and a greater commitment with the Internal Control system of the Integrated Hospital San Bernardo.

At the end of the document the partial results of the implementation appear, there the advance of the model in the organization measured from the level of perception of the servants is observed of clear way on the internal control system, and the process of improvement in each element and requirement of the Model.

---

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Directora: Mg Mónica Liliana Ramírez Álvarez.

TABLA CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

OBJETIVO	PORCENTAJE	UBICACIÓN
Realizar, analizar y socializar el diagnóstico de la situación actual del Hospital Integrado San Bernardo referente al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.	100%	Capítulo 5 Numeral 5.1.6 Diagnóstico del Estado Actual de los Subsistemas, Componentes y Elementos del Sistema de Control Interno MECI 1000:20005en el Hospital Integrado San Bernardo.
Diseñar y someter a consideración del Comité Coordinador de Control Interno el Plan de Implementación de cada uno de los Subsistemas, Componentes y Elementos que conforman el Modelo Estándar de Control Interno del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.	100%	Capítulo 5 Numeral 5,1. Acta de aprobación del plan de implementación MECI 1000:2005 en el Hospital Integrado San Bernardo.
Implementar el Componente "Ambiente de control" el cual hace parte del Subsistema Control Estratégico.	100%	Capítulo 5 Numeral 5.2.1.1 Componente Ambiente de Control
Implementar el Componente "Direccionamiento Estratégico" el cual hace parte del Subsistema Control Estratégico.	100%	Capítulo 5 Numeral 5.2.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

Implementar el Componente “Administración de Riesgos” el cual hace parte del Subsistema Control Estratégico.	100%	Capítulo 5 Numeral 5.2.1.3 Componente Administración del Riesgo
Implementar el Componente “Actividades de Control” el cual hace parte del Subsistema Control de Gestión.	100%	Capítulo 5 Numeral 5.2.2.1 Componente Actividades de Control
Implementar el Componente “Información” el cual hace parte del Subsistema Control de Gestión.	100%	Capítulo 5 Numeral 5.2.2.2 Componente Información
Realizar diagnóstico básico general de la entidad**,** que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afecte que su accionar se oriente a la obtención de resultados centrados en el cliente.	100%	
Realizar de procesos de atención, es decir que se evaluaran procesos correlacionados, usar técnicas con el despliegue de comités, y que a su vez se evalúe la efectividad y promoviendo su mejoramiento	100%	
Realizar actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, hacer comparación entre calidad observada y calidad esperada la cual debe estar previamente definida mediante, guías, normas, técnicas científicas y administrativas.	100%	

Adoptar medidas tendientes y corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros establecidos y mantener las condiciones mejoradas y contemplar la utilización de indicadores y estándares que permitan establecer niveles de calidad deseada para cada uno de los procesos prioritarios	100%	

GLOSARIO

ADMINISTRAR: Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. Dirigir una institución.

ACTIVIDAD: Agrupación de tareas que hace parte de un Proceso.

CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO: Disposiciones voluntarias de autorregulación de quienes ejercen el gobierno de las Entidades, que a manera de compromiso ético buscan garantizar una gestión eficiente, íntegra y transparente en la administración pública.

CÓDIGO DE ÉTICA: Documento de referencia para gestionar la ética en el día a día de la Entidad. Está conformado por los Principios, Valores y Directrices, que en coherencia con el Código de Buen Gobierno, todo servidor público de la Entidad debe observar en el ejercicio de su función administrativa.

COMPETENCIA: 1. Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. 2. Capacidad legal para hacer algo.

COMPONENTE: Agrupación de elementos que hace parte de un subsistema.

COMPROMISO: Es una obligación que se adquiere con cargo a una apropiación, mediante un contrato legalmente constituido.

CONCERTAR: Ponerse de acuerdo varios grupos o personas acerca de una acción a realizar.

CONTEXTO ESTRATÉGICO: Conjunto de circunstancias internas y externas que pueden afectar a la Entidad positiva o negativamente con relación al cumplimiento de sus objetivos.

EFECTIVIDAD: Concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consiste en alcanzar los resultados programados a través del uso óptimo de los recursos involucrados.

EFICACIA: Grado en el que una acción alcanza los resultados esperados. La eficacia consiste en concentrar los esfuerzos de una Entidad en las actividades y procesos que realmente deben llevarse a cabo para el cumplimiento de los objetivos formulados.

EFICIENCIA: Es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. Se refiere al uso óptimo de recursos en programas, subprogramas y proyectos.

ELEMENTO: Agrupación de factores que hace parte de un componente.

EVENTO: Suceso; particularmente suceso posible.

FUNCIONARIO: Servidor público.

GESTIONAR: Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o un objetivo.

GRUPOS DE INTERÉS: Personas, grupos o Entidades sobre las cuales el ente público tiene influencia, o son influenciadas por éste. Es sinónimo de "Públicos internos y externos", o "Clientes internos y externos" o "partes interesadas".

INTERACCIÓN: Acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más grupos, personas u otros agentes.

MACROPROCESO: Agrupación de procesos de una organización.

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO -MECI-: Modelo establecido por el Estado para sus Entidades mediante el Decreto No. 1599 de 2005. Proporciona una estructura para el control a la estrategia, a la gestión y a la evaluación, con el propósito de mejorar el desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

MEDICIÓN DE GESTIÓN: Conjunto de instrumentos que permiten monitorear en forma continua, las variables que son claves críticas para el logro de los objetivos de una Entidad.

META: Resultado que se pretende alcanzar en un plazo determinado para avanzar hacia el cumplimiento de un objetivo. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y, si es posible, calidad.

METODOLOGÍA: Manera sistemática de hacer cierta cosa.

MITIGAR: Moderar, aplacar.

NORMAS: Regla de obligado cumplimiento. Regla sobre la manera como se debe hacer o está establecido que se haga cierta cosa.

OBJETIVO: Enunciado de un estado deseado hacia el cual está dirigido un proyecto, programa o plan. Determina la orientación que se le debe dar a las tareas, actividades y procesos para cumplir con los propósitos de la Entidad y del Estado.

PLAN: Proyecto, programa de las cosas que se van a hacer y de cómo hacerlas.

POLÍTICAS: Directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.

PRINCIPIOS ÉTICOS: Creencias básicas sobre la forma correcta como debemos relacionarnos con los otros y con el mundo, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual la persona o el grupo se adscriben.

PROCEDIMIENTO: Método o sistema estructurado para ejecutar algunas cosas. Acto o serie de actos u operaciones con que se hace una cosa.

PROCESO: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

RENDICIÓN DE CUENTAS: Deber legal y ético de todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes y/o recursos públicos asignados, y los respectivos resultados, en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido.

RIESGO: 1. Evento capaz de poner en peligro el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública con eficiencia, eficacia y calidad. 2. La posibilidad de que ocurra dicho evento.

SERVIDORES PÚBLICOS: Son los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus Entidades descentralizadas territorialmente y por servicios.

SISTEMA: Conjunto de elementos ordenados para cumplir con un propósito o fin determinado y cuyas partes deben reunir ciertas condiciones.

SOCIALIZAR: Compartir la información con todos los funcionarios del grupo al que pueda interesar.

SUBSISTEMA: Agrupación de Componentes que hace parte de un Sistema.

INTRODUCCIÓN

Cada vez el Estado confiere especial importancia al Control Interno para el desarrollo, transparente, eficiente y eficaz de las entidades y organismos públicos dándoles funciones en aspectos como la lucha contra la corrupción y la protección de los recursos públicos, todo como resultado de la reforma gerencial del Estado desde la Constitución de 1991, donde el Control Interno más que una exigencia legal se constituyó en una herramienta de avanzada que guía la gestión pública hacia mejores estándares de calidad, tomando como punto de referencia y ayuda el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud.

El Control interno como cultura dentro de la organización busca que cada uno de los servidores públicos sean responsables de las funciones encomendadas; coadyuvar y orientar a la Administración hacia la producción de resultados positivos y cambiar la mentalidad del funcionario público para hacerle partícipe de los procesos de renovación y modernización de la Administración pública, comprometiéndolos a que sus actuaciones estén enmarcadas dentro de la moralidad, honestidad, eficiencia y que la medida de control sea él mismo.

PAMEC, es la forma a través de la cual se operativiza el MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, y define la metodología de evaluación del cumplimiento de estándares establecidos en la E.S.E.

La implementación del Modelo Estándar de Control Interno- MECI 1000:2005 facilita la evaluación de mecanismos y estrategias de la gestión administrativa, adaptándose a los requerimientos y objetivos de las entidades según su estructura, tamaño, procesos y servicios suministrado; para la ejecución del PAMEC se tomará como referencia, las pautas de auditoría para el mejoramiento

de la calidad de la atención en salud, el decreto 1011 de 2006, buscando comparar la calidad observada frente a la calidad esperada, de tal forma que se identifique brechas de desempeño para realizar acciones de mejoramiento.

Este proyecto tiene como propósito orientar a l Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa en la implementación y desarrollo de cada uno de los subsistemas, componentes y elementos que conforman el Modelo Estándar de Control Interno y el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

En el presente trabajo, se determina, de forma detallada, los elementos de control de tal manera que pueda evidenciarse el estado de los mismos frente a los estándares reglamentarios, y se enuncian las directrices generales para los responsables de la implementación del MECI y PAMEC en la E.S.E.; posteriormente, se describen las pautas conceptuales y metodológicas para el desarrollo de cada una de las fases a través de las cuales se implementa el Modelo; en la parte final, se presentan las conclusiones y recomendaciones en pro del mejoramiento de Atención en la Prestación del Servicio en el Hospital.

1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

1.1 ALCANCE

El alcance de este proyecto será el diagnóstico, desarrollo e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud – PAMEC, para la ESE Hospital Integrado San Bernardo, donde se concluirá con dos AUDITORIAS INTERNAS.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General. Diagnosticar, desarrollar e implementar el Modelo Estándar de Control Interno MECI (1000:2005) y Formular e implementar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud-PAMEC en la ESE Hospital San Bernardo.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar, analizar y socializar el diagnóstico de la situación actual del Hospital Integrado San Bernardo referente al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

- Diseñar y someter a consideración del Comité Coordinador de Control Interno el Plan de Implementación de cada uno de los Subsistemas,

Componentes y Elementos que conforman el Modelo Estándar de Control Interno del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.

- Implementar el Componente “Ambiente de control” el cual hace parte del Subsistema Control Estratégico.

- Implementar el Componente “Direccionamiento Estratégico” el cual hace parte del Subsistema Control Estratégico.

- Implementar el Componente “Administración de Riesgos” el cual hace parte del Subsistema Control Estratégico.

- Implementar el Componente “Actividades de Control” el cual hace parte del Subsistema Control de Gestión.

- Implementar el Componente “Información” el cual hace parte del Subsistema Control de Gestión.

- Realizar diagnóstico básico general de la entidad**,** que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afecte que su accionar se oriente a la obtención de resultados centrados en el cliente.

- Realizar de procesos de atención, es decir que se evaluarán procesos correlacionados, usar técnicas con el despliegue de comités, y que a su vez se evalúe la efectividad y promoviendo su mejoramiento.

- Realizar actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, hacer comparación entre calidad observada y calidad esperada la cual debe estar previamente definida mediante, guías, normas, técnicas científicas y administrativas.

- Adoptar medidas tendientes y corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros establecidos y mantener las condiciones mejoradas y contemplar la utilización de indicadores y estándares que permitan establecer niveles de calidad deseada para cada uno de los procesos prioritarios

2. JUSTIFICACIÓN

La adopción por parte del Hospital integrado San Bernardo de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. Para todos los efectos de este Decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud- PAMEC será implantado de conformidad con el ámbito de acción del Hospital Integrado San Bernardo y con énfasis en los aspectos que según la ESE se precisan a continuación:

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El Hospital deberá adoptar criterios, indicadores y estándares que le permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

El programa de auditoría deberá ser concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

El Hospital Integrado San Bernardo está obligado a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo a desarrollar operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por el Hospital.

2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Con la implementación de estos modelos se busca promover la institucionalización del control como herramienta de gestión y de esta manera facilitar el cumplimiento eficiente de la prestación del servicio a la comunidad; y así garantizar el buen uso de los recursos públicos. La E.S.E no ha iniciado con las actividades de implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud PAMEC, que como herramientas administrativas le ayudan a definir claramente sus objetivos institucionales, controlar el desarrollo de sus procesos, evaluar la gestión para fortalecer su desempeño y funcionamiento, y así garantizar una eficiente prestación del servicio a la comunidad.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONTROL INTERNO

Al momento de expedirse la Ley 87 de 1993 las entidades se encontraban ante un control interno que lo único que les ofrecía era la sensación de tener un vigilante al lado esperando que cometieran un error y en el mejor de los casos alguien que coadministraba apoyando y refrendando las diferentes actuaciones que se adelantaban en las organizaciones. La aparición de Ley le ofrece al Estado colombiano la posibilidad de empezar a utilizar el control interno como una herramienta gerencial que convoca a todos los estamentos de la entidad a participar en pos de un objetivo común.

3.1.1 Modelo Estándar De Control Interno MECI 1000:2005. El Consejo Asesor del gobierno nacional quien en 1997 formula y estructura un Sistema de Control Interno basado en cuatro fases, Ambiente De Control, Operacionalización De Los Elementos, Documentación y Retroalimentación, a través del decreto 1537 de 2001 también reglamentario de la Ley 87 de 1993 incluye como una fase la Administración Del Riesgo, adoptada como política por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Este sistema tomo en cuenta modelos internacionales, fue diseñado con base en la normatividad y características colombianas en una búsqueda por tener un sistema unificado y acorde con las características propias de cada entidad al servicio del Estado; no obstante, a pesar del intento de mostrar su relación sistémica, al ser presentado por fases no pudo ser interpretado como un sistema que retroalimentará los diferentes procesos y no logro evidenciarse su relación

directa con la gestión institucional. Además, se apreciaban que tanto sus componentes como factores presentaban una rigidez que impedía que realmente se apreciara la movilidad y respeto por las características propias de cada entidad, tanto nacional como territorial.

Este sistema fue aplicado cada vez en más entidades vinculándose incluso aquellas que no tenían la obligación de implementarlo, logrando posicionar el Sistema De Control Interno como uno de los referentes de evaluación con que contaba la entidad pública, el Gobierno Nacional y los entes de Control.

Esta herramienta no solo estaba adoptada mediante Ley 87 de 1993 sino que ha sido implementada en la mayoría de entidades del Estado, razón por la cual luego de un diagnóstico y de un trabajo arduo de investigación de casi 3 años realizado por la Agencia de Cooperación Internacional USAID y su operador en Colombia Casals y asociados y la Universidad EAFIT donde sometieron a consideración del Departamento Administrativo de la Función Pública un modelo de control interno estandarizado para ser implementado en Colombia con la intención de que el sistema de control interno cumpliera sus objetivos de estandarizar la manera sobre cómo controlar diferentes actuaciones de los servidores públicos, la ejecución de los procesos y el ejercicio del autocontrol.

Este modelo fue revisado por el DAFP y sometido a consideración del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno quien cuando lo consideró procedente sometió a consideración al Presidente de la República su adopción. Es así como a través del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, se adoptó para el Estado Colombiano un Modelo Estándar de Control Interno que tiene como finalidad proporcionar una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación de las entidades del Estado, para orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y su contribución a los fines esenciales del Estado.

Los diferentes subsistemas, componentes y elementos de control que veremos a continuación, pretenden lograr que las entidades cumplan con estos objetivos de control que buscan que el gobierno colombiano se legitime y cumpla adecuadamente con su deber con sus ciudadanos.

Dentro de las finalidades importantes que presenta el modelo es el de crear la conciencia y la cultura de que el control es responsabilidad de todos. Asimismo pretende reforzar como un ejercicio cotidiano de los servidores responsables de los procesos y la verificación y el control como una labor de las oficinas de control interno como parte integrante de una entidad que propende por alcanzar unos objetivos comunes.

3.2 FUNDAMENTOS DEL MECI

El Sistema de control interno se basa en los principios de la función administrativa de conformidad con el artículo 209 de la Constitución Política, sin embargo el Modelo Estándar de Control Interno plantea tres fundamentos que lo enmarcan, integran, complementan y desarrollan, contribuyendo a dar mayor claridad a los resultados que se esperan del Modelo adoptado, estos fundamentos son:

• Autocontrol:
Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, con fundamento en los principios constitucionales.

• Autorregulación:
Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa en la entidad, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad para la implementación

del sistema de Control Interno, bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

• Autogestión:

Es la capacidad institucional de toda entidad para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la constitución, la ley y sus reglamentos.

3.2.1 Estructura del Modelo. El MECI se compone de tres subsistemas: Subsistema de Control Estratégico, Subsistema de Control de Gestión y Subsistema de Control de Evaluación, cada uno de los cuales se divide a su vez en componentes y estos últimos en elementos.

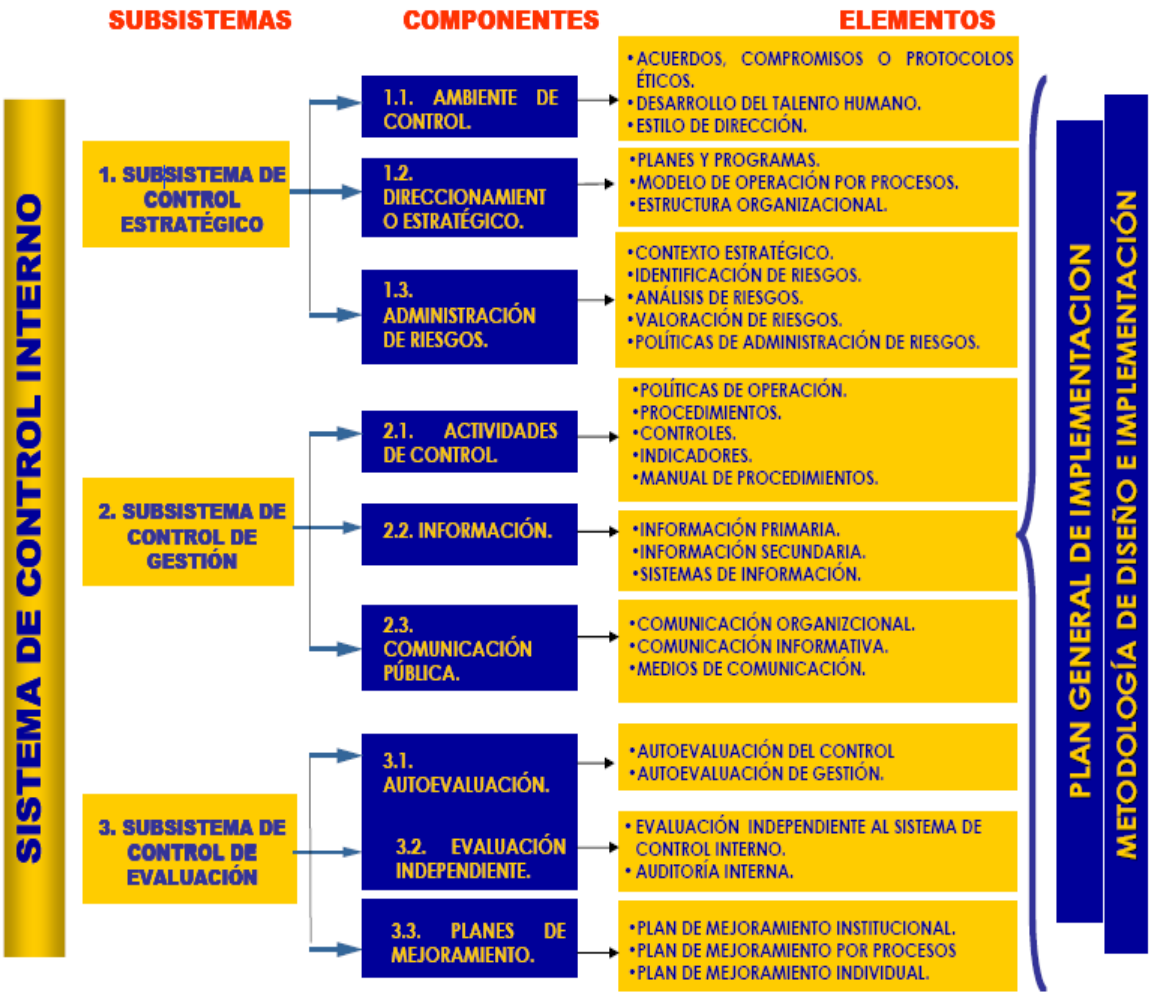
- **Subsistema de Control Estratégico:** Es el conjunto de componentes de control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional de la entidad pública.

- **Subsistema de Control de Gestión:** Conjunto de componentes de control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y responsabilidad correspondiente aseguran el control a la ejecución de los procesos de la entidad pública, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su misión.

- **Subsistema de Control de Evaluación:** Conjunto de componentes de control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del control interno de la entidad pública; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones,

establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento en la organización pública.

Figura 2. Estructura del Modelo Estándar de Control Interno



Fuente: Manual de implementación MECI; DAFP

3.3 PAMEC: PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

El Decreto 1011 de 2006 define **Auditoria para el Mejoramiento** como "*el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud*" que reciben los usuarios; y en la Resolución 1043 de 2006 establece que el **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC "***es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de evaluación de Control."*

Por tanto el PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativizar o implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

Uno de los componentes del actual proceso de mejoramiento continuo y caracterización de los procesos en la institución es el programa del consultado crónico, el cual pretende en una instancia mejorar la oportunidad en la asignación de las citas y por lo tanto la calidad en la atención.

3.3.1 Objetivos del programa: Mejorar la calidad de la atención en los servicios médicos ambulatorios de la institución mediante la práctica de la auditoría clínica.

Objetivos específicos:

- Detectar los pacientes consultadores crónicos en la Institución.
- Establecer cuáles son los factores que intervienen en el origen del proceso de cronificación del paciente.

- Determinar los puntos críticos del proceso de atención al usuario cuya responsabilidad se deben intervenir los factores detectados.
- Intervenir sobre los factores encontrados para disminuir la inadecuada utilización del recurso y elevar la calidad de atención brindada al paciente.

Mejorar la oportunidad en la atención del paciente.

3.3.2 Resultados Esperados: Esta metodología apunta a generar los insumos que incrementando la resolución por el médico general se aumente igualmente la oportunidad de atención, además en la contención de costos sin afectar o incluso mejorando la calidad de la atención de los pacientes de la Institución, incidiendo específicamente en:

- Mejorar el Desempeño Clínico del Médico General
- Disminución del costo y la proporción de Recurso utilizado innecesariamente.
- Aumentar la percepción por parte del cliente externo de la mejora en el desempeño clínico, aumentando la competitividad de la organización.
- Impactar en la cultura organizacional mediante el empoderamiento del médico general en la satisfacción del usuario y en el control del gasto innecesario.
- Incremento de la satisfacción del médico en su calidad de cliente interno, como consecuencia de su percepción participar en un entorno profesional con una mejor práctica de la medicina.

3.3.3 Metodología de La Auditoría del Programa: Dada la política y direccionamiento institucional con la atención centrada en el paciente y el mejoramiento continuo y desprovistos de elementos punitivos es pues, esencial que la aplicación de la Monitoria de Evaluación del Desempeño Clínico, nos permita conocer las causas de los problemas que perpetúan la inadecuación de la utilización de los recursos, avanzando más allá de las causas esporádicas de variación hasta las causas comunes, logrando detectar los procesos que están fallando, incrementando costos y deteriorando la atención al paciente. La detección, análisis y corrección de estas fallas es de gran utilidad tanto para nuestra institución como para el asegurador como herramienta de mejoramiento continúo.

3.3.4 Modelo de Auditoria para El Mejoramiento de la Calidad: El Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 1122 de 2007 establece la prestación de servicios con calidad, para lo cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Título IV del Decreto 1011 de 2006 define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades.

Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con

base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios".

3.3.5 Conceptualización del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

- La auditoría tiene un enfoque sistémico.
- La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.
- La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud normada en el Decreto 1011 de 2006 es un modelo de auditoría integral sistémica; es entonces, un proceso reflexivo que trabaja con base en la idea de que todos participan en una conversación sobre la efectividad del sistema. No se le hace algo "a" la institución, sino que hace algo "con" ella, pasa a ser una tarea de colaboración.

No se trata simplemente de un nuevo método, de una nueva escuela, sino de un nivel de análisis diferente, porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a

su efectividad. Puede decirse, entonces, que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud con este enfoque tiene como foco el aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo.

3.3.6 Las Etapas Generales De La Auditoría, Con Enfoque Conceptual Sistémico: La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un sistema de control, nos lleva a observar de manera nueva el control. El control se debe enfocar más que a detectar fallas en la institución, o elaborar una lista de fallas que se limitan a explicar por qué no funciona, es garantizar que los resultados estén centrados en el usuario y debe propender al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Para desarrollar las etapas generales del marco global de una auditoría, es necesario contemplar estas grandes etapas de planear, ejecutar, evaluar y realizar acciones de mejoramiento, bajo el enfoque sistémico:

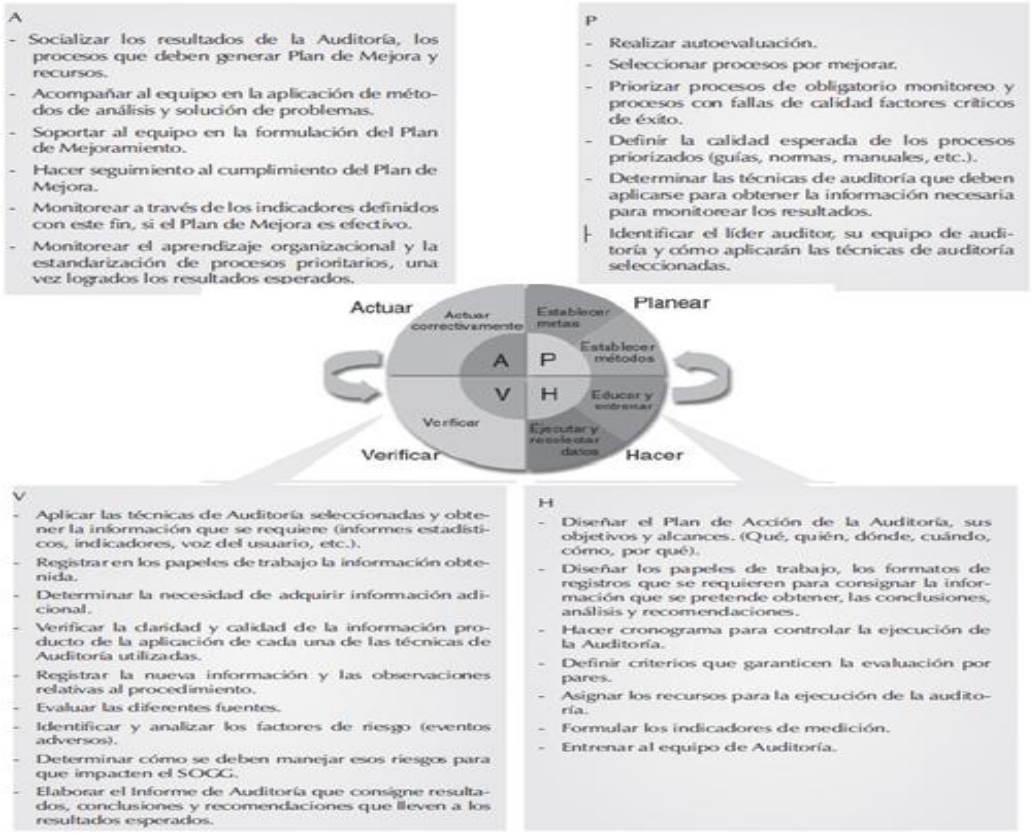
Planear con enfoque sistémico: Para diseñar el programa de auditoría con enfoque sistémico, se debe pensar en forma *holística*, es decir, observar la institución en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, en sus interacciones y en sus procesos. La observación *sistémica* no concibe la posibilidad de explicar un elemento si no es precisamente en su relación con el todo. Por lo que tendrían cabida la aplicación de los principios de universalidad, unicidad (singularidad, particularidad), de identidad, de integralidad, de continuidad, del todo y del contexto, del evento y sus sinergias y de relacionabilidad.

Para así, bajo esta concepción, elaborar un diagnóstico (autodiagnóstico) de la institución, definir los procesos prioritarios objeto del programa de auditoría para definir el **qué** del frente de trabajo de la Auditoría para el Mejoramiento de la

Calidad. Posteriormente hay que detallar el **cómo**, o sea los instrumentos con los cuales se va a evaluar el **qué**, se debe orientar a instrumentos con evidencia científica, validados y técnicamente construidos. Igualmente se debe documentar las metodologías utilizadas, como insumo para la verificación externa.

- **Ejecutar con enfoque sistémico:** En lugar de analizar en los procesos prioritarios objeto de auditoría el cumplimiento o no de las actividades según las normas o estándares establecidos, debe analizarse el propósito e identidad de ella en el marco del proceso y sistema del que hacen parte, para establecer si en efecto cumple con los objetivos para los cuales fue creado.

Figura 3. Ciclo PHVA para el Desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.



Fuente: Manual Programa de Auditoría mejoramiento de la calidad en Salud.

Para esto, debe recoger además información utilizando los informes estadísticos, realizar entrevistas, propiciar el diálogo, la **comunicación** (tema central de la *cibernética*) y la auditoría mixta, para obtener un conocimiento más amplio de la entidad y conllevar consigo herramientas de medición de *efectividad*.

En el abordaje de una situación utilizando el pensamiento **sistémico**, se requiere ver las interrelaciones en vez de las concatenaciones lineales de causa-efecto y ver procesos de cambio en vez de "instantáneas", porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a su *efectividad*.

- **Evaluar con enfoque sistémico.** Los hallazgos de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud deben permitir **realimentar** o retroalimentar a la institución, para que se siga fortaleciendo la cultura del autocontrol, para estructurar el Plan de Mejoramiento de los procesos y establecer si se requieren recursos para la ejecución de este.

Los resultados de la auditoría deben retroalimentar los procesos y a la vez la capacidad de aprendizaje distribuida en el conjunto de la organización. La auditoría debe considerarse más bien como una función de un sistema que hace posibles la autointerpretación, la autointervención y el autodiseño del sistema como sistema viable. Esto permite nuevos acuerdos, nuevas posibilidades de entendimiento entre las partes. Tales acuerdos se construyen en las conversaciones sobre el modelo observado, y llevan a generar compromisos de mejoramiento continuo.

- **Hacer seguimiento con enfoque sistémico:** A la implementación de las mejoras hay que verificarle su cumplimiento y se puede estimar los efectos

favorables tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso, para medir el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad. Desde el enfoque sistémico, debe darse con las mejoras efectivas, un aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo.

- **El PAMEC se encuentra compuesto por:**

1. **Autoevaluación**, la cual comprende el cómo realizar el autodiagnóstico para identificar los procesos objeto de mejora que afectan la atención en salud por recibir por los usuarios.

2. **Definición de prioridades**, el propósito es presentar a las instituciones del campo de aplicación de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud una metodología que permita la priorización de los procesos por intervenir, los cuales en conjunto son objeto del programa de auditoría institucional.

3. **Definición de la calidad esperada**, el objetivo es presentar los elementos para definir el nivel de calidad esperada, lo cual se articula con los resultados cualitativos (estándares) y cuantitativos (indicadores) esperados en los procesos identificados como prioritarios en los niveles intraorganizacionales (nivel de autocontrol y auditoría interna) como interorganizacionales (nivel de auditoría externa).

4. **Medición inicial del desempeño de los procesos** se presenta una metodología que permita a los diferentes actores del sistema aplicar el procedimiento de auditoría como una herramienta que les facilite conocer el estado de la calidad actual frente a la calidad que se espera de cada uno de ellos.

5. **Formulación, ejecución y evaluación del Plan de Mejoramiento**, que busca apoyar a las instituciones en la aplicación de un mecanismo que

permita el diseño de los planes de mejoramiento basados en hechos y datos, de la investigación de las causas al no logro de los resultados esperados, utilizando para esto técnicas estadísticas sencillas y la verificación a las acciones planeadas antes de iniciar el cierre del ciclo.

6. **Generar el aprendizaje organizacional-estandarización de procesos,** el objetivo dar herramientas a las instituciones objeto de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud para cerrar los ciclos (actuar) una vez se han logrado los resultados esperados, siendo un buen mecanismo la estandarización y el entrenamiento del talento humano de las acciones de mejora implementadas y probadas (planear). Se presentan herramientas de capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo, para obtener una visión compartida.

7. **Acciones de seguimiento utilizando los comités,** tiene como propósito presentar a las instituciones que deben aplicar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud los comités como mecanismos que contribuyen a la realización de las acciones de seguimiento de la auditoría. Se hace referencia a cómo articularlos a los procesos de atención y al seguimiento de los indicadores y planes de mejoramiento formulados.

8. **Implementar el nivel de auditoría externa,** tiene como propósito una metodología que permita el mejoramiento de la calidad basándose en la construcción de relaciones de confianza entre los actores que contribuya a la implementación de los procedimientos de auditoría de forma más eficiente y efectiva.

3.4 MARCO LEGAL

3.4.1 Ley 489 de 1998; Art. 13. Crea el Sistema Nacional de Control Interno; lo conforman un conjunto de instituciones, instancias de participación, políticas, normas, procedimientos, recursos, planes, programas, proyectos, metodologías, sistemas de información y tecnología aplicable. Se inspira en los principios constitucionales de la función administrativa y su sustento fundamental es el servidor público.

3.4.2 Decreto 2145 de 1999. Dicta normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la administración pública del orden nacional y territorial y otras disposiciones. *Sistema Nacional de Control Interno.* Conjunto de instancias de articulación y participación, competencias y sistemas de Control Interno, adoptados en ejercicio de la función administrativa por los organismos y entidades del Estado en todos sus órdenes, que, de manera armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, fortalecen el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado.

3.4.3 Artículo 209 de la Constitución Política. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley.

3.4.4 Artículo 269 de la Constitución Política. En las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas. Los artículos 209 y 269 de la Constitución se desarrollaron respecto al Control Interno en las siguientes normas:

Ley 87 de 1993. Establece normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y dicta otras disposiciones.

- **Definición del Control Interno**. Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a metas u objetivos previstos.

- **Decreto 1826 de 1994.** Reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993, desarrolla el artículo 9, donde se define que la unidad u oficina de coordinación de Control Interno está en el nivel gerencial o directivo de la entidad.

- **Decreto 2145 de 1999**. Dicta normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la administración pública, del orden nacional y territorial, y otras disposiciones. El Presidente de la República, como máxima autoridad administrativa, es responsable de mantener el control de la gestión global sobre políticas públicas.

- **Decreto 1537 de 2001**. Reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993. Trata elementos técnicos y administrativos que fortalecen el Sistema de Control Interno de las entidades y organismos del Estado; los enmarca en cinco tópicos: valorar

riesgos, acompañar y asesorar, realizar evaluación y seguimiento, fomentar la cultura de control y su relación con entes externos.

- **Decreto 1599 de 2005.** Adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano.

- **Decreto 2621 de agosto 3 de 2006.** Las entidades obligadas a implementar el Sistema de Control Interno deberán adoptar el Sistema de Control Interno para el Estado colombiano, en un término no superior a 20 meses contados a partir de la vigencia del presente Decreto. El concepto de Control Interno es universal, se aplica indistintamente en todas las organizaciones y en especial en los países que tienen un alto desarrollo gerencial. El análisis del desarrollo normativo nacional deja ver que desde la Constitución del 91 hasta el establecimiento del modelo pasaron casi quince años. Si bien la Ley 87 de 1993 desarrolló aspectos básicos de los artículos 209 y 269 de la Constitución, no se tuvieron en cuenta aspectos estructurales para que la ley operara dentro de un marco de uniformidad técnica y conceptual; las entidades trabajaron con modelos diferentes y en muchas ocasiones inadecuados para ellas.

La falta de una filosofía gerencial basada en el control, de una cultura de Control Interno entre los funcionarios del Estado y la evolución de las estructuras gerenciales a nivel mundial producto de la globalización se hicieron evidentes. Se modificó la Ley 87 de 1993 y se creó el modelo estándar para todas las entidades del Estado. Para establecer el modelo, el Gobierno se apoyó en la USAID, la firma Casals & Asociados y la Universidad EAFIT. En febrero de 2004 se publicó la primera versión, la base del modelo determinado por el Decreto 1599 de 2005. Según el Decreto 2621 de 2006, las entidades obligadas a implementar el modelo, entre ellas las empresas de servicios públicos domiciliarios, deben tenerlo implementado a más tardar a abril 3 de 2008. Sin embargo, para determinar el avance de su implementación, se debe hablar de las entidades del orden nacional

y las del orden territorial. En varios municipios y entidades del orden departamental el proceso de implementación es más lento, no existe continuidad de funcionarios claves, no existe una cultura de control e imperan factores políticos.

El modelo se implementa para cumplir con la norma, pero alcaldes, gobernadores y gerentes no le dan la importancia que amerita. Difícilmente cumplirán los plazos establecidos. La situación es diferente en las entidades del orden nacional. Corporaciones autónomas regionales, empresas de servicios públicos de telecomunicaciones y energía, donde se cuenta con accionistas como EPM, hay mayor conciencia. La implementación se considera una necesidad más que una obligación, se comprende que el modelo MECI, si opera de forma satisfactoria, les permitirá prepararse para enfrentar la competencia. En este tipo de entidades es altamente probable que se cumpla el plazo legal para implementarlo.

4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander, es una institución de Nivel I de complejidad, de carácter público Municipal, que proyecta sus actividades como E.S.E. El 24 de noviembre de 1.997 según decreto número 000041 de 1.997, para atender la población del municipio de Barbosa y toda se área de influencia.

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, es una entidad prestadora de servicios en salud con jurisdicción en la provincia de Vélez cuya sede se encuentra en la ciudad de Barbosa.

Cuenta con una planta de personal de 97 empleados, comprometidos en servir a la comunidad en forma eficiente, rápida y con calidad humana. Atiende a todas las personas del área de influencia y departamentos vecinos que requieran de los servicios sin distingo de raza, credo, condiciones sociales o económicas.

El Hospital trabaja con criterio empresarial, fundamentados en la competitividad, liderazgo, responsabilidad, ética y humanización manteniendo un equilibrio que permita el progreso de la entidad y el beneficio de la comunidad.

4.1 MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, como institución del primer Nivel de atención en Salud y con proyección de segundo nivel se caracteriza por la atención eficiente al cliente externo, satisfaciendo sus

necesidades con calidad humana y profesional. De la misma manera impulsa al desarrollo humano, científico y técnico del personal interno[1].

4.2 VISIÓN

Seremos en el 2012, la empresa Social del Estado líder del sector salud en la provincia de Vélez y a su vez pioneros en la prestación integral de paciente politraumatizado garantizando la óptima presentación del servicio[2].

4.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- **Colaboración:** Actuar de manera comprometida para contribuir con el logro de los fines de la institución, trabajando de manera mancomunada con los recursos humanos y físicas con que cuenta la institución con y rectitud. Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos una actitud permanente de servicio hacia el trabajo y la comunidad cumpliendo con nuestras obligaciones conscientes de hacer lo debido, creando un ambiente de respeto, apoyo y solidaridad.

- **Respeto:** Es la capacidad de cada ser humano de comprometerse consigo mismo y con los demás en sus tareas y funciones asumiendo y corrigiendo cuando haya lugar nuestros actos a fin de realizar las labores pertinentes al cargo de manera que a mayor nivel de autoridad más elevado es el grado de responsabilidad.

[1] ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander
[2] ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander

- **Compromiso:** Con el cumplimiento de labores y concentración de estímulos se seguirá asumiendo como propios los objetivos estratégicos de la institución, con excelente manejo de los recursos y ayudando con la protección del ambiente. En la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos y ejecutamos los planes, proyectos y logros institucionales, con trabajo y dedicación, garantizando el cumplimiento de nuestra en pro de un mejoramiento continuo.

- **Confianza:** Esperanza firme en las personas que laboran en la institución, ya que son competentes e interesadas en el bienestar de la comunidad en general, y el suyo propio.

- **Eficacia:** El cumplimiento de las metas institucionales, ayudara a un mejor clima laboral, con la necesaria colaboración de todos los protagonistas del desarrollo institucional.

- **Eficiencia:** Capacidad de sentido de pertenencia permitirán el logro de los objetivos con la menor inversión de recursos posibles.

- **Honestidad:** Proceder correctamente, con honradez, respetando lo que pertenece al otro. Los servidores de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa en el desarrollo de los asuntos que competen, adoptan los medios necesarios con el propósito de hacer prevalecer el interés de la comunidad sobre cualquier tipo de interés particular.

- **Solidaridad:** Concertación y apoyo a las causas de la institución. Los servidores públicos de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa mediante la colaboración entre los grupos interdisciplinarios de trabajo formulamos críticas constructivas que aportan a la consecución de

objetivos claros, Interactuamos en un ambiente de armonía, colaboración, compañerismo y reciprocidad.

- **Pluralismo:** La aceptación de los diferentes modos de ser y pensar, ayudaran al constante desarrollo de trabajo en equipo. La Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa reconoce, aprecia y valora las cualidades de los demás y sus derechos. Sus servidores actúan con buenos modales y amabilidad con el fin de fortalecer la prestación del servicio a la comunidad.

- **Servicio:** Función esencial prestada por la institución a toda la comunidad y desempeñada a cabalidad por todos los servidores en cumplimiento de los ordenamientos, y los objetivos de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

- **Lealtad:** Hacer bien las cosas en el desarrollo del servicio de manera fiel y acorde en el desempeño del cargo, lo cual debe beneficiar al usuario, compañeros de labores y por ende a los recursos institucionales. Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos el compromiso de defender la Institucionalidad de la Entidad, con un alto sentido de pertenencia y cuidado.

- **Identidad:** Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa nos sentimos orgullosos al trabajar y pertenecer a la Entidad, entregando lo mejor de cada persona en busca del propósito del cumpliendo de la misión institucional.

- **Tolerancia:** Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa tendrán la capacidad de aceptar y respetar las creencias e ideologías de sus

semejantes, ejerciendo el libre y autónomo derecho a la contradicción y el dialogo como herramientas para encontrar un acuerdo[3].

4.4 PRINCIPIOS DE LA VIDA PÚBLICA

- **Transparencia**: La Empresa Social San Bernardo de Barbosa desarrolla su misión de cara a la comunidad.

- **Equidad:** En el cumplimento de los fines misionales, los servidores de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa propenderán por lograr el equilibrio en la aplicación de los diferentes sistemas de auditoría y cobertura que atienda los riesgos en el manejo de los fondos públicos y las necesidades de las poblaciones vulnerables.

- **Eficiencia:** La excelente gestión de los servidores de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa se observa en el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades desarrolladas con agilidad y profesionalismo.

- **Imparcialidad:** La aplicación de criterios con objetividad y sobre hechos verificables para que el interés general prevalezca sobre el interés particular.

- **Cumplimiento:** La determinación y la seriedad como bandera del servidor de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa para la realización de sus responsabilidades teniendo como meta clara las necesidades de la comunidad y sus compromisos con la ley.

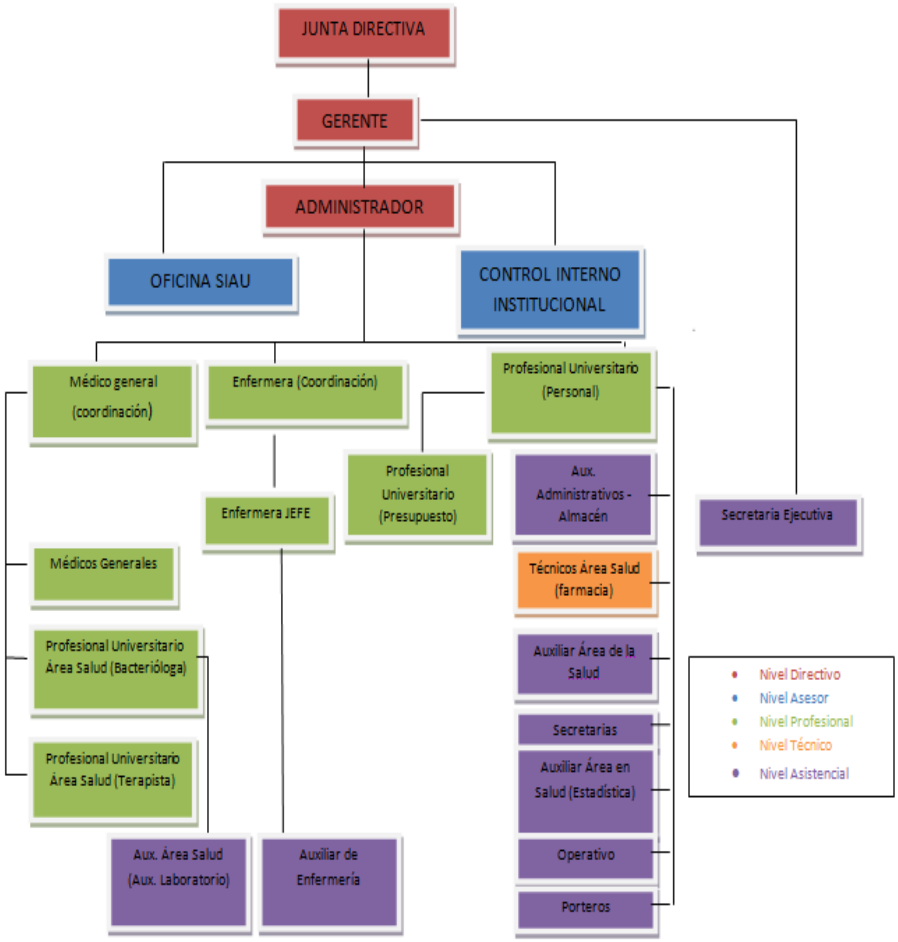
- **Igualdad**: Todos los ciudadanos y los entes sujetos de control son iguales.

[3] ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander

- Integridad: El ejercicio de las funciones se realizan de manera intachable y actuando con rectitud.

4.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Figura 4. Estructura Organizacional Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa



Fuente: Hospital Integrado San Bernardo

5. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MECI 1000:2005

Para la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno se utilizó la metodología establecida en la Circular 03 de 2005 del **CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL" la cual proporciona la técnicas y herramientas necesarias para el diseño, planeación e implementación de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.**

5.1 ETAPAS DE PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

El Marco Conceptual definido en el Decreto 1599 de 2005, fija como acciones a desarrollar en la fase preparatoria para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno, las siguientes:

- Designación del Representante de la Alta Dirección.
- Adopción de los Sistemas de Gestión.
- Compromiso de la Alta Dirección.
- Definición de roles y responsabilidades de los Grupos de Trabajo (Grupo Directivo, Grupo de Gestión y Grupo Evaluador).

- Elaboración del Autodiagnóstico para conocer el sistema de control interno frente al MECI.

Sensibilización y socialización del Modelo Estándar de Control Interno para los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo.

5.1.1 Designación del Representante de la Alta Dirección. En cumplimiento de la circular 03 de 2005 del DAFP, se designó al funcionario del nivel directivo, quien será el representante Legal de la Entidad, y único responsable de establecer, desarrollar y mantener el Sistema de Control Interno. Para ello se tuvo en cuenta que este fuera, distinto al Jefe de la Oficina de Control Interno, para efectos de Garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece el Anexo Técnico MECI 1000:2005, este representante actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno. (Ver anexo C)

El representante de la Dirección para el diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno debe cumplir con los siguientes roles y responsabilidades:

1. Formular**,** orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del modelo.

2. Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Modelo.

3. Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Modelo.

4. Dirigir y coordinar las actividades del Equipo MECI.

5. Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiere realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.

6. Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del MECI, aplicando correctivos donde se requiera.

7. Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno las propuestas de diseño e implementación del Modelo, para su aprobación

5.1.2 Adopción de los Sistemas de Gestión. Según el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2005", en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte integral del citado Decreto. (Ver anexo R).

5.1.3 Compromiso De La Alta Dirección. El representante legal, conjuntamente con su equipo directivo deberá suscribir y difundir en toda la Entidad un Acta de Compromiso, donde hacen manifiesto su interés en coadyuvar de manera directa y recurrente en la implementación del MECI 1000:2005. En dicha Acta deberá exponerse la importancia del mismo, los argumentos que justifican su implementación, el compromiso de los gerentes públicos con este propósito y la solicitud expresa a todos los servidores públicos que conforman la Entidad para que participen activamente en la implementación del MECI 1000:2005. Se centra en el compromiso de la entidad con el Control Interno y en la capacidad del nivel directivo de visualizar esta herramienta gerencial como un mecanismo de autoprotección, que le permita cumplir con eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia la finalidad para la cual fue creada la entidad. (Ver a nexo A)

5.1.4 Definición de roles y responsabilidades de los Grupos de Trabajo (Grupo Directivo, Grupo de Gestión y Grupo Evaluador). La entidad deberá contar con un Equipo de Trabajo Institucional con diferentes niveles de autoridad y responsabilidad frente al Control Interno, conformado por tres (3) grupos así:

a). **Un primer grupo directivo**, que corresponde al ya conformado Comité de Coordinación de Control Interno, el cual actúa bajo las directrices de la máxima autoridad de la Entidad, conforme a lo establecido en el artículo 13 de la Ley 87 del 29 de noviembre de 1993 y su Decreto Reglamentario 1826 del 3 de agosto de 1994. (Ver anexo I)

b). **Un segundo grupo operativo, que se denominará Equipo MECI,** conformado por servidores públicos de la Entidad, de carácter multidisciplinario, con representatividad de todas las áreas organizacionales de la Entidad, el cual deberá ser coordinado y supervisado por El Representante de la Dirección.
En la conformación del Equipo MECI es importante contar entre sus miembros con Representantes de las diferentes áreas y disciplinas académicas con que cuenta el Hospital; dicho Equipo cumplirá los siguientes roles y responsabilidades:

1. Adelantar el proceso de diseño e implementación del Modelo bajo las orientaciones del representante de la dirección.

2. Capacitar a los servidores de la entidad en el Modelo.

3. Asesorar a las áreas de la entidad en el diseño e implementación del Modelo.

El Equipo MECI tendrá bajo su responsabilidad adelantar los procesos de diseño, apoyo y coordinación con las diferentes dependencias organizacionales de la Entidad, para lograr una óptima implementación del MECI 1000:2005. Posteriormente a la implementación, los integrantes de dicho equipo deberán asumir el rol de facilitadores al interior de sus respectivas dependencias, apoyando el adecuado funcionamiento de los elementos de control. (Ver anexo J)

c). **Un tercer grupo evaluador**, integrado por el Jefe de la Unidad u Oficina de Coordinación del Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quien haga sus veces

en la respectiva Entidad y los servidores públicos a su cargo, que tendrán bajo su responsabilidad la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del MECI 1000:2005.

5.1.5 Sensibilización y socialización del Modelo Estándar de Control Interno para los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo.

5.1.6 Elaboración del Autodiágnostico para conocer el sistema de control interno frente al MECI. El Hospital Integrado San Bernardo debe conocer la situación real del grado de avance y desarrollo en la implementación del Sistema de Control Interno, para poder determinar los principales aspectos a mejorar, conforme a la estructura de control adoptada por el MECI 1000:2005.

El Representante de la Dirección, con el apoyo del Equipo MECI, deberá adelantar el Autodiágnostico al Sistema de Control Interno existente en la Entidad, realizando un análisis individual y exhaustivo de cada uno de los Subsistemas, Componentes y Elementos que lo conforman, para el cual se hace necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Preparación del Diagnóstico: Definir el alcance, objetivos y cronograma de actividades del mismo.

b) Realización del Diagnóstico: Determinar las diferencias que existen entre el Sistema de Control Interno implementado en la Entidad, frente a cada uno de los Elementos, Componente y Subsistemas del Modelo Estándar de Control Interno para Entidades del Estado – MECI 1000:2005.
c) Cierre del Diagnóstico: Elaborar el Informe sobre los resultados del Diagnóstico realizado y presentarlo ante el Comité de Coordinación de

Control Interno para efectos de estructurar el Plan de Trabajo que orientará la Implementación del MECI 1000:2005.

El diagnostico se aplicó en el Hospital Integrado San Bernardo mediante una encuesta diseñada por el DAFP conforme con lo exigido y el planteamiento que hace el modelo para evaluar el nivel de cumplimiento que tiene la entidad. Estos formatos fueron adoptados al Hospital Integrado San Bernardo cumpliendo con los parámetros y la asesoría del Jefe de Dirección en conjunto con un Asesor de la Secretaria de Salud quien proporciono los lineamientos para cumplir con los objetivos.

El diagnóstico fue ejecutado en la semana comprendida entre el 24 al 28 de noviembre de 2009, esta encuesta se desarrolló en cada área del hospital donde los servidores contestaron la encuesta satisfactoriamente.

Para la valoración y la tabulación de datos de las encuestas realizadas se realizó por medio de la escala dada por el DAFP, como lo indica la siguiente tabla:

Tabla 1. Escala de Valoración

VALOR	DESCRIPCIÓN
0	No sabe
1	No se Cumple
2	Se cumple Insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en Alto Grado
5	Se cumple Plenamente

Fuente: Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005

El resultado del diagnóstico realizado a los servidores del Hospital Integrado San Bernardo se encuentra en el Anexo M, mostrando el nivel de conocimiento que tenían acerca del Modelo.

En la siguiente tabla se encuentra la valoración cualitativa que utiliza el Modelo para definir un criterio de evaluación de los Subsistemas, componentes y elementos.

Tabla 2. Rangos de Interpretación

RANGO DE INTERPRETACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	
RANGO	**CRITERIOS**
Puntaje Total entre 0.0 y 2.0	Inadecuado
Puntaje Total entre 2.1 y 3.0	Insuficiente
Puntaje Total entre 3.1 y 4.0	Adecuado
Puntaje Total entre 4.1 y 5.0	Satisfactorio

Fuente: Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005

5.2 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000: 2005 EN EL HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA.

Para el Diseño e Implementación del Modelo Estándar de Control Interno se realizó una evaluación sobre la existencia o estado de desarrollo e implementación de cada elemento de Control

Teniendo en cuenta el resultado de la evaluación realizada sobre el Estado del control interno en el Hospital a través de la encuesta dada por la DAFP, se analizaron uno a uno los elementos existentes, considerando su calificación y determinado con ello, las falencias y necesidades, las cuales se tuvieron en cuenta para la implementación, buscando fortalecer y mejorar los elementos existentes y establecer los que hicieran falta.

5.2.1 Subsistema De Control Estratégico. Este subsistema permite planear y dirigir la práctica del control en la cotidianidad de las actividades de la entidad, estableciendo los parámetros necesarios para llevar a cabo los objetivos de cada una de las áreas y la misión institucional.

El Subsistema permite el Control al cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional del Hospital. Establece las bases necesarias para que el control sea una práctica cotidiana y corriente en la entidad; permite controlar la planificación y su acción, hacia la consecución de sus objetivos en forma eficiente y eficaz, con un claro sentido de cumplimiento a la finalidad social del Estado, y las necesidades de la comunidad o públicos que atiende, con el conjunto de recursos y capacidades internas en un todo coherente y armónico, a fin de mantener la entidad orientada hacia el cumplimiento de su propósito, permitiendo derivar tres (3) Componentes:

- AMBIENTE DE CONTROL
- DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
- ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

5.2.1.1 Componente Ambiente de Control.

- **Elemento Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.**

- **Planteamiento De La norma.** Según la ley 190 de 1995, en la que se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa y el Decreto 3622 de 2005, Art 7, el cual orienta a las entidades hacia la formación de valores de responsabilidad y vocación del servicio, de tal manera que se

promueva el interés general en la administración de lo público y la publicidad de las actuaciones de los servidores; así mismo, orienta hacia la prevención de conductas corruptas y la identificación de áreas susceptibles de corrupción.

Estos referentes éticos adicionalmente, favorecen y mantienen el AMBIENTE DE CONTROL en la medida en que fundamentan la coordinación de acciones necesarias para el logro de los objetivos de la entidad, al definir estándares de comportamiento frente a los grupos de interés, al orientar la toma de decisiones, al contribuir a la creación de una cultura organizacional dirigida al servicio de los intereses de la comunidad y demás grupos de interés, y al generar un clima de confianza propicio para el desarrollo de la sociedad. El consenso sobre Acuerdos Éticos, además, fortalece los valores civiles que se traducen en acciones compatibles con los deseos de convivencia, equidad, sostenibilidad ambiental y progreso.

ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS	Calificación

Los ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS, se convierten en una condición básica para la configuración de los demás elementos del Ambiente de Control, brindando las condiciones necesarias al desarrollo de la función administrativa del Hospital, establecer un clima organizacional favorable al ejercicio de su función constitucional y legal al establecer los compromisos éticos que soportan la gestión, al especificar las políticas y prácticas de gestión humana y al precisar el respaldo, la guía y la orientación que la alta dirección debe otorgar al Control Interno.

- **Diagnóstico**

1	¿Existe un Código o Documento orientador de los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	1.81
2	¿Conoce los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	1.10
3	¿Los Acuerdos Éticos operan en las relaciones con los funcionarios y con las diferentes partes interesadas internas y externas?	1.46
4	¿La Entidad tiene habilidad (herramientas) para detectar violaciones a los Acuerdos Éticos?	1.88

ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS	**1.56**	**Inadecuado**

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

El Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa posee un manual de Ética el cual no ha sido adoptado bajo resolución Nº 454 del 10 de enero de 2010, no posee la intervención de los servidores de la entidad y su respectiva actualización.

Este Manual constituye fundamentalmente un proceso de Autorregulación, cuyo fin es orientar de manera consensuada las actuaciones de los servidores públicos hacia la construcción de lo público, la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de toda la población y la generación de confianza. También fortalece el Autocontrol, en tanto capacita a los servidores públicos para tomar decisiones orientadas a enfrentar las situaciones inesperadas, basadas en los valores compartidos definidos institucionalmente.

Define reglas claras de comportamiento conocidas y aceptadas por todos, permite cumplir con los principios de Responsabilidad, Transparencia y Moralidad ya que la formalización en consenso de la manera en que se desarrolla la función administrativa de la entidad, garantiza en principio el cumplimiento de la constitución y la ley.

- **Metodología.** Como punto de referencia para el desarrollo de este elemento se toma como base los resultados obtenidos en el diagnóstico, creando una programación de actividades a desarrollar con el personal del Hospital estableciendo las necesidades de un Código de ética relacionando lo principios y valores de la entidad y los compromisos frente a los grupos de interés.

Estas actividades se desarrollaron en cada área del Hospital donde se le realizó al personal el taller de Acuerdos, Compromisos o Protocolos éticos dado por el DAFP, para identificar los principios y valores que deben tener los servidores del Hospital Integrado San Bernardo que orientan la gestión pública.

En el desarrollo de las actividades se utilizó el formato de Consolidación del Código de Ética el cual tuvo la aprobación por el Gerente Encargado Juan Pablo García y El Jefe de Control Interno.

Con los resultados obtenidos se construyó el Código de Ética revisado y aprobado por los grupos de trabajo del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 del Hospital.

Con este documento se efectúo la socialización a todos los servidores públicos de la entidad realizada en uno de los salones del segundo piso de las instalaciones del Hospital.

- **Elemento Desarrollo Del Talento Humano**

- **Planteamiento de la Norma.** El Hospital Integrado San Bernardo debe definir el compromiso con el Desarrollo del Talento Humano en cuanto a competencias, aptitudes, habilidades de cada uno de sus servidores públicos. Para ello se establecen políticas que estipulen la administración del talento humano para realizar los procesos de selección, inducción, reinducción, capacitación, bienestar social y evaluación del desempeño de los servidores públicos de la entidad.

Es un elemento de Control que define el compromiso de la entidad con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor. Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación y capacitación de los servidores públicos del Estado.

La formulación de políticas de DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO unida a la formalización de los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos, fortalece la capacidad institucional del hospital para responder de manera adecuada a las necesidades de la comunidad; prepara a la entidad para enfrentarse a un entorno cada vez más complejo, dinámico y hostil; facilita a los servidores del hospital la comprensión de los fines de la entidad y por lo tanto, hacerlos más competentes para cumplir con su propósito.

Estas políticas habilitan a los servidores públicos para generar los resultados esperados en procura del logro de la misión de la entidad, fundamentados en la comprensión de lo que se quiere de ellos y promoviendo el desarrollo de conocimientos y habilidades; adelantar de forma más innovadora.

- **Elemento Estilo De Dirección.**

- **Planteamiento de la norma.** Este Elemento de Control define la filosofía y el modo de administrar del gobernante o gerente público. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo el Hospital, para guiar u orientar las acciones hacia el cumplimiento de los objetivos que persigue la entidad y las entidades públicas en general. Su importancia radica en que los estilos de gestión orientan el día a día de la entidad pública, por lo tanto generan y soportan el clima organizacional que requiere el Control.

El estilo de dirección debe garantizar la concientización de una función administrativa orientada al servicio público, facilitar la comprensión de la dinámica organizacional y obtener el compromiso de sus servidores con el cuidado de lo público, la comunidad y los diferentes grupos de interés con los cuales interactúa.

Se concreta, cuando el nivel directivo acepta la responsabilidad por la orientación estratégica de la entidad hacia una administración eficiente y eficaz en procura de los fines esenciales del Estado;

Estilo de dirección desarrolla los principios de Responsabilidad y Transparencia, al sustentarse en la valoración y el respeto hacia el servicio público, la transparencia en la gestión y la capacidad de rendir cuentas, en el compromiso y responsabilidad del nivel directivo con el control y el cumplimiento de los ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS; de Moralidad, a través del compromiso decidido y constante de la Alta dirección por el cumplimiento de las normas constitucionales y legales propias de la entidad y orientar su hacer hacia el cumplimiento de los fines esenciales del Estado; los de Economía, Eficiencia y Eficacia, en tanto promulga y promueve políticas orientadas hacia la austeridad en el manejo de los recursos públicos, y hacia su adecuada orientación del servicio a los ciudadanos.

- **Diagnóstico.**

Tabla 3. Resultado de Elementos Estilos de Dirección.

	ESTILO DE DIRECCIÓN	Calificación
1	¿La alta dirección está comprometida con los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno?	2.63
2	¿Los directivos dan cumplimiento a las políticas y prácticas de Desarrollo del Talento Humano?	2.87
3	¿Las Directivas acatan los Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos de la Entidad?	2.32
4	¿La alta dirección se compromete con la asignación y uso mesurado y racional de los recursos?	3.46
5	¿La alta dirección cumple con los métodos, procedimientos, políticas y objetivos propios del Control Interno?	2.49
6	¿La alta dirección establece acciones a las recomendaciones provenientes de la Autoevaluación de la Gestión?	2.01

TOTAL ESTILO DE DIRECCIÓN	2.63	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

El resultado arrojado por el diagnóstico muestra la falta de un estilo de dirección encaminado hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales y los fines sociales del Estado.

No se evidencia y se Fija el tono que la alta dirección le imprime a la forma de administración de la entidad pública, al definir la manera como se coordinan las acciones necesarias para el logro de su propósito; donde se facilita la comprensión de la dinámica organizacional, su compromiso con la comunidad y con los diferentes grupos de interés; permitiendo enfrentar circunstancias imprevisibles y abrir nuevas posibilidades de acción necesarias para reorientar la situación hacia sus objetivos.

En este sentido, influye en la Autorregulación y difusión de los ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS pues el liderazgo, la motivación y el cumplimiento por parte del nivel directivo repercuten en la manera como éstos son acogidos por los demás servidores públicos. A su vez, la formalización del comportamiento ético de los funcionarios fija las pautas de comportamiento de los directivos, frente al cumplimiento de los propósitos de la entidad.

- **Metodología.** Según los requisitos exigidos por el DAFP, El Gerente del Hospital Integrado San Bernardo, con el objeto de dirigir sus acciones hacia el desarrollo y cumplimiento de los objetivos institucionales construyo un Código de Gobierno creando políticas para cumplir con los objetivos que el DAFP exige para este elemento.

Los temas que en los cuales se enfatizó el Código de Gobierno son:

DE LA ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ENTIDAD. Se realiza una inducción sobre la entorno del desarrollo del Hospital Integrado San Bernardo, sobre el consecución con la misión y la visión, el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Para definir las políticas con las cuales se maneja el Hospital se consignaron en el Código de Gobierno, donde se tuvieron en cuenta los siguientes temas

PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ENTIDAD

Dirección de la Entidad

Directivos y gerentes públicos

- Compromiso con los Fines del Estado
- Perfiles y Obligaciones de los Directivos de la Entidad

Relación con los Órganos de Control Externo

- Control Externo de la Entidad
- Compromisos con el Órgano de Control Administrativo y Político

PARA LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD

Sistema de desarrollo administrativo

- Compromiso con el Código de Ética
- Compromiso en la Lucha Anticorrupción

Gestión del recurso humano

Compromiso con la Protección y el Desarrollo del Talento Humano

Comunicación e información

- Compromiso con la Comunicación Pública
- Compromiso con la Comunicación Organizacional

RESPONSABILIDAD SOCIAL

Responsabilidad social con la comunidad

- Compromiso con la Comunidad
- Información y Comunicación con la Comunidad

CONTRATISTAS Y PROVEEDORES

Contratación pública

- Compromiso con la Finalidad de la Contratación Pública

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Control interno

- Compromiso frente al MECI

Riesgos

- Declaración del Riesgo

ADMINISTRACIÓN DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO:

Comités Para Las Buenas Prácticas En La Función Pública

- Comités Especiales y Disposiciones Comunes del hospital Integrado San Bernardo

Comité De Buen Gobierno

- Composición del Comité de Buen Gobierno, y Período de sus Miembros Perfiles de los Miembros del Comité de Buen Gobierno y Cumplimiento de sus Funciones y Atribuciones del Comité de Buen Gobierno

Comité De Ética

- Definición legal
- Funciones del Comité de Ética Relativas a los Conflictos de Interés

Indicadores De Gestión Del Código De Buen Gobierno

- Indicadores de Gestión

Adopción Vigencia, Divulgación Y Reforma Del Código De Buen Gobierno

- Vigencia del Código de Buen Gobierno
- Divulgación del Código de Buen Gobierno

Una vez realizado el Código del Buen Gobierno, fue divulgado ante los servidores del Hospital Integrado son Bernardo y adoptado bajo resolución.

5.2.1.2 Componente direccionamiento estratégico.

- **Elemento Planes Y Programas.**

- **Planteamiento De La Norma**. La Planeación en el Hospital, debe ser el paso inicial obligado de su gestión y constituye la base de su control estratégico, organizacional y operativo. Su ejercicio permite identificar, ordenar y armonizar de manera participativa y concertada las estrategias seleccionadas para alcanzar los objetivos y las metas.

Los planes y Programas son el Elemento de Control que permite modelar la proyección de la entidad pública a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos. Materializan las estrategias del Hospital Integrado San Bernardo establecidas para dar cumplimiento a su misión, visión y objetivos institucionales esperados en un período de tiempo determinado, asegurando adicionalmente los recursos necesarios para el logro de los fines de la entidad.

- **Diagnóstico.** El resultado arrojado por el diagnóstico refleja la falta de divulgación y socialización de los planes y programas que tiene la entidad para cumplir con la función constitucional y legal.

El Hospital Integrado San Bernardo cuenta con planes y programas proporcionados por el Departamento de Salud con cuales se definen los criterios y estrategias para el Diseño e Implementación en la entidad con base en exigidos por la Secretaria de Salud.

Tabla 4. Resultados del Elemento Planes y Programas

PLANES Y PROGRAMAS		Calificación
1	¿Elabora la entidad los Planes y Programas estratégicos y Operativos en cumplimiento de la normatividad existente?	3.09
2	¿Existe compromiso de la alta dirección con la ejecución de los planes y programas requeridos para el cumplimiento de la función constitucional y legal de la Entidad?	2.53
3	¿Conoce y está comprometido con los Planes y Programas pertinentes para el desarrollo de su función?	2.56
4	¿Los Planes y Programas son divulgados a los diferentes públicos internos y externos que tienen relación con la Entidad?	1.87

TOTAL PLANES Y PROGRAMAS	2.51	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Metodología.** Para llevar a cabo el diseño de Planes y Programas se tuvo en cuenta el Plan Estratégico de la Entidad, que es proporcionado por la secretaria de Salud, este Plan es un instrumento que rige la planificación de la entidad teniendo en cuenta la visión, la misión, los objetivos estratégicos, metas, sectores de inversión y los recursos necesarios que convierten los lineamientos estratégicos en acciones específicas para la gestión.

Elemento Modelo De Operación Por Procesos.

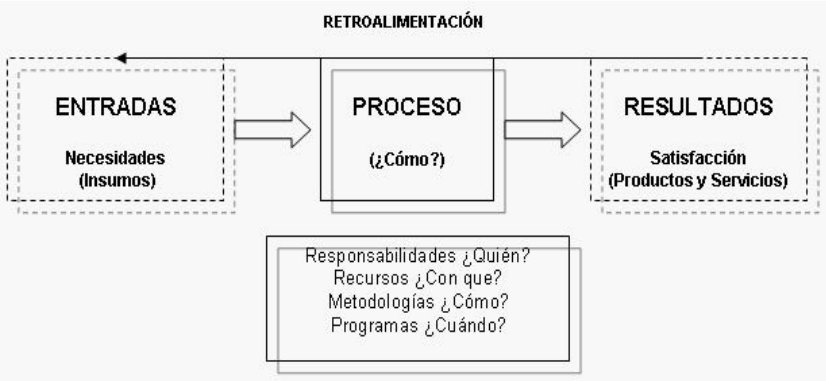
- **Planteamiento de la Norma.** El Modelo de operación contribuye al cumplimiento del Componente DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO, al clarificar las acciones básicas sobre las cuales enfocarse para mantener al Hospital alineado con sus propósitos, las necesidades de la comunidad o públicos que atiende. Adicionalmente, facilita la definición de una ESTRUCTURA

ORGANIZACIONAL eficiente, que permita coordinar y mantener bajo control cada uno de los macroprocesos y procesos, a fin de obtener de ellos productos y/o servicios que satisfagan las expectativas de la ciudadanía y de los grupos de interés.

Es el elemento de Control que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, armonizando con visión sistémica la función, misión y visión institucional con los componentes corporativos que la conforman los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto, factor clave para su ejecución, garantizan una ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

La evaluación de los procedimientos u operaciones de la entidad arrojaba resultados del desarrollo de las actividades puntuales de cada área, interpretando la eficiencia como una medida relativa de tiempo aplicada a la actividad o tarea realizada por cada persona responsable del resultado de la actividad desarrollada o servicio, desconociendo el desarrollo de las actividades como una interrelación de todas las actividades realizadas en las áreas que están encaminadas a la consecución de un objetivo común.

Figura 5. Enfoque Basado en Procesos.



Fuente: Guía Implementación Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Según los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno, el **MODELO DE OPERACIÓN** por Procesos permite administrar la entidad como un todo, definir las actividades que agregan valor, trabajar en Comité y disponer de los recursos necesarios para su realización. Centra los esfuerzos organizacionales en las necesidades de los grupos de interés, la apertura al entorno, la flexibilización, la centralización, la desconcentración de funciones, la participación comunitaria y la transparencia en la gestión.

La operatividad de este elemento de control se afianza promoviendo la adopción del enfoque basado en procesos a través de la ley 872 de 2003, este enfoque se basa en la comprensión del proceso como el conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, y las cuales trasforman elementos de entrada en resultados la interacción de las actividades necesarias, complementarias y delimitadas conforman un proceso dinámico de alimentación y retroalimentación entre las diferentes áreas del Hospital y con la propiedad de evaluarse de manera general y por la consecución del objetivo principal del proceso.

- **Diagnóstico.** Se evidencia en el análisis del Elemento de operación por Procesos que el Hospital San Bernardo de Barbosa no cuenta con un manual claramente definido e identificado de procedimientos ya que el existente se limita

a analizar, caracterizar y Documentar las actividades propias de cada área sin definir claramente las entradas y las salidas del procedimiento y mucho menos la interacción de estas actividades entre áreas, es decir se entendía el procedimiento y a su vez el proceso como una actividad independiente y aislada de cada área.

Para el diagnóstico se utilizó el formato propuesto por en el manual de implementación del MECI, los resultados se encuentran a continuación:

Tabla 5. Resultado del Elemento Modelo de Operación por Procesos.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS		**Calificación**
1	¿La Entidad basa su gestión en un Modelo de Operación por Procesos?	1.40
2	¿El Modelo de Operación contiene la definición de macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo?	3.28
3	¿Existe armonía entre los objetivos de los macroprocesos con el conjunto de Planes y Programas que rigen a la Entidad?	2.63

TOTAL MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	**2.44**	**Deficiente**

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

El resultado que obtuvieron los servidores del Hospital Integrado San Bernardo sobre el elemento de control Modelo de Operación por Procesos, arroja una calificación de **2.44** que según el Modelos Estándar de Control Interno obtuvo una calificación **DEFICIENTE,** esta es la evidencia clara de que no existe un enfoque basados procesos dentro del Hospital.

- **Metodología.** Según los resultados obtenidos en el diagnóstico del elemento, se desarrolló un plan de trabajo con el cual se busca identificar y caracterizar los procesos de la entidad, clasificándolos según su papel en la obtención de los objetivos y el cumplimiento de la misión de la entidad, permitiendo la construcción del mapa de procesos de la entidad, definiendo claramente los procesos involucrados y su interacción.

La denominación de Macroprocesos en el hospital Integrado San Bernardo se da por ser la manera más general de agrupar el mayor número de procesos o actividades que se ejecutan para alcanzar un mismo fin, o la generación de servicios específicos.

Según su propósito el Hospital clasifico en 3 grupos para lograr una mayor identificación y desempeño en el cumplimiento de sus funciones: Estratégicos, Misionales y de Apoyo, como lo establece el MECI.

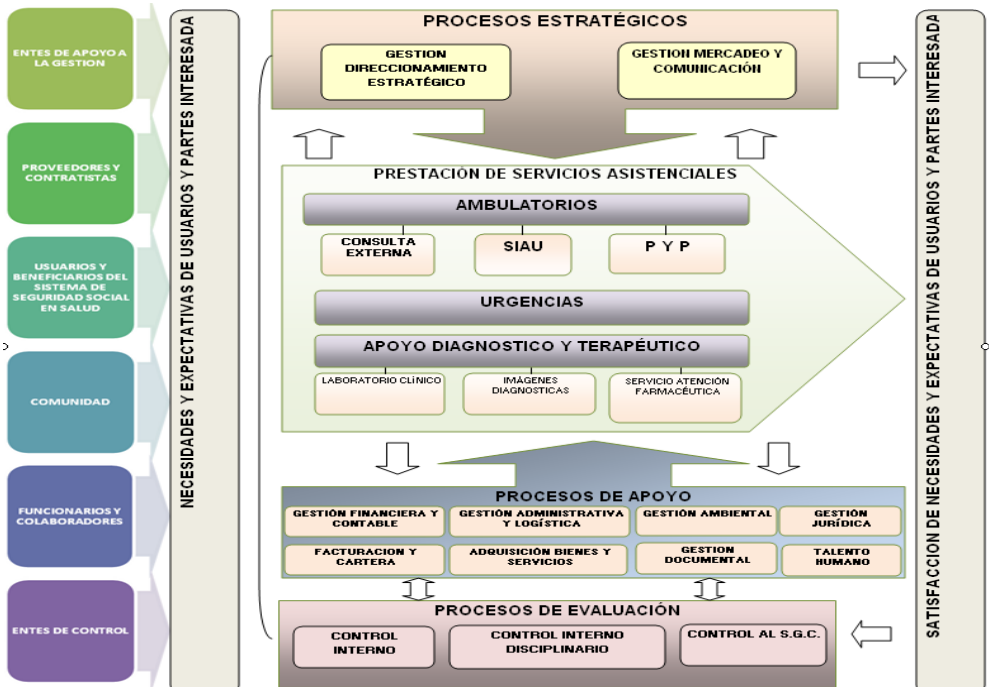
La identificación de los Macroprocesos Estratégicos, Misionales y del Apoyo de permitieron en la entidad, definir su Cadena de Valor entendida ésta, como el conjunto de procesos fundamentales al logro de su función básica y de su misión. Esta Cadena de Valor, constituye el punto de partida de una gestión por procesos.

La interacción de estos Macroprocesos Misionales con los Estratégicos y de Apoyo, permite establecer la estructura general del MODELO DE OPERACIÓN de con el cual operara el Hospital, el cual deberá contener los Macroprocesos definidos, los procesos y subprocesos identificados, las actividades que los conforman y las tareas necesarias a ejecutar dichas actividades. Igualmente el Modelo de Operación debe contener las relaciones que se dan entre los diferentes procesos, actividades y tareas organizacionales que garanticen la coordinación de actividades necesarias para generar los resultados, bienes y servicios que son propios de la función de la entidad pública.

El Proceso de gestión de la calidad no se caracterizó debido a que debe obedecer y documentarse de acuerdo a la estructura del sistema de gestión de la calidad que se diseñe dentro del Hospital.

Con los procesos identificados se consolidó el mapa de procesos de la entidad en reunión con el nivel directivo del Hospital Integrado San Bernardo en donde además se establecieron los responsables, definió cada uno de los procesos y se identificaron los procedimientos pertenecientes a cada uno de los procesos.

Figura 6. Mapa de Procesos Hospital Integrado San Bernardo



Fuente: Secretaría Departamental de Salud.

Para la recaudación de la información se diseñó un modelo con el fin de contextualizar los responsables de cada proceso, identificar las entradas y las salidas, las actividades de cada proceso y su procedimiento, el alcance y el objetivo; con el fin de interrelacionar cada área de la entidad.

Tabla 6. Caracterización de Procesos.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA

TITULO DE PROCESO

1.

PROCESO	
PROCEDIMIENTO	
OBJETIVO	
ALCANCE	
RESPONSABLE	

PLANEAR
•

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE QUE EJECUTA	SALIDA	CLIENTE	DOCUMENTO
I						

N°	TAREAS	RESPONSABLES		PROVEEDORES	PUNTO DE CONTROL	REGISTROS	CLIENTES
		AREA	CARGO				

Fuente: Oficina Control Interno - Gerencia Hospital San Bernardo.

Como se puede observar en el formato de caracterización las actividades correspondientes al verificar y el actuar; de tal razón se construyó, caracterizó documentó y adoptó el enfoque basado en procesos al interior del Interior del hospital Integrado San Bernardo (Ver anexos U al A.B)

- **Elemento Estructura Organizacional.**

- **Planteamiento De La Norma.** El modelo estándar de control interno mediante el elemento de estructura organizacional, pretende modernizar las estructuras de las entidades, definiendo jerarquías necesarias para los entes y de esta manera armonizar y establecer las funciones y responsabilidades de los servidores públicos, logrando estructuras más planas y flexibles, que permitan adaptarse de manera eficaz y efectiva a los cambios políticos, sociales y económicos del entorno en el que se desenvuelven.

Con el fin de facilitar la adopción de este elemento el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP emitió la guía de modernización de entidades públicas que junto con la guía de estudio de cargas de trabajo y los instructivos de adecuación de manuales de funciones para los entes nacionales y territoriales, logra mejorar y optimizar la eficiencia y efectividad de las estructuras de las entidades públicas, aportando nuevos elementos como las competencias comunes para los servidores públicos.

- **Diagnóstico.** La Estructura Organizacional está compuesta por la estructura u organización interna de la entidad, por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales; se define a partir de los procesos y procedimientos que conforman el Modelo de Operación y que permiten cumplir los objetivos institucionales.

El Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa cuenta con una estructura organizacional que permite el logro de los objetivos misionales de la entidad y define de manera clara y precisa sus niveles jerárquicos, basándose en las necesidades del Hospital, los requerimientos de la Secretaria de Salud y las necesidades de la comunidad creando una cultura de mejoramiento continuo.

Cuenta con un manual de Funciones donde se encuentra definido el perfil década cargo, las exigencias y requerimientos de cada cargo de la, sin embargo los cambios que pudieran realizarse y que son necesarios en el manual de funciones, la estructura organizacional y la planta de personal, constituye a que existían cargos los cuales ya no existían dentro de la entidad, pero aún se encontraban dentro del manual de funciones y su organigrama.

Los resultados obtenidos en la encuesta practicada para el diagnóstico son una clara muestra de los aspectos mencionados anteriormente.

Tabla 7. Resultados del Elemento Estructura Organizacional.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL		Calificación
1	¿Existe coherencia y armonía de la estructura organizacional con el Modelo de Operación por procesos de la Entidad?	2.63
2	¿Existen manuales que detallen actividades (secuenciales), competencias y niveles de responsabilidad que se requieren para el ejercicio de cada uno de los cargos?	2.88
3	¿La Estructura Organizacional permite y facilita el cumplimiento de los objetivos contenidos en los Planes y Programas de la Entidad?	2.29
4	¿La Estructura Organizacional está adaptada a las necesidades cambiantes del entorno y evaluación contigencial de los aspectos externos (estabilidad, complejidad, diversidad y hostilidad)?	3.68

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	2.87	Deficiente

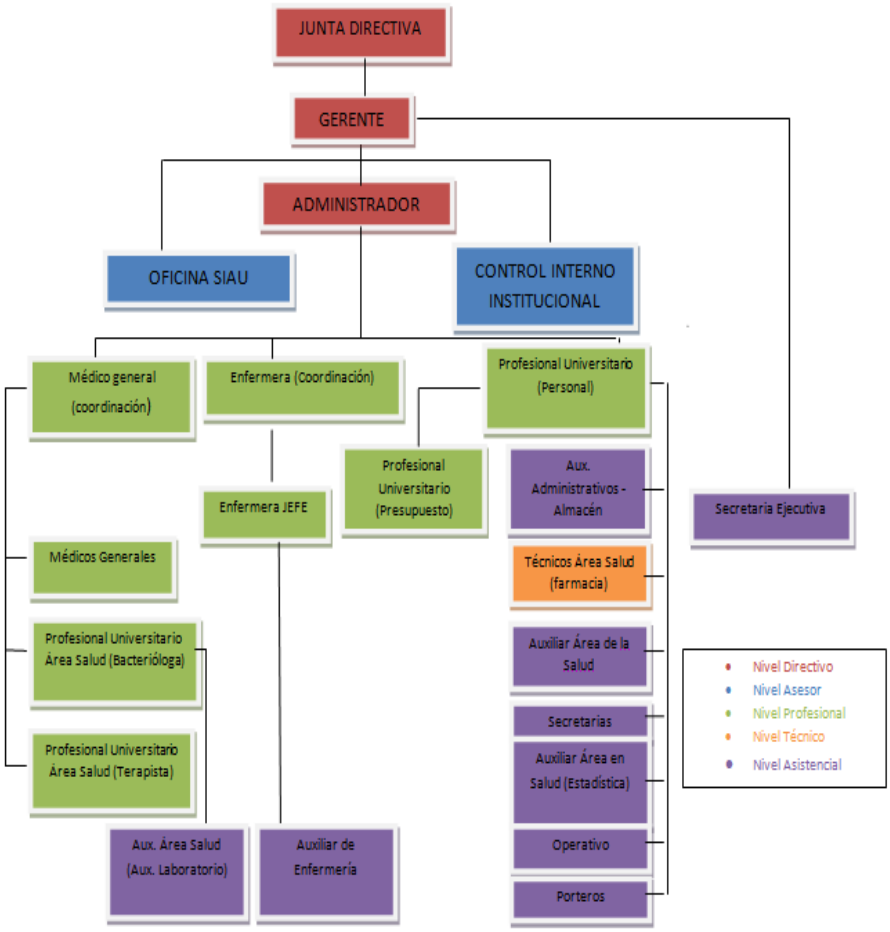
Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

La tabla anterior confirma que no existe una percepción favorable sobre el elemento estructura organizacional, evidenciado en su calificación, siendo esta deficiente.

- **Metodología.** Para el desarrollo del elemento estructura organizacional dentro de la entidad, se ajustaron esfuerzos en la adecuación del manual de funciones, buscando la adaptación a la ley 785 de 2005, ajustando además los requisitos de formación y experiencia, así como los cargos, las funciones desactualizados y los niveles de responsabilidad, donde cumpliera con los objetivos institucionales según la guía emitida por el DAFP, ajustando de manera más efectiva la planta de personal.

-

Figura 7. Estado Actual de la Estructura Hospital Integrado San Bernardo



Fuente: Hospital Integrado San Bernardo.

Según esa decisión se estableció como metodología la Estudio de cada cargo para analizar cada perfil para mejorar la información correspondiente a las funciones que se adelantan actualmente en la entidad, con esa base se logró constituir las funciones correspondientes a cada cargo, además de contribuir a la definición de los requisitos del cargo.

Dentro del Manual de Funciones del Hospital adicionan nuevos elementos como criterios de desempeño, establecidos para cada nivel y los cuales se clasifican en criterios de **calidad**, criterios de **desarrollo humano** y criterios **operativos**, estos

facilitaran la evaluación de los funcionarios sobre tres aspectos diferentes y necesarios en el cumplimientos de sus responsabilidades, además de los conocimientos básicos y el propósito estratégico de cada cargo.

El manual se presentó según el formato propuesto por el DAFP en el instructivo de adecuación de manuales funciones, acogiendo los cambios y aportes hechos por la dirección de la entidad. (Ver anexo A.F)

5.2.1.3 Componente Administración Del Riesgo.

- **Elemento Contexto Estratégico.**

- **Planteamiento de Norma.** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse, permiten al Hospital evaluar aquellos eventos negativos, tanto interno como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la Entidad autocontrolar.

Para la implementación del componente Administración del Riesgo, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el manual de implementación, conociendo los avances que manifiesta la Entidad respecto de la administración del riesgo, siendo fundamental efectuar un diagnóstico a este componente para identificar las falencias de acuerdo a los requisitos del modelo estándar.

- **Diagnóstico.**

Tabla 8. Resultados del Elemento Contexto Estratégico.

	ANÁLISIS DEL RIESGOS	Calificación
1	¿Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (mapa de procesos) de la Entidad?	2.22
2	¿Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos?	2.53
3	¿Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Entidad?	2.75

TOTAL ANÁLISIS DE RIESGOS	2.50	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Este diagnóstico se refiere a una revisión interna de cada una de las situaciones, acciones, documentos, comportamientos, relaciones y actividades de control; que constituyen los elementos de control del componente Administración del Riesgo.

Este elemento de control obtuvo un puntaje total de 2.50, este rango de puntaje, está dentro del criterio de Deficiente.

La valoración de las afirmaciones relacionadas con el Contexto Estratégico, expresan que la mayoría de los responsables de las dependencias de la organización, no cuentan con un referente conceptual respecto del contexto estratégico de la Entidad.

Este referente ha permitido identificar de manera general las situaciones que afectan la organización y sus potencialidades; al igual que las oportunidades y amenazas que podrían incidir en la gestión institucional.

La valoración que se le ha otorgado a este elemento de control, se constituye en un insumo fundamental en el proceso de implementación, pues la entidad no conducía a la elaboración o correcta contextualización de la entidad ante sus

realidades externas e internas, que nos facilitará las identificación, análisis y valoración de los riesgos.

- **Metodología.** El diagnóstico se elaboró a partir de una encuesta de opinión aplicada a servidores públicos del hospital Integrado San Bernardo, el procedimiento para determinar el tamaño de la muestra, se hizo teniendo en cuenta la participación de todas las áreas de la organización y de aquellos servidores que tienen responsabilidad en la gestión de los procesos.

Aprovechando el análisis tanto interno como externo que se hizo para el desarrollo del elemento planes y programas dentro del Hospital, diseñado y desarrollado según el modelo propuesto por el DAFP, se consolido el contexto estratégico a través de un análisis concreto de la Entidad y su estado frente a la comunidad, que permitió definir unos lineamientos hacia la formulación de las políticas de administración de riesgos.

En la elaboración de los análisis internos y externos realizados al interior de la entidad, se involucró a todos los funcionarios que desarrollan participan activamente en el desarrollo de procesos del hospital Integrado San Bernardo, fomentando en esta una cultura de participación que permite la construcción de elementos más fuertes.

- **Elemento Identificación De Riesgos.**

- **Planteamiento De La Norma.** Este elemento de Control, posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la Entidad, que ponen en riesgo el logro de su Misión estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia. Mediante la metodología propuesta por DAFP en la

guía de administración de riesgo[4], se busca identificar y ponderar de acuerdo a su peligrosidad los riesgos asociados a las operaciones de la entidad, llevando a los funcionarios a medir los riesgos por su frecuencia e impacto, donde por medio de esta manera la posibilidad alcanzar los objetivos misionales de la entidad.

Para la norma MECI es indispensable tener en cuenta que para el desarrollo del elemento de identificación de riesgos se toma como referencia el componente de direccionamiento estratégico diseñado y desarrollado por la entidad con el fin de determinar los factores que afecten el cumplimiento de la misión.

- **Diagnóstico.** Como resultado de la encuesta de opinión aplicada a este elemento de control, se obtiene un puntaje total de 2.42 que expresa un criterio deficiente. Esto se puede explicar, en la consideración que la mayoría de los servidores de la Entidad, tiene respecto de las actividades que se han generado al interior de la organización para la identificación de los riesgos; pues su valoración es deficiente. (Tabulación de la tabla anexa).

Esto se manifiesta, en que en la organización no se ha documentado la identificación de los riesgos, ni se han generado espacios de concertación para el mismo propósito.

Por otra parte, se evidencio un total desconocimientos de las clases de riesgos presentes e incluso del mismo concepto de riesgo, lo que también imposibilitaba la identificación de estos, desconociendo de esa forma sus causas y efectos para la entidad.

Tabla 9. Resultados del Elemento Identificación de Riesgos.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	Calificación

[4] Guía de Administración de Riesgo, versión 2006 DAFP

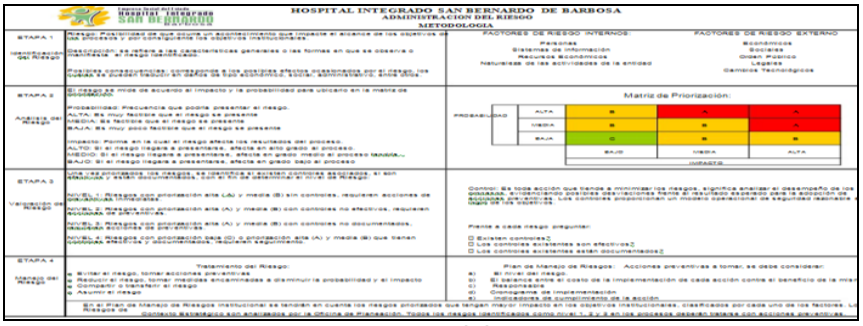
1	¿La metodología de Identificación de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Entidad?	2.00
2	¿Se describen adecuadamente cada uno de los riesgos que afectan el desempeño de los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades?	2.74
3	¿Se definen en forma precisa los efectos de cada riesgo en el Modelo de Operación (mapa de procesos) donde éste podría materializarse?	2.56
4	¿Se identifican y describen de forma precisa las causas de los riesgos?	2.37
TOTAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	**2.42**	**Deficiente**

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Metodología.** Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el diagnóstico, se realizó la construcción de un plan de trabajo donde se incluirán desde la capacitación en el tema de riesgos hasta su identificación, por parte de los funcionarios involucrados y responsables de los procesos establecidos en el mapa de procesos del Hospital Integrado San Bernardo.

En la reunión se reunión que se sostuvo con Gerencia y Administración para la modificación del mapa de procesos, se definió y estableció que se identificarían los riesgos (ver anexo) de forma equivalente a la caracterización de los procesos, logrando una mayor eficiencia en la recolección de información.

Figura 8. Metodología Administración del Riesgos Hospital Integrado San Bernardo.



Fuente: Autoras del Proyecto

Seguido se identificaron los riesgos de cada uno de los procesos caracterizados, mediante el formato diseñado que se muestra en la tabla 14 para tal fin, según la guía. Hace parte de este formato la descripción del riesgo, su causa y efecto y una matriz adicionada y creada para recolectar información útil para el desarrollo del elemento de valoración de riesgos y el elemento controles.

Tabla 10. Identificación de riesgos para el Hospital Integrado San Bernardo.

¿QUE RIESGOS PERCIBES?							CONTROLES		
CAUSA (Factores internos y externos)	RIESGO (DESCRIPCION)	EFECTO (consecuencias)	FRECUENCIA		IMPACTO			si	no
Negligencia, falta de formación y experiencia, ausencia de profesionalismo	Emisión de un concepto erróneo o no ajustado a la legalidad.	Generar desconfianza hacia la entidad.	1	ALTA	1	CATASTROFICO	1. ¿Los controles están documentados?	x	
			2	MEDIA	2	MODERADO	2. ¿Se están aplicando en la actualidad?	x	
			3	BAJA	3	LEVE	3. ¿Es (son) efectivo(s) para minimizar el riesgo?	x	

Fuente: Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Elemento Análisis De Riesgos.**

- **Planteamiento de la Norma**. Este elemento de Control, permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la Entidad para su aceptación y manejo. Para el análisis de riesgos la norma se basa en dos aspectos, la calificación y evaluación del riesgo, de esta manera se determina cada uno de los riesgos que se encuentran de la entidad, donde se puedan clasificar y determinar acciones preventivas, correctivas encaminadas a sus controles.

La calificación para los riesgos según el planteamiento de la norma MECI 2005 es su clasificación según su probabilidad de ocurrencia y el impacto de este en la entidad, determinar estas calificaciones permitirá evaluar la clase de riesgo donde

se puede identificar según su clasificación (aceptables, tolerables, moderados, importantes e inaceptables)[5] de esta manera se podrá establecer el grado de exposición de la entidad al riesgo.

- **Diagnóstico**. El elemento de control Análisis de Riesgos obtuvo como puntaje total 2.50 ubicado en el rango 2.1 y 3.0 expresando un criterio deficiente. El resultado consolidado de la encuesta de opinión sobre este elemento, es el reflejo de la valoración otorgada por los servidores encuestados, al elemento de control, Identificación de riesgos.

Es importante señalar, que en la totalidad de los servidores de la organización, existe la inquietud sobre el análisis de riesgos, a pesar de que se hace de manera informal. El concepto de riesgos se ha presentado en la organización, el cual no ha sido interiorizado por algunos servidores, pues el puntaje sobre esta afirmación se valora con un criterio de deficiente.

Tabla 11. Resultados del Elemento Análisis de Riesgo.

	ANÁLISIS DEL RIESGOS	Calificación
1	¿Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (mapa de procesos) de la Entidad?	2.22
2	¿Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos?	2.53
3	¿Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Entidad?	2.75

TOTAL ANÁLISIS DE RIESGOS	2.50	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Por otra parte la inexistencia del mapa de riesgos de la entidad no permitía el análisis de su frecuencia e impacto, y mucho menos de su evaluación y clasificación según su peligrosidad, lo que limitaba la generación de acciones

[5] Manual de implementación MECI 1000:2005, DAFP

encaminadas a mitigar o disminuir el grado de exposición de la entidad ante estos riesgos, hasta el punto de solo generar acciones correctivas[6].

El de Análisis de riesgos que es deficiente, deja clara la falta de cultura que tenia la organización hacia la mejora continua y hacia la prevención de sus riesgos, haciéndola más vulnerable a los diferentes factores que intervienen en su continua operación.

- **Metodología.** Para el análisis de los riesgos de Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa se definieron tres eventos de ocurrencia dentro de la entidad, según la guía de administración de riesgos emitida por el DAFP, probabilidad BAJA, MEDIA o ALTA, este método de clasificación cualitativo de probabilidad, además permite simplificar su evaluación, al elegir cualquiera de las medidas establecidas.

- Probabilidad Baja:
- Probabilidad Media:
- Probabilidad Alta

Se determinó utilizar como medidas de calificación de las consecuencias de los riesgos identificados, unas escalas cualitativas de tres posibles efectos, que son leves moderadas y catastróficas:

- Impacto Leve:
- Impacto Moderado:
- Impacto Catastrófico:

[6] Las acciones correctivas a las que se refieren los autores no son parte del sistema de gestión de la calidad de la entidad, ya que no se lleva un registro o un método de controlarlas.

Estas dos medidas permiten la calificación y la evaluación de los riesgos donde se encuentra definidas en una matriz de calificación adoptada para tal fin, la cual aporta la información necesaria, la adecuación y elaboración del mapa de riesgos de la entidad, también permite identificar los riesgos según su grado de peligrosidad, para generar un tratamiento de mayor eficacia, eficiencia y efectividad.

Tabla 12. Matriz de calificación y evaluación de riesgos.

FRECUENCIA	Valor	IMPACTO		
		Leve	Moderado	Catastrófico
		5	10	20
Alta	3	15-Moderado	30-Importante	60-Inaceptable
Media	2	10-Tolerable	20-Moderado	40-Importante
Baja	1	5-Aceptable	10-Tolerable	20-Moderado

Fuente: Guía Administración de Riesgos

- **Elemento Valoración Del Riesgo.**

- **Planteamiento de la Norma.** Este elemento de Control que permite determinar el nivel o grado de exposición de la Entidad a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

Se valoraron los riesgos por cada proceso identificando los controles para prevenir la probabilidad de ocurrencia, verificando los controles existentes y su efectividad, definiendo acciones de mejora para reducir el riesgo y elaboración mapa de riesgos.

La norma MECI 2005 plantea en su elemento de valoración riesgos una de las tantas técnicas de categorización de riesgos según “el grado de exposición de la entidad al impacto de estos”[7], de esta manera se pueden tomar decisiones a nivel

[7] Manual de implementación MECI1000: 2005

estratégico de la entidad, para priorizar según su valoración “las acciones tendientes a evitar, reducir, dispersar o transferir el riesgo”[8].

- **Diagnóstico.** El elemento de control Valoración de Riesgos obtuvo como puntaje total 3.03 expresando un criterio satisfactorio.

El resultado consolidado de la encuesta de opinión sobre este elemento, es el reflejo de la valoración otorgada por los servidores encuestados, al elemento de control, Valorización del Riesgo, la percepción de los funcionarios públicos de todas las áreas del hospital Integrado San Bernardo es agradable, es importante señalar, que en la totalidad de los servidores de la organización, existe la inquietud sobre el análisis de riesgos, a pesar de que se hace de manera informal, haciéndose evidente en el diagnóstico realizado sobre este elemento, que obtuvo una calificación de Satisfactorio, como se puede observar en la mostrada a continuación.

Tabla 13. Resultados del Elemento Valoración del Riesgo.

	VALORACIÓN DEL RIESGO	Calificación
1	¿La metodología de Valoración de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación (mapa de procesos) de la Entidad?	3.02
2	¿Existe coherencia entre los criterios utilizados para priorizar los macroprocesos, procesos, subprocesos, actividades y sus respectivos riesgos?	2.95
3	¿La Valoración de Riesgos favorece el cumplimiento de objetivos de los demás elementos constitutivos del componente Administración de Riesgos?	3.12

TOTAL VALORACIÓN DE RIESGOS	3.03	Satisfactorio

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

[8] Manual de implementación MECI1000: 2005

- **Metodología**. Según la guía de administración de riesgos emitida por el DAFP[9] al posteriormente del análisis de los riesgos, se procedió a realizar la valoración de estos donde en base de la información recolectada en la identificación de riesgos, se analizaron los controles para los riegos identificados, aprobando los controles existentes o creando nuevos controles verificando el cumplimiento de estos, la eficacia y efectividad para la minimización de los riesgos presentes en el Hospital.

Tabla 14. Criterios y Valoración del Riesgo.

CRITERIOS	VALORACION DEL RIESGO
No existen controles.	Se mantiene el resultado de la evaluacion antes de controles.
Los controles existentes no son efectivos.	Se mantiene el resultado de la evaluacion antes de controles.
Los controles existentes son efectivos pero no estan documentados.	Cambia el resultado a una casilla inferior de la matriz de evaluacion antes de controles(el desplazamiento depende de si el control afecta el impacto o la probabilidad).
Los controles son efectivos y estan documentados.	Pasa a la casilla inferior (el desplazamiento depende de si el control afecta el impacto o la probabilidad.)

Fuente: Guía Administración de Riesgos emitida por el DAFP

Con el análisis de estos elementos se identifican los procesos y los riegos asociados a las actividades del Hospital, las acciones encaminadas a su manejo, así como también se identifican los riesgos de mayor impacto para la entidad con el fin de generar controles que disminuyan su consecuencia.

- **Elemento Políticas De Administración De Riesgos.**

- **Planteamiento de la Norma.** La implementación de los cuatro primeros elementos se materializó con el Mapa de riesgos Institucional adoptado mediante y con el Plan de Manejo de los Riesgos se consolidan las políticas para el control de los factores y agentes que pueden originar situaciones de afectación, por tanto con la adopción de este Plan se concluye la fase de implantación del componente

[9] Guía Administración del Riesgo, Versión 6, DAFP

Administración de Riesgos, dando paso al mejoramiento continuo que debe acompañar todo proceso de desarrollo.

La definición de políticas de administración de riesgos es un elemento que se desprende de la alta dirección de la entidad, esta asume de esta manera su responsabilidad y compromiso en la definición de reducir, compartir y asumir los riesgos identificados, analizados y valorados dentro de las entidades, teniendo en cuenta que estas acciones deben ser factibles en aspectos jurídicos, económicos, políticos y sociales, originando controles de alta confiabilidad que no ocasionen riesgos de mayor peligrosidad para la entidad.

- **Diagnóstico.** La identificación, análisis y valoración de riesgos del hospital Integrado San Bernardo se refleja en la calificación en el desarrollo del Diagnóstico, dado que para el desarrollo de políticas de administración de riesgos es estrictamente necesaria que los componentes anterior se encuentran bien desarrollados y adoptados en la entidad, que permiten con la información aportados os por ellos, se forman y estructuran criterios encaminados a la protección de la entidad.

La baja percepción de servidores del Hospital Integrado San Bernardo obtenida en el diagnóstico inicial, demuestra su total desconocimiento hacia la prevención y el tratamiento de los riesgos presentes en el desarrollo de sus actividades.

Tabla 15. Resultado del Elemento Política de Administración de Riesgos.

POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		Calificación
1	¿Las Políticas de Administración de Riesgos son coherentes con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Entidad?	3.02
2	¿Las Políticas de Administración de Riesgos se adaptan a las características y naturaleza de la Entidad y contemplan los posibles riesgos a que puede estar sujeta su gestión?	2.95

3	¿La alta dirección está comprometida con la definición y acatamiento de las Políticas de Administración de Riesgos?	3.12
4	¿Las Políticas de Administración de Riesgos se aplican en todos los niveles y por parte de todos los Servidores Públicos de la Entidad?	3
5	¿Existen parámetros que obligan a la revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos y su adaptación a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	2.63

TOTAL POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	**2.82**	**Deficiente**

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Metodología.** Para la formulación de las políticas de administración de riesgos se tuvieron la ubicación de los riesgos dentro de la matriz de calificación y evaluación de riesgos, además de su valoración, priorizando los riesgos de mayor impacto y probabilidad y estableciendo planes de contingencia para los riesgos alta peligrosidad. (Ver anexo AE)

Dentro de la elaboración de las políticas se definieron aspectos según la guía de administración de riesgos como son “los objetivos, las estrategias a corto, mediano y largo plazo, los riesgos que se van a controlar, los recursos, responsables y el personal requerido para desarrollar las acciones encaminadas a minimizar el riesgo”

5.2.2 Subsistema De Control De Gestión. Este componente se definió las **Actividades de Control** necesarias para integrar las políticas generales a la operación sistémica de cada uno de los once procesos de la entidad. El resultado ha sido optimización de recursos y logro de resultados, determinados a través de indicadores adecuados para cada uno de los objetivos corporativos. En este subsistema es necesario establecer la interrelación de éste con el modelo de

operación, dado que resulta indispensable integrar y armonizar su funcionamiento, en busca de garantizar su fortalecimiento y evolución dinámica, logrando acercase cada vez más a una cultura de eficiencia y eficacia en la obtención de los objetivos misionales de la entidad.

Dentro del desarrollo de este subsistema se establecen actividades diseñadas y orientadas hacia controlar y dirigir las operaciones de la entidad, establecidas dentro del componente actividades de control. Los productos obtenidos en el desarrollo de este componente, comprometen a todos los servidores de la entidad con el autocontrol de las actividades realizadas dentro de los procesos a los cuales pertenecen cada uno de ellos, representando para la entidad una operación con mayor eficiencia, eficacia y efectividad, conduciendo al alcance de los objetivos propuestos y al cumplimiento de su misión.

5.2.2.1 Componente actividades de control.

- **Elemento Políticas De Operación.**

- **Planteamiento de la Norma.** Elemento de Control que establece las guías de acción que permiten la implementación de las estrategias, definiendo los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas y proyectos previamente definidos. Las Políticas de Operación, establecen así mismo las acciones y mecanismos asociados a los procesos que permite prever los riesgos, que pueden inhibir el cumplimiento de las metas y sus resultados; definen los parámetros de medición el desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad la ejecución. De esta manera la norma plantea la necesidad de garantizar el correcto desarrollo de los procesos, asegurando su continuo funcionamiento a través de unos lineamientos generales, enfocados en la

consecución de los objetivos de los procesos y delimitados por la responsabilidad de los funcionarios involucrados en su desarrollo, estos lineamientos que se definen basándose en los componentes de direccionamiento estratégico y administración del riesgo se traducen en las políticas de operación de los procesos.

- **Diagnóstico.** El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Políticas de Operación, arroja una calificación de 2.21 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es deficiente, debido a que no existía un enfoque basado en procesos dentro de la entidad, por lo tanto no tenía los lineamientos para el autocontrol de las operaciones y este enfoque lo demuestra en el diagnostico al obtener esa calificación.

Tabla 16. Resultado del Elemento Políticas de Operación.

	POLÍTICAS DE OPERACIÓN	Calificación
1	¿Existe coherencia entre las Políticas de Operación y las Políticas de Administración de Riesgos?	2.43
2	¿Conoce, entiende y desarrolla las Políticas de Operación?	2.46
3	¿Las Políticas de Operación son aplicadas en todos los niveles y por parte de todos los servidores de la Entidad?	1.79

POLÍTICAS DE OPERACIÓN	2.21	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Para garantizar la efectividad y el cumplimiento de lo establecido por el Modelo [10] se debe crear un planteamiento y buscar una serie de estrategias para que los servidores de la entidad logren adaptarse y encontrar el cambio que conlleva a la implementación de este elemento.

[10] Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Metodología.** En el desarrollo de las Políticas de Operación del Hospital Integrado san Bernardo se siguió el lineamiento exigidos por el DAFP[11] teniendo en cuenta los elementos pertenecientes a los componentes de direccionamiento estratégico y de administración de riesgos, sobre esta base se plantearon junto a los responsables de cada proceso, para asegurar una mayor eficiencia de las operaciones y de los controles diseñados para la gestión de los procesos.

- **Elemento Procedimientos.**

- **Planteamiento de la Norma**. Dentro del Hospital los procedimientos son el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la entidad. Establece los métodos para realizar las tareas, la definición de los perfiles de los cargos necesarios a su realización, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades estas y a su vez llevan a alcanzar el objetivo propuesto en estos. Los procedimientos contienen de forma secuencial, detallada, clara y especifica las tareas desarrolladas por los distintos funcionarios que intervienen, sean estos de la misma o de diferentes dependencias o áreas de la entidad.

La caracterización de los procesos pretende mostrar de manera más detallada y específica los actores externos o internos involucrados en el desarrollo de las tareas definidas en cada uno de los procedimientos, como también los registros originados y los controles internos de las tareas críticas.

- **Diagnóstico**. En el Hospital Integrado San Bernardo y como muchas entidades prestadoras del Servicio de salud se encuentran identificados y definidos los procedimientos que corresponden a las actividades y operaciones

[11] Guía Administración del Riesgo, Versión 6, DAFP

que realizan dentro de cada entidad, donde se describen los diferentes de manera detalla la descripción de las actividades.

Aunque los procedimientos se encuentran identificados, este manual no iba más allá de la definición de procedimientos cortos y que se limitaban a una área el hecho de la existencia del manual de procedimientos, no permitió que la calificación de este elemento fuera positiva, pues el resultado del Diagnostico obtuvo un resultado deficiente.

Este manual no resultaba útil debido a su obsolescencia, pues aunque la gran mayoría de los procedimientos definidos en este manual se realizan actualmente, estos no obedecen a las realidades tecnológicas, operativas, logísticas y estratégicas del Hospital Integrado San Bernardo.

Como se observa en la Tabla 18, se obtuvo una calificación deficiente en su evaluación diagnostica del elemento de procedimientos, aunque existía una percepción favorable de los funcionarios sobre este elemento, no alcanzó a superar el rango que lo calificaría como aceptable, esto debido a las falencias que se identificaron.

Tabla 17. Resultado del Elemento Procedimientos.

	PROCEDIMIENTOS	Calificación
1	¿Existen Procedimientos que describen la manera de llevar a cabo las actividades de la Entidad?	2.53
2	¿Existe coherencia en la definición de los perfiles de los cargos en relación con los procedimientos definidos para dar cumplimiento a los objetivos de cada proceso?	1.63
3	¿Conoce los Procedimientos y responsabilidades de cargo?	3.44
4	¿Los Procedimientos garantizan el cumplimiento de los objetivos de los procesos?	2.85

TOTAL PROCEDMIENTOS	2.61	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Metodología.** En base a la documentación que tenía el Hospital Integrado San Bernardo sobre los procedimientos existentes en la entidad identificando los procedimientos con los cuales actualmente opera el hospital, incluyendo los que por exigencia de la Secretaria de Salud fueron creados y descartando los que no se utilizan y son obsoletos para la entidad.

Para el levantamiento de la información necesaria se siguió con los parámetros dados por el DAFP en cuanto la caracterización y exigencia de la norma de los procesos y procedimientos.

Tabla 18. Caracterización de Procedimientos.

Hospital Integrado San Bernardo

RECOLECCION DE INFORMACIÓN	Fecha:	GRUPO MECI-CALIDAD	

Funcionario: _____Dependencia: _____

PROCESO:	
PROCEDIMIENTO:	
OBJETIVO:	
ALCANCE:	

Nº	TAREAS	RESPONSABLES		PROVEEDORES	PUNTO DE CONTROL	REGISTROS	CLIENTES
		AREA	CARGO				

Fuente: Oficina de Control Interno Hospital.

Además de estos elementos relacionados directamente con el procedimiento, el formato incluye otros elementos como la identificación de las salidas del procedimiento, las definiciones asociadas a estos, los documentos externos e internos involucrados, los requisitos organizacionales y legales o reglamentarios que aplican, en el mismo sentido se incluía en el formato los recursos necesarios para el desarrollo de las tareas y así mismo este contiene elementos que se disponen para permitir a los responsables de las tareas aportar indicadores e identificar riesgos.

Una vez caracterizados y aprobados los procedimientos se procedió a diagramarlos utilizando el formato de diagramación adoptado para este fin, este involucra la interacción de los diferentes responsables del procedimiento, así como los clientes internos y externos que intervienen y los registros generados en el desarrollo de las tareas pertenecientes a estos.

- **Elemento Controles.**

- **Planteamiento de la Norma.** Para la norma los controles deben obedecer a los resultados obtenidos en el componente de administración de riesgos,

teniendo en cuenta los lineamientos establecidos como políticas de operación de la entidad para los procesos. Existen dos tipos de controles los correctivos y los preventivos, siendo estos últimos los más favorables para la entidad.

Dentro del mapa de riesgos de la entidad existen tres tipos de riesgos que generan la prioridad a la hora de establecer controles, estos riesgos son los inaceptables, importantes y moderados, teniendo en cuenta que estos riesgos representa una mayor probabilidad de ocurrencia y un mayor impacto para la entidad.

De esta manera lo que busca la norma MECI 1000:2005 es definir controles que sean eficaces, eficientes y efectivos a la hora de mitigar el riesgo (preventivos) o reducir el impacto (correctivos), de esta manera se pretende garantizar la "seguridad" de los procesos de la entidad.

- **Diagnóstico.**

Tabla 19. Resultado de Elementos de Controles.

	CONTROLES	Calificación
1	¿La alta dirección está comprometida con la definición y divulgación de controles?	2.34
2	¿Conoce y entiende el sentido de la inclusión de los controles preventivos, detectivos, de protección y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales?	1.84
3	¿Están establecidas las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso ineficiente de los controles?	1.81
4	¿Están definidos los parámetros que obliguen a la revisión periódica y adaptación de los Controles a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	2.47

TOTAL CONTROLES	2.11	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Control, arroja una calificación de 2.11 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es deficiente.

Al observar los resultados obtenidos en el diagnóstico de este elemento se puede notar que la percepción de los servidores sobre el compromiso de la dirección con la definición de controles al interior de la entidad, es relativamente deficiente al confrontarse con los demás aspectos evaluados en este componente, sin embargo esto no es suficiente para hacer aceptable la medida total de este elemento.

Por otra parte el Hospital carece de lineamientos y criterios de evaluación para los controles existentes en Hospital Integrado San Bernardo lo que se hace evidente en la calificación obtenida por este elemento, la cual se sitúa en un rango de deficiente.

- **Metodología.** Los controles para los procesos del Hospital Integrado San Bernardo se establecieron bajo los siguientes criterios, definidos por la alta dirección de la entidad:
  - Asegurar la operatividad de los procesos.
  - Priorizar los riesgos de mayor impacto para la entidad.
  - Evitar la necesidad de plantear controles correctivos.
  - Propender por controles “suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos”[12]
  - Establecer la periodicidad de la evaluación, seguimiento y actualización de los controles definidos para los procesos de la entidad.

[12] Manual de implementación MECI 1000:2005, DAFP

Teniendo en cuenta los criterios anteriores y el mapa de riesgos de la entidad se diseñaron y generaron los controles necesarios para el tratamiento de los riesgos inaceptables, importantes y moderados identificados y asociados a los procesos del Hospital Integrado San Bernardo y lo exigido por la Secretaria de Salud de acuerdo a lo propuesto en la norma MECI 1000:2005 en la metodología para el desarrollo e implementación del elemento controles. (Ver anexo. AF)

- **Elemento Indicadores**

- **Planteamiento de la Norma.** El concepto de indicador como herramienta para medir el desempeño de los procesos u operaciones, no es un concepto muy reconocido dentro del sector público, ya que se asocia en mayor manera a ediciones estadísticas referentes a censos sociales y económicos realizados de manera general a la población colombiana.

El estado a través del Modelo Estándar de Control Interno-MECI plantea el diseño de mecanismos que midan la gestión de los procesos de las entidades públicas del estado. Los mecanismos a los cuales hace referencia el estado, se reflejan en el desarrollo de indicadores orientados a la evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad de las operaciones que la realizan las entidades.
Estos indicadores deben obedecer a los planteamientos estratégicos de la entidad, representados en las políticas de operación para los procesos, además deben corresponder a los controles establecidos para ellos, en este caso los rangos de gestión[13], los cuales se definen para vigilar el correcto desempeño de los procesos.

- **Diagnóstico.** La aplicación del diagnóstico sobre este elemento de control dio como resultado una medida dentro del rango deficiente ya que la entidad

[13] Rango de gestión: escala de valoración que contiene un máximo y un mínimo dentro de los cuales debería estar la medición del indicador

cuenta con indicadores diseñados por la Secretaria de Salud para evaluar el desempeño no solo de los funcionarios sino también de las operaciones de la entidad.

Tabla 201. Resultado de Elementos Indicadores.

	INDICADORES	Calificación
1	¿Existe coherencia entre el diseño de indicadores de resultado y los objetivos definidos en los Planes y Programas de la Entidad?	2.37
2	¿Existe coherencia entre el diseño de indicadores y los objetivos de los Macroprocesos y procesos del Modelo de operación (mapa de procesos)?	3.28
3	¿Existe coherencia entre el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos y las políticas y prácticas definidas en Desarrollo del Talento Humano?	3.09
4	¿Existe coherencia en el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos con los objetivos y resultados del Proceso al que se encuentra asignado?	3.15

TOTAL INDICADORES	2.97	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Por otra parte los indicadores que existían dentro de la entidad, adolecían de coherencia entre el objetivo de su creación y lo que realmente median, haciéndolos inservibles o reduciendo considerablemente su utilidad para el Hospital Integrado San Bernardo.

Metodología. Con la información que se recolecto dentro de la caracterización realizada a los diferentes procedimientos y procesos, la información resultante y relevante se depuró, analizó y contrastó con los elementos pertenecientes al componente de direccionamiento estratégico, llevando a la consolidación de los indicadores diseñados para la entidad, utilizando para esto el formato propuesto por el DAFP mediante el manual de implementación para el MECI, formato de diseño de indicadores se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla 21. Diseño de Indicadores.

	INDICADORES POR PROCESO						
	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO						
	2009						
PROCESO	TIPO DE INDICADOR	DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	OBJETIVO	FORMULA	RANGO DE GESTIÓN	PERIODICIDAD	RESPONSABLE

Fuente: Autoras del proyecto

Estos indicadores están dirigidos a evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad de cada uno de los procesos definiendo claramente los responsables y periodicidad de su aplicación, revisión y actualización. (Ver anexo AH)

- **Elemento Manual De Procedimientos.**

- **Planteamiento de la Norma.** El manual de operaciones es otro de los elementos nuevos dentro de las entidades del sector público, quienes acostumbraban a tener manuales de funciones y de procedimientos que materializaban de manera aislada la información correspondiente a esos temas particulares, sin profundizar en los niveles estratégicos de la planeación de la entidad.

Con el propósito de establecer en las entidades públicas una cultura de autogestión, autocontrol y autoevaluación la norma MECI 1000:2005 plantea la construcción de un manual de operaciones que contenga no solo los procesos y procedimientos de la entidad, sino que además incluya sus políticas rectoras, así como sus controles y mecanismos de medición. Además, este manual de operaciones hace referencia a todos los demás elementos del sistema de control interno que se desarrollan dentro de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno que tienen relación con las operaciones de la entidad.

- **Diagnóstico.** Al aplicar el Diagnóstico en el Hospital Integrado San Bernardo se obtuvo un resultado en el rango inadecuado para el elemento de manual de operaciones, debido a que aunque existía una manual de procedimientos éste no involucraba aspectos como un enfoque basado en procesos, políticas de operación y controles e indicadores, necesarios para el direccionamiento y correcto proceder de la entidad.

Tabla 23. Resultados del Elemento Manual de Procedimientos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Calificación
1	¿El manual de procedimientos incluye los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos, las políticas de Desarrollo del Talento Humano, los Planes y Programas y las Políticas de Administración de Riesgos?	2.21
2	¿En el Manual de procedimientos se incluyen los Normograma de los procesos?	3.65
3	¿Existen procesos de divulgación y capacitación tendientes a fortalecer el uso del Manual de procedimientos?	2.60
TOTAL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	**2.82**	**Deficiente**

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Por otra parte aunque existía un manual de procedimientos dentro de la entidad los funcionarios no lo encontraban de mayor utilidad, lo que disminuía su percepción acerca de este elemento, lo cual se refleja en la tabla anterior.

- **Metodología.** Para el desarrollo de este elemento de control se tuvieron en cuenta los productos obtenidos en la implementación de los elementos anteriores, siguiendo la recomendación del DAFP a través de la norma.

El manual de operaciones de Operaciones del Hospital Integrado San Bernardo. (Ver anexo P)

- Políticas de operación.

- Misión.
- Visión.
- Organigrama.
- Mapa de procesos.
- Caracterización de procesos.
- Caracterización de procedimientos.
- Diagramación de procedimientos.

Con la intención de aportar al fortalecimiento del sistema de calidad, no se incluyen elementos como controles, indicadores y Normograma (Ver anexo. AK.), ya que son elementos de constante actualización y modificación lo que llevaría a una reconstrucción del manual de operaciones, sin embargo se hacer referencia a estos documentos dentro de este manual.

5.2.2.2 Componente Información.

- **Elemento información primaria.**

- **Planteamiento de la norma.** Este elemento está conformado por la información suministrada de fuentes externas o el entorno inmediato y procesada dentro de la entidad, estas fuentes son proveedores, ciudadanía, contratistas, entes sujetos de control, los órganos sujetos de control además de obtener información de las fuentes mencionadas, la entidad recibe información por parte del entorno lejano, es decir variables que no están en constante relación pero perturban su desempeño como lo es el ambiente político, las tendencias sociales, las variables económicas y el avance tecnológico entre otros.

La Entidad en aras de cumplir con sus propósitos, debe conocer a cabalidad a los grupos de interés y la comunidad, sus necesidades, sus bienes y servicios, también es indispensable conocer a los contratistas y proveedores, los bienes y servicios que ofrecen, precios, por otra parte, las entidades públicas necesitan

saber la normatividad que la rige y los organismos de control relacionados con la misma.

La fuente de información primaria de mayor importancia es la comunidad y los grupos de interés, por esta razón la entidad de estar en contacto permanente con ellos para disminuir los riesgos y mejorar la seguridad de las operaciones, es por esto que se necesita monitorear y analizar sus inquietudes, percepciones y opiniones por medio de un sistema que facilite su clasificación, seguimiento y generación, esto se logra por medio de mecanismos de quejas y reclamos.

Este tipo de información primaria beneficia los objetivos propuestos por el componente de Información al permitir que la entidad se relación estrechamente con los diferentes grupos de interés, especialmente con la comunidad, se complemente con la información secundaria para el cumplimiento de su intención y gestionarla mediante sistemas de información permitiendo que se maneje estratégicamente para dar cumplimiento a los propósitos institucionales.

- **Diagnóstico.**

Tabla 24. Resultados del Elemento Información Primaria.

	INFORMACIÓN PRIMARIA	Calificación
1	Se tienen identificadas las fuentes externas (comunidad, proveedores, contratistas, entes reguladores o de control, entes de cooperación o de financiación, otras entidades u organismos públicos o privados, entre otros) y la información que suministran a la entidad	2.18
2	Los bienes que produce y los servicios que genera la entidad satisfacen los requerimientos de los usuarios.	2.24
3	¿Considera usted que Existe una cultura para obtener la información relacionada con el entorno, la comunidad y los demás grupos de interés?	1.72
4	¿Se cumple con la normatividad vigente sobre la existencia de medios que permitan recibir, procesar y dar respuesta a la comunicación y partes interesadas en forma eficiente y oportuna?	2.31

TOTAL INFORMACIÓN PRIMARIA	**2.11**	**Deficiente**

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

De acuerdo a los resultados arrojados en el diagnóstico, es deficiente la percepción que tienen los servidores del Hospital Integrado San Bernardo sobre la satisfacción de las necesidades de sus clientes. La calificación sobre la obtención de información relacionada con el entorno, la comunidad y los grupos de interés es la más baja por que la Entidad no cuenta con un flujogramas que identifique la fuente, los documentos asociados, el proveedor y el objetivo de la información suministrada por estas fuentes externas.

- **Metodología.** Para dar cumplimiento a lo establecido por el DAFP, se diseñó un formato en el que se identificó la descripción de la información primaria, la fuente, el objetivo de la información, los documentos asociados y la definición de políticas concretas para la obtención y procesamiento de la información primaria realmente requerida por cada proceso con el fin de dar cumplimiento a sus objetivos de manera oportuna, eficaz y eficiente.
-

Tabla 25. Especificaciones de la Información Primaria por Procesos.

	INFORMACIÓN PRIMARIA	Calificación
1	Se tienen identificadas las fuentes internas (actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos entre otros).	2.18
2	¿Están las fuentes de Información Secundaria debidamente determinadas y canalizadas para el logro de los objetivos institucionales?	2.24
3	¿La totalidad de los procesos/subprocesos de la Entidad contemplan las salidas de información necesaria a los grupos de interés internos y externos?	1.72
4	¿La Información Secundaria se divulga y socializa entre los servidores de la Entidad?	2.31

TOTAL INFORMACIÓN SECUNDARIA	**2.11**	**Deficiente**

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Para la recolección de esta información se tomó como base la caracterización de todos los procesos del Hospital Integrado San Bernardo y junto con los responsables de cada uno de ellos se analizaron las actividades descritas en la caracterización, identificando los parámetros establecidos en el formato.

- **Elemento Información Secundaria.**

- **Planteamiento de la norma.** La información secundaria está conformada por los datos que se producen y procesan al interior de la entidad generada de la actividad y el desarrollo de sus procesos y se obtiene de los sistemas de información que soportan la gestión de la entidad. Para que esta información siga su tránsito normal, siendo una herramienta y no un fin, es indispensable garantizar su registro y distribución para lograr que las operaciones cotidianas se realicen de manera efectiva y eficiente además de soportar la oportuna toma de decisiones para su posterior divulgación a la comunidad y los diferentes grupos de interés. Además, constituye la base para el ejercicio, evaluación y progreso de cada uno de los procesos al interior de la entidad y se considera como el principal activo organizacional.

La información secundaria se integra con la información primaria logrando la consecución de los propósitos de la entidad y el cumplimiento de su mandato constitucional para el que fue creado. Adjuntamente, los datos se deben administrar y concretar por medio de los sistemas de información siendo estos el insumo primordial en la ejecución de las diferentes funciones administrativas.

- **Diagnóstico.**

Tabla 26. Resultados del Elemento Informacion Secundaria.

INFORMACIÓN SECUNDARIA		Calificación
1	Se tienen identificadas las fuentes internas (actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos entre otros).	2.18
2	¿Están las fuentes de Información Secundaria debidamente determinadas y canalizadas para el logro de los objetivos institucionales?	2.24
3	¿La totalidad de los procesos/subprocesos de la Entidad contemplan las salidas de información necesaria a los grupos de interés internos y externos?	1.72
4	¿La Información Secundaria se divulga y socializa entre los servidores de la Entidad?	2.31

TOTAL INFORMACIÓN SECUNDARIA	2.11	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Tomando como referencia los resultados obtenidos en el diagnóstico, en el Hospital Integrado San Bernardo las fuentes de información interna necesitan ser identificadas y definidas de manera clara pues no lo están.

A pesar de que dentro del Manual de Procedimientos está definido el recorrido de la información que ingresa a la entidad, los servidores públicos no tienen identificadas las fuentes de información necesaria para la consecución de sus objetivos además no es clara la manera como esa información es administrada y procesada.

No existe una asociación explicita entre los productos finales del procesamiento de la información y la interacción con cada uno de los procesos de la entidad, por este motivo se propuso la caracterización de los procesos desarrollados por cada dependencia sirviendo de base para el desarrollo de este elemento.

Las razones descritas anteriormente, permiten comprender que dentro del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa el nivel de avance de este elemento es deficiente, esto permite generar una propuesta para que todos los servidores públicos de la entidad logren una gestión eficaz y efectiva, siempre pensando en la satisfacción de los clientes y la comunidad y el cumplimiento de la función constitucional asignada.

- **Metodología.** De la misma manera como se desarrolló el elemento de información primaria, se diseñó una propuesta en la que se identificó la descripción de la información secundaria, los documentos soporte, el objetivo de la información, el proceso o persona que provee esta información y la definición de políticas concretas para el procesamiento, generación y divulgación de la información generada como producto de cada uno de los procesos que permiten cumplir con sus objetivos oportuna, eficaz y eficientemente.

Tabla 27. Especificaciones de Información Secundaria por Procesos

PROCESO	DESCRIPCION DE INFORMACION SECUNDARIA	DOCUMENTOS SOPORTE	OBJETIVO DE LA INFORMACION	PROCESO O PERSONA QUE LO PROVEE	POLITICA

Fuente: Autoras del proyecto

Para la recolección de esta información se tomó como base la caracterización de todos los procesos del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa y junto con los responsables de cada uno de ellos se analizaron las actividades descritas en la caracterización, identificando los parámetros establecidos en el formato. De igual manera, los responsables de los procesos, definieron políticas en términos de

directrices u orientaciones para el procesamiento, generación y divulgación de la información generada por cada proceso.

- **Sistemas De Información.**

Planteamiento de la norma. Los sistemas de información son necesarios para el tratamiento de la información de manera oportuna, eficaz y eficiente por medio del el uso de los recursos necesarios para la captura, entrada, procesamiento, análisis, almacenamiento y difusión de la misma.

Este elemento ayuda al cumplimiento de la función, misión y objetivos institucionales, mostrando el desempeño institucional y proporcionando la evaluación de la gestión pública por parte de la comunidad y los diferentes grupos de interés. Como elemento de control, aprueba el cumplimiento de los principios de economía, eficiencia y eficacia, Permite el cumplimiento de los principios de Economía, por que especifica sistemas de información acordes con la cultura y capacidad organizacional, de Eficiencia, al propender por la calidad y oportunidad de la información, en relación con los niveles de gestión y productividad requeridos para coordinar todas las acciones organizacionales; de Eficacia, al servir de insumo fundamental para que tanto individual como colectivamente, se logren las metas y los objetivos institucionales y de Celeridad, al brindar la prontitud y rapidez necesaria para que la entidad y su función, adquieran un ritmo que garantice la satisfacción de los diferentes grupos de interés y el cumplimiento de los mandatos constitucionales.

- **Diagnóstico.**

Tabla 28. Resultados del Elemento Sistemas de Información.

	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Calificación
1	¿Existen sistemas de información que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización?	1.49
2	¿Los Sistemas de Información son utilizados por los Servidores Públicos para cumplir de manera eficiente sus responsabilidades en relación con la función de la Entidad?	1.53
3	¿Los sistemas de información tienen la capacidad de generar información de acuerdo con las especificaciones del usuario?	2.15
4	¿Existen programas desarrollados a la medida de las necesidades de la entidad que capturan y procesan eficientemente los datos?	2.26

TOTAL SISTEMAS DE INFORMACIÓN	1.86	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

La calificación del elemento está en un rango deficiente debido a que en el Hospital Integrado San Bernardo, cuenta solamente con 20 computadores para procesar, almacenar y generar la información indispensable para el cumplimiento de las funciones de los servidores públicos.

El Hospital Integrado San Bernardo no cuenta con una página Web, la cual es indispensable para la rendición de cuentas a la comunidad y los diferentes grupos de interés, esta es una preocupación inmensa que existe al interior de la misma porque no hay una herramienta que permita informar a la ciudadanía lo que se está realizando al interior de la entidad, incumpliendo en una parte con el principio de publicidad.

- **Metodología.** Tomando en cuenta el desarrollo de los elementos información primaria y secundaria, se diseñó una propuesta en la que se identificaron los sistemas de información utilizados en el proceso, la fuente, medios de captura, destinatarios y la definición de políticas concretas para el

manejo de la información primaria y secundaria y las interrelaciones entre los procesos.(Ver anexo. AN).

Tabla 29. Especificaciones de Sistema de Información por Procesos.

PROCESO	DESCRIPCION DE INFORMACION SECUNDARIA	DOCUMENTOS SOPORTE		OBJETIVO DE LA INFORMACION	PROCESO O PERSONA QUE LO PROVEE	POLITICA

Fuente: Autoras del Proyecto

Para la recolección de esta información se tomó como base la caracterización de todos los procesos del Hospital Integrado San Bernardo y junto con los responsables de cada uno de ellos se analizaron las actividades descritas en la caracterización, identificando los parámetros establecidos en el formato. Además con la información recolectada en los formatos en cuanto a información primaria y secundaria, los responsables de los procesos, definieron políticas concretas para el manejo de la información primaria y secundaria y las interrelaciones entre los procesos.

5.2.2.3 Componente Comunicación Pública.

- **Elemento comunicación organizacional.**

- **Planteamiento de la Norma.** La comunicación organizacional se da al interior de la entidad y está orientada al cumplimiento de los principios de economía, eficiencia, eficacia y publicidad. La comunicaron verbal se da por

medios de distintas ocasiones ya sea en una charla informal, conferencias, reuniones de comités o en una charla con el compañero de trabajo.

La Comunicación Organizacional es importante para que la Comunicación Informativa cumpla su propósito; de la manera como se logre la coordinación de las actividades relacionadas con los objetivos institucionales, dependerá la efectividad de la comunicación con los diferentes públicos externos. Los Medios De Comunicación sirven para divulgar la información pertinente a cada uno de los servidores de la entidad, y las acciones comunicativas de movilización interna, claramente direccionadas hacia la construcción de identidad organizacional.

- **Diagnóstico.**

Tabla 30. Resultado del Elemento de Comunicación Organizacional

	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL:	Calificación
1	Considera que la difusión de políticas e información generada dentro de la entidad contribuyen al fortalecimiento de la imagen institucional.	4.60
2	¿Se establece claramente la información que será comunicada a los Servidores Públicos de la Entidad?	1.90
3	¿En qué grado están establecidas las responsabilidades de comunicación interna que cada Servidor Público tiene con los demás Servidores para el ejercicio de sus cargos?	1.14
4	¿Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y manera de llevarlos a cabo?	1.41

TOTAL COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	2.28	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Él Hospital Integrado San Bernardo, no cuenta con un Plan de Comunicación Organizacional en el que se definan los objetivos hacia el cual se dirigirán el conjunto de estrategias y acciones que se adopten dentro de los procesos comunicacionales que integran el Plan de comunicación, además no están definidas políticas de comunicación que regulen la actividad comunicacional en todas las áreas de la entidad, siendo estas fundamentales para el buen desarrollo del Plan de Comunicación.

- **Metodología.** Tomando como base los resultados del Diagnóstico se evidenció la carencia de un Plan de Comunicación, por esta razón y siguiendo los lineamientos del MODELO DE COMUNICACIÓN PÚBLICA ORGANIZACIONAL E INFORMATIVA PARA ENTIDADES DEL ESTADO (El Plan de Comunicación contiene:

- Los objetivos para cada uno de los ejes temáticos.
- Las estrategias las cuales mantienen y soportan el logro de los objetivos del Plan de Comunicación.
- Se definieron diez políticas de comunicación orientadas a institucionalizar el Plan de comunicación, regulando el marco político de la comunicación en la entidad, su comunicación con los públicos internos y externos. Estas políticas son:

a) PRIMERA POLÍTICA: “Carácter estratégico de la comunicación”
b) SEGUNDA POLÍTICA: “La comunicación en la construcción de confianza”
c) TERCERA POLÍTICA: “Plan de Comunicación”
d) CUARTA POLÍTICA: “Carácter de la Acciones comunicativas”
e) QUINTA POLÍTICA: “La información es un bien colectivo”
f) SEXTA POLÍTICA: “Apertura y visibilidad en la comunicación con la ciudadanía”

g) SÉPTIMA POLÍTICA: “Comunicación con los contratistas y proveedores”
h) OCTAVA POLÍTICA: “Vocerías institucionales”
i) NOVENA POLÍTICA: “Relaciones con los medios de comunicación”
j) DÉCIMA POLÍTICA: “Interacción informativa con los Organismos de Control”

Figura 6. Ejes Temáticos y Categorías

CAMPOS	EJES TEMÁTICOS	CATEGORÍAS
Comunicación organizacional	Receptividad	Apertura
	Actitud de servicio	
	Visión compartida	Interlocución
	Trabajo colaborativo	
Comunicación Informativa	Principio organizacional de la sistematización	
	Socialización de la información	
Rendición de cuentas a la sociedad	Precepto constitucional de la publicidad	Visibilidad
	Concepto comunicativo del posicionamiento	

Fuente: Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Elemento Comunicación Informativa.**

- **Planteamiento de la norma.** Este elemento establece la información amplia y transparente frente a la comunidad y los grupos de interés, contiene los objetivos y resultados de la gestión de la entidad pública, además de favorecer a la rendición de cuentas frente a la comunidad y los diferentes grupos de interés. La rendición de cuentas está fijada por la normatividad que exige al servidor público a responder e informar sobre su actuación, en lo concerniente al manejo y administración de los recursos públicos.

La relación que existe entre el Componente de Información y la Comunicación Informativa es directa dado que la calidad, oportunidad y utilidad de la misma dependerá de la efectividad de cada uno de los procesos comunicativos que emprende la entidad pública para relacionarse adecuadamente con el entorno.

También se relaciona con la Comunicación Organizacional en la medida que aumenta el sentido de pertenencia e identidad de todos los servidores públicos con la entidad. La Comunicación Organizacional Interactúa permanentemente con los MEDIOS DE COMUNICACIÓN, porque éstos son los instrumentos mediante los cuales se transmite el mensaje institucional a la comunidad y demás grupos de interés.

- **Diagnóstico.**

Tabla 31. Resultados del Elemento Comunicación Informativa.

	COMUNICACIÓN INFORMATIVA:	Calificación
1	¿Se tienen definidas las partes interesadas a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la Entidad?	2.00
2	¿Se tiene definida la información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados?	2.59
3	¿Están establecidas claramente las responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos y actividades que configuran la operación de la Entidad?	2.65
4	¿Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los públicos externos?	2.21
5	¿Los procesos de Rendición de la Cuenta a los organismos de control del Estado son pertinentes y oportunos?	3.65

TOTAL COMUNICACIÓN INFORMATIVA	2.62	Deficiente

Fuente: Diagnóstico al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- **Metodología.** Para el desarrollo de la comunicación informativa tuvimos en cuenta la metodología utilizada del elemento comunicación organizacional, el cual arrojo el Plan de Comunicación. (Ver anexo A.I).

Este Plan contiene:

- Los objetivos para cada uno de los ejes temáticos.
- Las estrategias las cuales mantienen y soportan el logro de los objetivos del Plan de Comunicación. Se definieron diez políticas de comunicación orientadas a institucionalizar el Plan de comunicación, regulando el marco político de la comunicación en la entidad, su comunicación con los públicos internos y externos. Estas políticas son:

a) PRIMERA POLÍTICA: “Carácter estratégico de la comunicación”

b) SEGUNDA POLÍTICA: “La comunicación en la construcción de confianza”
c) TERCERA POLÍTICA: “Plan de Comunicación”
d) CUARTA POLÍTICA: “Carácter de la Acciones comunicativas”
e) QUINTA POLÍTICA: “La información es un bien colectivo”
f) SEXTA POLÍTICA: “Apertura y visibilidad en la comunicación con la ciudadanía”
g) SÉPTIMA POLÍTICA: “Comunicación con los contratistas y proveedores”
h) OCTAVA POLÍTICA: “Vocerías institucionales”
i) NOVENA POLÍTICA: “Relaciones con los medios de comunicación”
j) DÉCIMA POLÍTICA: “Interacción informativa con los Organismos de Control”

- **Elemento medios de comunicación.** Los medios de comunicación están conformados por el conjunto de recursos, mecanismos e instrumentos utilizados para divulgar de la información hacia la comunidad y los grupos de interés y certifican la calidad, conformidad y oportunidad de la información que necesita ser comunicada.

Es responsabilidad de cada entidad pública contar con medios de comunicación eficaces para que la comunidad y grupos de interés estén al tanto de los que se planea y elabora al interior de la misma y así permitirles que realicen el seguimiento correspondiente de la gestión.

Los medio de comunicación concretan las acciones concebidas en los procesos de Comunicación Organizacional e Informativa certificando la retroalimentación generada por contexto interno y externo a los procesos de información y operación, apoyando el progreso de la gestión de la entidad.

6. IMPLEMENTACIÓN DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROLINTERNO MECI 1000:2005

6.1. FUNDAMENTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN.

Conjunto de componentes de control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del control interno de la Entidad pública; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la organización pública.

En este Subsistema de control de evaluación desarrolla mecanismos de medición, evaluación y verificación, necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del sistema de control interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad.

6.2. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.

Teniendo en cuenta que el sistema de gestión de la calidad, integra todos los aspectos de la organización, como las actividades coordinadas que incluyen políticas, objetivos, estrategias, estructura orgánica y funcional, procesos y procedimientos, desarrollo tecnológico y desarrollo del talento humano de la entidad, orientados de la manera coherente a la satisfacción del usuario, destinatario, beneficiario, se determina que la calidad debe estar presente en todas las áreas, procesos y actividades, en consecuencia se inicia la primera fase de conocimiento y auto evaluación integral de la entidad en los siguientes aspectos de la Empresa como:

- Naturaleza Jurídica
- Planeación
- Estructura Organizacional
- Manual de Funciones
- Manual de Procesos y Procedimientos
- Sistema de Gestión

6.2.1. Autoevaluación del Control.

Teniendo en cuenta la estructura organizacional propuesta para el desarrollo del proyecto, la identificación de las dependencias que la comprenden, se identifica las competencias, líneas de autoridad y responsabilidad, para su análisis y recomendaciones según requerimientos de una estructura flexible y adaptable al entorno que garantice su funcionamiento y fortalecimiento como entidad prestadora de servicios de salud, para lo cual se procede a realizar las siguientes actividades:

- Identificar y definir las funciones básicas de las dependencias y las funciones específicas de los grupos de trabajo, es decir lo que se propone alcanzar y hacia el que orienta el de las mismas y sus actividades.
- Identificar y definir los procesos necesarios a desarrollar, a partir de los cuales se da cumplimiento a las funciones específicas a los grupos que constituyen las dependencias.
- Identificar un listado de verificación de las características de los factores de éxito de cada grupo, con el propósito de establecer debilidades y fortalezas específicas de la empresa, en la etapa de la comprensión de los procesos o de los trabajos de campo y posterior construcción de la matriz de formulación del PAMEC.

6.2.2. Autoevaluación de Gestión.

Elemento de control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los planes y programas y en los procesos de la Entidad pública, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de la Entidad pública hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales. Los indicadores de gestión se diseñaron durante las reuniones de gestión por procesos entre los responsables tanto de recolectar los datos de las variables que conforman el indicador, como los de analizarlos. Adicionalmente se realizaron varias capacitaciones en el manejo de indicadores y lectura de graficas para el análisis de resultados.

Luego centrarse en el mejoramiento e innovación de los procesos y procedimientos para proporcionar servicios diferenciados que conlleven al fortalecimiento de la Empresa es una tarea que no importa ni como comienza, con tal que comience de inmediato, en consecuencia se programa su ejecución, no sin antes tener presente que el enfoque de análisis del proceso responde aspectos que componen los mismos:

- QUIÉN: Cargo responsable de la ejecución de la actividad.
- CUÁNDO: En qué momento.
- DÓNDE: La dependencia.
- PARA QUÉ: Justificación.
- POR QUÉ: Generar un resultado deseado.

6.3. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.

Conjunto de elementos de control que garantiza el examen autónomo y objetivo del sistema de control interno, la gestión y resultados corporativos de la entidad pública por parte de la oficina de control interno, unidad de auditoría interna o quien haga sus veces. Presenta como características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los planes de mejoramiento de la entidad.

6.3.1. Evaluación del Sistema de Control Interno.

Elemento de control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.

La Oficina de control interno o quien haga sus veces es la responsable de realizar la Evaluación del Sistema de control Interno observando siempre un criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

6.4. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.

El objetivo primordial de los planes de mejoramiento es promover que los procesos de la Empresa se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas; y a la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo como el PHVA entre otras.

Como ya se expuso anteriormente a partir del trabajo de campo realizado en la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, y con el apoyo los funcionarios en general, sé identificaron las actividades de los procedimientos que se desarrollan en la actualidad y se identificaron aquellos procedimientos que igualmente son requeridos y que no se llevan a cabo o que si se ejecutan pero no están documentados. (Ver anexo. AL)

6.4.1. Plan de Mejoramiento Institucional.

Elemento de control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos debe operar la entidad para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la norma de creación y la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas.
Para realizar la revisión y el análisis de procesos existen varias técnicas. En nuestro caso, trabajaremos a nivel macro el análisis de "Opciones prioritarias", que se describe a continuación.

Para efectuar el análisis de los procedimientos, inicialmente se deben identificar y clasificar en los más relevantes que contribuyen directamente al cumplimiento de la razón de ser de la organización (MISIONALES) y aquellos que coadyuvan a tal fin (DE APOYO) y los que dan las directrices a los procedimientos misionales y de apoyo (ESTRATÉGICOS).

6.4.2. Planes de Mejoramiento por Procesos.

Teniendo en cuenta el inventario de los procesos se procede a la identificación de los procesos prioritarios, evaluar de qué manera éstos inciden en el cumplimiento de los objetivos de la ESE, y seleccionar aquellos procesos que deben mejorarse, elevando su economía, eficiencia y efectividad, para ello se hace uso del análisis de "Opciones Prioritarias" la cual se constituye en una técnica fundamental para la toma de decisiones estratégicas sobre los procedimientos que adelanta la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa. Es decir, permite determinar si cada uno de los procesos se debe llevar a cabo o no y, si debe realizarse, cómo puede hacerse más eficiente, lo que resulta en un ejercicio de priorización de los procesos que realiza la Entidad. Igualmente, evita que la organización invierta tiempo y recursos en tratar de mejorar procesos que no son fundamentales para el logro de sus objetivos.

Elemento de control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la organización pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto. Para el cumplimiento de este elemento se decidió por parte de la oficina de control interno, tomar como plan de mejoramiento por procesos aquel que consolide las recomendaciones y hallazgos generados durante las auditorías internas y las autoevaluaciones de gestión de cada proceso.

Por tanto la elaboración del plan de mejoramiento por procesos, fue realizada por el jefe de control interno en conjunto con los funcionarios auditados a los cuales se les identificó el hallazgo, generando las acciones de mejora necesarias para eliminar o controlar dichos hallazgos. El documento del plan de mejoramiento se incluyó en el sistema de gestión de la calidad como un registro del proceso de control interno.

El seguimiento al plan de mejoramiento fue realizado por el jefe de control interno de forma semanal con cada uno de los responsables de ejecutar las acciones, buscando darle cumplimiento a los objetivos propuestos para el presente proyecto en el tiempo programado. Dentro del plan de mejoramiento se generaron 24 acciones de mejora para 18 hallazgos identificados durante la auditoría interna, las cuales se han ejecutado en un 75%, dándole un cumplimiento significativo al plan. Las acciones de mejora que aún no han sido ejecutas equivalentes al 25% restante, son debido a su ejecución amerita la disponibilidad de recurso humano, físico y económico por parte de la Empresa, el cual no se encontraban presupuestados.

6.4.3. Planes de Mejoramiento Individual.

Elemento de Control, que contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

Para el cumplimiento de este elemento se tomó la decisión de asumir el plan de mejoramiento individual como una parte implícita en los planes de mejoramiento institucional y de procesos, debido a que en cada plan siempre existirá un responsable de ejecutar las acciones que directa o indirectamente hacen parte de los procesos donde el funcionario realiza sus actividades, haciendo que mejore su desempeño individual en la medida que desarrolle dichas acciones.

7. NORMOGRAMA INSTITUCIONAL.

La gestión y la operación de todos los procesos de una Entidad Pública parten de las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario y de autorregulación que lo reglamentan, sean estas de origen externo o interno, siendo requisito indispensable para su operación el conocimiento de ellas por parte de los servidores públicos en lo concerniente a los procesos que gestionan, ejecutan u operan.

Para una efectiva operación y a fin de garantizar los objetivos de cumplimiento del control interno, se hizo necesario por parte de la E.S.E. Hospital San Bernardo de Barbosa identificar y establecer las normas que aplican a cada proceso, consolidándolas en un documento final denominado NORMOGRAMA.

El Normograma es un instrumento que le permite a las entidades delimitar su ámbito de responsabilidad, tener un panorama claro sobre la vigencia de las normas que regulan sus actuaciones, evidenciar las relaciones que tiene con otras entidades en el desarrollo de su gestión, identificar posible duplicidad de funciones o responsabilidades con otros entes públicos y soportar sus planes, programas, procesos, productos y servicios.

7.1. RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Una vez generada la necesidad de identificar la normatividad que reglamenta y regula a la Empresa, el equipo MECI se reunió con el fin de establecer la manera de recolección de la información e identificar la normatividad que debía recolectar de cada una de las dependencias de la Empresa, entre las cuales se identificaron las siguientes:

- Competencias, responsabilidades y cometidos asignados por la
- Constitución Política.
- Leyes y Decretos que asignan funciones a la Empresa.
- Decretos ordinarios o reglamentarios que asignen funciones a la Empresa.
- Leyes y Decretos que contemplen la relación de la Empresa con otras entidades con las cuales se debe entrar en contacto para el ejercicio de las competencias, responsabilidades y funciones.
- Otras normas que, así no asignen responsabilidades o funciones, deban tenerse en cuenta para el desarrollo de la gestión de la Empresa.
- Normas en tránsito que afecten, negativa o positivamente, la gestión de la Empresa.
- Resoluciones y demás disposiciones que regulan todos los aspectos internos de la Empresa.
- Respecto a la forma de recolectar la información normativa se optó por hacer una repartición de dependencias y/o procesos entre los miembros del equipo MECI con el fin de que cada uno recolectara las Leyes, Decretos, Resoluciones y normas de las áreas de conocimiento de cada dependencia o proceso asignado.
- Las dependencias fueron asignadas a los miembros del equipo, según el cargo o disciplina que ejecutan dentro de la Empresa, con el fin que tuviera relación con las áreas de conocimiento de cada dependencia o proceso.
- Por tanto cada miembro del equipo se encargo de buscar la normatividad por medio de asesorías externas, consultas de Internet y documentación de la Empresa relacionada con el tema.

Una vez recopilada y consolidada la información normativa por dependencias se realizaron pequeñas reuniones con el fin de depurar dicha información adicionando y eliminando lo que parecía pertinente teniendo como criterio importante el tipo de normatividad definida en la reunión del equipo MECI

nombrada anteriormente, ya que el Normograma también contemplaba aquellas normas que afecten a la empresa no solo directa sino indirectamente.

7.2. ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DEL NORMOGRAMA.

Después de depurar la información normativa se elaboró el documento final del normograma y se envió lo referente a la parte asistencial al subdirector científico y lo administrativo a la subdirectora administrativa con el objetivo de revisarlo y darle el visto bueno para presentarlo ante el comité coordinador de control interno.
Durante la reunión celebrada por el comité coordinador de control interno se aprobó el Normograma dando certeza en el acta de comité y se acordó incluir el Normograma como un instructivo (Ver Anexo No. 023 Normograma) y se controlara por el sistema de gestión de la calidad y haciendo parte del proceso de control interno.

El Normograma cuenta con las siguientes partes así:

NORMOGRAMA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO
PRIMER NIVEL
LEY - NORMA - ATICULOS

Buscando estandarizar la actualización del Normograma el comité también acordó que el instructivo, describiera paso a paso como realizar dicha actualización, el responsable de hacerla y demás aspectos relevantes a este procedimiento.

La difusión del Normograma se realizó de las siguientes maneras:

- Aprobando el Instructivo con su respectivo código y versión en el comité coordinador de control interno.

- Socializando el Normograma y todo lo referente a su actualización en cada dependencia.
- Cargando actualizado el Normograma la Empresa con el fin de que pueda ser consultado por todos los funcionarios de la misma.

8. AUDITORIA INTERNA.

Elemento de Control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una entidad pública. Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

La auditoría interna que se realizó dentro de la E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo, fue en su totalidad, involucrando los procesos prioritarios dentro del Programa de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (Ver Anexo AL).

Dentro de la reunión que se ejecutó para la socialización del programa para el mejoramiento de la calidad en salud, se llegó a la conclusión de realizar las auditorias de forma independiente, teniendo en cuenta que la auditoria del sistema de gestión de la calidad, en su informe final debía contemplar los hallazgos que se evidencien de las auditorias del sistema de control interno que puedan ser identificados como no conformidades, según los criterios y objetivos establecidos para la auditoria del sistema de gestión de la calidad.

8.1. PROGRAMA DE AUDITORIA.

Para la ejecución de las auditorias se partió de la elaboración del programa de auditoría para el mejoramiento de calidad en salud PAMEC, el cual contempló la auditoria al sistema de control interno, la auditoria al sistema de gestión de la calidad y las demás auditorias inherentes a las funciones de la oficina de control interno, como auditorías al proceso de mantenimiento, procesos Contables y Procesos misionales como Urgencias y Atención al Usuario evidenciados como prioritarios en el PAMEC.

Para el programa de auditoría para el mejoramiento de salud se establecieron los siguientes objetivos, a los cuales se les dará cumplimiento dependiendo la auditoria que se realice:

- Evaluar la conformidad del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo respecto al cumplimiento de los elementos y componentes establecidos por el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. Este objetivo se cumplió con las auditorias del sistema de control interno.
- Evaluar la eficacia en las actividades y operaciones más relevantes de la Empresa que contemplan aspectos legales de obligatorio cumplimiento.

Este objetivo se cumple con las auditorías internas independientes al proceso contable, inherentes a las funciones de la oficina de control interno.

- Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento. Este objetivo se cumple con todas las auditorias que se contemplen en el programa. Dentro del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud también se contempló a parte de los objetivos de las auditorias; el alcance del programa, la duración de cada auditoria, la metodología para ejecutar la auditoria, el responsable de gestionar el programa de auditoría, los procesos auditados, el auditor y el auditado.

- Respecto al auditor se estableció como auditor líder al jefe de control interno cumpliendo con lo exigido legalmente para las auditorias del sistema de control interno.

El Programa de Auditoria Para El Mejoramiento de la Calidad en Salud, se presentó ante el comité coordinador de control interno para su respectiva socialización y aprobación.

8.2. PREPARACIÓN DE LA AUDITORIA.

Una vez aprobado el programa l se definieron los objetivos de cada auditoria con el fin de que se identificara lo que se iba a lograr, el alcance describiendo la extensión y los límites de las auditorias tales como ubicación, dependencias, procesos y actividades de la E.S.E, el periodo de tiempo cubierto por cada auditoría, los criterios de auditoría y la viabilidad de la auditoría por parte de la jefe de control interno como auditora líder, considerando factores tales como: la disponibilidad de tiempo, recursos, documentación, objetivos, criterios técnicos, asesor, acompañante y la cooperación adecuada del auditado.

Después de determinar los aspectos anteriores se definió el equipo auditor conformado por el auditor líder nombrado anteriormente, en compañía de una psicóloga de la dependencia de hospital de día, como auditora en formación y el subdirector científico adscrito a la Empresa como experto técnico, en lo concerniente a la parte asistencial.

Tanto el auditor líder como el equipo auditor basaron la realización de sus actividades de auditoría según el procedimiento de auditorías internas incluido en

el sistema de gestión de la calidad en el proceso de planeación y gestión de la calidad.

Establecidos los aspectos relevantes a la auditoria se dio inicio a la revisión de la documentación de cada proceso pertinente al sistema de control interno, incluyendo los registros y la determinación de su adecuación con respecto a los criterios de auditoría.

8.3. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.

- La auditoría inició con una reunión de apertura, en la que se tocaron los siguientes aspectos:
- Presentación del auditor líder y el equipo auditor, incluyendo algunas de sus funciones más relevantes.
- Confirmar el Programa de la Auditoria; objetivos, alcance, criterios de auditoría, fecha y hora de las auditorias y las reuniones de cierre.
- Proporcionar un breve resumen de cómo se llevaran a cabo las actividades de auditoría.
- Confirmación de los canales de comunicación formal entre el equipo auditor y el auditado.
- Confirmación de que durante la auditoría, el auditado estaría informado del progreso de la misma.
- Confirmación de los recursos, instalaciones que el equipo auditor solicitó se encontraban disponibles.
- Por último se le permitió al auditado la oportunidad de realizar preguntas con respecto a las auditorias y darle la respuesta correspondiente.
- Concluida la reunión de apertura, se prosiguió a las actividades de campo con el fin de comenzar con las reuniones de auditoría de cada uno de los

procesos según el orden establecido en el plan de auditoría. Las reuniones realizadas con cada uno de los auditados siguieron el siguiente esquema:

- Introducción en la cual se verificó el conocimiento por parte de los auditados, del plan de auditoría, para garantizar la claridad en la misma, en lo concerniente al objetivo y las actividades a ser realizadas.
- Seguidamente el auditor realizó preguntas y solicitó evidencias siguiendo las listas de chequeo elaboradas.
- Una vez recolectadas las evidencias el auditor realizó el correspondiente registro de los hallazgos y las observaciones que le permitieron soportar la elaboración de la matriz para los procesos prioritarios.
- Por último se realizó la reunión de cierre con los auditados se les expone de forma general los hallazgos, observaciones y conclusiones más relevantes del programa.

8.4. INFORME DE AUDITORIA.

Una vez ejecutada la auditoria, se elaboró el informe final, en base a los hallazgos registrados durante la misma y se distribuyó a cada una de las dependencias auditadas, realizando su respectiva retroalimentación. Cada responsable del proceso, tuvo la tarea de dar inicio a la definición de las acciones correctivas necesarias para eliminar las no conformidades encontradas.

9. CONCLUSIONES.

Este proyecto ayudo al Hospital Integrado San Bernardo y le permitió crear una cultura de control dando el primer paso hacia la construcción de su sistema integrado de gestión, cumpliendo con los requisitos exigidos por ley para las empresas públicas y acercándose cada vez más hacia la mejora continua para brindar un servicio de excelente calidad.

Con el diagnostico se logró identificar el estado en el que se encontraba el sistema de control interno de la entidad, e identificando los elementos sobre los cuales se debía enfatizar en el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECO 1000:2005.

Para el desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno se contó con la participación de todos los funcionarios de la Entidad, con el fin de asegurar la correcta implementación y mantenimiento del sistema de control interno, es indispensable para este proceso contar con funcionarios motivados y comprometidos en la consecución de los objetivos, de esta manera se busca un cambio de actitud orientado hacia la prestación de un servicio público con transparencia, eficacia y eficiencia.

La adopción de un modelo de operación por procesos, aumento el desempeño del proceso y de los responsables del mismo, ya que les permitió incorporar controles que les facilitaron el desarrollo de sus actividades y a su vez les permitió por medio de la caracterización del procesos identificar más fácilmente los actores con quienes interactúan mejorando el flujo de información entre las dependencias.

La elaboración de los mapas de riesgos permitió que los funcionarios identificaran más fácilmente los eventos potenciales en los cuales podrían incurrir, facilitando la inclusión de controles y evitando el surgimiento de riesgos que afectaran el normal desarrollo de las actividades.

El desarrollo del proyecto permitió mejorar el grado de cumplimiento de los elementos establecidos por el modelo estándar de control interno, haciendo que la empresa cumpla con lo exigido por los entes reguladores en el plazo establecido.

Uno de los inconvenientes que puede tener la implementación de un sistema de control interno, es la resistencia al cambio o una la creación de una cultura de mejora continua de algunos funcionarios, lo cual no depende de nivel de escolaridad y el estrato, sino de la falta de actitud y ganas de aprender cosas nuevas; aspectos negativos que en algunos casos son generados desde la alta dirección de un empresa.

La inducción y la selección del personal son actividades que ameritan un mayor compromiso por parte de la alta dirección, siendo esta la encargada de mantener las condiciones planificadas respecto a las competencias del cargo, pensando en la empresa y no en los intereses comunes emanados de los aspectos políticos que influyen directa o indirectamente en ella.

La experiencia del trabajo en equipo fue enriquecedora para el fortalecimiento de nuestras competencias personales, pues es en la búsqueda de una unificación de criterios y en la coordinación del trabajo, donde se evidencian las cualidades profesionales y humanas que cada uno de nosotros tiene y que ha forjado a través de su formación integral en la Universidad Industrial de Santander.

Es gratificante que el desarrollo de este proyecto en el Hospital Integrado San Bernardo proporcione resultados positivos dados por la Secretaria Departamental y el logro del Cumplimiento exigido por ley según el DAFP.

El aporte brindado a la entidad en el curso de nuestro proyecto como Ingenieros Industriales, se aprecio de manera directa en la optimización y mejora de los procesos en cuanto a su operatividad y en el mejoramiento del análisis, creación y evaluación de los manuales existentes en la entidad, así como la asesoría en el levantamiento de información.

Otro aporte brindado fue el mejoramiento de la entidad, y en particular sus procesos de modernización y reestructuración, mediante la capacitación y desarrollo de habilidades en el diseño e implementación del Sistema de Control Interno y en el desarrollo de esquemas de monitoreo, seguimiento, control y evaluación de la gestión.

10. RECOMENDACIONES.

Los planes de mejoramiento institucional y por procesos deben revisarse o hacerles seguimiento, no solo por la oficina de control interno, sino por la alta dirección o un representante de la misma, que tenga la capacidad de tomar decisiones que ameriten la disponibilidad de recursos económicos, físicos entre otros, que permitan el adecuado desarrollo de las acciones de mejora propuestas.

Generar espacios de formación y capacitación más asequibles para los funcionarios que en su momento se encuentren laborando, especialmente con el personal médico-asistencial, permitiéndoles participar en la formación de temas de su interés, por medio del manejo de turnos, reemplazos y variedad en los horarios de capacitación.

Para complementar el proceso de implementación del Modelo Estándar De Control Interno MECI 1000:2005, es fundamental continuar e insistir en las actividades de

socialización y sensibilización de todos las áreas del Hospital, persiguiendo mejores resultados en los acciones evaluativas, así como un mayor sentido de pertenencia de los funcionarios hacia la entidad.

Como una medida que permita contar con funcionarios dispuestos a desarrollar todos los aspectos contemplados por el sistema de control interno, se hace relevante el correcto desarrollo de las actividades de inducción y reinducción, como espacios que genere el compromiso en los funcionarios recién vinculados con la empresa, tanto a nivel de gestión de la calidad como de control interno.
Mantener el sistema de indicadores de gestión y ejecutar disciplinadamente las autoevaluaciones de la gestión en cada uno de los procesos y según el análisis y los resultados obtenidos generar las acciones de mejora correspondientes.

Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento elaborados para cerrar las oportunidades de mejora detectadas en las diferentes auditorias El Comité de Calidad realizará el monitoreo del funcionamiento del PAMEC en la institución y hace seguimiento a las acciones de mejoramiento realizadas y cumplimiento de planes de mejoramiento y cronogramas establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

BELTRÁN JARAMILLO, Jesús Mauricio. Indicadores de Gestión: herramientas para lograr la competitividad. 2ª ed. Bogotá: 3R editores, 1999.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 87 de 1993. Normas para el Ejercicio del Control Interno.

DAFP: Departamento Administrativo de la FUNCIÓN PÚBLICO. [En línea]
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control interno MECI 1000:2005. Bogotá D.C.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 1599 de 2005. Adopción del MECI en las Entidades Públicas.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto Colombiano 4110 de 2004.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Ley Colombiana 872 de 2003.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005. Bogotá D.C.

ICONTEC NTC 5254, Administración de Riesgos.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 la cual establece el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de2006. Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud. 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006, Estándares de acreditación. Resolución 1446 de 2006, Indicadores del Sistema de Información para la calidad.

ORTIZ PIMIENTO, Néstor Raúl. Análisis y mejoramiento de los procesos de la empresa. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 1999.

<http://www. portal.dafp.gov.co>

ANEXOS

ANEXO A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa
2010

Barbosa, 1 de Febrero de 2010

ACTA DE COMPROMISO CON EL MODELO ESTANDAR DE CONTROL POR PARTE DEL CUERPO DIRECTIVO

ACTA No 004

El suscrito, JUAN PABLO GARCIA PENAGOS, representante legal, conjuntamente con el equipo directivo HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNANDO, manifiesta su interés de coadyuvar de manera directa y recurrente a la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 a través de la expedición de un acto administrativo, en cumplimiento al mandato constitucional y legal del HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNANDO y en particular a lo establecido en el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005.

El sistema de control interno que se implementará se constituirá en un instrumento gerencial que permita el cumplimiento de los objetivos fijados en la entidad en desarrollo de su Función institucional y el mejoramiento de la Gestión, así como la calificación del ejercicio de control interno con el fin de garantizar la eficiencia, la eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus fines sociales.

Esta herramienta fundamental le permitirá al HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNANDO desarrollar y mantener en operación el Sistema de Control Interno establecido en la Ley 87 de 1993. Con base en este Modelo Estándar de Control Interno se buscará unificar criterios y parámetros básicos de Control Interno, procurando construir la mejor forma de armonizar los conceptos de control, eliminando la dispersión conceptual existente, permitiendo una mayor claridad sobre la forma de desarrollar la función administrativa del Estado.

Este sistema se constituye en una herramienta de control que tiene la ciudadanía para analizar el grado de gestión de la Entidad, contribuye a la calidad de la gestión institucional, a la cualificación de los planes de mejoramiento, el fenecimiento de las cuentas, el ejercicio del control interno contable, el contenido de las medidas de austeridad y lucha contra la corrupción, entre otros aspectos.

El suscrito Gerente General y su equipo directivo expresan su compromiso con las Fases del Modelo que se implementará para la entidad, conforme al Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005 y convoca a los demás niveles Directivos y a todos los servidores públicos, a poner en marcha los métodos y procedimientos necesarios para que el Control Interno se convierta en un medio efectivo para el cumplimiento de la misión y los objetivos instituciones del HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNANDO.

ANEXO B. ACTA DE COMPROMISO CON EL MECI

ACTA DE COMPROMISO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MECI 1000:2005

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

ACTA No. 003

BARBOSA, 27 DE NOVIEMBRE DE 2009

El suscrito **JUAN PABLO GARCIA ,** conjuntamente con el Equipo Directivo de la Entidad manifiestan su interés de coadyuvar de manera directa y recurrente a la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en el HOSPITAL INTEGRADO SANBERNARDO a través de la expedición de un acto administrativo por medio del cual se adopta y reglamenta el Modelo Estándar de Control Interno, en cumplimiento del mandato constitucional y legal de la Entidad Pública y en particular a lo establecido en el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005.

El Sistema de Control Interno que se adopta, se constituirá un instrumento gerencial que permita el cumplimiento de los objetivos fijados por la Entidad en desarrollo de su función institucional y el mejoramiento de la gestión, así como la cualificación del ejercicio del Control Interno con el fin de garantizar la eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus fines sociales.

Esta herramienta fundamental, le permitirá a la Entidad Pública desarrollar, implementar y mantener en operación del Sistema de Control Interno establecido en la Ley 87 de 1993. Con base en este Modelo Estándar de Control Interno se busca unificar criterios y parámetros básicos de Control Interno, procurando construir la mejor forma de armonizar los conceptos de control, eliminando la dispersión conceptual existente, permitiendo una mayor claridad sobre la forma de desarrollar la función administrativa del Estado.

Este Sistema se constituye en una herramienta de control que tiene la ciudadanía para analizar el grado de gestión de la Entidad, contribuye a la calidad de la gestión institucional, a la cualificación de los Planes de Mejoramiento, el fenecimiento de las Cuentas, el ejercicio del Control Interno Contable, el cumplimiento de las medidas de austeridad y Lucha contra la Corrupción, entre otros aspectos.

El suscrito JUAN PABLO PENAGOS y su Equipo Directivo expresan su compromiso con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que se adopta para la Entidad, conforme al ***Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005*** y convoca a los demás niveles directivos y a todos los servidores públicos, a poner en marcha los métodos y procedimientos necesarios para que el Control Interno se convierta en un medio efectivo para el cumplimiento de la Misión y los objetivos institucionales de la Entidad Pública.

Igualmente, el suscrito y su equipo Directivo se comprometen a adelantar la sensibilización sobre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y a generar y estimular la participación de los Servidores Públicos a su cargo en pro del Diseño, Implementación, Desarrollo, Seguimiento y Evaluación del mismo.

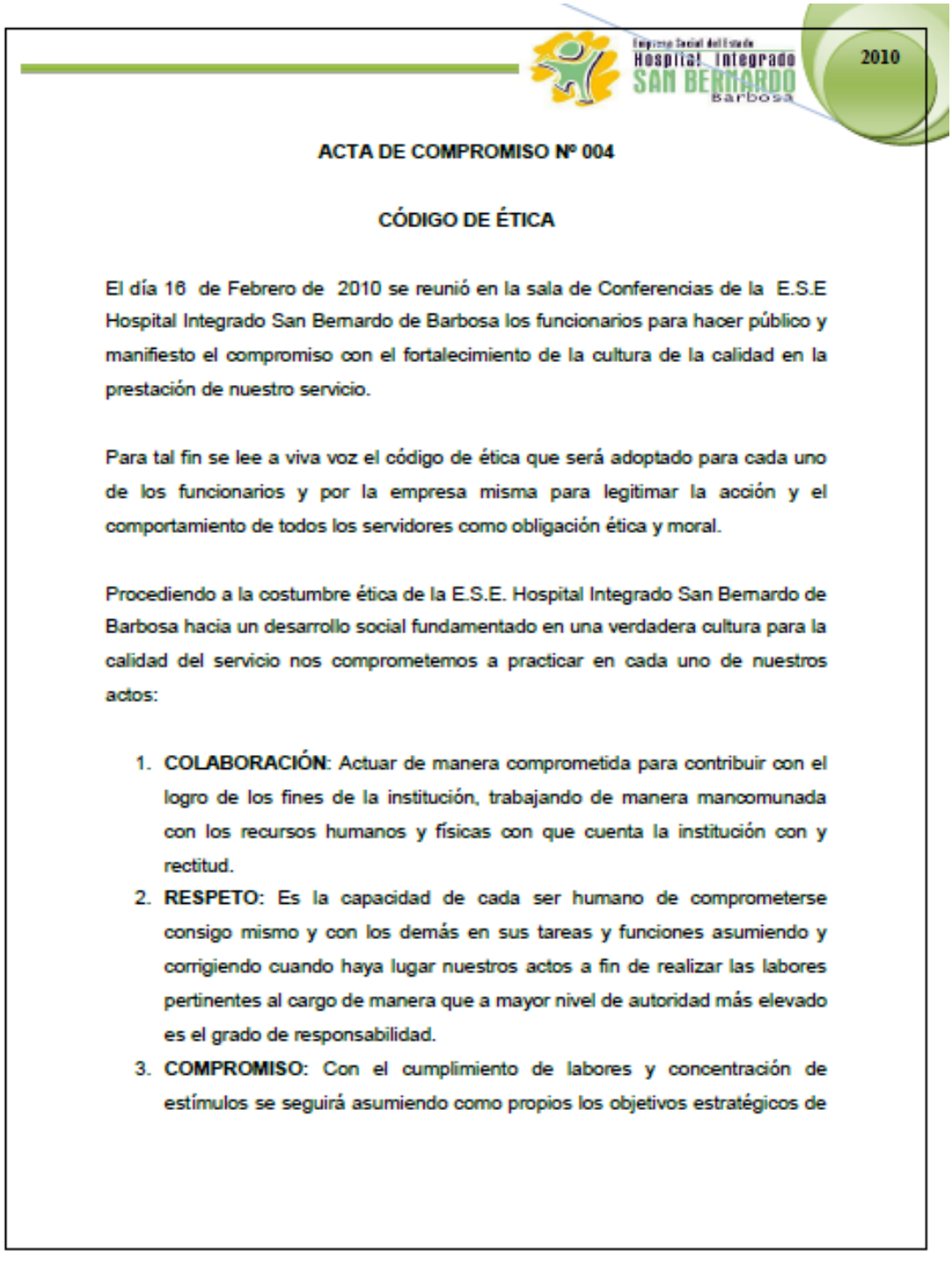
Así mismo, se compromete a tener en cuenta las recomendaciones y observaciones producto de la Evaluación Independiente de las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces, como un insumo básico dentro del proceso de planeación y seguimiento.

Para constancia se firma en la ciudad de BARBOSA a los 27 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2009

_____

JUAN PABLO GARCIA PENAGOS

ANEXO C. ACTA DE COMPROMISO



Empresa Social del Estado Hospital Integrado SAN BERNARDO Barbosa

2010

ACTA DE COMPROMISO Nº 004

CÓDIGO DE ÉTICA

El día 16 de Febrero de 2010 se reunió en la sala de Conferencias de la E.S.E Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa los funcionarios para hacer público y manifiesto el compromiso con el fortalecimiento de la cultura de la calidad en la prestación de nuestro servicio.

Para tal fin se lee a viva voz el código de ética que será adoptado para cada uno de los funcionarios y por la empresa misma para legitimar la acción y el comportamiento de todos los servidores como obligación ética y moral.

Procediendo a la costumbre ética de la E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa hacia un desarrollo social fundamentado en una verdadera cultura para la calidad del servicio nos comprometemos a practicar en cada uno de nuestros actos:

1. **COLABORACIÓN**: Actuar de manera comprometida para contribuir con el logro de los fines de la institución, trabajando de manera mancomunada con los recursos humanos y físicas con que cuenta la institución con y rectitud.
2. **RESPETO**: Es la capacidad de cada ser humano de comprometerse consigo mismo y con los demás en sus tareas y funciones asumiendo y corrigiendo cuando haya lugar nuestros actos a fin de realizar las labores pertinentes al cargo de manera que a mayor nivel de autoridad más elevado es el grado de responsabilidad.
3. **COMPROMISO**: Con el cumplimiento de labores y concentración de estímulos se seguirá asumiendo como propios los objetivos estratégicos de

la institución, con excelente manejo de los recursos y ayudando con la protección del ambiente.

4. **CONFIANZA**: Esperanza firme en las personas que laboran en la institución, ya que son competentes he interesadas en el bienestar de la comunidad en general, y el suyo propio.
5. **EFICACIA**: El cumplimiento de las metas institucionales, ayudara a un mejor clima laboral, con la necesaria colaboración de todos los protagonistas del desarrollo institucional.
6. **EFICIENCIA**: Capacidad de sentido de pertenencia permitirán el logro de los objetivos con la menor inversión de recursos posibles.
7. **HONESTIDAD**: Proceder correctamente, con honradez, respetando lo que pertenece al otro.
8. **SOLIDARIDAD**: Concertación y apoyo a las causas de la institución.
9. **PLURALISMO**: La aceptación de los diferentes modos de ser y pensar, ayudaran al constante desarrollo de trabajo en equipo.
10. **SERVICIO**: Función esencial prestada por la institución a toda la comunidad y desempeñada a cabalidad por todos los servidores en cumplimiento de los ordenamientos, y los objetivos de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.
11. **LEALTAD**: Hacer bien las cosas en el desarrollo del servicio de manera fiel y acorde en el desempeño del cargo, lo cual debe beneficiar al usuario, compañeros de labores y por ende a los recursos institucionales.
12. **IDENTIDAD**: Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa nos sentimos orgullosos al trabajar y pertenecer a la Entidad, entregando lo mejor de cada persona en busca del propósito del cumpliendo de la misión institucional.
13. **TOLERANCIA**: Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa tendrán la capacidad de aceptar y respetar las creencias e ideologías de sus semejantes, ejerciendo el libre y autónomo derecho a la contradicción y el dialogo como herramientas para encontrar un acuerdo.

La E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sella el compromiso con la institución y la comunidad Barboseña manifestando el deseo ferviente y voluntad de servir con Eficiencia, anteponiendo a cada actuación los valores anteriormente escritos, cumpliendo con todas las obligaciones, aceptando las consecuencias de acciones y omisiones y brindando todas las capacidades para ofrecer un servicio de alta calidad. Para el funcionamiento de la E.S.E. la ética debe ser algo natural, espontáneo y sin condicionamientos donde se honra y enaltece a nuestra organización.

Se firma a los 16 días del mes de Febrero de 2010



JUAN PABLO GARCIA PENAGOS

Gerente Encargado

Somos Cuna De Esperanza Y Morada De Bienestar

Comprometidos con la Vida

ANEXO D. ACTA DE SOCIALIZACIÓN CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO.

ACTA DE SOCIALIZACIÓN Nº 007

CÓDIGO ÉTICO DE BUEN GOBIERNO

El día 17 de Febrero de 2010 se reunió en la sala de Conferencias de la E.S.E Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa los funcionarios para hacer público y manifiesto el compromiso con el fortalecimiento de la cultura de la calidad en la prestación de nuestro servicio.

Para tal fin se lee a viva voz el acta de Socialización del Código Ético de Buen Gobierno que será adoptado para cada uno de los funcionarios y por la empresa misma para legitimar la acción y dar a conocer las preventas que ofrece la Entidad al funcionario.

Procediendo la E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa hacia un desarrollo social fundamentado en una verdadera cultura para la calidad del servicio nos comprometemos a practicar en cada uno de nuestros actos:

1. Código de Buen Gobierno y políticas de Administración.

La E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sella el compromiso con la institución manifestando el deseo ferviente y voluntad de servir con Eficiencia, permitiendo así un mejor desarrollo y esparcimiento de sus empleados brindando las menores condiciones de trabajo.

Se firma a los 17 días del mes de febrero de 2010

Juan Pablo García Penagos

Gerente Encargado

Somos Casa De Esperanza Y Morada De Bienestar

ANEXO E. ACTA Nº 001. SOCIALIZACIÓN MECI

Barbosa, 27 de noviembre de 2009

ACTA No 001

Siendo las 4:50 Pm del día 27 de noviembre del año en curso, se reunieron en el salón de conferencias los funcionarios de la entidad, para la socialización y la adopción del modelo estándar de control de calidad MECI 1000:2005, de conformidad con lo establecido en el decreto 1599 de 2005.

LISTA DE ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO
VIVIAN JOHANA MORA S	ENFERMERA
NELVERY GALEANO H	ENFERMERA
MARIA DEL PILAR TELLEZ SANTOS	ENFERMERA
MAYRA ALEJANDRA BARBOSA G	ADMINISTRACION
CARLOS SOTOMONTE	ADMINISTRACION
YANETH COY M	CONSULTA EXTERNA
MARIA DEL PILAR TELLEZ SANTOS	SECRETARIA
AURORA PINZON SAENZ	AUX DE ODONTOLOGIA
ADRIANA SAENZ ULLOA	ENFERMERA JEFE
CLAUDIA CAMACHO	AUX DE ODONTOLOGIA
JUAN PABLO GARCIA	GERENTE
DORA A GALEANO	ENFERMERA
MARIA DEBORA MORENO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
LIGIA QUINTERO	ENFERMERA
ALBA FONEGRA	ENFERMERA
LORENA PRIETO ZARATE	ODONTOLOGA
DANIEL SANTAMARIA	ODONTOLOGO

Donde se contemplaron los siguientes puntos:

- ADOPCIÓN.
- PLANEACION AL DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO.
- DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL MECI 1000:2005, PPOR SUBSISTEMAS, COMPONENTES Y ELEMENTOS DE CONTROL.
- EVALUACION A LA IMPLEMENTACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO.
- NORMAGRAMA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

ANEXO F. RESOLUCION ADOPCION DEL MECI 1000:2005 HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

RESOLUCIÓN No. 452
27 de NOVIEMBE DE 2009

"Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en **EL HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**, y se dictan otras disposiciones"

El Gerente **JUAN PABLO GARCIA PENAGOS**, en uso de sus atribuciones Constitucionales y legales, y

CONSIDERANDO:

a) Que la Constitución Política en su Artículo 209,. establece: *"La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley";*

b) Que, a su vez, entre otros aspectos, el Artículo 269 de la Constitución Política establece que: *"En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley";*

c) Que, respecto a la responsabilidad del Control Interno, la Ley 87 de 1993 *"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones"*, dispuso en el artículo 6 que: *"El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos";*

d) Que el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, *"Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiana, MECI 1000:2005"*, en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte integral del citado Decreto.

e) Que le Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, en su Articulo 34, Numeral 31 establece entre los Deberes de todo Servidor Público: *"Adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna de que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen"*.

f) Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en el anexo técnico al Sistema de Control Interno de la Entidad, con el fin de ajustarlo a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.

g) Que en cumplimiento del artículo 3º del Decreto 1599 de 2005 el Departamento Administrativo de la Función Pública adoptó y difundió el Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, dentro del cual se establecen los lineamientos conceptuales y metodológicos para implementar el modelo en mención.

h) Que, las definiciones y conceptos aquí utilizados corresponden a los establecidos en la Ley 87 de 1993 y sus Decretos reglamentarios en especial el Decreto 1599 de 2005 sobre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, por lo que se reconoce la autoría intelectual de quienes los elaboraron.

RESUELVE:

TITULO I
SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ARTÍCULO 1. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI 1000:2005. Adoptar para El H el Modelo Estándar de Control Interno **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA** y su estructura establecida para el Estado colombiano en el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO. Se entiende por Control Interno el Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una Entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Atendiendo los principios constitucionales y legales, la adopción e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 se enmarca, integra y complementa en los principios del Sistema de Control Interno que a continuación se establecen:

a) Principios constitucionales y legales del control interno

- **Igualdad:** Este principio tiene como fin garantizar que las actuaciones y decisiones de la administración de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** respecto de sus empleados y la comunidad en general se generen en igualdad de condiciones.

- **Moralidad:** Con fundamento en este principio, el Sistema de Control Interno ha de velar por que los actos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** sean claros y éticos, que reflejen una gestión pública pulcra y transparente, evitando la corrupción, la deshonestidad, el despilfarro, malversación e irresponsabilidad en el ejercicio de las funciones de los servidores públicos que presten sus servicios a la entidad.

- **Eficiencia:** El Sistema de Control Interno deberá garantizar que todos los planes, programas y proyectos, así como cada una de las actividades que se realicen al interior de la entidad, se realicen en el menor tiempo posible, a los menores costos y a la más alta calidad.

- **Economía:** Tiene como objetivo orientar la acción de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia una política de sana austeridad y mesura en el gasto, garantizando una proporcionalidad en términos de costo - beneficio.

h) Que, las definiciones y conceptos aquí utilizados corresponden a los establecidos en la Ley 87 de 1993 y sus Decretos reglamentarios en especial el Decreto 1599 de 2005 sobre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, por lo que se reconoce la autoría intelectual de quienes los elaboraron.

RESUELVE:

TITULO I
SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ARTÍCULO 1. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI 1000:2005. Adoptar para El H el Modelo Estándar de Control Interno **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA** y su estructura establecida para el Estado colombiano en el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO. Se entiende por Control Interno el Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una Entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Atendiendo los principios constitucionales y legales, la adopción e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 se enmarca, integra y complementa en los principios del Sistema de Control Interno que a continuación se establecen:

a) Principios constitucionales y legales del control interno

- **Igualdad:** Este principio tiene como fin garantizar que las actuaciones y decisiones de la administración de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** respecto de sus empleados y la comunidad en general se generen en igualdad de condiciones.

- **Moralidad:** Con fundamento en este principio, el Sistema de Control Interno ha de velar por que los actos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** sean claros y éticos, que reflejen una gestión pública pulcra y transparente, evitando la corrupción, la deshonestidad, el despilfarro, malversación e irresponsabilidad en el ejercicio de las funciones de los servidores públicos que presten sus servicios a la entidad.

- **Eficiencia:** El Sistema de Control Interno deberá garantizar que todos los planes, programas y proyectos, así como cada una de las actividades que se realicen al interior de la entidad, se realicen en el menor tiempo posible, a los menores costos y a la más alta calidad.

- **Economía:** Tiene como objetivo orientar la acción de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia una política de sana austeridad y mesura en el gasto, garantizando una proporcionalidad en términos de costo - beneficio.

- **Celeridad:** El principio de celeridad tiene como fin garantizar la agilidad y rapidez en los procesos y desarrollos administrativos en procura de obtener resultados óptimos y oportunos.

- **Publicidad:** A través de este principio se ha de garantizar que todos los actos, procedimientos y resultados de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** sean del conocimiento de sus empleados y de la comunidad en general, en forma oportuna y veraz, de tal manera que refleje una imagen clara y confiable de la gestión de la entidad.

- **Imparcialidad:** El Sistema de Control Interno, debe garantizar mecanismos que orienten y posibiliten un tratamiento, desarrollo y comportamiento justo e imparcial de la administración de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia la comunidad en general, evitando discriminaciones en relación con los beneficios, responsabilidades, obligaciones y servicios a cargo de cada uno de estos.

- **Valoración de Costos Ambientales:** En el ejercicio de las funciones propias de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, todos sus empleados deberán consultar los costos, efectos y consecuencias ambientales, con el fin de preservar el ecosistema y la conservación de un ambiente sano.

a) Principios del Sistema de Control Interno

- **De Autocontrol:** Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

- **De Autorregulación:** Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

- **De Autogestión:** Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

Artículo 4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Los objetivos específicos que busca el Sistema de Control Interno son los siguientes:

4.1. **Objetivos de Control de Cumplimiento**. Constituyen objetivos de Control al Cumplimiento de la función administrativa de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Establecer las acciones que permitan a la Entidad garantizar el cumplimiento de las funciones a su cargo, con base en el marco legal que le es aplicable.

b) Determinar el marco legal que le es aplicable a la Entidad, con base en el principio de autorregulación.

c) Diseñar los procedimientos de verificación y evaluación que garanticen el cumplimiento del margo legal aplicable.

4.2. Objetivos de Control Estratégico. Constituyen objetivos de Control Estratégico de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Crear conciencia en todos los servidores públicos de la Entidad sobre la importancia del Control, mediante la generación y mantenimiento de un entorno favorable que permita la aplicación de los principios del Modelo Estándar de Control Interno.

b) Establecer los procedimientos que permitan el diseño y desarrollo organizacional de la Entidad de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos que le son inherentes.

c) Diseñar los procedimientos necesarios, que permitan a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** cumplir la misión para la cual fue creada y proteger los recursos que se encuentren bajo su custodia, buscando administrar en forma diligente los posibles riesgos que se pueden generar.

4.3. Objetivos de Control de Ejecución. Constituyen objetivos de Control de Ejecución de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Determinar los procedimientos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las funciones, operaciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.

b) Velar porque todas las actividades y recursos de la Entidad estén dirigidos hacia el cumplimiento de su misión.

c) Establecer los procedimientos, que garanticen la generación y registro de información oportuna y confiable necesaria para la toma de decisiones, el cumplimiento de la Misión y la Rendición de Cuentas a la Comunidad.

d) Diseñar los procedimientos que permitan llevar a cabo una efectiva comunicación interna y externa a fin de dar a conocer la información que genera **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** de manera transparente, oportuna y veraz, garantizando que su operación se ejecute adecuada y convenientemente.

4.4. Objetivos de Control de Evaluación. Constituyen objetivos de Control de Evaluación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**) los siguientes:

a) Garantizar la existencia de mecanismos y procedimientos que permitan en tiempo real, realizar seguimiento a la gestión de la Entidad por parte de los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad, permitiendo acciones oportunas de corrección y de mejoramiento.
b) Establecer los procedimientos de verificación y evaluación permanentes del Control Interno.

c) Garantizar la existencia de la función de Evaluación Independiente de la Oficina de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces sobre **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, como mecanismo de verificación a la efectividad del Control Interno.

d) Propiciar el mejoramiento continuo del control y de la gestión de la Entidad, así como de su capacidad para responder efectivamente a los diferentes grupos de interés.

e) Establecer procedimientos que permiten integrar las observaciones de los Órganos de Control Fiscal, a los planes de mejoramiento establecidos por la Entidad.

4.5. Objetivos de Control de Información. Constituyen objetivos de Control a la Información de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Establecer los procedimientos necesarios para garantizar la generación de información veraz y oportuna.

b) Establecer los procedimientos que permitan la generación de información que por mandato legal, le corresponde suministrar a la entidad a los Órganos de Control externo.

c) Garantizar la publicidad de la información que se genere al interior de la Entidad.

d) Garantizar el suministro de información veraz y oportuna para el proceso de Rendición de Cuentas Públicas.

ARTÍCULO 5. ESTRUCTURA DE CONTROL. Con base en los Artículos 3º y 4º de la Ley 87 de 1993, A fin de permitir el cumplimiento de los anteriores objetivos se hace necesario articular los diferentes métodos y procedimientos de prevención, corrección y evaluación a la forma de operación de la Entidad, configurándose para este fin los **Subsistemas, Componentes y Elementos** que interrelacionados bajo un enfoque sistémico, generan una Estructura de Control para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Entidad así:

1. **SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO.**

1.1. **COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.**
ELEMENTOS DE CONTROL:
1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.
1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.
1.1.3. Estilo de Dirección.

1.2. **COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**
ELEMENTOS DE CONTROL:
1.2.1. Planes y Programas.
1.2.2. Modelo de Operación por Procesos.
1.2.3. Estructura Organizacional.

1.3. **COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.**
ELEMENTOS DE CONTROL:
1.3.1. Contexto Estratégico.
1.3.2. Identificación del Riesgo.

TÍTULO II
SUBSISTEMAS, COMPONENTES Y ELEMENTOS

CAPÍTULO I
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

ARTÍCULO 6. SUSBISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO: Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento a la orientación estratégica y organizacional de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

ARTÍCULO 7. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, otorgan una conciencia de control a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** influyendo de manera profunda en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

ARTÍCULO 8. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL. El Componente Ambiente de Control esta integrado por los siguientes Elementos de Control:

8.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos: Elemento de Control, que define el estándar de conducta de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.** Establece las declaraciones explícitas que en relación con las conductas de los Servidores Públicos, son acordados en forma participativa para la consecución de los propósitos de la Entidad, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en la Constitución, la Ley y la finalidad social del Estado.

8.2. Desarrollo del Talento Humano: Elemento de Control, que define el compromiso de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del Servidor Público. Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la Entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los Servidores Públicos del Estado.

8.3. Estilo de Dirección: Elemento de Control, que define la filosofía y el modo de administrar del Gobernante o Gerente Público, estilo que se debe distinguir por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo para guiar u orientar las acciones de la Entidad hacia el cumplimiento de su Misión, en el contexto de los fines sociales del Estado.

ARTÍCULO 9. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, establecen el marco de referencia que orienta **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia el cumplimiento de su Misión, el alcance de su Visión y la conduce hacia el cumplimiento de sus objetivos globales.

ARTÍCULO 10. ELEMENTOS DEL COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO. El Componente Direccionamiento Estratégico está integrado por los siguientes Elementos de Control:

10.1. Planes y Programas: Elemento de Control, que permite modelar la proyección de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos.

10.2. Modelo de Operación por Procesos: Elemento de Control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, armonizando con enfoque sistémico la Misión y Visión institucional orientándola hacia una Organización por Procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

10.3. Estructura Organizacional: Elemento de Control, que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la Entidad, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su Misión.

ARTÍCULO 11. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades, para un mejor cumplimiento de su función.

ARTÍCULO 12. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. El Componente Administración del Riesgo está integrado por los siguientes Elementos de Control:

12.1. Contexto Estratégico: Elemento de Control, que permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su Función, Misión y Objetivos Institucionales.

12.2. Identificación de Riesgos: Elemento de Control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no, bajo el control de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia.

12.3. Análisis del Riesgo: Elemento de Control, que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para su aceptación y manejo.

12.4. Valoración del Riesgo: Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la Entidad a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

12.5. Políticas de Administración de Riesgos: Elemento de Control, que permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

CAPÍTULO II
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

ARTÍCULO 13. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN. Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a la ejecución de los procesos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su Misión.

ARTÍCULO 14. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL. Conjunto de Elementos de Control, que garantizan el control a la ejecución de la función, planes y programas de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

ARTÍCULO 15. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL. El Componente Actividades de Control está integrado por los siguientes Elementos de Control:

15.1. Políticas de Operación. Elemento de Control, que establece las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de la Administración del Riesgo previamente definidos por la Entidad.

15.2. Procedimientos: Elemento de Control, conformado por el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades y define la construcción de los flujogramas que establecen las relaciones y el curso de la información organizacional.

15.3. Controles: Elemento de Control, conformado por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

15.4. Indicadores: Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la Entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

15.5. Manual de Procedimientos: Elemento de Control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos.

ARTÍCULO 16. COMPONENTE INFORMACIÓN. Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados, adquiere significado para los grupos de interés de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** a los que va dirigido. Hace parte fundamental de la operación de la Entidad al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto de los mismos. Garantiza la base de la transparencia de la actuación pública, la Rendición de Cuentas a la Comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información.

ARTÍCULO 17. ELEMENTOS DEL COMPONENTE INFORMACIÓN. El Componente Información está integrado por los siguientes Elementos de Control:

17.1. Información Primaria: Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, pero que afectan su desempeño.

17.2. Información Secundaria: Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, provenientes del ejercicio de su función. Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la Gestión de la Entidad.

17.3. Sistemas de Información: Elemento de Control, conformado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información, orientada a soportar de manera más eficiente la gestión de operaciones en **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

ARTÍCULO 18. COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA. Conjunto de Elementos de Control, que apoya la construcción de visión compartida, y el perfeccionamiento de las relaciones humanas de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** con sus grupos de interés internos y externos, facilitando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales, en concordancia con lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 489 de 1998.

ARTÍCULO 19. ELEMENTOS DEL COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA. El Componente Comunicación Pública está integrado por los siguientes Elementos de Control:

19.1. Comunicación Organizacional. Elemento de Control, que orienta la difusión de políticas y la información generada al interior de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la Entidad.

19.2. Comunicación Informativa. Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés externos.

19.3. Medios de Comunicación: Elemento de Control, que se constituye por el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

CAPÍTULO III

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

ARTÍCULO 20. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN. Conjunto de Componentes de Control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y actividades; el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización Pública.

ARTÍCULO 21. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. Conjunto de Elementos de Control, que al actuar en forma coordinada en **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la Entidad.

ARTÍCULO 22. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. El Componente Autoevaluación está integrado por los siguientes Elementos de Control:

22.1. Autoevaluación del Control: Elemento de Control, que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.

22.2. Autoevaluación a la Gestión: Elemento de Control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los Planes y Programas y en los Procesos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

ARTÍCULO 23. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. Conjunto de Elementos de Control, que garantiza el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados corporativos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoria Interna o quién haga sus veces. Presenta como características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a

un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los Planes de Mejoramiento de la Entidad.

ARTÍCULO 24. ELEMENTOS DEL COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. El Componente Evaluación Independiente está integrado por los siguientes Elementos de Control:

24.1. Evaluación del Sistema de Control Interno: Elemento de Control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

24.2. Auditoría Interna: Elemento de Control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una Entidad Pública. Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

ARTÍCULO 25. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de Autoevaluación, de Evaluación Independiente y en las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

ARTÍCULO 26. ELEMENTOS DEL COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. El Componente Planes de Mejoramiento está integrado por los siguientes Elementos de Control:

26.1. Plan de Mejoramiento Institucional: Elemento de Control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la Entidad Pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos o componentes corporativos debe operar **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la Constitución, la Ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los Organismos de Control Fiscal, de Control Político y con los diferentes grupos de interés.

26.2. Planes de Mejoramiento por Procesos: Elemento de Control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la Organización Pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad en su conjunto.

26.3 Planes de Mejoramiento Individual: Elemento de Control, que contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para lograr una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

TÍTULO III
ROLES Y RESPONSABILIDADES

CAPÍTULO I

ARTÍCULO 27. RESPONSABILIDAD DE LA ALTA DIRECCIÓN. La Alta Dirección debe asegurarse de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de Control Interno, están definidas y comunicadas dentro de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**
El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

ARTÍCULO 28. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN. Para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continúo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece la Resolución 1599 del 20 de Mayo de 2005, el Representante Legal podrá delegar dicha función en el directivo de primer nivel de la respectiva Entidad competente para ello, quién actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno.

A su vez la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Modelo Estándar de Control Interno estará a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno o quien haga sus veces en la respectiva Entidad.

ARTÍCULO 29. COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. El Comité de Coordinación de Control Interno se reunirá por lo menos cada dos (2) meses. Deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas en los Decretos 1826 de 1994 y 2145 de 1999.

ARTÍCULO 30. RESPONSABILIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y/O PARTICULARES QUE EJERCEN FUNCIONES PÚBLICAS. Los Servidores Públicos y/o Particulares que ejercen funciones públicas, son responsables de la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; por la supervisión continua a la eficacia de los controles integrados. Así mismo, por desarrollar la autoevaluación permanente a los resultados de su labor, como parte del cumplimiento de las metas previstas por la dependencia o unidad administrativa a la cual pertenecen.

ARTÍCULO 31. OFICINA DE CONTROL INTERNO, UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA O QUIEN HAGA SUS VECES. La Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces con base en los artículos 3º numeral d), 9º y 12º de la Ley 87 de 1993, es responsable por realizar la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno y la Gestión de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, así como por el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, generando las recomendaciones correspondientes y asesorando a la Alta Dirección para su puesta en marcha.

TÍTULO IV
FUNCIONALIDAD DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

ARTÍCULO 32. FUNCIÓN DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. Es el examen autónomo del Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno, será adelantada por personas que no están directamente involucradas en la operación diaria y cotidiana, y cuya neutralidad les permite emitir juicios objetivos sobre los hechos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

ARTÍCULO 33. FUNCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA. Es el examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con economía, eficacia, eficiencia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas aplicables y si los mecanismos de comunicación públicas son confiables. El objetivo fundamental es emitir juicios fundados a partir de las evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas. Estas deben cubrir cuatro aspectos básicos de evaluación: Cumplimiento, Soporte Organizacional, Gestión y Resultados.

ARTÍCULO 34. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN. El Grupo Evaluador de la Oficina de Control Interno, para llevar a cabo la evaluación del Control Interno, de la gestión y resultados de la Entidad, así como el seguimiento a los Planes de Mejoramiento, utilizará como base de dicha función las metodologías y herramientas de evaluación establecidas por las instancias competentes del Estado y Órgano de Control Fiscal correspondiente.

ARTÍCULO 35. INFORMES A PRESENTAR POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO. La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, presentará al Representante Legal de la Entidad, y al Comité de Coordinación de Control Interno, los siguientes informes relacionados con la Evaluación Independiente del Control Interno, la gestión, los resultados y el mejoramiento continuo de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

35.1. Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno. El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, asumiendo su rol de evaluador independiente, deberá reportar a su Representante Legal a más tardar el 30 de Enero de cada año, el Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, presentando el grado de avance y desarrollo en la Implementación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el literal e) del artículo 8 del Decreto 2145 de 1999. Así mismo, también lo deberán presentar a sus respectivas Juntas o Consejos Directivos, así como a los responsables de la orientación y coordinación de los sectores administrativos.

De otra parte, los Representantes Legales a su vez, remitirán al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial, antes del 16 de febrero de cada año, copia del Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el artículo 2 del Decreto 2539 de 2000, que contenga el resultado final, documento que servirá de base para el Informe que sobre el avance del Control Interno del Estado presentará al inicio de cada legislatura el Presidente de la República al Congreso de la República,

35.2. Informes de Auditoría Interna: El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, reporta al Representante Legal y al Comité de Coordinación de Control Interno, las debilidades y deficiencias que se presentan en la

gestión de operaciones de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

Toma como base las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, los métodos y herramientas de Auditoría Interna que permiten una Evaluación Independiente cierta sobre la gestión y los resultados de la Entidad. Los informes deberán elaborarse periódicamente con base en el Plan de Auditoría establecido y ejecutado formalmente por la Oficina de Control Interno y validado por el Comité de Coordinación de Control Interno.

ARTÍCULO 36. FORMA Y ARCHIVO DE LOS INFORMES. Los informes de Evaluación del Control Interno y de Auditoría Interna, elaborados y presentados por la Oficina de Control Interno, se consignarán en medios documentales y magnéticos que garanticen su conservación, reproducción y consulta por parte de la Entidad y los Órganos de Control Externos cuando estos lo requieran.

Para tales efectos, se implementará un archivo consecutivo que permanecerá en poder la Oficina de Control Interno y del archivo general de la Entidad, conforme a los criterios sobre Tablas de Retención fijados en las normas correspondientes emitidas por el Archivo General de la Nación y atendiendo los requisitos de calidad contenidas en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

ARTÍCULO 37. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO. La Oficina de Control Interno, comunicará oportunamente por escrito al Representante Legal de la Entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno, los resultados de la Evaluación del Control Interno de la Entidad con las correspondientes recomendaciones para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

ARTÍCULO 38. DE LA APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y CORRECTIVOS. Con base en lo establecido en el Artículo 6º de la Ley 87 de 1993, el Representante Legal de la Entidad, los directivos y el Comité de Coordinación de Control Interno son los responsables de la aplicación de las recomendaciones y correctivos resultantes de la evaluación del Control Interno, así como también de las recomendaciones originadas en los procesos de Auditoría Externa de los Órganos de Control Fiscal.

TÍTULO V
DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 39. NORMAS DE CONTROL INTERNO CONTABLE. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER se acogerá a la reglamentación que sobre políticas, métodos y procedimientos de Control Interno Contable, expida la Contaduría General de la Nación a fin de garantizar la razonabilidad, confiabilidad y oportunidad de los estados e informes contables y la utilidad social de la información financiera, económica y social que debe generar **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para sí misma, los diferentes grupos de interés externos y para garantizar el cumplimiento de obligaciones de información.

ARTÍCULO 40. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL INTERNO. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER, en cumplimiento de las normas vigentes y de la presente Resolución, expedirá a través de un Acto Administrativo, las políticas, directrices, métodos y procedimientos específicos mediante los cuales deberán implementarse los diferentes subsistemas, componentes y elementos de control del Sistema de Control Interno, así como los

procedimientos, guías, formatos, y métodos para su evaluación, elaboración, ejecución de los planes de mejoramiento y cumplimiento de obligaciones de información y documentación. Para estos efectos adoptará los métodos y procedimientos conforme a las directrices emanadas del Departamento Administrativo de la Función Pública para las entidades del Estado, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

ARTÍCULO 41. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y REGULACIÓN: La presente Resolución será aplicable a todas las áreas organizacionales de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** y su reglamentación de orden operativo se realizará por medio de actos administrativos por las cuales se adopten los conceptos, metodologías, guías e instrumentos de aplicación así como los manuales e instrumentos que le sean inherentes.

ARTÍCULO 42. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Dada en Barbosa Santander a los 27 días del mes de NOVIEMBE DE 2009

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

JUAN PABLO GARCIA PENAGOS
GERENTE.

ANEXO G. ACTA DE COMPROMISO DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO.

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa
2009

ACTA DE COMPROMISO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MECI 1000:2005

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

ACTA No. 001

BARBOSA, 27 DE NOVIEMBRE DE 2009

El suscrito **JUAN PABLO GARCIA** , conjuntamente con el Equipo Directivo de la Entidad manifiestan su interés de coadyuvar de manera directa y recurrente a la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en el HOSPITAL INTEGRADO SANBERNARDO a través de la expedición de un acto administrativo por medio del cual se adopta y reglamenta el Modelo Estándar de Control Interno, en cumplimiento del mandato constitucional y legal de la Entidad Pública y en particular a lo establecido en el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005.

El Sistema de Control Interno que se adopta, se constituirá un instrumento gerencial que permita el cumplimiento de los objetivos fijados por la Entidad en desarrollo de su función institucional y el mejoramiento de la gestión, así como la cualificación del ejercicio del Control Interno con el fin de garantizar la eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus fines sociales.

Esta herramienta fundamental, le permitirá a la Entidad Pública desarrollar, implementar y mantener en operación del Sistema de Control Interno establecido en la Ley 87 de 1993. Con base en este Modelo Estándar de Control Interno se busca unificar criterios y parámetros básicos de Control Interno, procurando construir la mejor forma de armonizar los conceptos de control, eliminando la dispersión conceptual existente, permitiendo una mayor claridad sobre la forma de desarrollar la función administrativa del Estado.

Este Sistema se constituye en una herramienta de control que tiene la ciudadanía para analizar el grado de gestión de la Entidad, contribuye a la calidad de la gestión institucional, a la cualificación de los Planes de Mejoramiento, el fenecimiento de las Cuentas, el ejercicio del Control Interno Contable, el cumplimiento de las medidas de austeridad y Lucha contra la Corrupción, entre otros aspectos.

.

El suscrito JUAN PABLO PENAGOS y su Equipo Directivo expresan su compromiso con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que se adopta para la Entidad, conforme al ***Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005*** y convoca a los demás niveles directivos y a todos los servidores públicos, a poner en marcha los métodos y procedimientos necesarios para que el Control Interno se convierta en un medio efectivo para el cumplimiento de la Misión y los objetivos institucionales de la Entidad Pública.

Igualmente, el suscrito y su equipo Directivo se comprometen a adelantar la sensibilización sobre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y a generar y estimular la participación de los Servidores Públicos a su cargo en pro del Diseño, Implementación, Desarrollo, Seguimiento y Evaluación del mismo.

Así mismo, se compromete a tener en cuenta las recomendaciones y observaciones producto de la Evaluación Independiente de las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces, como un insumo básico dentro del proceso de planeación y seguimiento.

Para constancia se firma en la ciudad de BARBOSA a los 27 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2009

Juan Pablo Garcia P
GERENTE
316 882 2595
311 820 9192

JUAN PABLO GARCIA PENAGOS

NOTIFICADOS:

Jefe de Control Interno

Administrador

ANEXO H. EL GRUPO DIRECTIVO MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO Y SE DEFINEN SUS ROLES Y RESPONSABILIDAD.

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
MECI

PLANEACIÓN DEL DISEÑO E IMPLEMETACIÓN

Formato: Integración Grupo Directivo - Oficina de Control Interno – Implementación Modelo Estándar de Control Interno. MECI.

INTEGRACIÓN GRUPO ALTA DIRECCION - COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

Designación del Representante de la Dirección para la Administración del Sistema de Control Interno (Directivo de 1er. Nivel).
La Alta Dirección está conformada por el Representante legal y los directivos de primer nivel de la entidad

Nombre: JUAN PABLO GARCÍA PENAGOS

Cargo: GERENTE

Integrantes del Comité de Coordinación de Control Interno (Directivos de Primer Nivel)

Nombre	Cargo	Firma
1. DEIBER VILLAMIL CAMACHO	TESORERO	
2. GABRIEL EDUARDO MANRIQUE E.	ASESOR ADTIVO	
3. MAYRA BARBOSA GAITÁN	SECRETARIA	Mayra Barbosa

Funciones:

- Disponer los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura y de talento humano requeridos para la implementación del MECI.
- Visualizar el Modelo Estándar de Control Interno como una herramienta gerencial, como un mecanismo de autoprotección, que le permite cumplir con eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia la finalidad para la cual fue creada la entidad.
- Designar al representante de la alta dirección, a los miembros del comité directivo del MECI y a los miembros del comité técnico u operativo del MECI de forma escrita y comunicarlo.
- Asegurar que se planifique el diseño y la implementación del MECI 1000:2005, que efectivamente se implemente y se evalúe.
- Adoptar todos los actos administrativos que requiera el diseño, desarrollo e implementación del Modelo Estándar de Control Interno.
- Revisar y evaluar la implementación del MECI con base en el informe presentado por el representante de la dirección.

Firma del Representante Legal de la Entidad (Máxima Autoridad):

ANEXO I. EL GRUPO MECI DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO Y SE DEFINEN SUS ROLES Y RESPONSABILIDAD

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI		
PLANEACIÓN DEL DISEÑO E IMPLEMETACIÓN **Formato: Integración Grupo MECI – Nivel Técnico – Implementación Modelo Estándar de Control Interno. MECI**		
INTEGRACIÓN GRUPO MECI NIVEL TECNICO		
COORDINADOR		
Nombre: GABRIEL EDUARDO MANRIQUE ESTUPIÑAN		
Cargo: ASESOR ADMINISTRATIVO		
Integrantes Grupos de Trabajo		
Nombre	Cargo	Firma
1. CARLOS SOTOMONTE SOTOMONTE	TÉCNICO EN SANEAMIENTO	
2. MAYRA ALEJANDRA BARBOSA GAITÁN	SECRETARIA	Mayra Barbosa
3. NUBIA INÉS MARTÍNEZ GALVIS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
Funciones:		
FIRMA DIRECTIVO QUE ADMINISTRA EL GRUPO		

ANEXO J. CAPACITACIÓN HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO Y GRUPO DE TRABAJO

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

E.S.E. HOSPITAL SAN BERNARDO
Barbosa S.S.

ACTA No. 002

Conferencia y Capacitación " Modelo Estándar de Control Interno"
Capacitacion Equipo Operativo MECI- CALIDAD

Barbosa, 10 de Diciembre de 2009

Hora Inicio: 10:00A.M. **Hora de terminación**: 11: 30 A.M.

Lugar: Área Administrativa de la Institución.

ASISTENTES:

Mayra Barbosa Gaitan
Yesid Villamil
Cindy Carolina Barbosa
Alba Fonnegra
Rosalba Santamaría
Pilar Pardo
Deiber Villamil
Nelson Roncancio
María Isabel Serrano
Natalia Preciado
María Teresa González
Gloria Benitez
Sandra Milena Fontecha
Cecilia Palomino
Zoraida Valero Pinzón
María del Pilar Téllez Santos
Maristella Muñoz Cárdenas
Maribel Morales Mora
Ludivia Cepeda
Dora Alicia Galeano
Yaneth Coy
Ligia Consuelo Quintero
José Alejandro Ardila
Ruth Lambrano
Lodia Lizarazo
María Solanyi Rivera
Sandra Liliana Vargas
Carlos Sotomontes

ANEXO K. ENCUESTA DE DIAGNOSTICO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO BARBOSA SANTANDER
ENCUESTA DIAGNOSTICO MECI

La presente encuesta tiene como objetivo: Definir propuestas para la implementación y/o mejoramiento de los diferentes elementos de control que conforman el Modelo Estándar de Control Interno- MECI 1000:2005

Formato 1.1.1 Diagnóstico Ético- Encuesta de Opinión		
Componente: Ambiente de Control		
Elemento: Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos		
Área:		
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:		
Valor Descripción 0 No sabe * 1 No se cumple 2 Se cumple Insatisfactoriamente	Valor Descripción 3 Se cumple aceptablemente 4 Se cumple en alto grado 5 Se cumple plenamente	
N°	**Afirmación**	**Valoración**
1	Existe un documento o código de ética que contenga los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos Si valora "No Se Cumple" no valore las afirmaciones que siguen a continuación.	
2	Este documento o código de ética fue elaborado mediante el diálogo y la participación de empleados y directivos.	
3	Se difunden los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos a todos los servidores de la Entidad.	
4	El documento o código de ética se adoptó con la participación de los representantes de las dependencias de la entidad.	
5	Se han puesto en marcha políticas y estrategias de gestión para aplicar el documento o código de ética en todas las dependencias.	
6	Se difunden los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos a la ciudadanía o las personas u organizaciones interesadas en gestión de la entidad.	
7	Para la solución de los conflictos internos se consideran los parámetros del código de ética.	
(*) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.		

Formato 1.1.2 Diagnóstico Gestión de Talento Humano- Encuesta de Opinión		
Componente: Ambiente de Control Elemento: Desarrollo del Talento Humano Área:		
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración: Valor Descripción — Valor Descripción 0 No sabe * — 3 Se cumple aceptablemente 1 No se cumple — 4 Se cumple en alto grado 2 Se cumple Insatisfactoriamente — 5 Se cumple plenamente		
N°	**Afirmaciones**	**Valoración**
1	El diseño de los perfiles corresponde a la razón de ser de los cargos o empleos.	
2	Los perfiles diseñados permiten la selección de los servidores idóneos de acuerdo con los requerimientos de los cargos o empleos.	
3	Los procesos de inducción permiten que el nuevo servidor conozca la cultura de la entidad y todo lo relacionado con el ejercicio de sus funciones.	
4	Le entidad realiza diagnósticos sobre los requerimientos de personal para el desarrollo de sus planes, programas, proyectos o procesos.	
5	Los procesos de reinducción permiten la actualización de todos los servidores en las nuevas orientaciones técnicas y normativas que afectan el quehacer institucional de la entidad.	
6	La entidad adopta anualmente un plan institucional de formación y Capacitación.	
7	Son consultados los servidores sobre sus necesidades de capacitación, a través de encuestas o reuniones de trabajo.	
8	La capacitación recibida contribuye al desarrollo de conocimientos y capacidades para un mejor desempeño en el puesto de trabajo.	
9	La entidad adopta y ejecuta programas de bienestar social laboral.	
10	La entidad adopta un plan de incentivos pecuniarios y no pecuniarios.	
11	Se está o ya se diseñó un sistema institucional de evaluación del desempeño que cumpla las orientaciones legales y los criterios dados por la Comisión Nacional del Servicio Civil.	
12	Los resultados de la evaluación del desempeño sirven de insumo para programar acciones de capacitación y desarrollo de los servidores.	
13	La entidad cuenta con mecanismos internos y/o con apoyo externo para la selección de servidores del nivel gerencial.	
14	Se evalúa la gestión de los gerentes públicos á través de los acuerdos de gestión.	
15	Existen mecanismos de publicidad y difusión de las prácticas de gestión del talento humano.	
(*) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.		

Formato 1.1.3 Diagnóstico Estilo de Dirección- Encuesta de Opinión		
Componente: Ambiente de Control. Elemento: Estilo de Dirección. Área:		
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:		
Valor Descripción 0 No sabe *. 1 No se cumple. 2 Se cumple Insatisfactoriamente.		Valor Descripción 3 Se cumple aceptablemente. 4 Se cumple en alto grado. 5 Se cumple plenamente.
N°	**Afirmación**	**Valoración**
1	La alta dirección guía y orienta las acciones de la entidad pública al cumplimiento de su objeto social.	
2	Los directivos tienen conocimiento sobre las funciones de la Entidad.	
3	Las actuaciones de la alta dirección generan confianza en los servidores.	
4	El estilo de dirección facilita la participación de los servidores públicos en los diferentes procesos de la entidad.	
5	El estilo de dirección facilita la participación de las partes interesadas y la ciudadanía para ejercer el control social.	
6	La alta dirección delega responsabilidades que contribuyen a la oportuna toma de decisiones.	
7	Existe compromiso de la alta dirección con el diseño y cumplimiento de las políticas y prácticas del desarrollo del talento Humano.	
8	Existe compromiso de la alta dirección con la asignación y uso transparente y racional de los recursos.	
9	El estilo de dirección facilita la resolución de conflictos internos y externos.	
10	Existe compromiso de la alta dirección con las políticas y objetivos del Control Interno.	
11	La alta dirección asume la responsabilidad de las acciones del mejoramiento y compromisos adquiridos con los entes de control del Estado.	
12	Los directivos tienen los conocimientos y destrezas para dirigir las áreas bajo su responsabilidad.	
13	Los directivos tienen en cuenta los conocimientos y habilidades de sus colaboradores para asignar las cargas de trabajo.	
14	La alta dirección trata de manera respetuosa a los servidores públicos de la entidad.	
15	La alta dirección facilita la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	
(*) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.		

Formato 1.2.1–1 Diagnóstico Planes y Programas- Encuesta de Opinión.		
Componente: Direccionamiento Estratégico. Elemento: Planes y Programas. Área		
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración: Valor Descripción — Valor Descripción 0 No sabe *. — 3 Se cumple aceptablemente. 1 No se cumple. — 4 Se cumple en alto grado. 2 Se cumple Insatisfactoriamente. — 5 Se cumple plenamente.		
Nº	**Afirmación**	**Valoración**
1	Conozco las competencias y funciones asignadas a la entidad por la Constitución o la Ley.	
2	Conozco la misión de la entidad	
3	Conozco la visión de la entidad.	
4	Hay coherencia entre la misión, las competencias y las funciones asignadas a la entidad por la Constitución o la Ley.	
5	Hay coherencia entre la visión, las competencias y las funciones asignadas a la entidad por la Constitución o la Ley.	
6	Conozco los planes de gestión anual.	
7	Hay coherencia entre los planes de gestión anual y la misión y visión.	
8	Existe coherencia entre los objetivos del plan de gestión anual y las necesidades de la ciudadanía.	
9	Se ejecutan los planes de gestión anual.	
10	Se hace seguimiento a los planes de gestión anual.	
11	Se ajustan los planes de gestión anual con base en los resultados del seguimiento.	
12	Se evalúan los planes de gestión anual.	
13	Los resultados obtenidos responden a lo planeado.	
(*) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.		

Formato 1.2.3 Diagnóstico Estructura Organizacional- Encuesta de Opinión

Componente: Direccionamiento Estratégico.
Elemento: Estructura Organizacional
Área:

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe *.	3	Se cumple aceptablemente.
1	No se cumple.	4	Se cumple en alto grado.
2	Se cumple Insatisfactoriamente.	5	Se cumple plenamente.

N°	Afirmación	Valoración
1	La estructura organizacional actual permite cumplir las funciones que le asigna la Constitución y/o la ley a la entidad.	
2	La estructura organizacional se adapta a los cambios del entorno (político, económico y social).	
3	La estructura organizacional garantiza la cobertura de servicios a todos las partes interesadas.	
4	Existe articulación y coordinación entre las funciones que realizan las áreas organizacionales que conforman la estructura de la entidad.	
5	Las áreas organizacionales de la estructura permiten coordinar integralmente la ejecución de los procesos del modelo de operación de la entidad.	
6	Esta definido el directivo responsable de cada proceso que se desarrolla en la entidad.	
7	Están definidos los niveles de autoridad para tomar las decisiones requeridas en cada proceso.	
8	Los servidores responsables de tomar decisiones son competentes para las funciones encargadas.	
9	Se estudian y analizan los puestos de trabajo para definir los perfiles de los empleos que conforman la planta de personal.	
10	La asignación y distribución de cargos responde a los requerimientos de los procesos.	
11	La entidad cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados.	

(*) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.

Formato 2.2.1 Diagnóstico Información Primaria- Encuesta de Opinión.

Componente: Información.

Elemento: Información Primaria*.

Área:

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe **.	3	Se cumple aceptablemente.
1	No se cumple.	4	Se cumple en alto grado.
2	Se cumple Insatisfactoriamente.	5	Se cumple plenamente.

N°	Afirmación	Valoración
1	Se tienen identificadas las fuentes externas que suministran información a la entidad (comunidad, proveedores, contratistas, entes reguladores o de control, entes de cooperación o de financiación, otras entidades u organismos públicos o privados, entre otros)	
2	Se tiene identificada la información que proviene de fuentes externas y que requiere la entidad para su operación.	
3	La entidad conoce a sus usuarios y sus principales requerimientos.	
4	Los bienes que produce y los servicios que genera la entidad satisfacen los requerimientos de los usuarios.	
5	La entidad cuenta con mecanismos para obtener la información proveniente de fuentes externas.	
6	La información primaria se utiliza como insumo principal para el proceso de planeación a partir de la identificación de las necesidades de la ciudadanía y de las partes interesadas.	
7	La información primaria se utiliza como insumo para el proceso de evaluación de la gestión institucional.	
8	La toma de decisiones en la entidad considera la información primaria.	
9	El proceso de quejas y reclamos implementado retroalimenta las operaciones.	

(*) Se entiende por información primaria el conjunto de datos de fuentes externas provenientes de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con la entidad, pero que afectan su desempeño. Proviene de fuentes externas y se procesa al interior de la entidad pública.

(**) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.

Formato 2.2.2 Diagnóstico Información Secundaria– Encuesta de Opinión

Componente: Información.

Elemento: Información Secundaria*.

Área

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe **.	3	Se cumple aceptablemente.
1	No se cumple.	4	Se cumple en alto grado.
2	Se cumple Insatisfactoriamente	5	Se cumple plenamente.

N°	Afirmación	Valoración
1	Se tienen identificadas las fuentes internas de información (actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros)	
2	Se tiene identificada la información que produce la entidad y que requiere para su operación.	
3	Están definidos los clientes internos que requieren la información generada por cada proceso que debe llevarse a cabo en la entidad.	
4	La entidad tiene mecanismos diseñados para que cada servidor registre y divulgue la información actualizada requerida para el desempeño de su cargo.	
5	La Entidad utiliza como estrategia la implementación de un sistema de sugerencias mediante el cual se obtengan, evalúen y recompensen las propuestas de los funcionarios de la Entidad.	
6	Se evalúan todas las sugerencias y se retroalimentan los procesos.	
7	Se cuenta con mecanismos para documentar el conocimiento y experiencia de los funcionarios de la entidad.	
8	La entidad cuenta con parámetros para el procesamiento de la información secundaria.	

(*) Se entiende por información secundaria al conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de la entidad pública, provenientes del ejercicio de su función. Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la entidad pública.

(**) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.

Formato 2.2.3 Diagnóstico del Sistema de Información– Encuesta de Opinión.

Componente: Información

Elemento: Sistemas de Información*

Área:

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe **.	3	Se cumple aceptablemente.
1	No se cumple.	4	Se cumple en alto grado.
2	Se cumple Insatisfactoriamente	5	Se cumple plenamente.

N°	Afirmación	Valoración
1	Los sistemas de información facilitan el Control de Gestión de los Procesos	
2	Hay consistencia en la información generada por las diferentes áreas.	
3	Están definidas las características de la información esperada en términos de calidad, cantidad, oportunidad y forma de presentación.	
4	Los sistemas de información tienen la capacidad de generar información de acuerdo con las especificaciones del usuario.	
5	A través de los sistemas de información se obtiene información útil para la toma de decisiones.	
6	Los sistemas de información facilitan el ejercicio del control político, social y de los organismos de control.	
7	Los sistemas de información facilitan el cruce de información y servicios entre las entidades.	
8	Los sistemas de información permiten las actualizaciones de información sin perdida de la misma.	
9	Los sistemas de información tienen establecidos niveles de acceso y otro tipo de controles para su protección.	
10	Existen programas desarrollados a la medida de las necesidades de la Entidad que capturan y procesan eficientemente los datos.	
11	Están identificados y definidos los responsables que administran, operan, alimentan y utilizan los sistemas de información.	
12	Están identificados y definidos los insumos y productos de los sistemas de información.	
13	Los Sistemas de Información existentes están integrados y realizan operaciones confiables entre sí.	

(*) Se entiende por Sistemas de información el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información, orientada a soportar de manera más eficiente la gestión de operaciones en la entidad pública.

(**) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.

Formato 2.3.1 Diagnóstico Comunicación Organizacional – Encuesta de Opinión.

Componente: Comunicación Pública.

Elemento: Comunicación Organizacional.

Área:

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe *.	3	Se cumple aceptablemente.
1	No se cumple.	4	Se cumple en alto grado.
2	Se cumple Insatisfactoriamente	5	Se cumple plenamente.

N°	Afirmación	Valoración
1	La difusión de políticas e información generada dentro de la entidad contribuye al fortalecimiento de la imagen institucional.	
2	La comunicación contribuye al fortalecimiento de los resultados de los procesos de la entidad.	
3	Se tienen establecidos mecanismos internos de comunicación que contribuyen al logro de los objetivos institucionales	
4	Se determinan especificaciones para generar la información que será comunicada a cada uno de los usuarios internos de la entidad.	
5	Están establecidas las responsabilidades de comunicación que cada servidor tiene con los demás servidores de la entidad para el ejercicio de su cargo.	
6	Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los usuarios internos.	
7	Los usuarios internos comprenden los propósitos de la entidad a partir de los procesos de comunicación organizacional.	
8	Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y la manera de llevarlos a cabo.	
9	Están establecidos los canales de comunicación entre la Dirección y las diferentes áreas de la entidad.	
10	Están establecidos los canales de comunicación entre las diferentes áreas de la entidad.	

(*) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.

Formato 2.3.1 Diagnóstico Comunicación Informativa – Encuesta de Opinión.

Componente: Comunicación Pública.

Elemento: Comunicación Informativa*.

Área:

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe **.	3	Se cumple aceptablemente.
1	No se cumple.	4	Se cumple en alto grado.
2	Se cumple Insatisfactoriamente	5	Se cumple plenamente.

N°	Afirmación	Valoración
1	La entidad informa y sensibiliza sobre el uso de los distintos mecanismos legales y administrativos de participación ciudadana.	
2	Se informa permanente a la ciudadanía sobre programas, servicios, obras, contratos o administración de recursos para propiciar la participación social en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión de la entidad.	
3	Se cuenta con estrategias de comunicación que faciliten la utilización y comprensión por parte de la ciudadanía, de la información que se publica en carteleras, boletines, informes o páginas web.	
4	Se establecen mecanismos de comunicación con las veedurías para el acceso oportuno y confiable a la información.	
5	La entidad desarrolla procesos de rendición de cuentas a la ciudadanía en los que ésta puede interactuar con los directivos institucionales.	
6	En la entidad existen medios adecuados para que la información llegue a todos los niveles de la organización.	
7	La alta Dirección recepciona, analiza y valora la información que proviene de los servidores de la entidad.	
8	La información que se produce en la alta dirección llega a los servidores de la entidad.	

(*) Por comunicación informativa se entiende la difusión de información de la entidad pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia la ciudadanía, personas y organizaciones interesados en la gestión de la entidad.

(**) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto.

Formato 2.3.3. Diagnóstico Medios de Comunicación – Encuesta de Opinión.

Componente: Comunicación Pública.

Elemento: Medios de Comunicación.

Área:

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Valor	Descripción	Valor	Descripción
0	No sabe *.	3	Se cumple aceptablemente.
1	No se cumple.	4	Se cumple en alto grado.
2	Se cumple Insatisfactoriamente	5	Se cumple plenamente

N°	Afirmación	Valoración
1.	La entidad cuenta con mecanismos de comunicación que lleguen a sus usuarios brindando información completa, sencilla y oportuna acerca de la gestión realizada. (Boletines, prensa, revistas, carteleras, intranet, Internet, periódico mural, noticiero interno)	
2.	La entidad utiliza medios de comunicación que permitan a la ciudadanía el ejercicio del control ciudadano a través de la observación, entendimiento y evaluación de las decisiones y conducta de los servidores.	
3.	Los medios de comunicación utilizados aprovechan los recursos existentes en la entidad.	
4.	A través de los medios de comunicación se obtiene retroalimentación que genere unidad de criterio o de mejoramiento.	
5.	La comunicación contribuye a crear un clima organizacional de confianza brindando información oportuna, eliminando el rumor y evitando la manipulación y distorsión del mensaje.	
6.	La comunicación permite a los servidores, a la ciudadanía y a los órganos de control y vigilancia acceder a información adecuada, transparente y veraz.	
7.	En la entidad hay un plan estratégico de comunicación que conlleva la adecuada existencia y utilización de medios de carácter interno y/o externo.	

(*) Marque "No Sabe" en el caso en que la afirmación hable de un tema o asunto en el que usted definitivamente no puede opinar porque no tiene ninguna clase de conocimiento al respecto

N°	Afirmación	Valoración
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos. (Si valora "No Se Cumple" no valore las afirmaciones que siguen a continuación).	
2	El documento o código de ética fue elaborado mediante el diálogo y la participación de los servidores de la entidad.	
3	Se difundieron los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos a todos los servidores de la entidad.	
4	Se han puesto en marcha políticas y estrategias de gestión para aplicar el documento o código de ética en todas las dependencias.	
5	Se han definido lineamientos de comportamiento ético en la dependencia de acuerdo con las funciones específicas asignadas.	
6	Los conflictos se resuelven según el documento o código de ética.	
7	La vinculación de los servidores responde a los requerimientos de los empleos.	
8	Los procesos de inducción le facilitaron a los nuevos servidores conocer la cultura organizacional de la entidad y el ejercicio de sus funciones.	
9	Los procesos de reinducción han permitido la actualización de todos los funcionarios en las nuevas orientaciones técnicas y normativas que afectan el quehacer institucional.	
10	En la entidad se ejecuta el plan institucional de formación y capacitación.	
11	Fueron consultados los servidores sobre sus necesidades de capacitación, a través de encuestas o reuniones de trabajo.	
12	Ha mejorado el desempeño en el puesto de trabajo debido a la capacitación recibida.	
13	La entidad adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral.	
14	La entidad ejecutó el plan de incentivos pecuniarios y no pecuniarios.	
15	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño.	
16	Se han tomado acciones de capacitación y desarrollo de los servidores, con base en los resultados de la evaluación del desempeño.	

N°	Afirmación	Valoración
17	La entidad ha utilizado mecanismos internos y/o con apoyo externo para la selección de gerentes públicos.	
18	Fue evaluada la gestión de los gerentes públicos a través de los Acuerdos de Gestión.	
19	Se realizó publicidad y difusión sobre las prácticas de gestión del talento humano.	
20	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	
21	Los directivos dan cumplimiento a las funciones de la Entidad.	
22	Las actuaciones de la alta dirección generan confianza en los servidores.	
23	El estilo de dirección tiene en cuenta la participación de los servidores en los diferentes procesos de la entidad.	
24	El estilo de dirección tiene en cuenta la participación de las partes interesadas para facilitar el control social.	
25	La alta dirección delegó responsabilidades que contribuyeron a la oportuna toma de decisiones.	
26	Las políticas trazadas por la Alta Dirección fortalecen el desarrollo del talento humano.	
27	Ha sido transparente y eficiente la asignación y uso de los recursos en la entidad.	
28	Hay respaldo y liderazgo de la alta dirección con las políticas y objetivos del control interno.	
29	La alta dirección lidera el cumplimiento de las acciones del mejoramiento y compromisos adquiridos con los entes de control del Estado.	
30	Los directivos tienen los conocimientos y destrezas para dirigir las áreas bajo su responsabilidad.	
31	Los directivos tienen en cuenta los conocimientos y habilidades de sus colaboradores para asignar las cargas de trabajo.	
32	La alta dirección da un trato respetuoso a los servidores de la entidad.	
33	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	

Nº	Afirmación	Valoración
34	Conozco las competencias y funciones asignadas a la entidad por la Constitución y la Ley	
35	Conozco la misión de la entidad	
36	Conozco la visión de la entidad.	
37	Hay coherencia entre la misión y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	
38	Hay coherencia entre la visión y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	
39	La entidad contempla dentro del proceso de formulación de los planes y programas, la participación y concurso de organismos e instituciones de cooperación que permitan su ejecución.	
40	Los planes y programas se ejecutaron con base en los lineamientos estratégicos (planes indicativos o estratégicos)	
41	Conozco los planes de gestión anual.	
42	Hay coherencia entre los planes de gestión anual y la misión y la visión.	
43	Las necesidades de la ciudadanía se tuvieron en cuenta para la definición de los objetivos del plan de gestión anual.	
44	Los planes y programas se han ejecutado de acuerdo con el presupuesto asignado.	
45	Los planes y programas de la entidad articulan y propician la participación de otras entidades públicas en la financiación, coordinación y ejecución de sus proyectos.	
46	Se ha hecho seguimiento a los planes de gestión anual.	
47	Se han ajustado los planes de gestión anual con base en los resultados del seguimiento.	
48	Se han evaluado los planes de gestión anual.	
49	Los resultados obtenidos responden a lo planeado.	
50	Los procesos de la entidad están concebidos en función de los objetivos institucionales.	
51	Se diseñan los procesos agrupando las actividades independientemente del área que las ejecuta.	
52	La ejecución de los procesos logra el cumplimiento de los objetivos planteados	
53	La entidad tiene claramente establecida la interrelación de los procesos que se ejecutan.	
54	Están identificadas las entradas (insumos) y salidas (productos)	

Nº	Afirmación	Valoración
	de los procesos en la entidad.	
55	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	
56	Se tienen identificadas las actividades que conforman los procesos de la organización	
57	Están consignados los procesos en un documento que le permita a los responsables de los mismos, conocer cómo se ejecutan.	
58	Los procesos cuentan con controles que aseguran su eficiencia y eficacia.	
59	Los procesos en la entidad responden a criterios o políticas de calidad.	
60	Los procesos han sido clasificados en estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación.	
61	Están definidos claramente los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad.	
62	La entidad tiene la capacidad para ajustarse a los cambios del entorno.	
63	La estructura diseñada contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	
64	El diseño de la estructura y de los cargos se hizo con base en los procesos y procedimientos de la entidad.	
65	La asignación y distribución de cargos responde a los requerimientos de los procesos.	
66	Se estudiaron los puestos de trabajo para definir los perfiles de los empleos que conforman la planta de personal.	
67	La entidad cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados.	
68	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los niveles de la entidad.	
69	La estructura organizacional facilita la comunicación de la entidad con las partes interesadas	

Nº	Afirmación	Valoración
70	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	
71	Se han identificado los riesgos que afectan el cumplimiento de los planes y programas de la entidad.	
72	Se han identificado los riesgos que afectan el desarrollo de los procesos de la entidad.	
73	Se han identificado las causas que generan los riesgos en la entidad.	
74	Se han identificado los efectos que pueden presentarse si se materializan los riesgos.	
75	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	
76	La entidad está aplicando acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	
77	La entidad cuenta con los recursos para administrar los riesgos.	
78	Conoce las orientaciones institucionales para la administración del riesgo.	
79	Hay compromiso de la alta de dirección para que se implementen acciones que garanticen la efectividad de la administración del riesgo.	
80	Están identificados los controles para prevenir los riesgos en la entidad.	
81	Los responsables de los procesos realizan periódicamente evaluaciones de riesgos en sus actividades.	

ANEXO L. INFORME DEL DIAGNÓSTICO.

HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

INFORME RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DIAGNOSTICO DE LOS SISTEMAS CONTROL INTERNO LAS ENTIDADES PÚBLICAS.
MECI 1000:2005

BARBOSA SANTANDER
2010

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN ..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1. ASPECTOS GENERALES DEL INFORME **8**

1.1. OBJETIVOS DEL DIAGNOSTICO MECI 1000:2005 8
1.2. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
1.3. CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR NO.03 DE 2005 ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

2. ETAPA 1 DE PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MECI 1000:200 ..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

2.1. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
2.2. DEFINIR LA ORGANIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO. .... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
2.3. DEFINIR LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA. ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
2.4. SENSIBILIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN A FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD. ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
2.5. CAPACITACIÓN AL EQUIPO MECI Y COMITÉ EVALUADOR. ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
2.6. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA. ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
2.7. TAMAÑO DE LA MUESTRA SELECCIONADA. ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

3. DIAGNOSTICO MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI 1000:2005-GOBERNACIÓN DE SANTANDER ..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

3.1. RESULTADO CONSOLIDADO EN EL APLICATIVO DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
3.2. LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO QUE SE SINTETIZAN ASÍ: ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

4. SISTEMA DE CONTROL INTERNO **216**

4.1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO 216
4.1.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL *216*
4.1.1.1. Elemento: Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos. 216
4.1.1.2. Elemento: Desarrollo del Talento Humano 219
4.1.1.3. Elemento: Estilo de Dirección 223
4.1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO *225*

4.1.2.1. Elemento: Planes y Programas 225
4.1.2.2. Elemento: Modelo de Operación por Procesos 228
4.1.2.3. Elemento: Estructura Organizacional 230
4.1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS *233*
4.1.3.1. Elemento: Contexto Estratégico 233
4.1.3.2. Elemento: Identificación de Riesgos 236
4.1.3.3. Elemento: Análisis del Riesgo 237
4.1.3.4. Elemento: Valoración del Riesgo 239
4.1.3.5. Elemento: Políticas de Administración de Riesgos 240
4.2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION 242
4.2.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL *242*
4.2.1.1. Elemento: Políticas de Operación 242
4.2.1.2. Elemento: Procedimientos 244
4.2.1.3. Elemento: Controles 246
4.2.1.4. Elemento: Indicadores 247
4.2.1.5. Elemento: Manual de Procedimientos 249
4.2.2. COMPONENTE INFORMACION *250*
4.2.2.1. Elemento: Información Primaria 250
4.2.2.2. Elemento: Información Secundaria 252
4.2.2.3. Elemento: Sistemas de Información 253
4.2.3 COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA. *256*
4.2.3.1. Elemento: Comunicación organizacional 257
4.2.3.2. Elemento: Comunicación informativa 258
4.2.3.3. Elemento: Medios de comunicación 261
4.3. SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACION 264
4.3.1. COMPONENTE AUTOEVALUACION *264*
4.3.1.1. Elemento: Autoevaluación del control 264
4.3.1.2. Elemento: Autoevaluación de la gestión. 266
4.3.2. COMPONENTE EVALUACION INDEPENDIENTE *268*
4.3.2.1. Elemento: Evaluación del sistema de control interno 268
4.3.2.2. Elemento: Auditoria Interna: 270
4.3.3. COMPONENETE PLANES DE MEJORAMIENTO *274*
4.3.3.1. Elemento: Plan de mejoramiento institucional 274
4.3.3.2. Elemento: Plan de Mejoramiento por Procesos 276
4.3.3.3. Elemento: Planes de Mejoramiento Individual 278
5. ETAPA 2. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI 1000:2005, POR SUBSISTEMAS, COMPONENTES Y ELEMENTOS DE CONTROL ....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6. ETAPA 3. EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DEL MECI. ....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

7. ETAPA 4. NORMOGRAMA DE CONTROL INTERNO. ... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

8. ANEXO ..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

INTRODUCCIÓN

El Modelo Estándar de Control interno MECI 1000:2005 proporciona la estructura para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, adaptándose a las necesidades de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, proceso y servicio que suministra.

El Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, promueven la adopción de un enfoque basado en procesos.

El Departamento Administrativo de la Función Pública promovió la adopción e implementación de un modelo de Control Interno la cual fue acogida por El Gobierno Nacional y condujo a la expedición del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005 "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005". Este modelo se desarrolla con base al artículo 1° de la Ley 87 de 1993; Se encuentra compuesto por tres Subsistemas, nueve Componentes y veintinueve Elementos de Control, relacionados entre sí, bajo el enfoque sistemático que establece la Ley 87 de 1993.

Por estas razones el Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander inicio el proceso de implementación del Modelo Estándar De Control Interno MECI 1000:2005 la cual permite a los responsables de Control Interno tener las herramientas necesarias para orientar el funcionamiento de un Sistema de Control Interno que sirva de soporte en forma efectiva a la función administrativa.

El informe Diagnóstico que se presenta a continuación contiene cada una de las actividades realizadas en la primera fase de implementación propuestas por el DAFP y el resultado de la encuesta realizada a todos los funcionarios de la entidad.

El proceso se lleva a cabo bajo la asesoría del Departamento de Control Interno del Hospital Integrado San Bernardo y el Equipo MECI donde participan activamente dos (2) Estudiantes de Ingeniería Industrial de la Universidad Industrial de Santander de Bucaramanga.

1. ASPECTOS GENERALES DEL INFORME

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO MECI 1000:2005.

- Sincronizar los procesos que se lleven a cabo en el Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa para identificar y definir la ruta crítica de diseño e implementación.
- Determinar el avance o nivel de efectividad de cada uno de los elementos del Sistema de Control Interno del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa frente a los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 , con el fin de identificar los parámetros de la implementación o ajustes necesarios que permitan la mejora y sostenibilidad de los Sistemas.
- Orientar al Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa en la implementación y desarrollo de cada uno de los subsistemas, componentes y elementos que conforman el Modelo Estándar de Control Interno hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.
- Mejorar el desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno.

1.2. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

Bajo las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP-, en la Circular No.03 de 2005, se aplicó en Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander la encuesta diseñada por el DAFP para la realización del Diagnóstico del Sistema de Control Interno, conforme a la nueva estructura de control MECI 1000:2005.

Se ejecuto el Diagnóstico en la semana comprendida, entre la semana del 6 de enero de 2010, donde se muestran los resultados de la encuesta, el

procedimiento y normatividad aplicada, para cada ítem según lo instimulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP, en la realización de esta encuesta.

1.3. CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR No.03 DE 2005

En la Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander se dio inicio al proceso de implementación del Sistema de Control Interno para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Circular No.03 de septiembre 27 de 2005.

2. ETAPA 1: PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MECI 1000:2005.

2.1. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN.

El 27 de Noviembre de 2009 se suscribió el acta de compromiso de adopción del Modelo Estándar de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad para la entidad.

2.2. REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCIÓN

Por medio de la Resolución No 453 del 14 de diciembre de 2009, del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa designa el Representante de la Dirección al Dr. Juan Pablo García Penagos cual está a cargo de la coordinación del proyecto de implementación de MECI 1000:2005.

Son funciones del Representante de la Dirección las siguientes:

- Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno.
- Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno.
- Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno.
- Dirigir y coordinar las actividades del Equipo Técnico y Operativo MECI.
- Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiera realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.
- Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del MECI, aplicando los correctivos donde se requiera.

- Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno o Equipo Directivo las propuestas de diseño e implementación del modelo, para su aprobación.

2.3. EQUIPO OPERATIVO, COMITÉ MECI

Se expidió la Resolución nº 453 del 14 de diciembre del 2009 en el cual se Organiza donde se conforma el equipo de trabajo MECI para la implementación y desarrollo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005).
El Equipo Directivo del Hospital Integrado San Bernardo para el Modelo Estándar de Control Interno está integrado por los funcionarios de primer nivel de la Entidad, al mismo le compete el cumplimiento de las siguientes funciones**:**

- Recomendar pautas para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno, de conformidad con las normas vigentes y las características propias de la entidad.
- Estudiar y revisar la evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad, dentro de los planes y programas adoptados y recomendar los correctivos necesarios.
- Asesorar al Representante Legal en la definición de planes estratégicos y en la evaluación del estado de cumplimiento de las metas y objetivos allí propuestos.
- Recomendar prioridades para la adopción, adaptación, adecuado funcionamiento y optimización de los sistemas de información gerencial, estadística, financiera, de planeación y de evaluación de procesos, así como para la utilización de indicadores de gestión generales y por áreas.
- Estudiar y revisar la evaluación al cumplimiento de los planes, sistemas de control y seguridad interna y los resultados obtenidos por las dependencias de la entidad.
- Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a cada una de las dependencias de la entidad.
- Coordinar con las dependencias del organismo el mejor cumplimiento de sus funciones y actividades.
- Presentar a consideración del Representante Legal propuestas de modificación a las normas sobre el control interno vigentes.
- Reglamentar el funcionamiento de los distintos subcomités de coordinación del sistema de control interno que se organicen.
- Las demás que le sean asignadas por autoridad competente.

2.4. GRUPO EVALUADOR

En la resolución No. 453 del 14 de diciembre del 2009, se estableció la conformación del grupo evaluador, sus responsabilidades y funciones.

Los integrantes del Grupo Evaluador tendrán bajo su responsabilidad la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del MECI 1000:2005. El Grupo Evaluador estará integrado por el (la) Jefe de la Oficina de Control Interno y los funcionarios a cargo.

2.5. DEFINIR LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

El Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa expidió mediante el cual se adopta manual de implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

2.6. SENSIBILIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN A FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD

La Sensibilización de Modelo Estándar de Control Interno MECI se llevó a cabo el día1 DE MARZO DE 2010, en las instalaciones del Hospital Integrado San Bernardo en el municipio de Barbosa, con la asistencia de 67 funcionarios de la Entidad.

La Socialización de la implementación de los sistemas se hizo el día 2 de Abril de 2010, en el cual se presentó al grupo asesor, el representante de la dirección y las etapas de desarrollo de los sistemas. Se contó con la presencia de 52 funcionarios de la entidad y fue realizada en el salón de conferencia segundo piso del Hospital Integrado San Bernardo.

2.7. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El número de funcionarios en el Hospital Integrado San Bernardo es 70, 42 empleados de planta y 28 contratistas a la fecha de desarrollo de la etapa de Diagnóstico que fue del 9 de abril de 2010

Consecuentemente con la planeación de la ejecución de la fase de Diagnóstico, este se desarrollo de la forma establecida con pocos contratiempos, encontrando que el número total de encuestas aplicadas fue inferior al número poblacional, haciendo así 68 encuestas.

3. DIAGNÓSTICO MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI 1000:2005

Requerimientos para el diagnóstico:

- Normas que regulan el Sistema de Control Interno.
- Normas que definen los métodos y procedimientos de Control Interno.
- Resultados de los procesos de evaluación realizados por la Oficina de Control Interno.

El análisis y conclusión respecto al nivel de desarrollo de cada elemento de control fue apoyado siguiendo una metodología estructurada que de manera general se describe como:

1. Distribución del Instrumento de recolección de información

El Aplicativo o instrumento para la recolección de información referente al grado de desarrollo del sistema de control interno en el Hospital Integrado San Bernardo fue distribuido entre los servidores públicos y los resultados de su aplicación fueron confrontados con referencias documentales y/o verbales.

2. Asignación de la Valoración correspondiente a cada Elemento de Control

Para cada elemento de control fue asignada una valoración resultante de la información registrada por los funcionarios y la evidencia documental obtenida. La Escala de Calificación corresponde a la que a continuación se describe**:**

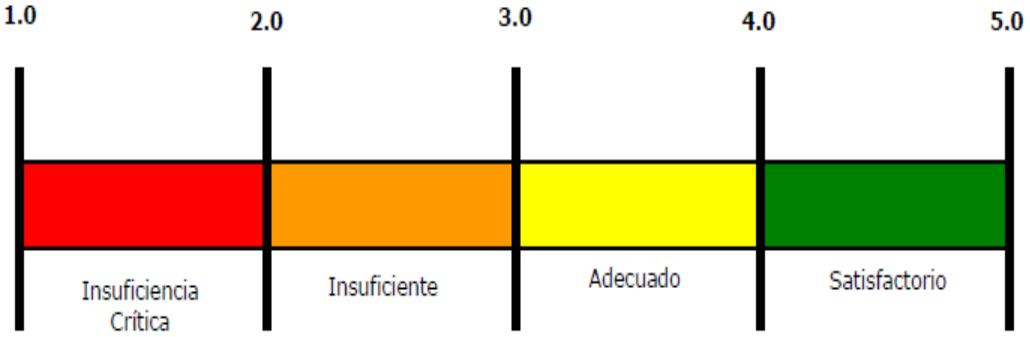
(0) No se sabe
(1) No se cumple.
(2) Se cumple insatisfactoriamente.
(3) Se cumple aceptablemente.
(4) Se cumple en alto grado.
(5) Se cumple plenamente.

3. Evaluación del Resultado

Todas las preguntas evaluadas fueron soportadas al menos en una fuente o instrumento de información.
Interpretación en la Escala

La interpretación de los valores obtenidos por cada elemento, componente, subsistema y sistema tuvo lugar en función del rango en el que se encuentre la valoración cuantitativa otorgada por los funcionarios de la Entidad:

Rango 1.0 – 1.9: Insuficiencia Crítica.
Rango 2.0 – 2.9: Insuficiente.
Rango 3.0 – 3.9: Adecuado.
Rango 4.0 – 5.0: Satisfactorio.



NOTA: La asignación de la escala desde el valor cero (0) tuvo como propósito evaluar el reconocimiento del algunos elementos del MECI que se encuentran desarrollados y vigentes. La cuantificación sin embargo tuvo en cuenta que los valores cero (0) se interpretan a manera de un uno (1)

HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER
RANGOS DE INTERPRETACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO			PUNTAJE POR ELEMENTOS	INTERPRETACION	PUNTAJE POR COMPONENTES	INTERPRETACION	PUNTAJE POR SUBSISTEMAS	INTERPRETACION	PUNTAJE DEL SISTEMA	INTERPRETACION
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION	AMBIENTE DE CONTROL	ACUERDOS, PROTOCOLOS, COMPROMISOS ETICOS	1,56	INADECUADO	2,33	DEFICIENTE	2,49	DEFICIENTE	2,27	DEFICIENTE
		DESARROLLO DE TALENTO HUMANO	2,81	DEFICIENTE						
		ESTILO DE DIRECCION	2,63	DEFICIENTE						
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANES Y PROGRAMAS	2,51	DEFICIENTE	2,61	DEFICIENTE				
		MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	2,44	DEFICIENTE						
		ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	2,87	DEFICIENTE						
	ADMINISTRACION DE RIESGOS	CONTEXTO ESTRATEGICO	2,47	DEFICIENTE	2,54	DEFICIENTE				
		IDENTIFICACION DE RIESGOS	2,42	DEFICIENTE						
		ANALISIS DE RIESGOS	2,5	DEFICIENTE						
		VALORACION DEL RIESGO	2,67	DEFICIENTE						
		POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	2,65	DEFICIENTE						
SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	ACTIVIDADES DE CONTROL	POLITICAS DE OPERACIÓN	2,21	DEFICIENTE	2,56	DEFICIENTE	2,26	DEFICIENTE		
		PROCEDIMIENTOS	2,61	DEFICIENTE						
		CONTROLES	2,11	DEFICIENTE						
		INDICADORES	2,97	DEFICIENTE						
		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	2,88	DEFICIENTE						
	INFORMACIÓN	INFORMACION PRIMARIA	2,11	DEFICIENTE	2,03	DEFICIENTE				
		INFORMACION SECUNDARIA	2,11	DEFICIENTE						
		SISTEMAS DE INFORMACION	1,86	INADECUADO						
	COMUNICACIÓN PUBLICA	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	2,28	DEFICIENTE	2,28	DEFICIENTE				

Ilustración 1 Tabla final de MECI

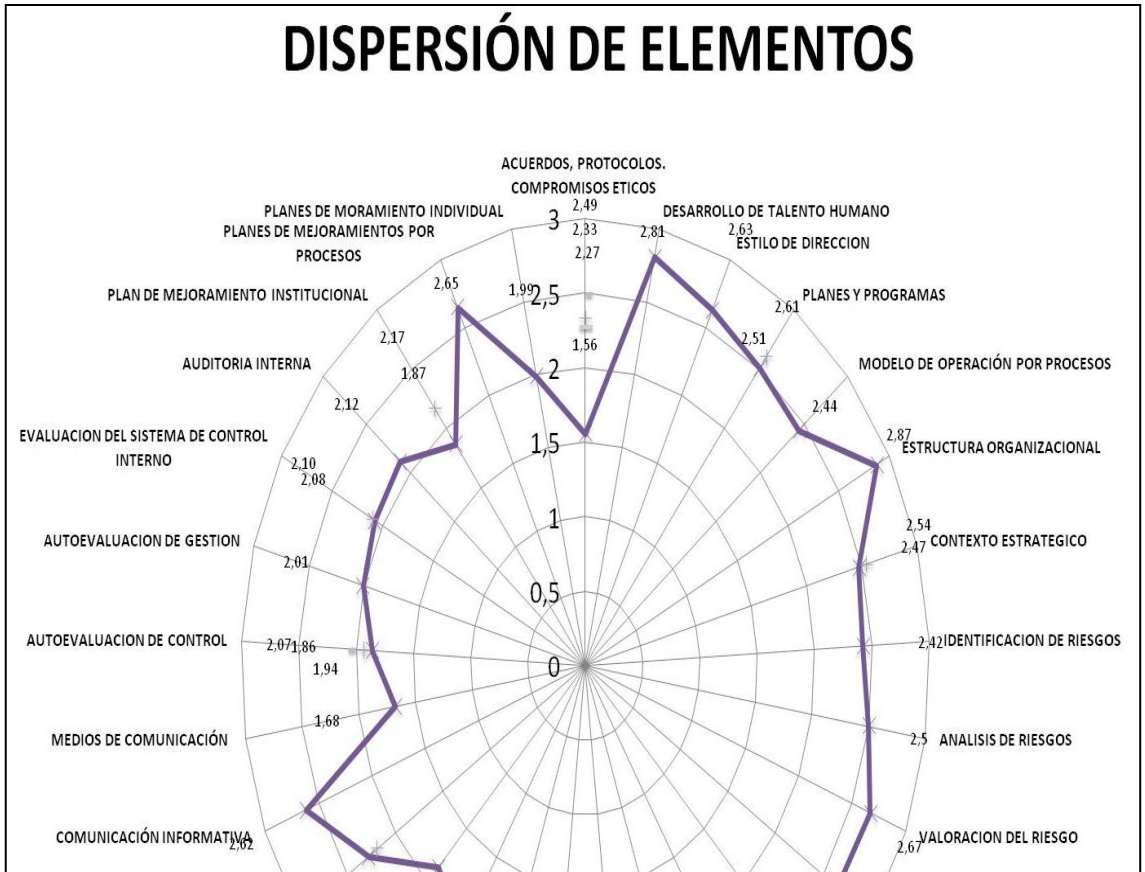


Ilustración 2 Diagrama de Dispersión por Elementos

3.1 RESUMEN DE APLICACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Tabla 1 Resultados de la Encuesta por subsistemas

SUBSISTEMA	PUNTAJE	INTERPRETACION	TOTAL	INTERPRETACION
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	2,49	Deficiente	2,07	Deficiente
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	2,26	Deficiente		
SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN	2,07	Deficiente		

El resultado obtenido del diagnóstico realizado para MECI 1000: 2005, el análisis de las encuestas realizadas muestra que el Hospital Integrado San Bernardo se encuentra en un nivel de Deficiencia con una calificación de 2.07.

La escala usada para determinar la calificación arrojada por el análisis de las encuestas va de 0 a 5, siendo 0 el puntaje que se considera como **INADECUADO** y 5 como **SATISFACTORIO**, como se muestra en la tabla de Rangos De Interpretación Del Diagnostico Del Sistema De Control Interno.

Los componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 evaluados arrojaron los siguientes resultados:

AMBIENTE DE CONTROL	2,33	Deficiente
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,61	Deficiente
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	2,54	Deficiente
ACTIVIDADES DE CONTROL	2,56	Deficiente
INFORMACIÓN	2,03	Deficiente
COMUNICACIÓN PÚBLICA	2,19	Deficiente
AUTOEVALUACIÓN	1,94	Inadecuado
EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	2,1	Deficiente
PLANES DE MEJORAMIENTO	2,17	Deficiente

Tabla 2 Resultados de la Encuesta por componentes

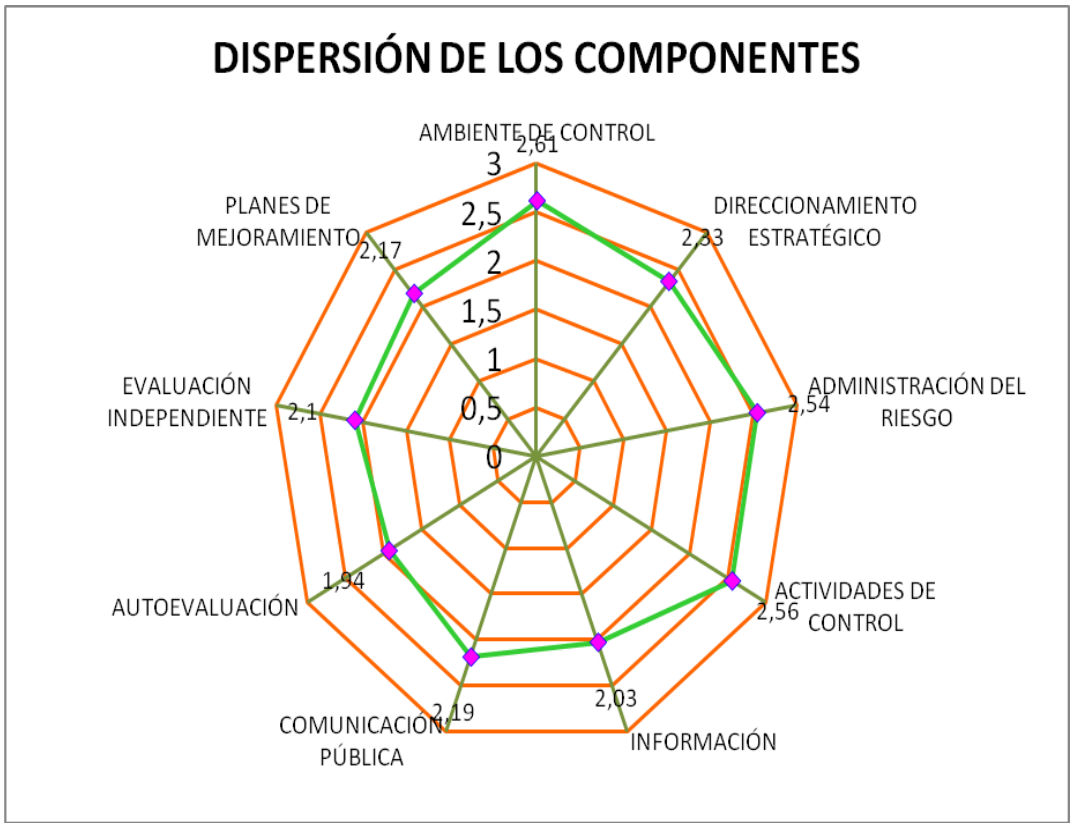


Ilustración 3 Diagrama de Dispersión por Componentes

Los resultados obtenidos del análisis del Modelo Estándar de Control Interno por Componentes se encuentra entre un intervalo mínimo de 1.94 a un máximo de 2.61 la cual oscila entre inadecuada o deficiente, según la tabla de rangos.

El componente que tuvo menor calificación fue el Componente de Autoevaluación con un puntaje de 1.94 por tal motivo obtuvo una calificación de **INADECUADA**, Información, evaluación independiente, planes de mejoramiento, comunicación pública, ambiente de control, administración del riesgo, actividades de control, y por ultimo con mayor puntaje el componente de direccionamiento estratégico con un puntaje de 2.61 con un puntaje de **DEFICIENTE.**

La percepción sobre los diversos elementos del MECI se presenta así:

Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos	1,56	Inadecuado
Desarrollo de Talento Humano	2,81	Deficiente
Estilo de Dirección	2,63	Deficiente
Planes y Programas	2,51	Deficiente
Modelo de Operación por Procesos	2,44	Deficiente
Estructura organizacional	2,87	Deficiente
Contexto Estratégico	2,47	Deficiente
Identificación de Riesgos	2,42	Deficiente
Análisis del riesgo	2,5	Deficiente
Valoración del Riesgo	2,67	Deficiente
Políticas de Administración del Riesgo	2,65	Deficiente
Políticas de Operación	2,21	Deficiente
Procedimientos	2,61	Deficiente
Controles	2,11	Deficiente

Indicadores	2,97	Deficiente
Manual de Procedimientos	2,82	Deficiente
Información Primaria	2,11	Deficiente
Información Secundaria	2,11	Deficiente
Sistemas de Información	1,86	Inadecuado
Comunicación Organizacional	2,28	Deficiente
Comunicación Informativa	2,62	Deficiente
Medios de Comunicación	1,68	Inadecuado
Autoevaluación de Control	1,86	Inadecuado
Autoevaluación de Gestión	2,01	Deficiente
Evacuación del Subsistema de Control Interno	2,08	Deficiente
Auditoría Interna	2,12	Deficiente
Plan de Mejoramiento Institucional	1,87	Inadecuado
Planes de Mejoramiento por Procesos	2,65	Deficiente
Planes de Mejoramiento Individual	1,99	Inadecuado

Ilustración 1 Resultados por Elemento

4. SISTEMA DE CONTROL INTERNO

4.1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

El primer elemento sobre el cual el Hospital Integrado San Bernardo debe focalizar sus esfuerzos es el Control Estratégico, este componente define la orientación estratégica y organizacional del Entidad, fundamental para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales. Interpretar con claridad la función institucional real de la Entidad, la misión para la que fue creada, el reconocimiento de su contribución al cumplimiento de los fines esenciales del estado y la satisfacción de las necesidades de los usuarios, permite generar conciencia respecto a la importancia de la implementación de cada uno de los elementos contenidos en el Subsistema de Control Estratégico, naturalmente bajo criterios de transparencia, ética institucional y el buen servicio público.

4.1.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Es el conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, otorgan una conciencia de control al Hospital Integral San Bernardo influyendo de manera penetrante en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a la Entidad.

4.1.1.1. Elemento: Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.

a. Definición del Elemento:

Es el elemento de Control que define el estándar de conducta en la Entidad. Establece las declaraciones explícitas que en relación con las conductas de los servidores públicos, son acordados en forma participativa para la consecución de los objetivos de la organización, manteniendo la coherencia de la gestión pública con los fines consagrados en la Constitución Política, la ley, y la finalidad social del Estado. Representa la forma de ser y operar de la Entidad, caracterizada por la actitud y compromiso de la Alta Dirección con el

Sistema de Control Interno, así como por las pautas de comportamiento de los servidores públicos en la Entidad, referente para que sus actuaciones sean consecuentes con los valores adoptados en la concertación estratégica para el logro del cometido Estatal.

El ambiente de control es expresión de la filosofía de la Entidad, la cual determina los niveles de autoridad, responsabilidad y organización del talento humano y esencialmente del estilo de dirección del representante legal, responsable de la implementación del Sistema de Control Interno institucional.

b. Normograma del elemento

- Constitución Política de 1991; artículos 1, 5, 6, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 25, 26, 28, 29, 38, 42, 43, 48, 53, 54, 55, 83, 122, 123, 124, 125, 126, 127,128.
- Ley 190 de 1995; artículos 19 a 31, 66.
- Decreto Ley 1567 de 1998; artículos 34 al 41.
- Ley 734 de 2002; artículo 24
- Decreto 1227 de 2005; articulo 75 Numeral 75.4
- Decreto 3622 de 2005; articulo 7
- Decreto 1599 de 2005

c. Percepción del Elemento por los encuestados:

Los elementos objeto de análisis, en la aplicación del Diagnostico de Avance para el desarrollo e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, como parte del componente **Ambiente de Control** son:

• Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos
• Desarrollo del Talento Humano
• Estilo de Dirección

ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS	Calificación

Como resultado de la aplicación de la metodología de diagnóstico para el componente Ambiente de Control, se obtuvo el siguiente consolidado de resultados:

1	¿Existe un Código o Documento orientador de los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	1.81
2	¿Conoce los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	1.10
3	¿Los Acuerdos Éticos operan en las relaciones con los funcionarios y con las diferentes partes interesadas internas y externas?	1.46
4	¿La Entidad tiene habilidad (herramientas) para detectar violaciones a los Acuerdos Éticos?	1.88

TOTAL ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS	1.56	**Inadecuado**

Fuente: Modelo estándar de control interno meci

d. Análisis del resultado de la Encuesta para el elemento.

La percepción general de los Empleados del Hospital Integrado San Bernardo sobre el elemento de control Acuerdos, Compromisos y Protocoles Éticos, arroja una calificación de 1.56 que según la tabla de rango dado por el Modelos Estándar de
Control Interno MECI 1000:2005 se encuentra en un nivel de desarrollo INADECUADO.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables

No se encuentra evidencia documental de un Manual de Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos referenciado de acuerdo a lo establecido a MECI 1000:2005.
El Hospital Integrado San Bernardo expidió por la cual se acoge la Misión y Visión del Departamento y los Principios y Valores que deben regir el desempeño de los servidores públicos del Departamento de Santander.
Por la cual se Acuerda el Compromiso para la implementación del Manual de Ética en Hospital, y se hace adopción del Manual de Valores y Compromisos Éticos Hospital San Bernardo donde se encuentran descritos los principios y valores que se deben tener en cuenta para su ejecución.

f. Recomendaciones.

1. Se debe conformar el comité de ética mediante acto administrativo en el cual serán especificadas sus respectivas funciones:

- Diseño del Manual de Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.

2. Adoptar el Manual de Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos como acto administrativo.

3. Establecer indicadores que puedan medir cada uno de los Principios donde se identifique las fallas que tenga el componente de Ambiente de control para hacer sus respectivas correcciones.

4. Difusión y socialización del Manual utilizando las herramientas dadas por el Hospital Integrado San Bernardo mediante acto administrativo.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Cartilla Cultura Organizacional.
- Cartilla Calidad de Vida Laboral para una Cultura de lo Público: Instrumentos para su Gestión.
- Guía de Intervención: Calidad de Vida Laboral.

4.1.1.2. Elemento: Desarrollo del Talento Humano

a. Definición del Elemento.

Define el compromiso de la entidad con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los servidores públicos.Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por El Hospital Integrado San Bernardo, al realizar los procesos de selección y vinculación, inducción, reinducción, bienestar social, formación, capacitación y evaluación del desempeño y retiro de los Empleados las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia.

b. Normograma del Elemento

- Ley 100 de 1993
- Ley 190 de 1995; artículos 1, 7, 9, 10, 11, 13,14, 15, 16, 64, 66.
- Ley 87 de 1993; articulo 4
- Ley 443 de 1998; artículos 24, 58, 81 y 82
- Ley 489 de 1998; 30, 31 y 32.
- Ley 617 de 2000; artículos 20, 22, 27, 28, 71, 72, 77, 82, 84
- Ley 734 de 2002
- Decreto 0272
- Decreto 1567 de 1998; artículos 7,14,20

- Ley 909 de 2004
- Decreto 760 de 2005; artículos 7,14,20
- Decreto 3622 de 2005.
- Decreto 770 de 2005
- Decreto785 de 2005
- Decreto 2772 de 2005
- Decreto 2539 de 2005
- Decreto 1227 de 2005, Titulo II.IV.V.VI.VII
- Decreto 682 de 2001
- Resolución 415 de 2003
- Directiva Presidencial 01 de 1997.
- Directiva Presidencial Nº 10 de 2002
- Decreto 190 de 2003

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	Calificación
1	¿Existen perfiles para cada uno de los cargos que permitan la selección idónea de los servidores?	2.91
2	¿Existen políticas que permiten la ejecución de los procesos de selección, inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño?	2.79
3	¿Ha identificado procesos de Selección, Inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño?	1.79
4	¿Existen políticas de Bienestar Social?	3.31
5	¿Las políticas y procedimientos de Desarrollo del Talento Humano son difundidos y conocidos en todos los niveles de la Entidad?	3.26

TOTAL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2.18	Deficiente

f. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El conocimiento de los servidores del Hospital Integrado San Bernardo sobre el elemento de control Desarrollo del Talento Humano, proyecta una calificación de 2.18 que según los lineamientos de calificación del Modelo Estándar de Control

Interno MECI el nivel de desarrollo del Componente de Talento Humano es **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- **Planeación del Talento Humano:** Los perfiles están definidos según las Normas del Departamento de Salud y las necesidades del Hospital Integrado San Bernardo. No se cuenta con una planeación donde se logre identificar etapas de desarrollo y cumplimiento con el recurso humano, donde se evidencie las necesidades y requerimientos del personal del hospital.

- **Selección de Personal:** El Hospital no posee un mecanismo para la selección del personal debido a que la en la selección del personal interviene el Departamento de Salud o la de la Alcaldía Municipal.

- **Inducción de Servidores Públicos:** La entidad no tiene definido el proceso de inducción para los Servidores Públicos. El personal que ingresa al Hospital no cuenta con la orientación para conocer la organización, misión, visión, objetivos y las funciones que desempeñara en su cargo.

- **Reinducción de Servidores Públicos:** El Hospital no tiene definido el proceso de Reinducción a los Servidores Públicos, por lo anterior el Funcionario no se actualiza en los cambios y reformas que ocurren dentro de la organización.

- **Capacitación de Servidores Públicos:** La entidad desarrolla y facilita actividades de capacitación para temas específicos. Cuenta con un Plan de Capacitación según generalidades del Departamento de Salud, no identifica la capacitación por niveles, ni las entidades encargadas de la capacitación y formación, ni los recursos requeridos. No se realiza el seguimiento y retroalimentación de las capacitaciones y formaciones hacia los demás funcionarios de la entidad.

- **Compensación para los Servidores Públicos:** La Entidad ejecutó una Nivelación Salarial para el Nivel Asistencial de acuerdo a la escala salarial que rige al departamento, pero no obedeció a un estudio técnico de cargas laborales.

- **Bienestar Social:** El Hospital no cuenta con un programa de Bienestar Social

f. Recomendaciones.

- Implementar un sistema de información para la administración y desarrollo del talento humano que involucre el personal administrativo de la organización, incluyendo el Personal de Planta, Contratistas y Prestadores de Servicios.

- Es indispensable tener mecanismos para la selección de Servidores Públicos.

- Revisar la política de selección para los cargos de libre nombramiento y remoción. Identificando los Cargos y Perfiles.

- De acuerdo a lo establecido por el MECI se debe Diseñar y Desarrollar un Plan Anual de Capacitación y Formación que involucre a todos los servidores públicos de la entidad.

- Realizar un Manual que involucre selección, inducción y reinducción para que todos los funcionarios conozcan sobre el estado de la organización y las funciones especificas de la entidad, y se apropie de cada uno de los procesos y procedimientos a su cargo.

- Unificar los recursos para el bienestar social, capacitación y estímulos para los Empleados del Hospital.

- Diseñar los instrumentos para la evaluación del desempeño de acuerdo a lo establecido por la ley 909 de 2004.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Lineamientos generales para la administración del talento humano.
- Planeación de los Recursos Humanos: Lineamientos de política, estrategias y orientaciones para la implementación
- Plan nacional de formación y capacitación.
- Formación y capacitación: guías sobre inducción y reinducción y diagnóstico y formulación de programas.
- Guía para la formulación de planes institucionales de capacitación.

- Metodología para evaluación de la capacitación.
- Bienestar social laboral: una nueva propuesta.
- La calidad de vida laboral: instrumentos para su gestión.
- Cartilla sobre clima organizacional.
- Guía de Intervención: Calidad de vida laboral.
- Cartilla sobre cultura organizacional.
- Documento de políticas y guía para desarrollo de programas de Readaptación Laboral.
- Guía sobre equipos de trabajo.

4.1.1.3. Elemento: Estilo de Dirección

a. Definición del Elemento.

Elemento de Control, que define la filosofía y el modo de administrar del Gobernante o Gerente Público, estilo que se debe distinguir por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo para guiar u orientar las acciones de la Entidad hacia el cumplimiento de su Misión, en el contexto de los fines sociales del Estado.

En el Hospital integrado San Bernardo, se realizó el diagnóstico de la Caracterización del estilo de dirección como medio para conocer las debilidades y fortalezas en lo concerniente a aspectos relacionados con el cumplimiento de las funciones de la alta Dirección en la Entidad y para proponer acciones de mejora.

b. Normograma del Elemento

- Directiva Presidencial Nº 02 de 1994
- Directiva Presidencial Nº 04 de 2002
- Directiva Presidencial Nº 10 de 2002
- Ley 909 de 2004
- Ley 1010 de 2006
- Decreto 2539 de 2005
- Ley 734 de 2002

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

ESTILO DE DIRECCIÓN	Calificación

1	¿La alta dirección está comprometida con los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno?	2.63
2	¿Los directivos dan cumplimiento a las políticas y prácticas de Desarrollo del Talento Humano?	2.87
3	¿Las Directivas acatan los Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos de la Entidad?	2.32
4	¿La alta dirección se compromete con la asignación y uso mesurado y racional de los recursos?	3.46
5	¿La alta dirección cumple con los métodos, procedimientos, políticas y objetivos propios del Control Interno?	2.49
6	¿La alta dirección establece acciones a las recomendaciones provenientes de la Autoevaluación de la Gestión?	2.01

TOTAL ESTILO DE DIRECCIÓN	**2.63**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

La apreciación general de los servidores del Hospital Integrado San Bernardo sobre el elemento de control Estilo de Dirección, arroja una calificación de 2.63 que según los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- El Hospital Integrado San Bernardo expresaron su compromiso para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

- No existe caracterización del Estilo de Dirección de acuerdo a lo establecido por el MECI.

f. Recomendaciones.

- Se debe caracterizar el Estilo de Dirección, teniendo como referente los siguientes parámetros:

  ✓ La Misión, Visión, Objetivos y Políticas de la Entidad.

- ✓ Se debe establecer los requisitos, nivel de conocimiento y Experiencia para quienes ingresan a desempeñar cargos de Nivel Directivo.
- ✓ Cumplir con los requisitos exigidos por la ley para la posesión y el desempeño del cargo.
- ✓ Compromiso con la adopción del Sistema de Control Interno.
- ✓ Capacidad para formular Planes y Direccionar estratégicamente la entidad según los Lineamientos de la Secretaria de Salud.
- ✓ Definir y dar a conocer Políticas que definen los procesos de selección, inducción, Reinducción, formación, capacitación, compensación y de bienestar social aplicables a los directivos de la Entidad y sus servidores.
- ✓ Existencia y Conocimiento de procesos/procedimientos definidos para la evaluación del desempeño de los Servidores.
- ✓ Utilización de los recursos asignados para el cumplimiento y desarrollo del Talento Humano del Hospital.
- ✓ Acatamiento y puesta en práctica de los mecanismos que se diseñen para facilitar la participación de la Comunidad en la Planeación del Desarrollo.
- ✓ Adecuada administración de bienes y servicios asignados para el ejercicio de su labor y la información confidencial que maneje de manera exclusiva.
- ✓ Divulgación de los Actos Administrativos y contratos asignados

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Cartilla Calidad de Vida Laboral para una Cultura de lo Público: instrumentos para su gestión.

4.1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Es el conjunto de elementos de control que establecen el marco de referencia que orientan al Hospital Integrado San Bernardo en el cumplimiento de la MISIÓN, el alcance de su VISIÓN Y METAS.

4.1.2.1. Elemento: Planes y Programas

Elemento de Control, que permite modelar la proyección de la Entidad a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos. Los planes y programas materializan las estrategias de la organización establecidas para dar cumplimiento a su misión, visión y objetivos institucionales esperados en un período de tiempo determinado, asegurando adicionalmente los recursos necesarios para el logro de los fines de la entidad.

b. Normograma del Elemento

- Constitución Política Colombiana de 1991. Artículos: 80, 106, 298, 339 a 355.
- Ley 87 de 1993. Articulo 4
- Ley 152 de 1994. Artículos: 2 a 7, 13 a 17, 19, 20, 21, 22, 25 a 28, 31 a 34, 36 a 41, 44,45,46,48,50.
- Ley 489 de 1998 16, 17, 21. 106, 107
- Decreto 111 de 1996 4 a 15, 17, 18, 20, 21, 36, 37, 38, 39, 41, 51, 52, 53.
- Decreto 2145 de 1999. Artículo: 12
- Decreto 1363 de 2000. Artículo: 19
- Plan Nacional y Territorial de Desarrollo
- Directiva Presidencial Nº 01 de 1997
- Decreto 841 de 1990. Artículos: 2, 5, 7, 22, 26, 28, 32, 34.
- Ley 909 de 2004

c. Percepción del Elemento por los Encuestados.

	PLANES Y PROGRAMAS	Calificación
1	¿Elabora la entidad los Planes y Programas estratégicos y Operativos en cumplimiento de la normatividad existente?	3.09
2	¿Existe compromiso de la alta dirección con la ejecución de los planes y programas requeridos para el cumplimiento de la función constitucional y legal de la Entidad?	2.53

3	¿Conoce y está comprometido con los Planes y Programas pertinentes para el desarrollo de su función?	2.56
4	¿Los Planes y Programas son divulgados a los diferentes públicos internos y externos que tienen relación con la Entidad?	1.87

TOTAL PLANES Y PROGRAMAS	**2.51**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

La percepción de los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de sobre el elemento de control Planes y Programas, arroja una calificación de 2.51 que según la calificación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 tiene una calificación **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- Acta de Reunión por la cual se adopta el Modelo estándar de Control interno.
- Resolución por la cual se implementa y establece el Plan de Capacitación y Estímulos para los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo

f. Recomendaciones:

- Deben definirse los criterios y estrategias para el Diseño e Implementación de los Planes y Programas en la entidad con base en los criterios exigidos por la Secretaria de Salud.
- Formulado el Plan de Desarrollo se debe buscar herramientas y mecanismos de Socialización para que los servidores del Hospital Integrado San Bernardo tengan conocimiento de los planes y programas que se desarrollan y las actividades a seguir para el cumplimiento de sus objetivos.
- Formular el Plan Anual de Gestión por dependencias que incluya los programas y proyectos de inversión y las actividades administrativas de cada una de ellas para facilitar la evaluación establecida en la ley 909 de 2004 y analizar indicadores de desarrollo y efectividad del Plan.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Guía de Racionalización y simplificación de trámites, procesos y procedimientos.
- Hacia una visión sistémica de la Gestión Pública. Un enfoque práctico.

4.1.2.2. Elemento: Modelo de Operación por Procesos

a. Definición del Elemento:

Elemento de Control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la Entidad.
Un Modelo de Operación se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, y dependiendo de la complejidad de las organizaciones, es posible agrupar procesos afines en macroprocesos. Así mismo, dependiendo del tamaño y complejidad de los procesos de la entidad, éstos podrán desagregarse a nivel de actividades y tareas.

b. Normograma del Elemento

- Constitución Política Colombiana de 1991. Artículos 113 a 121, 173, 174, 178, 189, 200, 202, 208, 209 216, 235, 237, 241, 249, 256, 265, 282, 298, 305, 311, 315, 354.
- Ley 87 de 1993. Articulo 4
- Ley 715 de 2001. Artículos 5 a 9, 27, 42 a 46,73, 74, 75, 76.
- Ley 872 de 2003
- Decreto 1537 de 2001. Artículos 1, 2.
- Directiva Presidencial Nº 1 de 1997
- Resolución 048 de 2004 y Resolución 119 de 2006 de la Contaduría General de la Nación.
- NTCGP 1000:2004
- Decreto 4110 de 2004
- Decreto 3622 de 2005. Articulo 2

c. Percepción del Elemento por los Encuestados.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	Calificación

1	¿La Entidad basa su gestión en un Modelo de Operación por Procesos?	1.40
2	¿El Modelo de Operación contiene la definición de macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo?	3.28
3	¿Existe armonía entre los objetivos de los macroprocesos con el conjunto de Planes y Programas que rigen a la Entidad?	2.63

TOTAL MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	**2.44**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado que obtuvieron de los servidores del Hospital Integrado San Bernardo sobre el elemento de control Modelo de Operación por Procesos, arroja una calificación de **2.44** que según el Modelos Estándar de Control Interno obtuvo una calificación **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- No existe el Comité Coordinador del Modelo de Operación por Procesos solo se encuentra el comité de calidad que está encargado de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- Existe un diseño del Mapa de Procesos de la Entidad en donde se escriben los Procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación.

- Se han identificado y caracterizado los Macroprocesos, Procesos y Subprocesos en Estratégicos, Misionales, Apoyo y evaluación y las interacciones entre ellos, se debe buscar herramientas y mecanismos de Socialización para que los servidores del Hospital Integrado San Bernardo tengan conocimiento de los Macroprocesos, Procesos y Subprocesos.

f. Recomendaciones:

- Mediante Acto administrativo conformar un Comité Coordinador del Modelo de Operación por Procesos.

- Se deben socializar los Macroprocesos y procesos a los servidores del Hospital Integrado para garantizar el cumplimiento de la función y misión de la entidad.

- Elaborar un Normograma donde se recopilen las normas asociadas con los objetivos de los Procesos.

- Se deben Identificar las actividades necesarias para la ejecución de los procesos, definir las tareas para el desarrollo de cada actividad.

- Definir los resultados de los procesos, subprocesos en informes, bienes o servicios a los grupos de interés internos y externos de la entidad.

- Se deben diseñar los instrumentos necesarios para la ejecución de tareas a si como los controles, indicadores y riesgos asociados para los Procesos.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Guía de Racionalización y simplificación de trámites, procesos y procedimientos.
- Hacia una visión sistémica de la Gestión Pública. Un enfoque práctico.

4.1.2.3. Elemento: Estructura Organizacional

a. Definición del Elemento:

Elemento de Control, que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la Entidad, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su Misión y su función constitucional y legal.
La Estructura Organizacional está compuesta por la estructura u organización interna de la entidad, por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales; se define a partir de los procesos y procedimientos que conforman el Modelo de Operación y que permiten cumplir los objetivos institucionales. La parte que la dinamiza es el recurso humano, por lo tanto, el diseño de los perfiles de los cargos o empleos debe estar acorde con dicho modelo[14]. Debe permitir a la entidad responder a los cambios del entorno político, económico y social estableciendo niveles jerárquicos. Esta estructura

[14] Política de Desarrollo Administrativo "Rediseños Organizacionales" establecida en el Decreto 3622 de 2005, Art. 7.

permite al Hospital Integrado San Bernardo responder a cambios políticos, económicos y sociales haciendo más flexible la organización y estableciendo niveles jerárquicos a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación más directo entre los servidores.

b. Normograma del Elemento

- Ley 909 de 2004.
- Constitución Política Colombiana de 1991. Artículos: 113 a 119, 150, 171,176, 188, 189, 200, 201, 208, 234, 236, 239, 249, 264, 268, 277, 282, 286, 287, 306, 314
- Ley 87 de 1993
- Ley 136 de 1994. Artículos: 1 a 5, 8
- Ley 489 de 1998.Artículos: 1, 49, 50 ,51, 54, 56, 57, 64 a 69, 70 a 73, 82 a 85, 88, 89, 91, 97, 101.
- Directiva Presidencial Nº 01 de 1997

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL		**Calificación**
1	¿Existe coherencia y armonía de la estructura organizacional con el Modelo de Operación por procesos de la Entidad?	2.63
2	¿Existen manuales que detallen actividades (secuenciales), competencias y niveles de responsabilidad que se requieren para el ejercicio de cada uno de los cargos?	2.88
3	¿La Estructura Organizacional permite y facilita el cumplimiento de los objetivos contenidos en los Planes y Programas de la Entidad?	2.29
4	¿La Estructura Organizacional está adaptada a las necesidades cambiantes del entorno y evaluación contigencial de los aspectos externos (estabilidad, complejidad, diversidad y hostilidad)?	3.68

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	**2.87**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado que presentado por los servidores del Hospital integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de control Estructura Organizacional, arroja una calificación 2.87 la cual según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- Existe un manual de Funciones especificando los cargos y los niveles de competencias laborales.
- Los cargos en el manual de funciones fueron diseñados por funciones y un avance de competencias pero sin tener en cuenta el Modelo de Operación por Procesos.
- No se han efectuado estudios recientes de ajustes de la estructura organizacional a procesos y a necesidades del hospital, ya que se han eliminado cargos, sin realizar en el manual de funciones su respectiva modificación.
- No sea diseñado una planta de Personal que contenga todos los requerimientos para ejecutar los procesos y los proyectos que mejoren la gestión de la entidad.

f. Recomendaciones:

- Realizar estudios que ajusten la Estructura organizacional a la relación de Macroprocesos y Áreas organizacionales teniendo en cuenta las exigencias de la Secretaria de Salud Departamental y las necesidades del Hospital.
- La Estructura Organizacional debe de responder a los cambios de los diferentes entornos, permitiendo que exista una continua comunicación y conocimiento en las modificaciones realizadas a la Estructura, diseñando la planta de personal para establecer procesos y proyectos que mejoren la gestión de la entidad, definiendo sus funciones, roles, responsabilidades, niveles de autoridad, perfiles y competencias para cada cargo encaminadas al logro de los objetivos.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Guía Modernización de entidades públicas.

- Guía de Medición de cargas de trabajo.
- Instructivo para el ajuste del manual específico de funciones y competencias laborales. Entidades orden nacional.
- Instructivo para el ajuste del manual específico de funciones y competencias laborales. Entidades orden territorial.

4.1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Es el conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten al Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa , evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades, para un mejor cumplimiento de su función.
Este componente faculta al Hospital para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales.

4.1.3.1. Elemento: Contexto Estratégico

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, que permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones del Hospital Integrado San Bernardo frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su Función, Misión y Objetivos Institucionales.
El control estratégico contribuye al control de la entidad frente a la exposición al riesgo, ya que permite conocer las situaciones generadoras de riesgos, impidiendo con ello que el Hospital Integrado San Bernardo actué en dirección contraria a sus propósitos institucionales.

b. Normograma del elemento:

- Ley 87 de 1993
- Ley 489 de 1998
- Decreto 2145 de 1999

- Decreto 1537 de 2001, articulo 4.

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

	CONTEXTO ESTRATÉGICO	Calificación
1	¿Se Identifican las oportunidades y amenazas generadas por el entorno, con base en el análisis de información externa y el análisis estratégico elaborado para el diseño de los Planes y Programas?	1.96
2	¿Se aplica una metodología apropiada para el análisis del Contexto Estratégico de la Entidad?	2.63
3	¿Se cuenta con la participación de Servidores Públicos de los diferentes niveles en el análisis del Contexto Estratégico?	3.41
4	¿Existen procesos de autoevaluación permanente que verifiquen la validez del Contexto Estratégico con la ocurrencia de riesgos en la operación de la Entidad?	1.96

TOTAL CONTEXTO ESTRATEGICO	2,47	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de control Contexto Estratégico, arroja una calificación de 2.47 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- Se encontraron debilidades internas tales como: deficiencias en los sistemas de información, sobrecarga de trabajo, poca motivación, escasa dotación de hardware, software, materiales y suministros. También se encontraron Amenazas externas como problemas de orden público, cambios de la legislación, cambios políticos, corrupción etc.

- La entidad cuenta con una matriz de exposición del riesgo, pero se encuentra desactualizada en las diferentes áreas del Hospital y no definida como lo indica la Metodología MECI.

f. Recomendaciones

- Definir el Contexto Estratégico que contribuya al control del hospital frente a la exposición del riesgo utilizando la Matriz DOFA basándose en el Modelo de Operación por Procesos, donde se identifiquen las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

4.1.3.2. Elemento: Identificación de Riesgos

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, que posibilita conocer los eventos potenciales, bajo el control Hospital Integrado San Bernardo, que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia.

- ✓ **RIESGO**: Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la Entidad y afectar el logro de sus objetivos.
- ✓ **CAUSAS:** Son los medios, circunstancias y agentes generadores de Riesgo.
- ✓ **EFECTOS:** Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como: daños físicos y fallecimientos, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.

b. Normograma del elemento:

Decreto 1537 de 2001, artículo 4
Ley 87 de 1993, artículo 4

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS		**Calificación**
1	¿La metodología de Identificación de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Entidad?	2.00

2	¿Se describen adecuadamente cada uno de los riesgos que afectan el desempeño de los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades?	2.74
3	¿Se definen en forma precisa los efectos de cada riesgo en el Modelo de Operación (mapa de procesos) donde éste podría materializarse?	2.56
4	¿Se identifican y describen de forma precisa las causas de los riesgos?	2.37

TOTAL IDENTIFICACION DE RIESGOS	**2.42**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de control Identificación de Riesgos, arroja una calificación de 2.42 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- El Hospital Integrado San Bernardo, mediante Comité de Coordinación del Sistema de Control interno adopto el Mapa de Riesgos, en el se encuentran identificados los riesgos por las áreas del Hospital.

- La identificación de riesgos no se hizo a partir de los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno con base en el Componente de Direccionamiento Estratégico (Planes y Programas, Modelo de Operación por Procesos y Estructura Organizacional), los cuales

- Se encuentran identificados los riesgos pero no se tiene definido claramente el riesgo, la causa y su efecto, los cuales definen el criterio para establecer el grado de exposición del Hospital al riesgo por área.

f. Recomendaciones

- Con base en el Componente de Direccionamiento Estratégico se deben identificar los riesgos a los que la entidad está expuesta, analizando las causas y sus efectos por área dentro del Hospital.

4.1.3.3. Elemento: Análisis del Riesgo

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad en el Hospital Integrado San Bernardo para su aceptación y manejo.
Para el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos:

- ✓ **La Calificación del Riesgo**: Se logra a través de las estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.
- ✓ **La Evaluación del Riesgo**: Permite comparar los resultados de su calificación, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al riesgo.

b. Normograma del elemento:

- Decreto 1537 de 2001, artículo 4
- Ley 87 de 1993, artículo 4

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

	ANÁLISIS DEL RIESGOS	Calificación
1	¿Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (mapa de procesos) de la Entidad?	2.22
2	¿Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos?	2.53
3	¿Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Entidad?	2.75

TOTAL ANÁLISIS DE RIESGOS	2.50	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de análisis de Riesgos, arroja una calificación de 2.50 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- En el Mapa de riesgos adoptado por el Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa se estableció la probabilidad o frecuencia de los riesgos identificados en algunas áreas, como capaces de afectar la capacidad institucional para cumplir con su propósito constitucional y legal.

- Se midió el impacto o consecuencia de los riesgos identificados en algunas áreas sobre las personas y los recursos o sobre la coordinación de las acciones necesarias para llevar a cabo los objetivos institucionales.

- Se determinaron los criterios de valoración de los riesgos, que permiten tomar las acciones pertinentes sobre su tratamiento alto, medio y bajo.

f. Recomendaciones

Se deben analizar los riesgos considerando los siguientes aspectos:

- La calificación del riesgo que se logra a través del producto de la estimación de la probabilidad de ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

- Comparar los resultados de su calificación con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al riesgo.

4.1.3.4. Elemento: Valoración del Riesgo

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la Entidad a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

b. Normograma del elemento:

- Decreto 1537 de 2001
- Ley 87 de 1993

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

VALORACIÓN DEL RIESGO	Calificación

1	¿La metodología de Valoración de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación (mapa de procesos) de la Entidad?	3.02
2	¿Existe coherencia entre los criterios utilizados para priorizar los macroprocesos, procesos, subprocesos, actividades y sus respectivos riesgos?	2.95
3	¿La Valoración de Riesgos favorece el cumplimiento de objetivos de los demás elementos constitutivos del componente Administración de Riesgos?	3.12

TOTAL VALORACION DE RIESGOS	**3.03**	**Satisfactorio**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de valorización de Riesgos, arroja una calificación de 2.47 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **SATISFACTORIO.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- En el Mapa de riesgos adoptado por Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa se calificaron los Riesgos a través de los procesos según su estimación en la frecuencia y grado de peligrosidad del Riesgo.
- Se evaluaron los riesgos con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad. Así, es posible distinguir entre los riesgos aceptables tolerables, moderados, importantes o inaceptables, y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento.

f. Recomendaciones

- Valorar el riesgo con base en la calificación y evaluación de los riesgos procediendo a la ponderación de riesgos del Modelo de Operación. Estableciendo prioridades para su manejo y fijación de políticas.

- Se deben clasificar todos los riesgos para poder definir y establecer el grado de exposición, y con esto distinguirlos entre los riesgos aceptables, tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las respectivas acciones para su tratamiento.

4.1.3.5. Elemento: Políticas de Administración de Riesgos

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, que permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la Entidad.

b. Normograma del elemento:

- Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación, artículo 4
- Ley 489 de 1998, artículo 17
- Directiva Presidencial 09 de 1999
- Decreto 2145 de 1999

c. Percepción del Elemento por los Encuestados.

	POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	**Calificación**
1	¿Las Políticas de Administración de Riesgos son coherentes con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Entidad?	3.02
2	¿Las Políticas de Administración de Riesgos se adaptan a las características y naturaleza de la Entidad y contemplan los posibles riesgos a que puede estar sujeta su gestión?	2.95
3	¿La alta dirección está comprometida con la definición y acatamiento de las Políticas de Administración de Riesgos?	3.12
4	¿Las Políticas de Administración de Riesgos se aplican en todos los niveles y por parte de todos los Servidores Públicos de la Entidad?	3
5	¿Existen parámetros que obligan a la revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos y su adaptación a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	2.63

TOTAL POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	**2.82**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Políticas de Administración de Riesgos, arroja una

calificación de 2.82 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- El mapa de Riesgos esta dado por Procesos como lo exige la metodología MECI 1000:2005.

- La política de administración del riesgo se determinaron por procesos. Operacionalizada a través de acciones responsables y cronograma.
- No se tiene un mapa de riesgos actualizado.
- Existe un plan de manejo de los riesgos pero no está en operación.
- Faltan elaborar medidas de prevención y protección para reducir la frecuencia y la gravedad de los riesgos.
-

f. Recomendaciones

- Formular las propuestas de políticas de administración de riesgos para el efecto es importante considerar previamente el diseño de controles.

4.2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

Conjunto de componentes de control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondiente, aseguran el control a la ejecución de los procesos de la entidad pública, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su misión.

4.2.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

Conjunto de Elementos que garantizan el control a la ejecución de la función, planes y programas del Hospital Integrado San Bernardo, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

4.2.1.1. Elemento: Políticas de Operación

a. Definición del elemento

Elemento de Control, que establece las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución del Hospital Integrado San Bernardo; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo previamente definido por la entidad.

b. Normograma del elemento

Ley 87 de 1993, artículo 4
Decreto 2145 de 1999, articulo 14

c. percepción del elemento por los encuestados

POLÍTICAS DE OPERACIÓN		Calificación
1	¿Existe coherencia entre las Políticas de Operación y las Políticas de Administración de Riesgos?	2.43
2	¿Conoce, entiende y desarrolla las Políticas de Operación?	2.46
3	¿Las Políticas de Operación son aplicadas en todos los niveles y por parte de todos los servidores de la Entidad?	1.79

POLÍTICAS DE OPERACION	2.21	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Políticas de Operación, arroja una calificación de 2.82 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- El Hospital Integrado San Bernardo ha establecido políticas para el cumplimiento de funciones y competencias, pero no están ajustadas al Modelo de Operación por Procesos, planes y programas, estructura organizacional y políticas de riesgos del Hospital.

f. Recomendaciones

El Hospital Integrado San Bernardo debe establecer políticas para la operación de cada Macroproceso, Proceso y Subproceso a partir del componente de direccionamiento estratégico (Planes y programas, Modelo de Operación por Procesos, Estructura organizacional.

- Las políticas se deben organizar en un documento, el cual sea de fácil acceso, consulta y actualización por los servidores del Hospital.

4.2.1.2. Elemento: Procedimientos

a. Definición del elemento

Elemento de Control, conformado por el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un

proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la entidad. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

b. Normograma del elemento

- Ley 87 de 1993 1, artículo 4
- Ley 489 de 1998, artículo 9 a 13, 18
- Ley 872 de 2003
- Decreto 2145 de 1999

c. Percepción del elemento por los encuestados

PROCEDIMIENTOS		**Calificación**
1	¿Existen Procedimientos que describen la manera de llevar a cabo las actividades de la Entidad?	2.53
2	¿Existe coherencia en la definición de los perfiles de los cargos en relación con los procedimientos definidos para dar cumplimiento a los objetivos de cada proceso?	1.63
3	¿Conoce los Procedimientos y responsabilidades de cargo?	3.44
4	¿Los Procedimientos garantizan el cumplimiento de los objetivos de los procesos?	2.85

TOTAL PROCEDMIENTOS	**2.61**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Procedimientos, arroja una calificación de 2.82 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- Los procedimientos se encuentran evidenciados por medio de flujogramas, y en detalle la descripción y los responsables de cada procedimiento.

f. Recomendaciones

- Revisar y Actualizar los procedimientos existentes teniendo en cuenta el modelo de operación por procesos.

- Se deben revisar y actualizar la estructura grafica de los flujogramas para todos los Procesos y Procedimientos.

4.2.1.3. Elemento: Controles

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, conformado por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de del Hospital Integrado San Bernardo.

b. Normograma del elemento:

- Ley 87 de 1993, articulo 4.
- Decreto 1537 de 2001, articulo 2.
- Ley 862 de 2003.
- Decreto 4110 de 2004.
- Norma técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC-GP 1000:2004.

c. Percepción del elemento por los encuestados

CONTROLES		**Calificación**
1	¿La alta dirección está comprometida con la definición y divulgación de controles?	2.34
2	¿Conoce y entiende el sentido de la inclusión de los controles preventivos, detectivos, de protección y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales?	1.84
3	¿Están establecidas las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso ineficiente de los controles?	1.81
4	¿Están definidos los parámetros que obliguen a la revisión periódica y adaptación de los Controles a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	2.47

TOTAL CONTROLES	**2.11**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Control, arroja una calificación de 2.11 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- El Hospital Integrado San Bernardo cuenta con Mecanismos de control establecidos por Secretaria Departamental de Salud en conjunto con la descripción de los procedimientos los cual no se encuentra actualizado.

- En el hospital Integrado San Bernardo la oficina de Control Interno es la encargada de realizar Auditorías para Evaluar el cumplimiento de los Procesos y Procedimientos de cada una de las Áreas.

f. Recomendaciones.

- Diseñar Controles preventivos y correctivos para las actividades de los procesos, definidos en el elemento Modelo de Operación por Procesos, en conjunto con las Políticas de Riesgos.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Guía de Administración del Riesgo (versión 2006).

4.2.1.4. Elemento: Indicadores

a. Definición del elemento

Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de todo el Hospital Integrado San Bernardo. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

b. Normograma del elemento:

- Ley 190 de 1995, artículo 11, 48
- Ley 872 de 2003.
- Decreto 4110 de 2004.

c. Percepción del elemento por los encuestados

INDICADORES		Calificación
1	¿Existe coherencia entre el diseño de indicadores de resultado y los objetivos definidos en los Planes y Programas de la Entidad?	2.37
2	¿Existe coherencia entre el diseño de indicadores y los objetivos de los Macroprocesos y procesos del Modelo de operación (mapa de procesos)?	3.28
3	¿Existe coherencia entre el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos y las políticas y prácticas definidas en Desarrollo del Talento Humano?	3.09
4	¿Existe coherencia en el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos con los objetivos y resultados del Proceso al que se encuentra asignado?	3.15

TOTAL INDICADORES	2.97	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Indicadores, arroja una calificación de 2.82 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- Se tienen identificado indicadores que permiten determinar el grado de avance o cumplimiento según los indicadores dados por la Superintendencia Nacional de Salud.

f. Recomendaciones

- A partir del direccionamiento estratégico y de la caracterización de los procesos se debe adaptar los indicadores, que permitan medir el grado de avance de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los productos y servicios que se generan y están obligados a cumplir según la Superintendencia Nacional de Salud, para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones Prestadoras de Salud.

4.2.1.5. Elemento: Manual de Procedimientos

a. Definición del elemento

Elemento de Control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos del Hospital Integrado San Bernardo, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos.

b. Normograma del elemento

- Ley 87 de 1993; articulo 4.
- Ley 190 de 1995
- Decreto 2539 de 2001

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Calificación
1	¿El manual de procedimientos incluye los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos, las políticas de Desarrollo del Talento Humano, los Planes y Programas y las Políticas de Administración de Riesgos?	2.21
2	¿En el Manual de procedimientos se incluyen los Normograma de los procesos?	3.65
3	¿Existen procesos de divulgación y capacitación tendientes a fortalecer el uso del Manual de procedimientos?	2.60

TOTAL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	2.82	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Manual de Procedimientos, arroja una calificación de 2.82 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- No existe un Manual de procedimientos en el Hospital Integrado San Bernardo donde involucre lineamientos, políticas, normas o disposiciones internas

generadas del diseño del Componente Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico, Administración de Riesgos y Actividades de Control.

f. Recomendaciones

- Diseñar y adoptar el Manual de procedimientos teniendo en cuenta el Componente Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico, Administración de Riesgos y Actividades de Control, con el fin de direccionarlo hacia el cumplimiento de los objetivos de la entidad, éstos documentos no necesariamente deben incluirse como parte del texto del Manual sino que pueden ser referenciados en el mismo; debe garantizarse que su consulta física o magnética se haga en un mismo lugar, utilizando una forma de archivo que le permita sustituir permanentemente los documentos que hacen parte del Manual, dado que todos estos elementos deben estar en constante revisión debido a la dinámica de operación de las entidades y la necesidad de mejoramiento continuo.

4.2.2. COMPONENTE INFORMACIÖN

Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados adquiere significado para los grupos de interés del Hospital Integrado San Bernardo a los que va dirigido. Hace parte fundamental de la operación de la entidad al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto de los mismos. Garantiza la base de la transparencia de la actuación pública, la Rendición de Cuentas a la Comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información.

4.2.2.1. Elemento: Información Primaria

a. Definición del elemento:
Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con la entidad, pero que afectan su desempeño.

b. Normograma del elemento:
- Ley 87 de 1993, articulo 1 y 2.
- Ley 190 de 1995, artículo 12,40,51,56 a 61,65,77,78
- Ley 594 de 2000

- Ley 152 de 1994

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

INFORMACIÓN PRIMARIA		Calificación
1	Se tienen identificadas las fuentes externas (comunidad, proveedores, contratistas, entes reguladores o de control, entes de cooperación o de financiación, otras entidades u organismos públicos o privados, entre otros) y la información que suministran a la entidad	2.18
2	Los bienes que produce y los servicios que genera la entidad satisfacen los requerimientos de los usuarios.	2.24
3	¿Considera usted que Existe una cultura para obtener la información relacionada con el entorno, la comunidad y los demás grupos de interés?	1.72
4	¿Se cumple con la normatividad vigente sobre la existencia de medios que permitan recibir, procesar y dar respuesta a la comunicación y partes interesadas en forma eficiente y oportuna?	2.31

TOTAL INFORMACION PRIMARIA	2.11	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.
El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Información Primaria, arroja una calificación de 2.11 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- El Hospital Integrado San Bernardo no tiene caracterizado el proceso de peticiones, quejas y reclamos con la cual cumpla con la finalidad de instruir en la entidad un área que atienda a las necesidades que son consultadas por la comunidad.

- Se espera por parte de la Administración la adquisición de un Sistema de información, que facilitará el manejo de la Información Primaria al interior de la Entidad, permitiendo que esta se procese en forma rápida y efectiva.

f. Recomendaciones

- Identificar las fuentes externas que suministran información a la entidad.
- Definir los criterios base, políticas y mecanismos para la formulación y tratamiento de la información primaria en los macroprocesos, procesos/ subprocesos y procedimientos de la entidad.
- Se debe adquirir un Herramienta para el registro, distribución, control y seguimiento de la información interna y externa de la entidad, fijando pautas de manejo y actualización.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Guía para la Evaluación de la Gestión Pública: herramienta para el ejercicio del control social.
- Guía de Rendición de Cuentas de la Administración Pública a la Ciudadanía.

4.2.2.2. Elemento: Información Secundaria

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de la entidad pública, provenientes del ejercicio de su función. Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la entidad pública.

b. Normograma de los elementos:

- Ley 87 de 1993, artículo 1,2.
- Ley 850 de 2003.
- Ley 594 de 2000.
- Ley 909 de 2004.

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

INFORMACIÓN SECUNDARIA		**Calificación**
1	Se tienen identificadas las fuentes internas (actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos entre otros).	2.18
2	¿Están las fuentes de Información Secundaria debidamente determinadas y canalizadas para el logro de los objetivos institucionales?	2.24
3	¿La totalidad de los procesos/subprocesos de la Entidad contemplan las salidas de información necesaria a los grupos de interés internos y externos?	1.72

4	¿La Información Secundaria se divulga y socializa entre los servidores de la Entidad?	2.31

TOTAL INFORMACION SECUNDARIA	**2.11**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Información Secundaria arroja una calificación de 2.11 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- No se encuentran identificada y clasificadas las fuentes internas de información secundaria.

- Hace falta un punto de unificación de la información para que el hospital tenga conocimiento y facial acceso a ella.

f. Recomendaciones

- Identificar las fuentes internas de información secundaria y la información requerida para su operación.

- Definir criterios con los cuales se formule la información secundaria en los macroprocesos, procesos/subprocesos y procedimientos de la entidad, fijando políticas para el diseño, conservación y divulgación de la Información Secundaria.

- Establecer los mecanismos para que cada servidor registre y divulgue la información actualizada requerida para el desempeño de su cargo, creando un sistema de sugerencias que permitan al empleado dar a conocer sus propuestas y sean tenidas en cuenta por el Hospital.

4.2.2.3. Elemento: Sistemas de Información

a. Definición del elemento

Sistemas de Información: Elemento de Control, conformado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información, orientada a soportar de manera más eficiente la gestión de operaciones en El Hospital Integrado San Bernardo.
Constituyen el conjunto de tecnologías informáticas construidas, procedimientos diseñados, mecanismos de control implementados y asignación de personas responsables de la captura, procesamiento, administración y distribución de datos e información. Pretende agilizar la obtención de informes y hacer confiable la ejecución de las operaciones internas, al igual que la generación de datos e información dirigida a la ciudadanía y a las partes interesadas.

b. Normograma del elemento:

- Ley 87 de 1993, Artículos 3 y 4
- Ley 190 de 1995, Artículos 48,49 y 53
- Ley 298 de 1996, Artículos 7
- Ley 489 de 1998, Artículos 36 y 37
- Ley 715 de 2001, Artículos 32, 66 y 93
- Decreto 2145 de 1999, Artículos 12 y 21
- Directiva Presidencial 12 de 2002 Asunto Lucha contra la Corrupción
- Ley 594 de 2000
- Ley 909 de 2004
- En la contratación estatal.
- Decreto 111 de 1996. Articulo 8,9,68
- Decreto 841 de 1990 Articulo 2,5,7,22,26,28,32,34
- Decreto 1363 de 2000 Articulo 19
- Decreto 4110 de 2000

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

SISTEMAS DE INFORMACIÓN		**Calificación**
1	¿Existen sistemas de información que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización?	1.49
2	¿Los Sistemas de Información son utilizados por los Servidores Públicos para cumplir de manera eficiente sus responsabilidades en relación con la función de la Entidad?	1.53
3	¿Los sistemas de información tienen la capacidad de generar información de acuerdo con las especificaciones del usuario?	2.15

4	¿Existen programas desarrollados a la medida de las necesidades de la entidad que capturan y procesan eficientemente los datos?	2.26

TOTAL SISTEMAS DE INFORMACION	**1.86**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.
El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Sistemas de Información arroja una calificación de 2.11 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

Hardware Existente:

- **Servidores de Internet:** El Hospital Integrado San Bernardo cuenta con un MODEM, con canal de 2 MB.
- **Equipo de Escritorio**: El Hospital Integrado San Bernardo según el inventario cuenta con 20 maquinas, con las siguientes características:

  Revisadas y puestas en funcionamiento: un (1) portátil, diecinueve (19) Equipos de Escritorio.
  - 1 con sistema operativo Windows 2000 Profesional

  - 19 con sistema operativo Windows XP Homs Editions

Software Existente:

Recurso Humano de la Oficina de Sistemas del Hospital Integrado San Bernardo:

-Mantenimiento Preventivo y Correctivo
-La oficina de Sistemas cuenta con el apoyo del siguiente personal:
1 Ingeniero de Sistemas.

Fortalezas del Hospital Integrado San Bernardo

- A pesar de no tener un Sistema de información como tal se encuentran definidas una buenas Bases Estadísticas de información.

- La información que llega a la Entidad es organizada, actualizada y se encuentra disponible para su consulta en forma general ya que es un requisito exigido por el Departamento de Salud.

Debilidades Hospital Integrado San Bernardo

- Falta de actualización de Software y Hardware: Debido a la obsolescencia en los Equipos es necesario una ampliación en disco y en procesador.

- Se requiere la ampliación de redes inalámbricas para la prestación del servicio de Internet para los equipos que se encuentran alejadas de la infraestructura principal de la secretaria.

- Falta capacitación para el manejo de los aplicativos por parte de los usuarios, ya que se les dificulta el manejo de datos.

f. Recomendaciones:

- El sistema de información debe establecer la documentación técnica que permita analizar la estructura y el diseño de la base de datos, manuales de usuario, manuales técnicos de administración, manuales de procedimientos para cada una de las rutinas, que faciliten una información con criterios de calidad y eficiencia en la gestión.

- Implementar un sistema de información para la administración y desarrollo del talento humano que involucre el personal administrativo de la organización.

- Definir Criterios y Políticas base para la formulación de los Sistemas de Información en los Macroprocesos, Procesos, Subprocesos y procedimientos de la entidad.

- Evidenciar en un inventario el total de Software existentes, incluyendo las respectivas licencias de funcionamiento.

- Actualización de equipos de computo y modernización de algunos sistemas de información y automatización de otros procesos

4.2.3 COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA.

Conjunto de elementos de control que apoya la construcción de visión compartida, y el perfeccionamiento de las relaciones humanas del Hospital Integrado San Bernardo con los grupos de interés internos y externos, facilitando el

cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales, en concordancia con lo establecido en el artículo 32 “Democratización de la Administración Pública” de la ley 489 de 1998.

4.2.3.1. Elemento: Comunicación organizacional

a. Definición del elemento

Elemento de control, que orienta la difusión de políticas y la información generada al interior de la entidad para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar del Hospital Integrado San Bernardo.

Este Elemento debe convocar a los servidores en torno a una imagen corporativa que comprenda una gestión ética, eficiente y eficaz que proyecte su compromiso con la rectitud y la transparencia, como gestores y ejecutores de lo público, contribuyendo al fortalecimiento del Clima Laboral.

b. Normograma del Elemento

- Constitución Política de Colombia 1991, articulo 16 y 20.
- Resolución 119 de 2006, Contaduría General de la Nación.

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL:		**Calificación**
1	Considera que la difusión de políticas e información generada dentro de la entidad contribuyen al fortalecimiento de la imagen institucional.	4.60
2	¿Se establece claramente la información que será comunicada a los Servidores Públicos de la Entidad?	1.90
3	¿En qué grado están establecidas las responsabilidades de comunicación interna que cada Servidor Público tiene con los demás Servidores para el ejercicio de sus cargos?	1.14

4	¿Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y manera de llevarlos a cabo?	1.41

T OTAL COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	**2.28**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Comunicación Organizacional, arroja una calificación de 2.11 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables

- El Hospital Integrado San Bernardo no ha definido los Criterios Base ni los Parámetros para la Formulación de la Comunicación Organizacional y sus Políticas en los Macroprocesos, Procesos/Subprocesos y Procedimientos.

- La entidad no Cuenta con un Plan de Comunicación que facilite el operar del elemento de Comunicación Organizacional en términos de medios y acciones comunicativas que contribuyan al logro de los objetivos institucionales.

- En el Hospital Integrado San Bernardo no existe un Sistema de Comunicación, lo cual dificulta la difusión pertinente y oportuna de los procesos, sus objetivos, estrategias, planes, políticas y la forma de llevarlos a cabo.

f. Recomendaciones

- El hospital Integrado San Bernardo debe definir las Políticas que sirva como base para la Elaboración del Plan de Comunicación; La finalidad del plan es Operacionalizar el Elemento en términos de Medios y Acciones Comunicativas que contribuyan al logro de los Objetivos Institucionales.

- El Hospital Integrado San Bernardo establecer mecanismos internos de comunicación que contribuyen al logro de los objetivos institucionales, bajo los siguientes parámetros:

  - Establecer las responsabilidades de comunicación que cada servidor tiene con los demás servidores de la entidad para el ejercicio de su cargo.

4.2.3.2. Elemento: Comunicación informativa

a. Definición del elemento

Elemento de control, que garantiza la difusión de información del Hospital Integrado San Bernardo sobre su funcionamiento, gestión, y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés.
La Comunicación Informativa debe garantizar que efectivamente las prácticas de interacción de la entidad con las partes interesadas y la ciudadanía estén enfocadas a la construcción de lo público y a la generación de confianza, mediante la definición de políticas de comunicación y la formulación de parámetros que orienten el manejo de la información.

b. Normograma del Elemento

- Ley 489 de 1998; artículos 22,23, 33, 34
- Ley 850 de 2003
- Ley 734 de 2002; Articulo 3
- Decreto 2170 de 2002
- Decreto 3622 de 2005
- Ley 42 de 1993; artículos 36 a 41, 46
- Constitución Política de Colombia 1991, articulo 15, 20, 23, 74, 78, 268, 270, 272, 274, 277, 284.
- Ley 80 de 1993; articulo 66
- Ley 1150 de 2007
- Directiva Presidencial Nº 12 de 2002

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

COMUNICACIÓN INFORMATIVA:		**Calificación**
1	¿Se tienen definidas las partes interesadas a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la Entidad?	2.00
2	¿Se tiene definida la información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados?	2.59

3	¿Están establecidas claramente las responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos y actividades que configuran la operación de la Entidad?	2.65
4	¿Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los públicos externos?	2.21
5	¿Los procesos de Rendición de la Cuenta a los organismos de control del Estado son pertinentes y oportunos?	3.65

TOTAL COMUNICACIÓN INFORMATIVA	**2.62**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento de Comunicación Informativa, arroja una calificación de 2.62 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE**.

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables

- El Hospital Integrado San Bernardo no ha definido los Parámetros para la Formulación de la Comunicación Informativa y sus Políticas en los Macroprocesos, Procesos/Subprocesos y Procedimientos.

- El Hospital Integrado San Bernardo no cuenta con un Centro de Información o base de datos, donde se recopile lo referente a datos estadísticos, que faciliten el Soporte de la información que se emite a las partes interesadas.

- El Hospital Integrado San Bernardo ha desarrollado su programa de gestión acorde con el objeto de involucrar tanto a sus funcionarios de la entidad como a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública. La entidad realiza las siguientes Acciones:

    - Incorpora en sus planes de desarrollo y de gestión las políticas y programas encaminados a fortalecer la participación ciudadana.
    - Difunde y promueve los mecanismos de participación y los derechos de los ciudadanos en la prestación del Servicio.

f. Recomendaciones

- El Hospital Integrado San Bernardo debe definir las Políticas y los Criterios que sirvan El Plan de Comunicación Informativa deberá contemplar los siguientes aspectos:

  - Definir las políticas de Comunicación y la Formulación de Parámetros que oriente el manejo de la información.

- Diseñar e Implementar los mecanismos y estrategias que faciliten el acceso a la información sobre deberes y derechos y los servicios a los que puede acceder en su relación con la entidad como:

  - Programas y proyectos a desarrollar.

  - Difundir información sobre Planes y cronogramas de contratación.

  - Realizar campañas de comunicación con sus usuarios

  - Diseñar e Implementar estrategias que faciliten el desarrollo de la Prestación de Servicio de Salud, las funciones encomendadas, los recursos, los planes, programas y servicios asignados por la Secretaria de Salud.

- El Hospital Integrado San Bernardo deberá crear dispositivos que informen y sensibilicen a la comunidad sobre el uso de los distintos mecanismos legales y administrativos de participación ciudadana.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Guía para la Evaluación de la Gestión Pública: herramienta para el ejercicio del control social.
- Guía de Rendición de Cuentas de la Administración Pública a la Ciudadanía.
- Serie Documentos de Consulta: Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública.

4.2.3.3. Elemento: Medios de comunicación

a. Definición del elemento

Elemento de control conformado por el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por El Hospital Integrado San Bernardo, para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su contenido, hacia los diferentes grupos de interés.
A partir de las políticas fijadas en materia de Comunicación Organizacional e Informativa, la entidad debe establecer mecanismos internos y externos para socializar la información generada, esto es, diseñar un Plan de Medios de Comunicación.

b. Normograma del Elemento

- Ley 87 de 1993; artículo 4
- Ley 190 de 1995; artículo 76
- Directiva Presidencial 01 de 1997

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

MEDIOS DE COMUNICACIÓN:		**Calificación**
1	¿Existe la responsabilidad por el manejo de los Medios de Comunicación para que satisfagan los fines perseguidos por la Comunicación Organizacional?	1.75
2	¿Los medios de comunicación utilizados son coherentes con los propósitos de Comunicación Externa?	1.87
3	La entidad utiliza medios de comunicación que permitan a la ciudadanía el ejercicio del control ciudadano a través de la observación, entendimiento y evaluación de las decisiones y conducta de los servidores.	1.31
4	La entidad cuenta con mecanismos de comunicación que lleguen a sus usuarios brindando información completa, sencilla y oportuna acerca de la gestión realizada. (Boletines, prensa, revistas, carteleras, intranet, Internet, periódico mural, noticiero interno)	1.81
5	¿Las diferentes instancias de la Entidad le dan un apropiado manejo a los Medios de Comunicación?	1.60

TOTAL MEDIOS DE COMUNICACION	**1.68**	**Inadecuado**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Medios de Comunicación, arroja una calificación de 1.68 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **INADECUADO.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- El Hospital Integrado San Bernardo cuenta con los siguientes mecanismos de comunicación que publican información completa, sencilla y oportuna acerca de la gestión realizada:

  - Carteleras
  - Programa institucional
  - Consejos comunales

- No se han definido las pautas para la Formulación de los medios de comunicación en los Macroprocesos, Procesos/Subprocesos y Procedimientos de la organización.

- El Hospital Integrado San Bernardo no cuenta con un centro de información o base de datos, donde se recopile los diferentes datos estadísticos, que faciliten el Soporte de la información que se emite.

- Las secretarias de Salud y Desarrollo administran recursos financieros de forma independiente para la ejecución del plan de medios.

f. Recomendaciones

- El Hospital Integrado San Bernardo debe establecer un Plan estratégico de medios donde se defina los medios de comunicación de carácter permanente para la entidad y partes interesadas conozcan lo que se planea y se ejecuta dentro del Hospital, permitiendo una retroalimentación de la información allí publicada y plantear acciones de mejora.

- La entidad debe crear espacios que permitan una mejor distribución de la información a nivel institucional, con esto se pretende aumentar el grado de responsabilidad por parte de los servidores públicos a la hora de emitir comunicados internos, además ayuda a la difusión de propósitos, estrategias, políticas, planes, cumplimiento de metas y objetivos institucionales, etc.

4.3. SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACION

Conjunto de componentes de control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del control interno de la entidad pública; la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la organización.

4.3.1. COMPONENTE AUTOEVALUACION

Conjunto de elementos de control que al actuar en forma coordinada en la entidad permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en el tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la Organización.

4.3.1.1. Elemento: Autoevaluación del control

a. Definición del elemento
Auto evaluación de Control: Elemento de control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable permitiendo emprender las acciones de mejoramiento de control requeridas.

La Autoevaluación de Control debe verificar la existencia de cada uno de los elementos de control así como evaluar su efectividad en los procesos, áreas responsables y la entidad. Se convierte en un proceso periódico, donde participan los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operacionalización.

b. Normograma del elemento:

- Ley 87 de 1993
- Decreto 2145 de 1999
- Ley 489 de 1998

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

	AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL	Calificación
1	¿Se difunden los mecanismos e instrumentos utilizados para la realización de la Autoevaluación del Control?	1.71
2	¿Los servidores de la Entidad comprenden los propósitos, metodologías e instrumentos requeridos para la Autoevaluación del Control?	1.90
3	¿Las fuentes de información e instrumentos utilizados para la Autoevaluación del Control son pertinentes?	2.69
4	¿Existe representación de todos los servidores en la realización de la Autoevaluación del Control?	1.16

AUTOEVALUACION DEL CONTROL	1.86	Inadecuado

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Autoevaluación de Control, arroja una calificación de 1.86 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **INADECUADO.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- La Oficina de Control Interno diseña y aplica un cuestionario para la realización de Auditorías de Control Interno que son aplicables en las diferentes áreas a evaluar.

- Se determino un método de ejecución de la Autoevaluación del control teniendo en cuenta la herramienta del DAFP.

- Los planes de Mejoramiento Formulados son los resultados de los hallazgos de las Auditorias de Control l realizado por la Secretaria de Salud.

f. Recomendaciones

- El Hospital Integrado San Bernardo debe plantear e implementar mecanismos de verificación que permitan determinar la eficiencia y eficacia de los controles, el logro de los resultados de cada proceso y el buen desempeño de los servidores que llevan a cabo la ejecución de las operaciones.

- Plantear con cada una de las áreas, la ejecución de los procesos de Autoevaluación de control, coordinando su oportuna realización y consolidando los resultados en un informe final.

- Aplicar el cuestionario definido por el DAFP para la Auto evaluación del control que permita evaluar la existencia de controles formales e informales a nivel de procesos y/o área organizacional que se evalúa (Formato 3.1.1 del manual de implementación).

4.3.1.2. Elemento: Autoevaluación de la gestión.

a. Definición del elemento

Autoevaluación de la Gestión: Elemento de Control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los planes y programas y en los procesos de la entidad pública, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de la entidad pública hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

b. Normograma del elemento:

- Ley 87 de 1993; artículo 4
- Ley 42 de 1993; artículo 12
- Resolución 119 de 2006 Contaduría General de la República
- Decreto 1537 de 2001; artículo 3

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

AUTOEVALUACIÓN A LA GESTIÓN:		**Calificación**
1	¿Los Servidores Públicos del nivel directivo de la Entidad comprenden la importancia del monitoreo permanente de los indicadores a los macroprocesos, procesos, subprocesos, planes y programas a su cargo?	1.79

2	¿Durante el proceso de evaluación e informe de los indicadores participan todos los Servidores Públicos de los diferentes niveles?	2.29
3	¿Las acciones de mejoramiento son coherentes con el resultado del análisis de indicadores?	2.12
4	¿Se discuten los resultados del análisis de indicadores con todos los Servidores Públicos responsables de los procesos y planes institucionales?	1.82
AUTOEVALUACION DE GESTION	**2.01**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Autoevaluación de Gestión, arroja una calificación de 2.01 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- Como resultado de esta actividad se determina el Índice de Ejecución del Plan de Desarrollo, derivación de estos surgen los Informe de Cobertura y el Informe de Gestión de la Entidad.

- Por medio de la implementación del sistema de la gestión de la calidad se desarrollaron un listado de indicadores de gestión los cuales fueron formulados a partir de la política de calidad de la Entidad.

- El Hospital Integrado San Bernardo al no tener definidos los Macroprocesos, Procesos/Subprocesos y Procedimientos de la Entidad, no permite la creación de indicadores que efectúen una Medición de la Gestión.

f. Recomendaciones

- Realizar la caracterización de los Macroprocesos, Procesos/Subprocesos y Procedimientos de Autoevaluación de la Gestión de la Entidad para, poder desarrollar los indicadores que permitan generar de forma periódica informes de gestión que se someten a consideración de los directivos para la fijación de políticas institucionales.

- Llevar a cabo Asesoría especial, que permita una evaluación y mejoramiento continuo a los indicadores que se asocian a los procesos y procedimientos, así como al direccionamiento estratégico.

- Autoevaluar la gestión a partir del plan de acción por áreas.

4.3.2. COMPONENTE EVALUACION INDEPENDIENTE

Conjunto de Elementos de Control que garantizan el examen autónomo y objetivo del sistema de control interno, la gestión y resultados corporativos de la entidad pública por parte de la oficina de control interno, unidad de auditoría interna o quien haga sus veces. Presenta como características, la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza, y debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los planes de mejoramiento de la entidad.

4.3.2.1. Elemento: Evaluación del sistema de control interno

a. Definición del Elemento

Elemento de Control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos del Hospital Integrado San Bernardo.

La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces es la responsable de realizar la Evaluación del Sistema de Control Interno observando siempre un criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

b. Normograma del Componente:

- Ley 87 de 1993, artículos 3,4,8,9
- Ley 42 de 1993, artículos 9,18
- Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación , artículos 13 a 17
- Decreto 2145 de 1999
- Decreto 1826 de 1994
- Decreto 1537 de 2001, Artículo 3
- Normas de auditoría interna generalmente aceptadas , artículo 4

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO		Calificación
1	¿Se cumplen los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno en la Entidad?	2.21
2	¿La efectividad de los elementos, componentes y subsistemas en su interacción apoyan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad?	2.82
3	¿Se generan observaciones de Control Interno a los directivos de las áreas sobre las deficiencias significativas que requieren especial atención por parte de ellos?	1.32
4	¿Se presentan los informes de control interno a la alta dirección y al Órgano Consultor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden Nacional y Territorial?	1.90

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTRO INTERNO	2.08	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Evaluación del Sistema de Control Interno, arroja una calificación de 2.08 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- La Oficina de Control Interno realizo la evaluación correspondiente al año 2009 relacionada con el desarrollo de los Elementos del Sistema de Control Interno, utilizando la Encuesta Referencial expida por el DAFP

- La oficina de Control Interno elaboro y presento el informe ejecutivo anual de Evaluación del Sistema de Control Interno en cumplimiento con el decreto 2145 de 1999.

- La Oficina de Control Interno ha realizado la Evaluación del sistema de control interno y la Gestión a través de auditorías a diferentes áreas del hospital. Los resultados no fueron socializados con los auditados para que se tomen las acciones correctivas.

f. Recomendaciones

- Evaluar el sistema de control interno utilizando los cuestionarios e instrumento propuestos por el DAFP (Aplicativo y Software Internet) para calificar la efectividad de los elementos, componentes y Subsistemas de control.

- Registrar y consolidar de forma independiente el resultado de la evaluación.

- Identificar las Fortalezas y Debilidades de Control Interno y proponer las acciones de mejoramiento que harán parte del plan de mejoramiento del Hospital.

- Elaborar el informe ejecutivo anual de evaluación al sistema de Control Interno Institucional, tomando como base los resultados de la Evaluación.

- Definir los controles que permitan la detección de violaciones al elemento de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno.

  Para el desarrollo de estos Informes se requieren los resultados de los procesos se recomienda utilizar el formato 3.2.1 Informe de Evaluaciones Eventuales Independientes de Control Interno de:

  - Autoevaluación del control.
  - Evaluación independiente del sistema de control interno.
  - Informes de auditorías de periodos anteriores.
  - Resultados de los planes de mejoramiento.

- Las acciones de mejoramiento acordadas con los responsables de los procesos deben hacer parte del Plan de Mejoramiento por procesos.

4.3.2.2. Elemento: Auditoría Interna:

a. Definición del Elemento

Elemento de Control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una Entidad Pública. Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

La Auditoría Interna se constituye en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno, que analiza las debilidades y fortalezas del control, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, influyentes en los resultados y operaciones propuestas en la entidad. Su objetivo es formular recomendaciones de ajuste o mejoramiento de los procesos a partir de evidencias, soportes, criterios válidos, y servir de apoyo a los Directivos en el proceso de toma de decisiones a fin de que se obtengan los resultados esperados.

- La Auditoría Interna debe tener alcance en tres aspectos básicos de evaluación:

  Cumplimiento
  Estratégico
  Gestión y Resultados

- El ejercicio de la Auditoría Interna comprende básicamente cuatro fases, a saber:

  Planeación.
  Ejecución.
  Informe.
  Seguimiento.

b. Normograma del Componente:

- Normas de Auditoría Interna Generalmente Aceptadas.
- Ley 87 de 1993.
- Decreto 1826 de 1994.
- Decreto 1537 de 2001.

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

AUDITORIA INTERNA:		**Calificación**
1	¿Se cuenta con métodos, procedimientos y herramientas que apoyen los procesos de evaluación independiente?	1.53
2	¿En los procesos de auditoría se incorpora la planeación, ejecución, elaboración de informes y seguimiento?	2.34
3	¿Se definen acuerdos sobre las acciones de mejoramiento con las diferentes áreas de la Entidad?	2.49

TOTAL AUDITORIA INTERNA	2.12	Deficiente

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Auditoría Interna, arroja una calificación de 2.12 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- La Secretaria de Salud junto con la Oficina de Control Interno realiza las Auditorías, las cuales son una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno.

- La Oficina de Control interno con base en las auditorías realizadas formula recomendaciones de ajuste o mejoramiento de los procesos, esto a partir de las evidencias, soportes, criterios válidos encontrados. Su labor ha servido de apoyo a los Directivos en el proceso de toma de decisiones lo que ha logrado la obtención de los resultados esperados.

- La Oficina de Control Interno da a conocer los resultados de las Auditoría al Gerente Encargado de la entidad y a cada uno de los responsables de áreas del Hospital para que acojan las recomendaciones, e implementen las acciones de mejoramiento sugeridas.

f. Recomendaciones

- Elaborar un plan anual de auditorías internas. El cual debe contener los siguientes aspectos:

    - Identificación de procesos, actividades o áreas críticas.
    - Objetivos y Alcance
    - Responsabilidades
    - Recursos
    - Cronograma de auditoria
    - Seguimiento y revisión

- Las auditorias se deben llevan a cabo mediante un Programa de Auditoría Interna, en el cual se documenta en forma detallada, sirviendo como guía para la ejecución del Plan de Auditoría Interna por parte de la Oficina de Control Interno.

- Presentar el Programa Anual de Auditoría Interna al Gerente Encargado de la entidad, para lograr su apoyo y compromiso mediante su aprobación.

- Realizar las actividades propias de la auditoría y cumplir con la documentación exigida para llevar registro y control de estas:

    - Documento de análisis general de la entidad
    - Planes y programas
    - Proyectos
    - Informes anteriores de la oficina de control interno
    - Informe de resultantes de la Autoevaluación de control
    - Informes anteriores de órgano de control Fiscal.
    - Planes de mejoramiento
    - Normas de auditoría interna generalmente aceptadas
    - Disposiciones del gobierno nacional y órganos de control a las cuales se encuentran sujetas a la entidad

- Realizar el seguimiento a las acciones preventivas o correctivas implementadas objeto de la auditoría.

- Definir los controles que permitan la detección de violaciones a las Auditorías Internas de Gestión y Resultados.

- Caracterizar el proceso de auditoría interna para estandarizar la ejecución del trabajo por parte de la oficina de control interno.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Guía Rol de las Oficinas de Control Interno, Departamento Administrativo de la Función Pública.

4.3.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de Autoevaluación, de Evaluación Independiente y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

4.3.3.1. Elemento: Plan de mejoramiento institucional

a. Definición del Elemento

Elemento de Control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad pública.
Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos debe operar la entidad para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la norma de creación y la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas.

El Plan de Mejoramiento Institucional recoge las recomendaciones y análisis generados en el desarrollo de los Componentes de Auditoría Interna, Evaluación Independiente y las observaciones del órgano de Control Fiscal. La entidad debe estructurar el Plan de Mejoramiento que ha de adelantarse en un periodo determinado, ajustado con su misión, visión, objetivos institucionales, funciones y los recursos disponibles.

b. Normograma del elemento:

- Ley 87 de 1993
- Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación, artículo 13,14,15,17
- Resolución Orgánica 05544 de 2003 Contraloría General de la República

c. Percepción de los encuestados por elemento:

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL		**Calificación**
1	¿La Entidad elabora anualmente un Plan de Mejoramiento Institucional?	1.03
2	¿El Plan de Mejoramiento Institucional involucra las acciones de Mejoramiento a nivel de Macroproceso, Procesos, Subprocesos	.0.96

	derivados de la Autoevaluación por área organizacional?	
3	¿El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones de mejoramiento generadas por la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno?	1.96
4	¿El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones emitidas por el órgano de Control Fiscal competente?	2.26
5	¿El Plan de Mejoramiento Institucional contempla niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos?	2.31
6	¿Conoce el Plan de Mejoramiento Institucional?	2.68

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	**1.87**	**Inadecuado**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Plan de Mejoramiento Institucional, arroja una calificación de 1.87 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **INADECUADO.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- En el Hospital Integrado San Bernardo los planes de mejoramiento se formulan a partir de los hallazgos administrativos resultado de las auditorías realizadas por la por la Secretaria Departamental de Salud.

- El Plan de Mejoramiento origina las acciones necesarias para el Mejoramiento del desempeño organizacional y el fortalecimiento del sistema de control interno de acuerdo a las observaciones que realiza la Secretaria Departamental.

- **f. Recomendaciones**

- Elaborar e implementar el Plan de Mejoramiento teniendo en cuenta las recomendaciones provenientes de la evaluación independiente al sistema de control interno, las recomendaciones contenidas en los informes de auditoría interna, los siguientes aspectos

    - Procesos
    - Área organizacional responsable
    - Causas

- Acciones
- Indicadores
- Responsables de la ejecución
- Recursos
- Cronograma de ejecución
- Observaciones

- Presentar los avances a la ejecución del Plan de Mejoramiento al Ente Directivo del Hospital

- Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Institucional.

4.3.3.2. Elemento: Plan de Mejoramiento por Procesos

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la Organización Pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto.

b. Normograma del elemento

- Ley 87 de 1993.
- Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación, artículo 13, 14, 15,17.
- Resolución Orgánica 05544 de 2003 Contraloría General de la República.

c. Percepción del elemento por los encuestados

PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS:		**Calificación**
1	¿Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento por procesos y la función específica encargada a cada área organizacional de la Entidad?	2,09
2	¿Los Servidores Públicos de la Dependencia conocen el Plan de Mejoramiento por procesos de su área?	2,07

3	¿Los Planes de Mejoramiento por procesos tienen en cuenta las recomendaciones derivadas de la Evaluación, en lo que corresponde a cada área organizacional?	2,26
4	¿Los Planes de Mejoramiento por procesos contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos?	2,26
5	¿Los Planes de Mejoramiento por procesos tienen en cuenta las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control Fiscal en lo pertinente a cada área organizacional?	2,31

TOTAL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS	**2,20**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Plan de Mejoramiento por Procesos, arroja una calificación de 2.20 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- En el Hospital Integrado San Bernardo los planes de mejoramiento por proceso se formulan a partir de los hallazgos administrativos, resultado de las auditorías realizadas por la Secretaria Departamental de Salud.

- No se ha desarrollado un Plan de Mejoramiento por Procesos para cada Dependencia, lo que conlleva a la no Ejecución, Seguimiento y Evaluación al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento por Procesos.

f. Recomendaciones

- Para el diseño del Elemento de Control Planes de Mejoramiento por Procesos, se debe tener en cuenta las recomendaciones provenientes de la Autoevaluación del Control, Autoevaluación de la Gestión, la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, y las recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoría Interna.

- Para el diseño del Elemento de Control Planes de Mejoramiento por Procesos, se deberá tener en consideración las observaciones producto de las auditorías que adelanten el Órgano de Control Fiscal que den lugar a la concertación de planes mejoramiento con la entidad pública vigilada.

- Presentar los avances a la ejecución del Plan de Mejoramiento por Procesos al Represen Legal.

- Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento por Procesos.

4.3.3.3. Elemento: Planes de Mejoramiento Individual

a. Definición del elemento:

Elemento de Control, que contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

Los Planes de Mejoramiento Individual contienen los compromisos que asume el funcionario con el fin de superar las brechas presentadas entre su desempeño real y el desempeño que se espera de él.

b. Normograma de Componente:

- Ley 87 de 1993, artículo 4
- Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación
- Resolución Orgánica 05544 de 2003 Contraloría General de la República

c. Percepción del Elemento por los Encuestados

PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL:		**Calificación**
1	¿Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Individual y las funciones que desarrolla la Entidad?	2,55
2	¿Elabora Planes de Mejoramiento Individuales tomando como base los resultados de la Autoevaluación del Control y de Gestión?	2,52
3	¿Los Planes de Mejoramiento Individual se encuentran asociados a las funciones de cada cargo, en particular a sus objetivos de desempeño?	2,67
4	¿La calificación de desempeño del Servidor Público se encuentra directamente relacionada a su función, objetivos de desempeño y capacidad de llevar a cabo las acciones de mejoramiento relativas a los procesos que se le han asignado?	3,37

TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL	**2,78**	**Deficiente**

d. Análisis del Resultado de la Encuesta para el Elemento.

El resultado obtenido por los servidores del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa sobre el elemento Plan de Mejoramiento por Procesos, arroja una calificación de 2.20 que según los rangos de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 es **DEFICIENTE.**

e. Evidencias Documentales y Hechos Verificables.

- No se ha desarrollado ninguna actividad para crear un Plan de Mejoramiento individual para cada área, donde no se encuentra la Ejecución, Seguimiento y Evaluación al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Individual.

f. Recomendaciones

- Los Planes de Mejoramiento Individual deben contener las responsabilidades que se adjudica el servidor con el fin de eliminar las diferencias presentadas entre su desempeño real y el desempeño que se espera de él.

- Para la Elaboración y consolidación del Plan de Mejoramiento Individual, se debe señalar los compromisos asumidos por el funcionario con el fin de mejorar las actitudes o conductas laborales que inciden en su desempeño.

- En Plan de Mejoramiento Individual se estipulara el compromiso del funcionario con la Entidad para recibir la capacitación que esta le brinda, mediante el Plan Institucional de Capacitación

- Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Individual.

g. Documentos Emitidos por el DAFP para el Desarrollo del Elemento.

- Plan Nacional de Formación y Capacitación.
- Actualización del Plan Nacional de formación y Capacitación.
- Guía Metodológica para la elaboración de los acuerdos de Gestión.

ANEXO M. CODIGO ÉTICO DE BUEN GOBIERNO

RESOLUCIÓN No 457
17 de Febrero de 2010

Por la cual se adoptan y crea el comité del Código de Buen Gobierno.

EL GERENTE DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO I NIVEL DE ATENCION ESE EN EJERCICIO DE SUS FACULTADES LEGALES Y,

CONSIDERANDO

a. Que mediante el Decreto No1599 de 2005 se adoptó para las Entidades Públicas el Modelo Estándar de Control Interno, MECI, uno de cuyos elementos de control es precisamente la adopción de Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.

b. Que de igual manera, mediante Resolución No. 453 de de 2009 se adoptó en el Hospital Integrado San Bernardo I Nivel ESE el Modelo Estándar de Control Interno para efectos de su implementación en el Hospital.

c. Que para desarrollar el Subsistema de Control Estratégico, en su componente Ambiente de Control, se encuentra el Elemento denominado Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos, dentro de los cuales existe el compromiso de adoptar los Códigos de Buen Gobierno y de Ética.

d. Que mediante la Circular Instructiva No 045 del 1 de agosto de 2007 la Superintendencia Nacional de Salud establece que se dé inicio y se ejecute los procesos de elaboración del Código de Ética (Conducta) y de Código del Buen Gobierno que han de asumir todos los actores del

Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, tal como se precisa en el literal h del Artículo 40 de la Ley 1122 de 2007.

e. Que el Artículo 34 de la Ley 1164 de 2007 establece que la conducta de quien ejerce la profesión u ocupación en salud, debe estar dentro de los límites del Código de Ética de su profesión u oficio y de las normas generales que rigen para todos los ciudadanos, establecidas en la Constitución y la ley.

f. Que como guías éticas en el actuar de sus servidores y la mejor organización en el Gobierno del Hospital Integrado San Bernardo I Nivel ESE se hace necesario adoptar oficialmente los Códigos de Buen Gobierno.

g. g. Que el proyecto de Código de Buen Gobierno fue analizado y estudiado por los integrantes de la Alta Dirección del Hospital por ser la construcción de este Código de competencia de la Administración y sus comentarios y sugerencias fueron tenidas en cuenta en la formulación del Código definitivo.

h. Que el Proyecto del Código de Conducta fue analizado y estudiado por los trabajadores del Hospital en reuniones de grupos de trabajos con que cuenta la institución, por ser su construcción democrática en su Participación, habiéndose tenido en cuenta los comentarios y sugerencias, en la formulación del Código definitivo.

i. Que la ley 190 de 1.995 encuadra la normatividad tendiente a Preservar la moralidad en las Entidades Públicas y se dictan otras disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.

ARTÍCULO QUINTO: FUNCIONES DEL COMITÉ DE BUEN GOBIERNO: Las funciones serán las relacionadas a continuación conforme a Resolución de 2009 así:

1. Difundir el Código de Buen Gobierno.
2. Realizar seguimiento a las políticas de eficiencia, integridad y transparencia que se determinan en el presente Código de Buen Gobierno.
3. Informar al Gerente General del Hospital, por lo menos cada seis (6) meses, sobre el cumplimiento de las tareas que le fueron encomendadas.
4. Darse su propio Reglamento de operación.

ARTÍCULO SEXTO: VIGENCIA: La presente Resolución rige a partir de la fecha de publicación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Barbosa, a los 17 de Febrero de 2010



JUAN PABLO GARCIA PENAGOS
GERENTE ENCARGADO

CÓDIGO ÉTICO DE BUEN GOBIERNO



ESE HOSPITAL INTEGRADO

SAN BERNARDO

I NIVEL DE SERVICIO

BARBOSA

2010

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....292

TITULO I.....298

1. DE LA ORIENTACIÓN ETRATÉGICA DE LA ENTIDAD 298

IDENTIFICACIÓN Y NATURALEZA DE LA ENTIDAD 298

1. 1. PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA – PAB 299

1.2. PAB ATENCIÓN A LAS PERSONAS.....299

1.3. PAB MEDIO AMBIENTE.....300

1.4. SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE APOYO 300

1.5. RECURSOS HUMANOS.....300

2. COMPROMISO DE LOS OBJETIVOSESTRATEGICOS, CON LA MISIÓN Y VISIÓN.....301

2.1. MISIÓN.....301

2.2. VISIÓN.....301

2.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 302

2.4. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS 302

2.5. VALORES INSTITUCIONALES 304

2.6. GRUPO DE INTERES DE LA ENTIDAD.....305

TITULO II.....306

3. DE LAS POLÍTICAS DE BUEN GOBIERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ENTIDAD. 306

CAPÍTULO PRIMERO: POLÍTICAS PARA LA DIRECCION Y DELEGACIÓN EN LA ENTIDAD 306

ADMINISTRACIÓN 306

3.1. COMPROMISO CON LOS FINES DEL ESTADO 306

3.2. COMPROMISOS CON LA GESTIÓN 307

3.3. RESPONSABILIDAD CON EL ACTO DE DELEGACIÓN 308

CAPÍTULO SEGUNDO: POLÍTICAS DE RELACIÓN CON LOS ÓRGANOS DE CONTROL EXTERNO 308

3.5. ÓRGANOS DE CONTROL EXTERNO 308

3.6. POLÍTICA FRENTE AL CONTROL EXTERNO DE LA ENTIDAD 308

3.7. COMPROMISOS EN RELACIÓN CON EL ÓRGANO DE CONTROL POLÍTICO 309

TITULO III 309

DE LAS POLÍTICAS DE BUEN GOBIERNO PARA LA GESTION DE LA ENTIDAD. 309

4. POLÍTICAS FRENTE AL SISTEMA DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO 309

CAPÍTULO PRIMERO: POLÍTICAS PARA LA GESTIÓN ÉTICA 309

4.1. COMPROMISO CON LA INTEGRIDAD 309

4.2. COMPROMISO PARA LA ERRADICACIÓN DE PRÁCTICAS CORRUPTAS 309

4.5. ACCIONES PARA LA INTEGRIDAD Y LA TRANSPARENCIA 310

4.6. COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN LA ERRADICACIÓN DE PRÁCTICAS CORRUPTAS 311

4.7. COMPROMISO EN LA LUCHA ANTIPIRATERÍA.....311

CAPÍTULO SEGUNDO: POLÍTICAS DE GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO 311

4.8. COMPROMISO CON LA PROTECCIÓN Y EL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.....311

CAPÍTULO TERCERO: POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN .312

4.9. COMPROMISO CON LA COMUNICACIÓN PÚBLICA 312

4.10. COMPROMISO CON LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL.....312

4.11. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.....312

4.12. COMPROMISO CON LA CIRCULACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....313

4.13. COMPROMISO CON EL GOBIERNO EN LÍNEA.....313

CAPÍTULO CUARTO: POLÍTICAS DE CALIDAD.....313

5. POLÍTICAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.....314

CAPÍTULO QUINTO: POLÍTICAS DE RESPONSABILISAS SOCIAL CON LA COMUNIDAD 314

5.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD. 314

5.2. COMPROMISO CON LA RENDICIÓN DE CUENTAS.....314

5.3. ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS.....315

5.4. CONTROL SOCIAL.....315

CAPÍTULO SEXTO: POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FRENTE AL MEDIO AMBIENTE.....315

5.5. RESPONSABILIDAD CON EL MEDIO AMBIENTE 316

6. POLITICAS FRENTE A LOS GRUPOS DE INTERÉS.....316

CAPÍTULO SEPTÍMO: POLÍTICA SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS 316

6.1. COMPROMISO FRENTE A LOS CONFLICTOS DE INTERÉS.....316

6.2. DEBERES DEL EQUIPO HUMANO RELACIONADOS CON LOS CONFLICTOS DE INTERÉS 317

6.3. PROHIBICIONES PARA EL PERSONAL SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS 317

6.4. PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN Y DIVULGACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES.....318

7. POLÍTICA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA 318

CAPÍTULO OCTAVO: POLÍTICAS CON CONTRATISTAS 318

7.1. COMPROMISO CON LA FINALIDAD DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA 319

CAPÍTULO NOVENO: POLÍTICA CON GREMIOS ECONÓMICO. 319

7.2. INFORMACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD 319

8. POLÍTICAS FRENTE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 319

CAPÍTULO DÉCIMO: POLITICA DE CONTROL INTERNO.....319

8.1. COMPROMISO FRENTE AL MECI.....319

CAPÍTULO UNDÉCIMO: POLÍTICAS SOBRE RIESGO 320

8.2. DECLARACIÓN DEL RIESGO 320

TITULO IV 320

9. ADMINISTRACION DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO 320

CAPÍTULO PRIMERO: COMITÉS PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA FUNCIÓN PÚBLICA.....320

9.1. COMITÉ DE BUEN GOBIERNO 320

9.2. COMITÉ DE ÉTICA 320

9.3. COMITÉ DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD.....321

CAPÍTULO SEGUNDO: DE LA ADMINISTRACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....322

9.4. COMPROMISO CON LA ADMINISTRACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....322

CAPÍTULO TERCERO: DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DEL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO 322

9.5. INDICADORES DE GESTIÓN.....322

CAPÍTULO CUARTO: LA ADOPCIÓN, VIGENCIA, DIVULGACIÓN Y REFORMA DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO.....323

9.6. VIGENCIA DEL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO 323

9.7. DIVULGACIÓN DEL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO 323

9.8. REFORMA DEL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO 323

PRESENTACIÓN

El presente Código Ético de Buen Gobierno del la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO ha sido elaborado y adoptado con la amplia participación de todo el nivel directivo de nuestra entidad. Quienes estamos al frente del hospital expresamos en este documento nuestro renovado compromiso con el desempeño de la función pública que nos compete, hacia el logro de una gestión caracterizada por la integridad, la transparencia, la eficiencia y la clara orientación hacia el cumplimiento de los fines esenciales del estado, es decir, el bien común.

El Código de Buen Gobierno se sitúa en el horizonte de dar alcance, a través de las buenas prácticas del gobierno corporativo en las entidades públicas, al Decreto Presidencial No 3622 de 2005 sobre políticas de desarrollo del sistema administrativo, en donde postula que el Desarrollo Administrativo es un proceso de mejoramiento permanente y planeado para la buena gestión y uso de los recursos y del talento humano en los organismos y entidades de la administración pública, cuyos propósitos son: a) La creación de relaciones de cooperación, aceptación y reconocimiento entre los servidores públicos, los particulares investidos par ale ejercicio de funcione administrativas y la comunidad en general; b) El

cumplimiento de los fines sociales del Estado y de las responsabilidades y compromisos del servidor público; c) El mejoramiento de los niveles de gobernabilidad de la administración pública; d) El mejoramiento en la calidad de los bienes y servicios a cargo del estado.

También el código de Buen Gobierno responde a las exigencias de la norma que regulan el mercado publico de valores, Especial mente la Resolución No 0275 de la Superintendencia de Valores, sobre requisitos que deben acreditar las personas jurídicas y privadas que pretendan ser destinatarias de la inversión de recursos de los fondos de pensiones, en cuanto a la definición de criterios y mecanismos que garanticen el buen gobierno y el respeto a los derechos de los inversionistas en los títulos valores que emita el HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA con el fin de acceder a recursos financieros para el cumplimiento de su misión.

EL Hospital Integrado San Bernardo se congratula por esta contribución a la construcción del bienestar social y a la consolidación de la salud para todos.

Los Códigos de Buen Gobierno y de Ética del Hospital Integrado San Bernardo I Nivel ESE buscan acoger y dar cumplimiento a la Ley 1122 de 2007 artículo 40 literal y a los reglamentos

Establecidos en la Circular Instructiva No 045 del 1 de agosto de 2007, emanada de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se trata de normas autoimpuestas que van más allá de las de acatamiento jurídico, se establecen como mecanismos de autorregulación de alcance ético y sirven para orientar el desarrollo del Hospital, su relación con los demás actores del sistema y en particular, con los usuarios de los servicios de salud que presta el Hospital, mediante la definición de los valores, los principios y el marco normativo ético que debe determinar el comportamiento del Hospital y sus servidores, su forma de organización y operación y las relaciones de gobierno aplicables.

Los Códigos de Buen Gobierno y de Ética del Hospital se caracterizan por ser específicos de este Hospital, adoptados a la medida y según sus necesidades, aprobados por el Hospital, fue construido a partir de deliberaciones previas. Son

normas para la acción, implica que se asimilen cotidianamente en la gestión de los servicios a cargo del Hospital y sus servidores, no limitándose a la descripción de valores, sino que sirvan para evidenciar y establecer pautas de resolución de las diferencias entre sus servidores, entre los niveles de dirección y entre los usuarios, son pautas de comportamiento de alcance ético y autodefinidas y auto aceptadas, cuyo fin se concreta en asegurar la mejor y más eficiente prestación de los servicios de salud a cargo del Hospital, son herramientas para la mejora continua y el aseguramiento de la calidad al interior del Hospital, por lo que sus contenidos y aplicación estarán acordes con la estructuración y adecuación de los sistemas de calidad, de los esquemas de fortalecimiento del Talento Humano y la atención al usuario.

La adopción y aplicación de los presentes códigos buscan promover la confianza de los usuarios y la ciudadanía, en general, estableciendo instrumentos de gobernabilidad que garanticen el respeto a las personas así como la calidad de la gestión y la imparcialidad y oportunidad en sus decisiones.

En la ejecución de cualquier actividad, se requiere del trabajo mancomunado, persistente y permanente de todo el equipo que se encuentre involucrado, sin importar la posición que cada uno desempeñe, por lo que estas herramientas de trabajo deben ser reglas de conducta, de obligatorio cumplimiento, a fin de establecer los cimientos de una entidad ejemplar y próspera.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para efectos de la comprensión de los diferentes aspectos que consagra el presente Código de Buen Gobierno, se establecen los siguientes significados de las palabras y expresiones empleadas en este texto.

1. ADMINISTRAR: Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. Dirigir una institución. Ordenar, disponer, organizar, en especial la hacienda o los bienes.

2. CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO: Disposiciones voluntarias de autorregulación de quienes ejercen el gobierno de las Entidades, que a manera de compromiso ético buscan garantizar una gestión eficiente, íntegra y transparente en la administración pública. Este documento recoge las normas de conducta, mecanismos e instrumentos que deben adoptar las instancias de dirección, administración y gestión de las Entidades Públicas, con el fin de generar confianza en los públicos internos y externos hacia el ente estatal.

3. CÓDIGO DE ÉTICA: Documento de referencia para gestionar la ética en el día a día de la Entidad. Está conformado por los Principios, Valores y Directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor público de la Entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

4. COMITÉ DE BUEN GOBIERNO: Disposiciones voluntarias de autorregulación de quienes ejercen el gobierno de las entidades, que a manera de compromiso ético buscan garantizar una gestión eficiente, integra y transparente en la administración pública. Este documento recoge las normas de conducta, mecanismos e instrumentos que deben adoptar las instancias de dirección, administración y gestión de las entidades públicas, con el fin de generar confianza en los públicos internos y externos hacia el ente estatal

5. COMITÉ DE ÉTICA: Documento de referencia para gestionar la ética en el día a día en la entidad. Está conformado por los Principios, Valores y Directrices que en coherencia con el Código de Buen Gobierno, todo servidor público de la entidad debe observar en el ejercicio de su función administrativa.

6. CONFLICTO DE INTERÉS: Situación en virtud de la cual una persona, en razón de su actividad, se encuentra en una posición en donde podría aprovechar para sí o para un tercero las decisiones que tome frente a distintas alternativas de conducta.

7. GESTIONAR: Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o un objetivo.

8. GOBERNABILIDAD: Conjunto de condiciones que hacen factible el ejercicio real del poder que formalmente se ha entregado para el cumplimiento de

los objetivos y fines bajo la responsabilidad del cargo. Esta capacidad de conducir al colectivo se origina en el grado de legitimación que los diversos grupos de interés conceden a la dirigencia, y se juega en el reconocimiento de:

- Su competencia e idoneidad para administrar la Entidad en el logro con eficiencia de los objetivos estratégicos

- El cumplimiento de principios y valores éticos y la priorización del interés general de manera integral sobre el interés particular

- La comunicación para hacer visibles la forma como se administra y los resultados obtenidos con transparencia.

9. GOBIERNO CORPORATIVO: Manera en que la Entidad es dirigida, mejorando su funcionamiento interna y externamente, buscando eficiencia, transparencia e integridad, para responder adecuadamente ante sus grupos de interés, asegurando un comportamiento ético organizacional.

10. GRUPOS DE INTERES: Personas, grupos o Entidades sobre las cuales la Entidad tiene influencia, o son influenciadas por ella. Es sinónimo de públicos internos y externos, o clientes internos y externos, o partes interesadas.

11. MISIÓN: Definición del quehacer de la Entidad. Está determinado en las normas que la regulan y se ajusta de acuerdo a las características de cada ente público.

12. MODELO DE CONTROL ESTÁNDAR: Modelo establecido por el Estado para sus Entidades mediante el Decreto No. 1599 de 2005. Proporciona

una estructura para el control a la estrategia, a la gestión y a la evaluación, con el propósito de mejorar el desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que debe llevar a cabo la Auditoria Interna.

13. POLÍTICAS: Directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.

14. PRINCIPIOS ÉTICOS: Creencias básicas sobre la forma correcta como debemos relacionarnos con los otros y con el mundo, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual la persona o el grupo se adscriben.

15. RENDICIÓN DE CUENTAS: Deber legal y ético de todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes y/o recursos públicos asignados, y los respectivos resultados, en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido. De esta manera se constituye en un recurso de transparencia y responsabilidad para generar confianza y luchar contra la corrupción.

16. RIESGO: Posibilidad de ocurrencia de eventos tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales de una Entidad Pública, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones.

17. SISTEMA DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO: Conjunto de Políticas, estrategias, metodologías, técnicas y mecanismos de carácter

administrativo y organizacional para la gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, materiales, físicos y financieros de las entidades de la administración pública, orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional de conformidad con la reglamentación pertinente.

18. TRANSPARENCIA: Principio que subordina la gestión de las instituciones a las reglas que se han convenido y que expone la misma a la observación directa de los grupos de interés; implica, así mismo, el deber de rendir cuentas de la gestión encomendada.

19. VALOR ÉTICO: Forma de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades propias y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana. Los valores éticos se refieren a formas de ser o de actuar para llevar a la práctica los principios éticos.

20. VISIÓN: Establece el deber ser de la Entidad en un horizonte de tiempo, desarrolla la misión e incluye el plan de gobierno, que luego se traduce en el plan de desarrollo de la Entidad.

TITULO I

1. DE LA ORIENTACIÓN ETRATÉGICA DE LA ENTIDAD IDENTIFICACIÓN Y NATURALEZA DE LA ENTIDAD

Artículo 1. El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel ESE entendida como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, dotada con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, adscrito a la Secretaria de Salud municipal y sometida al régimen jurídico establecido en el titulo II artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y demás normas concordadas.

Le corresponde al Hospital desarrollar los siguientes objetivos:

a. Contribuir al desarrollo social mejorando la calidad de vida y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria.
b. Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación vigente y la que se expida para tal propósito.
c. Prestar de manera integral los servicios de salud que la población requiere de acuerdo con el nivel de complejidad

d. Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, el beneficio social y el desarrollo integral del Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención, Empresa Social del Estado
e. Ofrecer a la Secretaria Municipal de Salud, como responsable de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al Régimen Subsidiado de Seguridad Social, a las Administradores del Régimen Subsidiado, a Empresas Sociales del Estado, Promotoras de Salud así como a personas

naturales, jurídicas, públicas o privadas que los demanden, servicios y paquetes de servicios competitivos, actuando individualmente o en calidad de Asociación de Empresas Sociales del Estado, Uniones Temporales y/o

f. Promover y garantiza los mecanismos de participación ciudadana y comunitarias, establecidos por la Constitución, Ley y los reglamentos.

g. Desarrollar la estructura y capacidad operativa del Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su sostenibilidad, crecimiento, calidad de sus recursos, capacidad de competir en el mercado y beneficio social sin perjuicio de su misión humanística y social.

h. Garantizar que la estructura organizacional de la Empresa y su oferta de servicios responda a los requerimientos de la demanda del Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado.

1. 1. Plan de Atención Básica – PAB

El objetivo general del PAB es contribuir a la disminución de factores de riesgo de las enfermedades prevalentes y el fortalecimiento de los factores protectores a través de acciones de promoción de la salud (mantenimiento de la salud) y prevención de la enfermedad, e información, educación y comunicación a la comunidad, con el fortalecimiento de la participación social.

1.2. PAB Atención a las personas

A través de los siguientes Programas y Proyectos:

a. Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
b. Vigilancia en Salud Pública.
c. Prevención y Manejo de Discapacidad.

1.3. PAB Medio Ambiente.

A través de los siguientes Programas y Proyectos:

a. Inspección, vigilancia y control de la cadena de alimentos
b. Riesgo del consumo.
c. Riesgos físicos.
d. Riesgos biológicos
e. Riesgos ambientales

1.4. Servicios Asistenciales y de Apoyo

A través de:

a. Urgencias
b. Hospitalización
c. Consultorios de Medicina.
d. Unidades Odontológicas.
e. Sicología
f. Laboratorio Clínico y toma de muestras
g. Radiología
h. Farmacias
i. Ambulancias

La unidad móvil cuenta con los equipos necesarios para brindar asistencia a las personas que se encuentran en abandono social, con los servicios de Odontología y Promoción y Prevención.

1.5. Recursos Humanos

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel ESE cuenta en la parte asistencial con personal calificado, para garantizar el servicio, con capacidad para definir situaciones de salud: Médicos Generales, Médicos Especialistas, Odontólogos,

Odontólogos Especialistas, Enfermeras Profesionales y Auxiliares, Psicólogos, Terapeutas Respiratorios, Bacteriólogas, Oftalmólogo, Terapia del Lenguaje, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de Enfermería, Auxiliares de Odontología, Igualmente en la parte Administrativa y financiera cuenta con personal altamente calificado y competente como Abogados, Economistas, Contadores Públicos, Administradores Públicos, Ingenieros de Sistemas, técnicos en diferentes disciplinas.

2. COMPROMISO DE LOS OBJETIVOSESTRATEGICOS, CON LA MISIÓN Y VISIÓN

Artículo 2. El Gerente y su Equipo Directivo se comprometen a orientar todas sus actuaciones en el ejercicio de la función pública hacia el logro de los objetivos y el cumplimiento de la Misión y la Visión del Hospital, cuya plataforma estratégica fue adoptada mediante el Acuerdo de Junta Directiva No

2.1. MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, como institución del primer Nivel de atención en Salud y como proyección de segundo nivel se caracteriza por la atención eficiente al cliente externo, satisfaciendo sus necesidades con calidad humana y profesional. De la misma manera impulsa al desarrollo humano, científico y técnico del personal interno.

2.2. VISIÓN

Seremos en el 2009, la empresa Social del Estado líder del sector salud en la provincia de Vélez y a su vez pioneros en la prestación integral de paciente politraumatizado garantizando la optima presentación del servicio.

2.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. **Servicios:** Orientar la prestación de servicios de salud hacia la productividad, con un enfoque familiar y comunitario, basado en la interdependencia de los servicios y el trabajo en red, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de nuestros usuarios.

2. **Rentabilidad:** Consolidar el Hospital como una empresa rentable social y económicamente mediante el mejoramiento de los procesos administrativos y la búsqueda de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

3. Calidad: Implementar un sistema de gestión de la calidad que garantice la satisfacción social y el cumplimiento de los reglamentarios aplicables en la prestación de los servicios de salud.

2.4. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS

Artículo 3. Los principios éticos del Hospital son:

- **HONESTIDAD Y TRANSPARENCIA**

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención, Empresa Social del Estado, desarrolla procesos asistenciales y administrativos con honestidad y transparencia caracterizados por tener una conducta intachable frente a la comunidad, sus usuarios y proveedores.

- **JUSTICIA SOCIAL Y RESPONSABILIDAD**

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, presta sus servicios sin ninguna distinción de género, raza, religión,

ideología política y condición socioeconómica, mejorando la calidad de vida, y logrando el desarrollo del individuo y la comunidad.

- **LIDERAZGO PARTICIPATIVO**

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, se caracteriza por ser líder frente a los procesos de participación social, comunitaria y ciudadana, integrando la comunidad e instituciones para el desarrollo social del municipio.

- **COMPROMISO CON LA CALIDAD INTEGRAL**

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, busca permanentemente niveles óptimos de calidad, para la satisfacción de las expectativas y necesidades de sus usuarios y como garante de los derechos de los ciudadanos.

- **EFECTIVIDAD EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS**

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, garantiza el manejo óptimo y transparente de sus recursos tecnológicos, financieros y del talento humano, orientándolos de la mejor manera para lograr la estabilidad económica del Hospital y su rentabilidad socioeconómica.

- **TALENTO HUMANO COMPROMETIDO**

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, cuenta con un talento humano con alto sentido de pertenencia y continuo mejoramiento, como parte fundamental para la sostenibilidad, crecimiento y desarrollo de la Institución.

- **TRABAJO EN EQUIPO**

El Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado realiza sus labores diarias garantizando la integración de todas las áreas con el fin de lograr una mayor productividad y efectividad.

- **VOCACIÓN DE SERVICIO**

Los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, buscan permanentemente proporcionar servicios con calidad y calidez, que satisfagan las necesidades y expectativas de la ciudadanía.

2.5. VALORES INSTITUCIONALES

- **RESPONSABILIDAD**

Hacer lo que hay que hacer, en el momento justo, en la cantidad esperada y con la calidad deseada.

- **COMPROMISO**

Establece el ir más allá del simple deber, trascender la norma y lograr el deber ser.

- **RESPETO**

Considerar de forma tolerante la opinión y acciones de otras personas, en cuanto estas se sustentan sobre un valido y sólido fundamento que facilite la convivencia pacífica.

- **PRUDENCIA**

Manejar con entereza la información. De tal forma que no se divulgue, ni se dé a conocer la información confidencial relacionada con la vida, la salud o la institución.

- **HONESTIDAD**

Actuar de conformidad a las normas morales, éticas y religiosas, según la sociedad a la que se pertenece, y a las leyes y normas jurídicas.

- **AFECTIVIDAD**

La disponibilidad que cada ser humano tiene para brindar a los demás un trato amable y cordial, dentro de una relación de beneficio mutuo.

- **LEALTAD**

Es producto de la razón, y por lo tanto de la inteligencia, representa la expresión del cumplimiento de una responsabilidad ante los honores, de acuerdo a un tácito de reciprocidad en las relaciones humanas, libremente aceptada, para la correcta y provechosa vida humana.

- **SOLIDARIDAD**

Es la integración ordenada de las personas para asociar esfuerzos con el propósito de lograr determinados fines, para algunos o para todos, a nivel personal, familiar, social o comunitario.

- **TRANSPARENCIA**

Es actuar de manera clara y abierta, dando la posibilidad de conocer el fondo de sus decisiones y acciones públicas, respondiendo permanentemente por ellas.

- **AUTOESTIMA**

Consolida el respeto, el aprecio, la aceptación, la confianza que se posee de sí mismo, para poder de igual forma desplegarlo en los mismos valores a los demás.

2.6. GRUPO DE INTERES DE LA ENTIDAD

ARTÍCULO 4. El Hospital reconoce como grupos de interés a los usuarios, los contratistas, los acreedores, los organismos de control, las otras Entidades

Públicas, los servidores públicos, los gremios económicos, la comunidad y las organizaciones sociales.

TITULO II

3. DE LAS POLÍTICAS DE BUEN GOBIERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ENTIDAD.

CAPÍTULO PRIMERO: POLÍTICAS PARA LA DIRECCION Y DELEGACIÓN EN LA ENTIDAD ADMINISTRACIÓN

Artículo 5 Se consideran Directivos con responsabilidad especial en la aplicación del presente Código de Buen Gobierno los siguientes servidores públicos:

a. Gerente
b. Subgerente de Servicios de Salud
c. Subgerente Administrativo y Financiero
d. Asesor Oficina Jurídica
e. Asesor Oficina de Planeación
f. Jefe Oficina Atención al Usuario y Participación Social
g. Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol

Para la evaluación y control de su actividad, los anteriores servidores públicos están sometidos externamente al control social, político, fiscal y disciplinario, e internamente al control disciplinario y al control interno que evalúa el desempeño garantizando la eficiencia y eficacia en la gestión administrativa.

3.1. Compromiso con los Fines del Estado

Artículo 6. El Hospital de conformidad con los principios, finalidades y cometidos consagrados en la Constitución Política, en las leyes y reglamentos correspondientes y enmarcados en la función pública que cumple, tiene como fin

principal dirigir, administrar, controlar, vigilar y garantizar la prestación de los servicios de salud conforme lo determina la ley.

Para cumplir con tal cometido, el Gerente y su equipo directivo se comprometen a administrar la Entidad bajo los preceptos de la integridad y la transparencia, gestionar eficientemente los recursos públicos, rendir cuentas, ser eficaces en la realización de sus cometidos, coordinar y colaborar con los demás entes públicos y responder efectivamente a las necesidades de la población; para ello llevarán a cabo las siguientes prácticas:

a. El establecimiento de las políticas necesarias para cumplir los fines misionales.
b. El aseguramiento para que las políticas trazadas se cumplan.
c. El cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales.
d. La ejecución eficiente del plan estratégico.

3.2. Compromisos con la gestión

Artículo 7. El Gerente y su Equipo Directivo, se comprometen a destacarse por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública, actuando con objetividad, transparencia y profesionalidad en el ejercicio de su cargo, guiando las acciones de la Entidad hacia el cumplimiento de su misión en el contexto de los fines sociales del Estado, formulando las políticas públicas o acciones estratégicas, y siendo responsables por su ejecución.

Para ello se comprometen a orientar sus capacidades personales y profesionales hacia el cumplimiento efectivo de los fines misionales de la Entidad, a cumplir cabalmente con la normatividad vigente, al mantenimiento de la confidencialidad en la información que lo requiera, al acatamiento de los procedimientos para el sistema de evaluación de desempeño, y al cumplimiento efectivo de la rendición de cuentas a la sociedad sobre su gestión y resultados.

3.3. Responsabilidad con el Acto de Delegación

Artículo 8. Cuando el Gerente o algún miembro autorizado del Equipo Directivo deleguen determinadas funciones, será consecuente con las obligaciones que asumieron al ser parte del sector público, de modo que fijará por escrito claramente los derechos y obligaciones del delegado, obligándose a mantenerse informado del desarrollo de los actos delegados, impartir orientaciones generales sobre el ejercicio de las funciones entregadas, y establecer sistemas de control y evaluación periódica de las mismas.

CAPÍTULO SEGUNDO: POLÍTICAS DE RELACIÓN CON LOS ÓRGANOS DE CONTROL EXTERNO

3.5. ÓRGANOS DE CONTROL EXTERNO

Artículo 9. Los órganos de control y vigilancia externos del Hospital son:

a. Contraloría
b. Secretaria De Salud
c. Alcaldía Municipal

3.6. Política frente al Control Externo de la Entidad

Artículo 10. El Gerente y su Equipo Directivo se comprometen a mantener unas relaciones armónicas con los Órganos de Control y a suministrar la información que legalmente estos requieran en forma oportuna, completa y veraz para que

puedan desempeñar eficazmente su labor. Igualmente se comprometen a implantar las acciones de mejoramiento institucional que los órganos de control recomienden en sus respectivos informes.

3.7. Compromisos en Relación con el Órgano de Control Político

Artículo 11. El Hospital se compromete a colaborar armónicamente con la Secretaria De Salud, para lo cual practica el respeto por la independencia de los poderes públicos y cumple con la entrega periódica de informes de gestión y de resultados.

TITULO III
DE LAS POLÍTICAS DE BUEN GOBIERNO PARA LA GESTION DE LA ENTIDAD.
4. POLÍTICAS FRENTE AL SISTEMA DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO
CAPÍTULO PRIMERO: POLÍTICAS PARA LA GESTIÓN ÉTICA

4.1. Compromiso con la integridad

Artículo 12. El Hospital manifiesta su clara disposición a autorregularse, para lo cual se compromete a encaminar sus actividades de conformidad con los principios enunciados en la Constitución, las normas vigentes, el presente Código del Buen Gobierno, orientándose hacia una gestión íntegra, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés.

4.2. Compromiso para la erradicación de prácticas corruptas

Artículo 13. El Hospital se compromete a luchar contra la corrupción, para lo cual creará compromisos tendientes a lograr este objetivo por parte de sus servidores públicos y contratistas.

En el marco de lo expuesto, todos aquellos que se vinculen directa o indirectamente con la Entidad firmarán un compromiso estándar de conducta que excluya la aceptación u ofrecimiento de sobornos; este compromiso incluye a aquellos que deseen participar en cualquier forma de contratación con la Entidad.
Igualmente el Hospital se compromete a capacitar a sus altos directivos y demás equipo humano y cuando lo crea conveniente a sus grupos de interés en políticas y acciones anticorrupción.

4.5. Acciones para la integridad y la transparencia

Artículo 14. El Hospital está en contra de toda práctica corrupta. Para impedir, prevenir y combatir estos fenómenos, adoptará las siguientes medidas:
a. Guiar sus actuaciones orientadas por los principios éticos establecidos en el Código de Ética.
b. Dar publicidad a la promulgación de normas éticas y advertir sobre la determinación inquebrantable de cumplirlas en el giro ordinario de sus actividades.
c. Promover la suscripción de pactos de integridad y transparencia en su interior y con otros entes.
d. Garantizar que todos los procedimientos sean claros, equitativos, viables y transparentes.
e. Denunciar las conductas irregulares, tanto para que las Entidades competentes conozcan de los hechos, como para que la sociedad esté al tanto del comportamiento de sus servidores.
f. Capacitar al personal en materia de ética ciudadana y responsabilidad social en todos los niveles.
g. Articular las acciones de control social con los programas gubernamentales.
h. Efectuar la rendición de cuentas a los grupos de interés, garantizando la disposición al público de la información no confidencial de la Entidad.
i. En materia de contratación, implementar y adoptar las normas vigentes en la materia. Además hará pública la contratación de servicios y la adquisición de

bienes de acuerdo con lo prescrito por la legislación vigente y establecerá mecanismos de seguimiento a los contratos.
j. Se dará aplicación al Pacto sobre Ética Pública y Privada en la Contratación Estatal.

4.6. Colaboración Interinstitucional en la erradicación de prácticas corruptas

Artículo 15. El Hospital, a fin de combatir la corrupción, se compromete a mejorar los sistemas de comunicación e información, sosteniendo una comunicación fluida con otras instituciones públicas, privadas y gremiales, estableciendo pactos éticos frente al desempeño de la función administrativa y la contratación estatal, con el objetivo de construir cadenas éticas que vayan configurando buenas prácticas de integridad, transparencia y eficiencia en el ejercicio de la función pública.

4.7. Compromiso en la Lucha Antipiratería

Artículo 16. El Hospital velará porque se respeten las normas de protección a la propiedad intelectual y los derechos de autor, estableciendo una política Antipiratería. En ella la Entidad se compromete a excluir de la Entidad el uso de cualquier tipo de software o archivo de audio y video que no esté debidamente licenciado.

CAPÍTULO SEGUNDO: POLÍTICAS DE GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

4.8. Compromiso con la Protección y el Desarrollo del Talento Humano

Artículo 17. El Hospital se compromete con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus servidores públicos, determinando políticas y prácticas de gestión humana que deben incorporar los principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación, promoción y evaluación

del desempeño. En este sentido, la Entidad propenderá por la vinculación de los más capaces e idóneos a la Administración, bien sea como servidores públicos o como contratistas.

CAPÍTULO TERCERO: POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

4.9. Compromiso con la Comunicación Pública

Artículo 18. El Hospital se compromete a asumir la comunicación y la información como bienes públicos, a conferirles un carácter estratégico y orientarlas hacia el fortalecimiento de la identidad institucional y a la expansión de la capacidad productiva de los miembros de la Entidad, para lo cual las acciones comunicativas se efectuarán de acuerdo con los parámetros que establezcan los procesos y el plan de comunicación de la Entidad.

4.10. Compromiso con la Comunicación Organizacional

Artículo 19. La comunicación organizacional estará orientada a la construcción de sentido de pertenencia y al establecimiento de relaciones de diálogo y colaboración entre los servidores públicos de la Entidad. Para el efecto, la Administración establecerá procesos y mecanismos comunicativos que garanticen la interacción y la construcción de visiones comunes. Mantendrá actualizada la página Web del Hospital, como mecanismo de comunicación con sus usuarios, y en general, con toda la ciudadanía.

4.11. Compromiso de Confidencialidad

Artículo 20. El Hospital se compromete a vigilar que los servidores públicos que manejan información privilegiada que es reserva de la Entidad no sean publicados o conocida por terceros. Quienes incumplan estos acuerdos o compromisos de confidencialidad serán sancionados de acuerdo con el régimen disciplinario.

Ninguno de los grupos de interés podrá directa o indirectamente utilizar información privilegiada y confidencial de la Entidad para sus propios intereses.

4.12. Compromiso con la Circulación y Divulgación de la Información

Artículo 21. El Hospital se compromete a establecer una política de comunicación informativa adecuada para establecer un contacto permanente y correlativo con sus grupos de interés. Con este fin se adoptarán mecanismos para que la información llegue a ellos de manera integral, oportuna, actualizada, clara, veraz y confiable, bajo políticas efectivas de producción, manejo y circulación de la información, para lo cual se adoptarán los mecanismos de información a los cuales haya acceso, de acuerdo con las condiciones de la comunidad a la que va dirigida.

4.13. Compromiso con el Gobierno en Línea

Artículo 22. El Gerente y su Equipo Directivo se comprometen a poner especial interés en la aplicación efectiva del Gobierno en Línea, a través de la implementación de las acciones necesarias para crear la página Web de la Entidad con la más completa información sobre la marcha de la administración en cuanto a procesos y resultados de la contratación, estados
financieros, concursos para proveer cargos, Plan Estratégico, avances en el cumplimiento de metas y objetivos del Plan Estratégico, indicadores de gestión, informes de gestión, servicios que la Entidad presta a la ciudadanía y forma de acceder a ellos, y funcionamiento general de la Entidad.

CAPÍTULO CUARTO: POLÍTICAS DE CALIDAD

4.14. Compromiso con la Calidad

Artículo 23. El Hospital se compromete a orientar su gestión a la obtención de beneficios y resultados de calidad para sus usuarios, por lo cual se obliga a implementar el Sistema de Gestión de la Calidad y a mejorar continuamente los procesos, contando con servidores idóneos, con la participación ciudadana, y ejerciendo un Autocontrol integral en forma eficiente, eficaz y efectiva.

5. POLÍTICAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

CAPÍTULO QUINTO: POLÍTICAS DE RESPONSABILISAS SOCIAL CON LA COMUNIDAD

5.1 Información y Comunicación con la Comunidad.

Artículo 24. Los estados e informes económicos, financieros, contables y de gestión presentados por la Entidad a los respectivos entes de regulación y control, así como cualquier otra información sustancial, deben ser dados a conocer y estar disponibles para la comunidad, la cual tiene derecho a informarse permanentemente de todos los hechos que ocurran dentro de la Entidad y que no sean materia de reserva. De igual manera se publicarán los informes y recomendaciones que los órganos de regulación y control presenten a la Entidad respecto a su gestión y mejoramiento continuo. Los medios de información que podrán utilizarse son, entre otros, la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social, boletines, folletos o circulares, periódico, línea telefónica gratuita, correo electrónico y página Web de la Entidad.

5.2. Compromiso con la Rendición de Cuentas

Artículo 25. El Hospital se compromete a realizar una efectiva rendición de cuentas de manera periódica, con el objeto de informar a la ciudadanía sobre el proceso de avance y cumplimiento de las metas contenidas en el plan de desarrollo de la administración, de acuerdo con lo dispuesto en la ley.

5.3. Atención de Quejas y Reclamos

Artículo 26. La Entidad tendrá una Oficina de atención de peticiones en la cual se podrán presentar quejas, solicitudes, reclamaciones, consultas e informaciones referentes a la administración, a las cuales se les dará respuesta en los términos previstos por la ley; esta Oficina contará con un procedimiento claro y público para tramitar las quejas que se instauren; en ella reposará un ejemplar del Código de Buen Gobierno y del Código de Conducta para su consulta permanente por parte de todos los interesados.

Las quejas recibidas a través de los diferentes canales con que cuente el Hospital, se tramitarán directamente por cada una de las dependencias a las que se dirige, en cuanto sean de su competencia.

5.4. Control Social

Artículo 27. El Hospital promoverá la participación de la ciudadanía, organizaciones sociales y comunitarias, usuarios y beneficiarios, veedurías y comités de vigilancia, entre otros, para prevenir, racionalizar, proponer, acompañar, vigilar y controlar la gestión pública, sus resultados y la prestación de los servicios públicos suministrados por el Estado y los particulares, garantizando la gestión al servicio de la comunidad. Así mismo se compromete a facilitar de manera oportuna la información requerida por la ciudadanía para el ejercicio del control social.

Para efectos de este control el Hospital cuenta con el apoyo de la Oficina de Participación Social y Atención al Usuario y la Política de Participación Ciudadana y Comunitaria del Sistema de Seguridad Social Integral.

CAPÍTULO SEXTO: POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FRENTE AL MEDIO AMBIENTE

5.5. Responsabilidad con el Medio Ambiente

Artículo 28. El Hospital se compromete a respetar los procesos naturales, protegiendo el medio ambiente en general. Con dicho fin, la Entidad se compromete a establecer lineamientos en esta materia que comprendan: mecanismos de educación y promoción, uso de tecnologías limpias, manejo de desechos y uso de recursos no renovables.

6. POLITICAS FRENTE A LOS GRUPOS DE INTERÉS
CAPÍTULO SEPTÍMO: POLÍTICA SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

6.1. Compromiso frente a los Conflictos de Interés

Artículo 29. El Hospital se compromete a aplicar en forma todos los mecanismos necesarios para garantizar la prevención, manejo, divulgación y resolución de los conflictos de interés.

Artículo 30. El Hospital rechaza, condena y prohíbe que el Gerente y su Equipo Directivo, miembros de comités, servidores públicos y todos aquellos vinculados con la Entidad incurran en cualquiera de las siguientes prácticas:

a. Recibir remuneración, dádivas o cualquier otro tipo de compensación en dinero o especie de parte de cualquier persona jurídica o natural, en razón del trabajo o servicio prestado a la Entidad o a sus grupos de interés;

b. Otorgar compensaciones no autorizadas por las normas pertinentes;

c. Utilizar indebidamente información privilegiada o confidencial para obtener provecho o salvaguardar intereses individuales propios o de terceros;

d. Realizar proselitismo político o religioso aprovechando su cargo, posición o relaciones con la Entidad, no pudiendo comprometer recursos económicos para financiar campañas políticas; tampoco generará burocracia a favor de políticos o cualquier otra persona natural o jurídica.

e. Todas aquellas prácticas que atenten contra la integridad y la transparencia de la gestión de la Entidad y en contra del buen uso de los recursos públicos.
f. Todo tráfico de influencias para privilegiar trámites.

6.2. Deberes del Equipo Humano Relacionados con los Conflictos de Interés

Artículo 31. Sin perjuicio de otros deberes consagrados en la ley, los deberes de los servidores públicos del Hospital, son:
a. Revelar a tiempo y por escrito a los entes competentes cualquier posible conflicto de interés que crea tener;
b. Contribuir a que se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a los órganos de control interno y externo de la Entidad;
c. Guardar y proteger la información que la normatividad legal haya definido como de carácter reservado;
d. Contribuir a que se le otorgue a todos los ciudadanos y habitantes del territorio nacional un trato equitativo, y a que se le garanticen sus derechos;
e. Revelar a tiempo cuando incurran en alguna de las situaciones enunciadas en el artículo sobre prevención de conflictos.

6.3. Prohibiciones para el Personal sobre Conflictos de Interés

Artículo 32. Sin perjuicio de las prohibiciones legales, el personal del Hospital se abstendrá de utilizar las siguientes prácticas en su accionar diario:
a. Utilizar indebidamente información privilegiada y confidencial en contra de los intereses de la administración.
b. Participar, directa o indirectamente, en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia de la administración o en actos respecto de los cuales exista conflicto de intereses.
c. Realizar actividades que atenten contra los intereses de la administración.
d. Gestionar, por sí o por interpuesta persona, negocios que le originen ventajas que conforme a las normas constitucionales, legales, reglamentarias y el Código de Conducta, lesionen los intereses de la administración.

e. Utilizar su posición en la Entidad o el nombre de la misma para obtener para sí o para un tercero tratamientos especiales en negocios particulares con cualquier persona natural o jurídica.
f. Entregar dádivas a otros servidores públicos a cambio de cualquier tipo de beneficios.
g. Utilizar los recursos de la Entidad para labores distintas de las relacionadas con su actividad, ni encausarlos en provecho personal o de terceros.
h. Gestionar o celebrar negocios con la Entidad para sí o para personas relacionadas, que sean de interés para los mencionados.
i. Aceptar, para sí o para terceros, donaciones en dinero o especie de parte de proveedores, contratistas o cualquier persona relacionada o no con la administración, o de personas o Entidades con las que la Entidad sostenga relaciones en razón de su actividad, que conlleve a generar cualquier clase de compromiso no autorizado.
j. Participar en procesos de selección o contratación cuando estén incursos en algún conflicto de interés.

6.4. Procedimiento de Resolución y Divulgación de Conflictos de Intereses.

Artículo 33. Los grupos de interés del Hospital deberán revelar los conflictos de intereses en los cuales pudieran estar involucrados o incursos, o en los que crean que otro de ellos lo esté, informando al Comité del Buen Gobierno y al ente de control competente.
Los grupos de interés deberán consultar con el Comité del Buen Gobierno los eventos que puedan ofrecer dudas en relación con un posible conflicto de interés o manejo de información privilegiada.

7. POLÍTICA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA
CAPÍTULO OCTAVO: POLÍTICAS CON CONTRATISTAS

7.1. Compromiso con la Finalidad de la Contratación Pública

Artículo 34. El Hospital dará cumplimiento al Estatuto Interno de Contratación, para lo cual se compromete a observar las disposiciones legales con prontitud, exactitud y diligencia, de modo que la información sobre las condiciones y procesos contractuales sea entregada a los interesados oportuna, suficiente y equitativamente, y a que las decisiones para otorgar los contratos se tomen sin ningún tipo de sesgos o preferencias, sino de manera exclusiva con base en el análisis objetivo de las propuestas presentadas por los participantes.
Para el efecto se aplicarán los principios y regulaciones contenidos en el Pacto sobre Ética Pública y Privada en la Contratación Estatal suscrito por el Gobierno Nacional y el sector privado.

CAPÍTULO NOVENO: POLÍTICA CON GREMIOS ECONÓMICO.

7.2. Información y corresponsabilidad

Artículo 35. El Hospital dispondrá de una plataforma informativa que permita a las partes interesadas el acceso a su información no reservada por mandato de ley, y fomentará pactos éticos entre los sectores privado y público sobre contratación estatal. Adicionalmente, bajo el criterio de corresponsabilidad social, promoverá acciones con las demás Entidades Públicas y Particulares, tendientes al mejoramiento continúo de la calidad de vida de la población más vulnerable.

8. POLÍTICAS FRENTE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO DÉCIMO: POLITICA DE CONTROL INTERNO

8.1. Compromiso frente al MECI

Artículo 36. El Hospital se compromete a aplicar el Modelo Estándar de Control Interno –MECI adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 1599 de

2005, y velar por su cumplimiento por parte de todos los servidores al servicio de la Entidad, para que desarrollen estrategias que conduzcan a una administración eficiente, eficaz, imparcial, íntegra y transparente, por medio de la Autorregulación, la Autogestión, el Autocontrol y el mejoramiento continuo para el cumplimiento de los fines del Estado, y propiciando los Controles Estratégico, de Gestión y el de Evaluación.

CAPÍTULO UNDÉCIMO: POLÍTICAS SOBRE RIESGO

8.2. Declaración del Riesgo

Artículo 37. El Hospital declara que en el desarrollo de sus actividades ocurren riesgos, por lo cual se compromete a adoptar los mecanismos y las acciones necesarias para la gestión integral de los mismos, de tal forma que se prevengan o minimice su impacto. Para ello adoptará mecanismos que permitan identificar, analizar, valorar, priorizar y administrar los riesgos propios de su actividad, acogiendo una autorregulación prudencial. La Entidad determinará su nivel de exposición concreta a los impactos de cada uno de los riesgos para priorizar su tratamiento, y estructurará criterios orientadores en la toma de decisiones respecto de los efectos de los mismos.

TITULO IV

9. ADMINISTRACION DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

CAPÍTULO PRIMERO: COMITÉS PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA FUNCIÓN PÚBLICA

9.1. COMITÉ DE BUEN GOBIERNO

9.2. COMITÉ DE ÉTICA

Artículo 38. El Hospital, en cumplimiento de la función pública que le es inherente, se compromete a integrar Comités de Calidad y de Control Interno, los cuales contribuirán a realizar una gestión íntegra, eficiente y transparente por parte de la Administración. Las normas comunes de estos Comités son:

a. La Entidad facilitará el apoyo técnico y operativo que requieran los Comités Especiales para su adecuado funcionamiento y el cumplimiento oportuno de sus funciones.
b. Los miembros de los Comités cumplirán a cabalidad sus funciones y obligaciones.
c. Los Comités registrarán en actas lo acontecido en las reuniones.
d. Los miembros de los Comités guardarán la confidencialidad que los asuntos públicos requieran.
e. Los miembros de los Comités respetarán las normas de conflictos de interés respectivas.

9.3. Comité de Control Interno y Calidad

Artículo 39. El Hospital debe contar con un Comité de Control Interno y Calidad que se encargará de asegurar la implementación y evaluación de los procesos de calidad y control interno de la Entidad, asegurando una gestión orientada a procesos de mejoramiento continuo y el aseguramiento de su eficiencia, eficacia y efectividad, mediante el monitoreo estratégico de gestión y operativo, a través del Modelo Estándar de Control Interno.

El Comité de Control Interno tendrá a su cargo, para efectos de este Código, asegurarse de la difusión del Código y de una adecuada capacitación en el mismo a los colaboradores internos y grupos de interés de la Entidad. Igualmente corresponderá a este Comité promover y liderar el proceso de implementación de la gestión ética, encauzado hacia la consolidación del ejercicio de la función pública en términos de eficacia, transparencia, integridad y servicio a la ciudadanía por parte de todos los servidores públicos de la Entidad. Igualmente es el facultado en el tema de la prevención y manejo de los conflictos de interés dentro de la Entidad. Para estos efectos le corresponderá determinar la existencia de

conflicto de interés en casos concretos; determinar la reglamentación de prácticas prohibidas, por medio de la cual se prohibirá que la alta dirección y los miembros de la Entidad incurran en determinadas prácticas que ocasionen conflictos de interés y velará por la amplia difusión del Código de Ética.

CAPÍTULO SEGUNDO: DE LA ADMINISTRACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

9.4. Compromiso con la Administración y Resolución de Controversias

Artículo 40. El Hospital se compromete a adoptar sistemas para la prevención, administración y resolución de controversias como un mecanismo para promover la transparencia, las relaciones con la ciudadanía, con el sector privado y las organizaciones civiles, y para proteger los recursos públicos.

CAPÍTULO TERCERO: DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DEL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO

9.5. Indicadores de Gestión

Artículo 41. El Hospital se compromete a desarrollar los siguientes indicadores éticos para la medición de su gestión y su desempeño:

a. ***Índice de gestión ética*** para medir anualmente los resultados internos de la gestión ética.

b. ***Índice de satisfacción del cliente externo*** para medir la percepción que tienen los usuarios o públicos externos sobre la imagen de integridad, transparencia y eficiencia de la Entidad sobre la gestión de sus recursos y la prestación de sus servicios.

c. ***Indicadores*** **operativos** con los cuales el Modelo Estándar de Control Interno evalúa y monitorea el Sistema de Gestión de Calidad, soportado en una gestión

por procesos. Los indicadores operativos serán definidos en los procesos de gestión ética y de comunicación pública.

CAPÍTULO CUARTO: LA ADOPCIÓN, VIGENCIA, DIVULGACIÓN Y REFORMA DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

9.6. Vigencia del Código del Buen Gobierno

Artículo 42. El Código del Buen gobierno entrará en vigencia a partir de su aprobación por parte de la Gerencia del Hospital.

9.7. Divulgación del Código del Buen Gobierno

Artículo 43. El Código del Buen Gobierno se divulgará a los servidores de la Entidad y a sus grupos de interés.

9.8. Reforma del Código del Buen Gobierno

Artículo 44. El Código del Buen Gobierno podrá ser reformado por decisión del Gerente del Hospital o por sugerencia del Comité del Buen Gobierno. Las modificaciones que se introduzcan al Código se informarán a los grupos de interés, a través de medios de comunicación masivos o por los medios de divulgación que se consideren expeditos. Este Código modifica y sustituye cualquier disposición interna que le sea contraria.

Artículo 2º.- Adoptar para el Hospital Integrado San Bernardo I Nivel de Atención Empresa Social del Estado, el Código de Ética, cuyo contenido es el siguiente:

CÓDIGO DE ÉTICA

MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, como institución del primer Nivel de atención en Salud y como proyección de segundo nivel se caracteriza por la atención eficiente al cliente externo, satisfaciendo sus necesidades con calidad humana y profesional. De la misma manera impulsa al desarrollo humano, científico y técnico del personal interno.

VISIÓN

Seremos una empresa Social del Estado líder del sector salud en la provincia de Vélez y a su vez pioneros en la prestación integral de paciente politraumatizado garantizando la optima presentación del servicio.

CAPÍTULO I

AMBITO DE APLICACIÓN

Articulo 2º. AMBITO DE APLICACIÓN: Rige para todos los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa, para efectos del presente código se entenderá por servidor público, a los empleados y contratistas vinculados a la Empresa Social del Estado San Bernardo bajo cualquier modalidad de contratación laboral, a través de los cuales la entidad desarrolla sus actividades.

Articulo 3º. OBLIGACIONES: Todos los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado San Bernardo, están obligados desde el punto de vista ética a ajustar su activación profesional en el desarrolla de las funciones asignación a los conceptos básicos y disposiciones del presente código.

Articulo 4º. DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN: La presente resolución deberá ser publicada en cartelera de la Empresa Social del Estado San Bernardo y debe

ser socializada a través de talleres generados por el área de recursos humanos como la oficina de Control Interno y demás áreas de la institución, a la que deberá ser incluida como modulo obligatorio en los procesos de inducción, y reinducción de servidores y/o contratistas de la entidad.

Articulo 5º. VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de su expedición.

CAPÍTULO II
PRINCIPIOS

Articulo 6º. Principios: Son reglas o normas de conducta que orientan la acción y el carácter general, preceptos morales, máximos y universales.

En la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa identifica y ejerce las labores bajo los siguientes principios éticos:

- El interés general prevalece sobre el interés particular.
- Es imperativo de la función pública el cuidado de la vida en todas las formas.
- Los bienes públicos son sagrados.
- La finalidad del estado es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población.
- La función primordial del servidor público es servir a la ciudadanía.
- Quien administra recursos públicos rinde cuentas a la sociedad sobre su utilización y los resultados de su gestión.
- Los ciudadanos tienen derecho a participar en las decisiones públicas que los afecte.

Donde La Empresa Social San Bernardo de Barbosa se basa en:

1. **TRANSPARENCIA:** La Empresa Social San Bernardo de Barbosa desarrolla su misión de cara a la comunidad.

2. **EQUIDAD:** En el cumplimento de los fines misionales, los servidores de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa propenderán por lograr el equilibrio en la aplicación de los diferentes sistemas de auditoría y cobertura que atienda los riesgos en el manejo de los fondos públicos y las necesidades de las poblaciones vulnerables.
3. **EFICIENCIA:** La excelente gestión de los servidores de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa se observa en el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades desarrolladas con agilidad y profesionalismo.
4. **IMPARCIALIDAD:** La aplicación de criterios con objetividad y sobre hechos verificables para que el interés general prevalezca sobre el interés particular.
5. **CUMPLIMIENTO:** La determinación y la seriedad como bandera del servidor de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa para la realización de sus responsabilidades teniendo como meta clara las necesidades de la comunidad y sus compromisos con la ley.
6. **IGUALDAD:** Todos los ciudadanos y los entes sujetos de control son iguales.
7. **INTEGRIDAD:** El ejercicio de las funciones se realizan de manera intachable y actuando con rectitud.

CAPÍTULO II

VALORES

Articulo 7º. VALORES: Son características morales positivas que toda persona posee, como atributos o cualidades nuestras y de los demás, estos constituyen un ambiente de armonía gratificante en las relaciones interpersonales.

En la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa reconoce y actúa bajo los siguientes valores éticos:

1. **COLABORACIÓN**: Actuar de manera comprometida para contribuir con el logro de los fines de la institución, trabajando de manera mancomunada con los recursos humanos y físicas con que cuenta la institución con y rectitud. Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos una actitud permanente de servicio hacia el trabajo y la comunidad cumpliendo con nuestras obligaciones conscientes de hacer lo debido, creando un ambiente de respeto, apoyo y solidaridad.

2. **RESPETO:** Es la capacidad de cada ser humano de comprometerse consigo mismo y con los demás en sus tareas y funciones asumiendo y corrigiendo cuando haya lugar nuestros actos a fin de realizar las labores pertinentes al cargo de manera que a mayor nivel de autoridad más elevado es el grado de responsabilidad.

3. **COMPROMISO:** Con el cumplimiento de labores y concentración de estímulos se seguirá asumiendo como propios los objetivos estratégicos de la institución, con excelente manejo de los recursos y ayudando con la protección del ambiente. En la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos y ejecutamos los planes, proyectos y logros institucionales, con trabajo y dedicación, garantizando el cumplimiento de nuestra en pro de un mejoramiento continuo.

4. **CONFIANZA**: Esperanza firme en las personas que laboran en la institución, ya que son competentes e interesadas en el bienestar de la comunidad en general, y el suyo propio.

5. **EFICACIA**: El cumplimiento de las metas institucionales, ayudara a un mejor clima laboral, con la necesaria colaboración de todos los protagonistas del desarrollo institucional.

6. **EFICIENCIA**: Capacidad de sentido de pertenencia permitirán el logro de los objetivos con la menor inversión de recursos posibles.

7. **HONESTIDAD**: Proceder correctamente, con honradez, respetando lo que pertenece al otro. Los servidores de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa en el desarrollo de los asuntos que competen, adoptan los medios necesarios con el propósito de hacer prevalecer el interés de la comunidad sobre cualquier tipo de interés particular.

8. **SOLIDARIDAD**: Concertación y apoyo a las causas de la institución. Los servidores públicos de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa mediante la colaboración entre los grupos interdisciplinarios de trabajo formulamos críticas constructivas que aportan a la consecución de objetivos claros.

   Interactuamos en un ambiente de armonía, colaboración, compañerismo y reciprocidad.

9. **PLURALISMO**: La aceptación de los diferentes modos de ser y pensar, ayudaran al constante desarrollo de trabajo en equipo. La Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa reconoce, aprecia y valora las cualidades de los demás y sus derechos. Sus servidores actúan con buenos modales y amabilidad con el fin de fortalecer la prestación del servicio a la comunidad.

10. **SERVICIO**: Función esencial prestada por la institución a toda la comunidad y desempeñada a cabalidad por todos los servidores en cumplimiento de los ordenamientos, y los objetivos de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.
11. **LEALTAD**: Hacer bien las cosas en el desarrollo del servicio de manera fiel y acorde en el desempeño del cargo, lo cual debe beneficiar al usuario, compañeros de labores y por ende a los recursos institucionales. Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos el compromiso de defender la Institucionalidad de la Entidad, con un alto sentido de pertenencia y cuidado.
12. **IDENTIDAD:** Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa nos sentimos orgullosos al trabajar y pertenecer a la Entidad, entregando lo mejor de cada persona en busca del propósito del cumpliendo de la misión institucional.
13. **TOLERANCIA:** Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa tendrán la capacidad de aceptar y respetar las creencias e ideologías de sus semejantes, ejerciendo el libre y autónomo derecho a la contradicción y el dialogo como herramientas para encontrar un acuerdo.

CAPÍTULO III

DIRECTRICES ÉTICAS

Cuando existen valores comunes que se unen a una Misión institucional y están dirigidos por principios organizacionales claramente identificados el resultado es el desarrollo personal y empresarial.

Articulo 8º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTAS EN RELACIÓN AL EJERCICIO DE SU TRABAJO.

1. Los servidores públicos y/o contratistas desarrollaran su trabajo con rectitud, sentido profesional, dedicación, compromiso, honestidad y sentido de pertenencia con la empresa.
2. Los servidores públicos y/o contratistas deben utilizar el tiempo laboral en un esfuerzo responsable para cumplir con sus obligaciones, de manera que el desempeño sea eficiente y eficaz.
3. Los servidores públicos y/o contratistas de la entidad aportaran el conocimiento y esfuerzos necesarios para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales cuando lo amerite la necesidad del servicio.
4. Velar por el buen nombre de la empresa dentro y fuera de ella.
5. Proteger los bienes de la institución; y evitar la utilización de estos para fines distintos para lo cual fueron asignados.

Artículo 9º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTA EN RELACIÓN AL EJERCICIO DE LA EMPRESA

a. Las relaciones dentro de la empresa se fundamentaran en el respeto, sin hacer ningún tipo de discriminación tomando como base la cortesía, la puntualidad, el buen trato y el compromiso.
b. Los servidores públicos y/o contratistas de la entidad, no aceptan ninguna clase de recompensa u obsequios ofrecidos para el beneficio propios o de terceros.
c. Los servidores públicos y/o contratistas, deben prestar servicios con calidad, veracidad, oportunidad, eficiencia y eficacia, que redunde en el bienestar de la empresa.
d. Las declaraciones a nombre de la empresa las hará solo el gerente o a quienes delegue.

Articulo 9º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTA EN SUS RELACIONES EXTERNAS

a. Las relaciones entre los directivos y demás servidores y/o contratistas, se deben basar en el respeto, aunando esfuerzos y poniendo todo el empeño para cumplir con las expectativas para los usuarios.
b. Evitar hechos que pongan en peligro la integridad y seguridad de la empresa, de los usuarios y los empleados.
c. Toda la inversión que ejecuta la empresa debe estar precedida por criterios de garantía, calidad, seguridad, protección, precio y rentabilidad.
d. Es deber de los servidores y/o contratistas actuar responsablemente.
e. En situación de conflicto de interés no se obtendrá beneficio personal o a favor de terceros a costa de la empresa.
f. Como ciudadanos los servidores y contratistas de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, y esta como empresa dará un ejemplo en la observancia de sus deberes cívicos sociales y políticos, de participación, solidaridad y colaboración.

Articulo 10º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTA EN EL BUEN SERVICIO A LOS USUARIOS

a. El usuario es la persona más importante en nuestra empresa.
b. El cliente no depende de nosotros, nosotros dependemos de los clientes, nosotros trabajamos para nuestros clientes.
c. Toda persona merece respeto, nuestros clientes son la mayor razón de ser de nuestro objetivo, por lo tanto se debe actuar cada día para que su salud sea la mejor.
d. Cada usuario de salud tiene derecho a su integridad, por lo tanto el contenido de Historia Clínica debe ser reservado y preservado.
e. El usuario tiene derecho a servidores de alta calidad.
f. El usuario no interrumpe nuestro trabajo si no es el propósito de nuestro trabajo.

Articulo 11º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O LOS ENTES SUJETOS DE CONTROL:

Los servidores públicos de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa desarrollamos nuestra labor dentro de los parámetros de la seriedad, imparcialidad, objetividad y profesionalismo que demanda la ejecución de la labor de prestación de servicios de alta calidad.

Articulo 12º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O EL MEDIO AMBIENTE:

En la Empresa Social Hospital San Bernardo de Barbosa respetamos, cuidamos el medio ambiente, sus recursos naturales de forma responsable y ayudamos a mejorar las condiciones ambientales en las instalaciones de la Entidad.
Es deber de la institución asumir con responsabilidad la función que frente al medio ambiente le ha sido atribuida.

ARTICULO 3º.- Corresponde a la Oficina de Talento Humano del Hospital encargarse de la difusión de los Códigos adoptados, realizar la constante capacitación entre sus servidores y contratistas, así como realizar el seguimiento y aplicación de su contenido, adoptando las medidas que considere necesarias para la obtención de los resultados pertinentes.

ARTICULO 4°.- La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



JUAN PABLO GARCIA PENAGOS
Gerente

ANEXO N. CÓDIGO DE ÉTICA HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

CÓDIGO DE ÉTICA

E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

Barbosa Santander

Articulo 1º. ADOPCIÓN: Adóptese en la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander, el código de Ética y Valores, cuyo contenido es el siguiente.

PRESENTACIÓN

El Código de Ética de la Empresa Social del Estado San Bernardo constituye una norma de conducta que orienta el desempeño de sus servidores y contratistas con el fin de cumplir la misión y valores corporativos para hacer realidad la visión de éxito por todos compartida. Estas orientaciones deben ser un aliciente continuo para mejorar la calidad y competitividad del servicio a los usuarios y para actuar siempre con integridad moral y con solidaridad social.

Esta guía no trata de sustituir, adicionar, ni cambiar ninguna norma legal que rija a la empresa, simplemente pretende ser un instrumento para fortalecer la ética a nivel personal y corporativo. Entendiendo la ética como un elemento de cambio a nuestro comportamiento humano entendido a demás como un valor agregado que nos permite ser competitivos en el medio.

Los principios y valores que contiene, fomenta el compromiso la identidad y el sentido de pertenencia y son una invitación permanente al trabajar con rectitud e idoneidad dando primacía a los intereses de los usuarios y la comunidad.

El código de Ética es un instrumento eficaz para promover la conducta moral en el ejercicio de SERVIR a los demás. La empresa social del Estado San Bernardo, como organización entiende que el comportamiento ético es la base fundamental para el ejercicio da las actividades inherentes a la prestación del servicio establecido por la constitución política de Colombia.

El Código de Ética que hoy se presenta es un documento sobre el cual se fundamenta el accionar del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa y el actuar de sus servidores públicos.

Este documento se convierte en la bitácora del proceder de los servidores públicos, no solo al interior del Hospital en el actuar frente a la sociedad, incluyendo en ella por supuesto la familia.

El Código de Ética, es entonces un documento práctico y de fácil aplicación, con ello se espera obtener cambios de hábitos personales con el cual sin duda traerá beneficios institucionales, profesionales, sociales y familiares.

La socialización del Código de Ética y su aplicación, mejorará la imagen de la Institución, ganará confianza en la comunidad y los sujetos de control observaran al Hospital como una institución imparcial, asesora y amiga.

De esta manera la Entidad hará esfuerzos para implementar este Código de Ética, con la seguridad se están planteando objetivos fijos y obtendrán resultados claros.



JUAN PABLO GARCIA PENAGOS
GERENTE ENCARGADO
HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, como institución del primer Nivel de atención en Salud y como proyección de segundo nivel se caracteriza por la atención eficiente al cliente externo, satisfaciendo sus necesidades con calidad humana y profesional. De la misma manera impulsa al desarrollo humano, científico y técnico del personal interno.

VISIÓN

Seremos una empresa Social del Estado líder del sector salud en la provincia de Vélez y a su vez pioneros en la prestación integral de paciente politraumatizado garantizando la óptima presentación del servicio.

RESOLUCIÓN No. 454
10 DE ENERO DE 2010

Por la cual se adopta el Código de Ética y Valores de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

En uso de sus atribuciones constitucionales, legales y reglamentarias, y

CONSIDERANDO

1. Que Mediante el Decreto 1599 de Mayo del 2005 se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno MECI.

2. Que el MECI contempla en el componente Ambiente de Control el Elemento Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.

3. Que conforme a lo establecido en el artículo 209 de la constitución política, "La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad".

4. Que se hace necesario adoptar en la empresa el código de ética y valores el cual se constituye en una guía de conducta que orienta el desempeña de sus servidores públicos y/o contratistas, con el fin de cumplir a cabalidad los objetivos, la misión y hacer realidad la visión de la institución.

5. Que la Oficina de Control Interno ha remitido a esta gerencia el documento Técnico que sirve de soporte para la expedición de la presente resolución el cual hace parte integrante del presente acto administrativo.

6. Que no todos los valores son morales, ni son justificables, ni el hecho de incorporar una conciencia de ellos en la toma de decisiones significa adoptar una perspectiva ética. Porque estos valores se pueden reducir a la adopción que el entorno transmite o asigna a las organizaciones y a sus miembros.

7. Que los principios y valores que contienen, fomentan el compromiso, la entidad y el sentido de pertenencia y son una invitación permanente a trabajar con rectitud e idoneidad dando primacía a los intereses de los usuarios y a la comunidad.

8. Que la reglas de ética que se mencionan en el presente código, no pretenden sustituir, adicionar ni modificar ninguna norma legal que rija a la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander.

9. Que el Código de Ética es un documento que se construye mediante la participación y consenso en torno a los valores propios de cada cultura organizacional, permite definir el papel de la organización, los aportes y compromisos que pueden asumir y las políticas de acción que hacen viable una gestión socialmente responsable.

10. Que mediante un proceso de construcción del Código de Ética se contó con la participación de todos los servidores públicos de la entidad; de tal manera la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander hace formal el compromiso ético que asume dentro de la sociedad en la que se circunscribe su gestión, definiendo las pautas de nuestro comportamiento, reconociendo nuestro papel como actor social y se compromete con la construcción de un país que promueva el desarrollo humano.

11. Que este modelo de comportamiento se plantea, como la herramienta más apta para crear un entorno ético alrededor de la eficiencia y eficacia de nuestra gestión y del ejercicio del control fiscal la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander.

12. Que en merito de lo expuesto.

RESUELVE:

CAPITULO I

AMBITO DE APLICACIÓN

Articulo 2º. AMBITO DE APLICACIÓN: Rige para todos los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa, para efectos del presente código se entenderá por servidor público, a los empleados y contratistas vinculados a la Empresa Social del Estado San Bernardo bajo cualquier modalidad de contratación laboral, a través de los cuales la entidad desarrolla sus actividades.

Articulo 3º. OBLIGACIONES: Todos los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado San Bernardo, están obligados desde el punto de vista ética a ajustar su activación profesional en el desarrolla de las funciones asignación a los conceptos básicos y disposiciones del presente código.

Articulo 4º. DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN: La presente resolución deberá ser publicada en cartelera de la Empresa Social del Estado San Bernardo y debe ser socializada a través de talleres generados por el área de recursos humanos como la oficina de Control Interno y demás áreas de la institución, a la que deberá ser incluida como modulo obligatorio en los procesos de inducción, y Reinducción de servidores y/o contratistas de la entidad.

Articulo 5º. VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de su expedición.

CAPITULO II

PRINCIPIOS

Articulo 6º. Principios: Son reglas o normas de conducta que orientan la acción y el carácter general, preceptos morales, máximos y universales.

En la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa identifica y ejerce las labores bajo los siguientes principios éticos:

- El interés general prevalece sobre el interés particular
- Es imperativo de la función pública el cuidado de la vida en todas las formas
- Los bienes públicos son sagrados
- La finalidad del estado es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población.
- La función primordial del servidor público es servir a la ciudadanía.
- Quien administra recursos públicos rinde cuentas a la sociedad sobre su utilización y los resultados de su gestión.

- Los ciudadanos tienen derecho a participar en las decisiones públicas que los afecte.

Donde La Empresa Social San Bernardo de Barbosa se basa en:

1. **TRANSPARENCIA:** La Empresa Social San Bernardo de Barbosa desarrolla su misión de cara a la comunidad.

2. **EQUIDAD:** En el cumplimento de los fines misionales, los servidores de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa propenderán por lograr el equilibrio en la aplicación de los diferentes sistemas de auditoría y cobertura que atienda los riesgos en el manejo de los fondos públicos y las necesidades de las poblaciones vulnerables.

3. **EFICIENCIA:** La excelente gestión de los servidores de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa se observa en el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades desarrolladas con agilidad y profesionalismo.

4. **IMPARCIALIDAD:** La aplicación de criterios con objetividad y sobre hechos verificables para que el interés general prevalezca sobre el interés particular.

5. **CUMPLIMIENTO:** La determinación y la seriedad como bandera del servidor de La Empresa Social San Bernardo de Barbosa para la realización de sus responsabilidades teniendo como meta clara las necesidades de la comunidad y sus compromisos con la ley.

6. **IGUALDAD:** Todos los ciudadanos y los entes sujetos de control son iguales.

7. **INTEGRIDAD:** El ejercicio de las funciones se realizan de manera intachable y actuando con rectitud.

CAPITULO III

VALORES

Articulo 7º. VALORES: Son características morales positivas que toda persona posee, como atributos o cualidades nuestras y de los demás, estos constituyen un ambiente de armonía gratificante en las relaciones interpersonales.

En la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa reconoce y actúa bajo los siguientes valores éticos:

1. **COLABORACIÓN**: Actuar de manera comprometida para contribuir con el logro de los fines de la institución, trabajando de manera mancomunada con los recursos humanos y físicas con que cuenta la institución con y rectitud. Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos una actitud permanente de servicio hacia el trabajo y la comunidad cumpliendo con nuestras obligaciones conscientes de hacer lo debido, creando un ambiente de respeto, apoyo y solidaridad.

2. **RESPETO:** Es la capacidad de cada ser humano de comprometerse consigo mismo y con los demás en sus tareas y funciones asumiendo y corrigiendo cuando haya lugar nuestros actos a fin de realizar las labores pertinentes al cargo de manera que a mayor nivel de autoridad más elevado es el grado de responsabilidad.

3. **COMPROMISO:** Con el cumplimiento de labores y concentración de estímulos se seguirá asumiendo como propios los objetivos estratégicos de la institución, con excelente manejo de los recursos y ayudando con la protección del ambiente. En la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos y ejecutamos los planes, proyectos y logros institucionales, con trabajo y dedicación, garantizando el cumplimiento de nuestra en pro de un mejoramiento continuo.

4. **CONFIANZA**: Esperanza firme en las personas que laboran en la institución, ya que son competentes e interesadas en el bienestar de la comunidad en general, y el suyo propio.

5. **EFICACIA**: El cumplimiento de las metas institucionales, ayudara a un mejor clima laboral, con la necesaria colaboración de todos los protagonistas del desarrollo institucional.

6. **EFICIENCIA**: Capacidad de sentido de pertenencia permitirán el logro de los objetivos con la menor inversión de recursos posibles.

7. **HONESTIDAD**: Proceder correctamente, con honradez, respetando lo que pertenece al otro. Los servidores de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa en el desarrollo de los asuntos que competen, adoptan los medios necesarios con el propósito de hacer prevalecer el interés de la comunidad sobre cualquier tipo de interés particular.

8. **SOLIDARIDAD**: Concertación y apoyo a las causas de la institución. Los servidores públicos de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa mediante la colaboración entre los grupos interdisciplinarios de trabajo formulamos críticas constructivas que aportan a la consecución de objetivos claros. Interactuamos en un ambiente de armonía, colaboración, compañerismo y reciprocidad.

9. **PLURALISMO**: La aceptación de los diferentes modos de ser y pensar, ayudaran al constante desarrollo de trabajo en equipo. La Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa reconoce, aprecia y valora las

cualidades de los demás y sus derechos. Sus servidores actúan con buenos modales y amabilidad con el fin de fortalecer la prestación del servicio a la comunidad.

10. **SERVICIO**: Función esencial prestada por la institución a toda la comunidad y desempeñada a cabalidad por todos los servidores en cumplimiento de los ordenamientos, y los objetivos de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

11. **LEALTAD**: Hacer bien las cosas en el desarrollo del servicio de manera fiel y acorde en el desempeño del cargo, lo cual debe beneficiar al usuario, compañeros de labores y por ende a los recursos institucionales. Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa asumimos el compromiso de defender la Institucionalidad de la Entidad, con un alto sentido de pertenencia y cuidado.

12. **IDENTIDAD:** Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa nos sentimos orgullosos al trabajar y pertenecer a la Entidad, entregando lo mejor de cada persona en busca del propósito del cumpliendo de la misión institucional.

13. **TOLERANCIA:** Los servidores de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa tendrán la capacidad de aceptar y respetar las creencias e ideologías de sus semejantes, ejerciendo el libre y autónomo derecho a la contradicción y el dialogo como herramientas para encontrar un acuerdo.

CAPITULO IV

DIRECTRICES ÉTICAS

Cuando existen valores comunes que se unen a una Misión institucional y están dirigidos por principios organizacionales claramente identificados el resultado es el desarrollo personal y empresarial.

Articulo 8º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTAS EN RELACION AL EJERCICIO DE SU TRABAJO.

6. Los servidores públicos y/o contratistas desarrollaran su trabajo con rectitud, sentido profesional, dedicación, compromiso, honestidad y sentido de pertenencia con la empresa.

7. Los servidores públicos y/o contratistas deben utilizar el tiempo laboral en un esfuerzo responsable para cumplir con sus obligaciones, de manera que el desempeño sea eficiente y eficaz.

8. Los servidores públicos y/o contratistas de la entidad aportaran el conocimiento y esfuerzos necesarios para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales cuando lo amerite la necesidad del servicio.

9. Velar por el buen nombre de la empresa dentro y fuera de ella.

10. Proteger los bienes de la institución; y evitar la utilización de estos para fines distintos para lo cual fueron asignados.

Articulo 9º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTA EN RELACIÓN AL EJERCICIO DE LA EMPRESA

1. Las relaciones dentro de la empresa se fundamentaran en el respeto, sin hacer ningún tipo de discriminación tomando como base la cortesía, la puntualidad, el buen trato y el compromiso.

2. Los servidores públicos y/o contratistas de la entidad, no aceptan ninguna clase de recompensa u obsequios ofrecidos para el beneficio propios o de terceros.

3. Los servidores públicos y/o contratistas, deben prestar servicios con calidad, veracidad, oportunidad, eficiencia y eficacia, que redunde en el bienestar de la empresa.

4. Las declaraciones a nombre de la empresa las hará solo el gerente o a quienes delegue.

Articulo 9º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTA EN SUS RELACIONES EXTERNAS

1. Las relaciones entre los directivos y demás servidores y/o contratistas, se deben basar en el respeto, aunando esfuerzos y poniendo todo el empeño para cumplir con las expectativas para los usuarios.

2. Evitar hechos que pongan en peligro la integridad y seguridad de la empresa, de los usuarios y los empleados.

3. Toda la inversión que ejecuta la empresa debe estar precedida por criterios de garantía, calidad, seguridad, protección, precio y rentabilidad.

4. Es deber de los servidores y/o contratistas actuar responsablemente.

5. En situación de conflicto de interés no se obtendrá beneficio personal o a favor de terceros a costa de la empresa.

6. Como ciudadanos los servidores y contratistas de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, y esta como empresa dará un ejemplo en la observancia de sus deberes cívicos sociales y políticos, de participación, solidaridad y colaboración.

Articulo 10º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O CONTRATISTA EN EL BUEN SERVICIO A LOS USUARIOS

1. El usuario es la persona más importante en nuestra empresa.

2. El cliente no depende de nosotros, nosotros dependemos de los clientes, nosotros trabajamos para nuestros clientes.

3. Toda persona merece respeto, nuestros clientes son la mayor razón de ser de nuestro objetivo, por lo tanto se debe actuar cada día para que su salud sea la mejor.

4. Cada usuario de salud tiene derecho a su integridad, por lo tanto el contenido de Historia Clínica debe ser reservado y preservado.

5. El usuario tiene derecho a servidores de alta calidad.

6. El usuario no interrumpe nuestro trabajo si no es el propósito de nuestro trabajo.

Articulo 11º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O LOS ENTES SUJETOS DE CONTROL: Los servidores públicos de la Empresa Social San Bernardo de Barbosa desarrollamos nuestra labor dentro de los parámetros de la seriedad, imparcialidad, objetividad y profesionalismo que demanda la ejecución de la labor de prestación de servicios de alta calidad.

Articulo 12º. PROCEDER DEL SERVIDOR PÚBLICO Y/O EL MEDIO AMBIENTE: En la Empresa Social San Bernardo de Barbosa respetamos, cuidamos el medio ambiente, sus recursos naturales de forma responsable y ayudamos a mejorar las condiciones ambientales en las instalaciones de la Entidad.

Es deber de la institución asumir con responsabilidad la función que frente al medio ambiente le ha sido atribuida.

Articulo 13º. VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de su expedición y deroga las disposiciones anteriores.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE, dada a los 16 días del mes de Febrero de 2010.



JUAN PABLO GARCIA PENAGOS
GERENTE ENCARGADO
HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

ELABORÓ	YERITZA JULIANA PINZON PINTO MAVID ANDREA CONTRERAS	REVISÓ Y APROBÓ	JUAN PABLO GARCIA PENAGOS
Cargo: Grupo MECI 1000:2005		Cargo: Gerente General	

ANEXO O. RESOLUCIÓN CÓDIGO DE ÉTICA.

Empresa Social del Estado Hospital Integrado SAN BERNARDO Barbosa

2010

RESOLUCIÓN No. 454
10 de Enero de 2010

Por la cual se adopta el Código de Ética y Valores de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER
En uso de sus atribuciones constitucionales, legales y reglamentarias, y

CONSIDERANDO

1. Que Mediante el Decreto 1599 de Mayo del 2005 se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno MECI.

2. Que el MECI contempla en el componente Ambiente de Control el Elemento Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.

3. Que conforme a lo establecido en el artículo 209 de la constitución política, "La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad".

4. Que se hace necesario adoptar en la empresa el código de ética y valores el cual se constituye en una guía de conducta que orienta el desempeña de sus servidores públicos y/o contratistas, con el fin de cumplir a cabalidad los objetivos, la misión y hacer realidad la visión de la institución.

5. Que la Oficina de Control Interno ha remitido a esta gerencia el documento Técnico que sirve de soporte para la expedición de la presente resolución el cual hace parte integrante del presente acto administrativo.

6. Que no todos los valores son morales, ni son justificables, ni el hecho de incorporar una conciencia de ellos en la toma de decisiones significa adoptar una perspectiva ética. Porque estos valores se pueden reducir a la adopción que el entorno transmite o asigna a las organizaciones y a sus miembros.

7. Que los principios y valores que contienen, fomentan el compromiso, la entidad y el sentido de pertenencia y son una invitación permanente a trabajar con rectitud e idoneidad dando primacía a los intereses de los usuarios y a la comunidad.

8. Que la reglas de ética que se mencionan en el presente código, no pretenden sustituir, adicionar ni modificar ninguna norma legal que rija a la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander.

9. Que el Código de Ética es un documento que se construye mediante la participación y consenso en torno a los valores propios de cada cultura organizacional, permite definir el papel de la organización, los aportes y compromisos que pueden asumir y las políticas de acción que hacen viable una gestión socialmente responsable.

10. Que mediante un proceso de construcción del Código de Ética se contó con la participación de todos los servidores públicos de la entidad; de tal manera la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander hace formal el compromiso ético que asume dentro de la sociedad en la que se circunscribe su gestión, definiendo las pautas de nuestro comportamiento, reconociendo nuestro papel como actor social y se compromete con la construcción de un país que promueva el desarrollo humano.

11. Que este modelo de comportamiento se plantea, como la herramienta más apta para crear un entorno ético alrededor de la eficiencia y eficacia de nuestra gestión y del ejercicio del control fiscal la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa Santander.

12. Que en merito de lo expuesto.

RESUELVE

CAPÍTULO I

AMBITO DE APLICACIÓN

Articulo 2º. AMBITO DE APLICACIÓN: Rige para todos los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado San Bernardo de Barbosa, para efectos del presente código se entenderá por servidor público, a los empleados y contratistas vinculados a la Empresa Social del Estado San Bernardo bajo cualquier modalidad de contratación laboral, a través de los cuales la entidad desarrolla sus actividades.

Articulo 3º. OBLIGACIONES: Todos los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado San Bernardo, están obligados desde el punto de vista ética a ajustar su activación profesional en el desarrolla de las funciones asignación a los conceptos básicos y disposiciones del presente código.

Articulo 4º. DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN: La presente resolución deberá ser publicada en cartelera de la Empresa Social del Estado San Bernardo y debe ser socializada a través de talleres generados por el área de recursos humanos como la oficina de Control Interno y demás áreas de la institución, a la que deberá ser incluida como modulo obligatorio en los procesos de inducción, y Reinducción de servidores y/o contratistas de la entidad.

Articulo 5º. VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de su expedición.

Juan Pablo García P
GERENTE

Juan Pablo García Penagos.
Gerente Encargado
Hospital Integrado San Bernardo

ANEXO P. MANUAL DE CAPACITACION BIENESTAR Y ESTIMULOS

2010

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

MANUAL DE CAPACITACIÓN, BIENESTAR Y ESTIMULOS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS TALENTO HUMANO

E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO

SAN BERNARDO

Barbosa Santander

HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

RESOLUCIÓN No. 455

10 DE Marzo de 2010

"Por la cual se adopta el Manual de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos en ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO"

EL GERENTE

En ejercicio de la facultad legal y reglamentaria obrando como Gerente del Hospital Integrado San Bernardo, y

CONSIDERANDO:

Que el **artículo 52** de la Constitución Política de Colombia, le reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.

Que el **artículo 2° del Decreto 1567 de 1998**, define el Sistema Nacional de Capacitación.

Que el **artículo 7° del citado Decreto** establece la obligación para las Entidades del Estado de formular políticas tendientes a identificar las necesidades de capacitación para el logro de los objetivos institucionales.

Que el ordinal **c) del artículo 11 de la norma** mencionada, obliga a las entidades públicas a establecer un reglamento interno en el cual se fijen los criterios y las condiciones para acceder a los programas de capacitación.

Que el **Título II, Capítulo I del Decreto 1567 de 1998** señala las disposiciones generales del Sistema de Estímulos para el reconocimiento del desempeño efectivo de los servidores y equipos de trabajo de las entidades.

Que de acuerdo con **el artículo 19 del decreto 1567 de 1998** cada entidad deberá elaborar anualmente planes de estímulos e incentivos.

Que el **artículo 56 del Decreto 1792 de 2000**, señala las disposiciones generales en materia de Estímulos, Distinciones, Bienestar Social y Capacitación.

Que el Decreto **No. 2539 de 2005** determina las competencias laborales comunes a los empleados públicos y las generales de los distintos niveles jerárquicos en que se agrupan los empleos.

Que el **Decreto No. 4665 de 2007** dispone la actualización del Plan Nacional de Formación y Capacitación para los Servidores Públicos, formulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP y la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP, y con fundamento en el desarrollo de las competencias laborales.

Que es necesario adoptar el Manual de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos para el Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander

RESUELVE:

Artículo 1º. CAMPO DE APLICACIÓN. El presente Manual se aplica a los servidores del Hospital integrado San Bernardo y sus familias según lo establecido por la Ley 909 de 2004 y sus normas reglamentarias, y al personal del Hospital Integrado San Bernardo.

Artículo 2º Adoptar para el Hospital Integrado San Bernardo el Manual de Capacitación, Bienestar y Estímulos que se presenta a continuación.

INTRODUCCIÓN

A la luz del Programa Nacional de Renovación de la Administración Pública, que se circunscribe dentro de la Nueva Política de Gestión del Talento Humano y de Modernización del Estado, se busca generar un cambio en el Fortalecimiento Institucional, mediante la adecuada prestación de los diferentes servicios administrativos y misionales teniendo como soporte el aprendizaje continuo de los servidores públicos en las Áreas de su Interés.

Por ende, La ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA, como Entidad territorial está obligada en ofrecer a sus funcionarios un Plan de Formación y Capacitación que propenda por el mejoramiento de su desempeño laboral, bajo el Concepto de Competencias Laborales; entendidas estas como el conjunto de actitudes, conocimientos y destrezas necesarias para cumplir de manera optima con las funciones a su cargo.

Con el Plan de Formación y de Capacitación enmarcado en la Ley No. 909 de 2004 y reglamentado por el Decreto Ley No.1567 de 1998 y Decreto No.1227 de 2005 se persigue formar y capacitar servidores públicos competentes y comprometidos con la Gestión Pública orientada a resultados y a la calidad en la prestación de servicios.

A partir del 2010 LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA Adopta el plan de Capacitación como una política orientadora y facilitadora de los programas de formación y capacitación, con miras a contribuir al fortalecimiento de los conocimientos y competencias funcionales (Técnicas y Personales) de los servidores públicos con fundamento en la Constitución Política de Colombia y demás normas vigentes que reglamente los procesos de capacitación en las Entidades Públicas.

2.1 CAPACITACIÓN

2.1.1 Definición. Conjunto coherente de políticas, planes, disposiciones legales, organismos, escuelas de capacitación con el fin de generar en las entidades y en los empleados del estado, una mayor capacidad de aprendizaje y de acción, orientadas a procesos de formación y capacitación hacia el fortalecimiento y potenciación, tanto de sus habilidades y destrezas como de sus valores y actitudes, con el propósito de hacerlos, cada vez más competentes en el ejercicio de sus labores y comprometidos con su crecimiento y desarrollo personal para la efectividad administrativa.
Para el cumplimiento de la presente Resolución se desarrollará el Programa Anual de Capacitación -PAC.

2.1.2 Objetivos. Constituyen objetivos de la capacitación:

• Contribuir al mejoramiento institucional.
• Promover el desarrollo integral del talento humano.
• Elevar el nivel de compromiso de los empleados.
• Fortalecer la capacidad individual y colectiva.
• Facilitar la preparación permanente de los empleados.

• Mejorar la calidad de la prestación de los servicios a cargo de la Dirección del Gerente del Hospital, para la consecución de los fines que le son propios, así como garantizar la instalación cierta y duradera de competencias y capacidades específicas en los servidores.

2.1.3 Lineamientos Generales de Capacitación

Con el fin de elevar los niveles de eficiencia, satisfacción y desarrollo de los empleados en el desempeño de su labor y contribuir al cumplimiento efectivo de los resultados institucionales, el Gerente y sus colaboradores deberán implementar programas de Capacitación, Bienestar y Estímulos, de acuerdo a las normas especiales vigentes y las que desarrolle la presente Resolución.
De acuerdo con el Decreto 1567 de 1998, los principios reguladores de la capacitación en el Hospital Integrado San Bernardo son los siguientes:

• Complementariedad
• Integralidad.
• Objetividad
• Participación.
• Prevalencia del interés de la organización.
• Integración a la carrera administrativa
• Prelación de los empleados de carrera.
• Economía.
• Énfasis en la práctica.
• Continuidad.

Para efectos del Programa de Capacitación, se tiene en cuenta la Guía Temática dispuesta por el Plan Nacional de Formación y Capacitación de Empleados Públicos para el Desarrollo de Competencias, que busca el fortalecimiento de tres dimensiones: ser, saber y hacer, pudiendo considerarse las necesidades que se deriven de los objetivos misionales.

En este sentido, el Plan contiene elementos y orientaciones precisas para atender el diagnostico de necesidades que fue elaborado como producto de una encuesta aplicada a los servidores públicos, las evaluaciones del desempeño.

2.1.4. Identificación del problema

En cumplimiento de sus funciones laborales los funcionarios de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA tienen de una serie de conocimientos técnicos que les permitan ejecutar con agilidad y precisión sus diferentes tareas. Lo anterior se pudo corroborar mediante la realización un Estudio Técnico de Diagnostico de Necesidades de Capacitación, el cual dio origen a la formulación del presente documento.

2.1.5. Propósito del plan

Este Plan de Capacitación, de los Servidores Públicos, se hace con el propósito de **integrar** las orientaciones estructurales del plan nacional de formación y capacitación en el programa, garantizando así la efectividad administrativa y el fortalecimiento de aquellos conocimientos y competencias requeridas por el

funcionario para el desempeño de su cargo. La capacitación entonces se convierte en una obligación para la Institución, pero a la vez en un deber para el servidor público.

Este plan se enmarca dentro del Programa de Capacitación y Bienestar Social y pretende fortalecer la Gestión del Talento Humano y el Fortalecimiento Institucional para optimizar el Mejoramiento Continuo de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

El Plan de Capacitación hace énfasis en la necesidad de construir la Institución que se quiere, mediante procesos de formación y capacitación de los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo, propendiendo por preservar el mérito de los funcionarios al servicio del Estado, garantizando la actualización de los conocimientos y el mejoramiento continuo de sus competencias laborales para responder a las permanentes y crecientes exigencias de la sociedad.
El Sistema Nacional de Capacitación establece que las entidades públicas deben formular anualmente su Plan de Capacitación (PAC).

2.1.6. Justificación

El diseño de un plan que direccione el aprendizaje organizacional conforme a la misión, visión y metas Institucionales, se consolida como una herramienta efectiva que fundamenta y facilita la toma de decisiones en cuanto a formación y capacitación de los servidores públicos de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, tomando como referente las solicitudes hechas sin incurrir en acciones contingenciales y gastos que no vayan encaminados al mejoramiento organizacional de la Institución. De tal forma, sea establecida bajo criterios específicos determinados a partir de las necesidades detectadas y el presupuesto

destinado para capacitación, dando como resultado el manejo óptimo de los recursos disponibles para tal fin.

Una formación y capacitación congruente con las necesidades de la Institución, propende con la tenencia de una planta de personal idónea, competente y capaz de resolver inconvenientes presentados en el entorno laboral y social, de tal forma que una ampliación en su nivel de formación lo condiciona para emprender retos que mejoren su desempeño laboral y calidad de vida.

El plan de capacitación está encaminado a que el servidor se capacite y comprenda las tareas pertenecientes a la ocupación respectiva, lo cual puede ser posible con un aumento en el conocimiento y habilidades que sirvan de base para que este se destaque en la realización de sus funciones y dé aportes sustanciales en proyectos o ideas estratégicas. Este proyecto puede edificar las bases para que la gestión de los organismos competentes de la institución, siempre responda a la conceptualización de la planificación respectiva, del tal modo que cualquier acción o actividad realizada para dar curso al proceso de aprendizaje organizacional, este enmarcada en los lineamientos establecidos en un plan derivado de las necesidades e intereses institucionales.

2.1.7. Marco legal

Para la Organización del Plan de capacitación para los servidores públicos de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA, se tuvieron en cuenta los siguientes fundamentos legales:

Constitución Política de Colombia (Artículo 54)

Decreto- Ley 1567 de 1998, Sistema Nacional de Capacitación
Decreto 682 de 2001, Plan Nacional de Formación y Capacitación.
Acuerdo 006 del 19 de enero de 2006, capítulo 9, artículos 47-52,

2.1.8. Marco filosófico

VISIÓN

Seremos en el 2010, la empresa Social del Estado líder del sector salud en la provincia de Vélez y a su vez pioneros en la prestación integral de paciente politraumatizado garantizando la optima presentación del servicio.

MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, como institución del primer Nivel de atención en Salud y con proyección de segundo nivel se caracteriza por la atención eficiente al cliente externo, satisfaciendo sus necesidades con calidad humana y profesional. De la misma manera impulsa al desarrollo humano, científico y técnico del personal interno.

2.1.9. Objetivos institucionales

Objetivo General

Contribuir al Fortalecimiento de las Capacidades, Habilidades, Destrezas, Conocimientos y Competencias de los Funcionarios de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA.

Objetivos Específicos

- Cubrir la totalidad de los funcionarios de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA.

- Generar mediante las acciones de Formación y de Capacitación, las competencias en los funcionarios que les permitan incrementar la eficiencia y eficacia de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA.

- Capacitar a los funcionarios en el Manejo de Metodologías e Instrumentos que hagan viable un efectivo control de lo público.

- Contribuir con el mejoramiento de la capacidad de gestión de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, desarrollando las capacidades de los funcionarios a través de los procesos de capacitación.

2.1.9. Ubicación

La localización física donde se desarrollara la mayor parte del Plan de Formación y de Capacitación será en la medida de lo posible en las instalaciones de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO ubicado en el municipio de Barbosa en el departamento de Santander en la carrera 9 nº 15-54.

2.1.10. Beneficiarios

Los beneficiarios del presente Plan de Formación y de Capacitación son todos los funcionarios de la planta de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO,

funcionarios, en estado de: Funcionarios de Carrera, Funcionarios de Libre Nombramiento y Remoción y Contratistas.

2.1.11. Fases del diseño del Plan Anual de Capacitación (PAC) y Prioridades:

El Plan de Formación y de Capacitación se ha de Implementar en dos fases, la primera fase será la fase de ejecución y la segunda fase será la fase de seguimiento y control, esta última fase se desarrollará a finales del año e intenta determinar los resultados, efectos e impactos de acuerdo con las Capacitaciones realizadas y verificar la cobertura de la Capacitación, su calidad, los niveles de aprendizaje alcanzados y su aplicación en el desempeño.

Los instrumentos que han de ser empleados para determinar y medir el grado de ejecución y efectividad de las Capacitaciones serán: Encuestas, Entrevistas y Cuestionarios.

- Diagnóstico de necesidades de capacitación
- Recolección de la información
- Programación con base en las áreas temáticas del PAC.
- Autocontrol, control seguimiento y evaluación del PAC.
- Población Beneficiaria

a) Diagnóstico de necesidades de capacitación:

- ✓ La capacitación en el Hospital Integrado San Bernardo, deben estar orientadas al cumplimiento de los objetivos de la organización.

- ✓ El objetivo del diagnóstico de capacitación es identificar las necesidades de capacitación de los servidores públicos por áreas de trabajo para cumplir

con su misión, para el desempeño de sus funciones o para el desarrollo de los proyectos en los cuales participa.

- En cada dependencia, área o grupo de trabajo el marco de referencia para realizar el diagnóstico es:
- La misión de la entidad.
- Los planes y proyectos del área.
- Las funciones bajo su responsabilidad.
- Las orientaciones y líneas de política fijadas en la entidad.
- Los informes de los órganos de investigación, control y vigilancia,
- Los resultados de la evaluación de desempeño.
- Informe de quien haga las veces de Control Interno sobre la gestión de la
- dependencia.

✓ Para el diagnóstico de las necesidades de capacitación deben seguirse los siguientes pasos:

- Análisis de debilidades de cada área frente a proyecto presentes y futuros.
- Identificación de las necesidades de cada área o dependencia de trabajo.
- Identificación de las necesidades individuales.
- Consolidación de las necesidades de capacitación por dependencia.
- Consolidación de las necesidades de capacitación de la entidad.

b) Recolección de la información: Busca identificar las áreas y temas sobre los cuales se requiere capacitar a los servidores durante un tiempo determinado para el cumplimiento de la misión institucional; puede realizarse por medio de entrevistas, encuestas, observación directa, sesiones de trabajo y evaluaciones del desempeño.

c) Programación con base en las áreas temáticas y presupuesto:

✓ El marco de referencia para la formulación e implementación de los contenidos de capacitación está constituido por las áreas temáticas y los

argumentos que se encuentran contemplados en esta Resolución, a los cuales deberán responder de manera obligatoria y a los temas que juzgue cada Dependencia de acuerdo con sus funciones misionales y de apoyo.

- ✓ La programación de las actividades de capacitación se realizará con base en los resultados del diagnóstico, las orientaciones de la Dirección de la Entidad y los recursos disponibles.
- ✓ Los responsables de la programación son el área de Talento Humano y el Comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos.

d) Autocontrol, control, seguimiento y evaluación del Plan: Consiste en realizar informes mensuales sobre la ejecución, desarrollo, participación, evaluación y logros obtenidos en los planes y programas efectuados, rindiendo los informes de ejecución cuando lo solicite quien haga las veces de Control Interno.

e) Población beneficiaria: Todos los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo podrán participar en programas de capacitación.

2.1.12. Modalidades de la Capacitación:

a) Educación Formal: Obtención de título en las Modalidades de Técnica, Tecnológica, Pregrado (Profesionales en diferentes ciencias) y Postgrado (Especializaciones, Maestrías y Doctorados) que respondan necesariamente a las prioridades en el cumplimiento de la Misión institucional.

b) Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano: Factor esencial del proceso educativo de la persona y componentes dinamizador en las funciones técnico laborales y expertos en las artes y oficios.

En consecuencia, la capacitación para los funcionarios de la Planta de Personal, puede realizarse a través de la asistencia de los mismos a eventos académicos relacionados con el campo de acción del Subsistema de Salud del Hospital Integrado San Bernardo y con las funciones del cargo, tales como: Diplomados,

congresos, seminarios, foros, conferencias, cursos y talleres, organizados por entidades públicas y entidades privadas de reconocida idoneidad, debidamente acreditadas.

c) Programas de Inducción y Reinducción: Son procesos de formación y capacitación dirigidos a facilitar y a fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional, a desarrollar en el funcionario habilidades gerenciales y de servicio público y a suministrarle información necesaria para el mejor conocimiento de la función pública y de las entidades, estimulando el aprendizaje, las competencias individuales, organizacionales.

- ✓ Programa de inducción. Es un proceso dirigido a iniciar al empleado en su integración a la cultura organizacional durante los cuatro meses siguientes a la vinculación, el cual será aplicado a:

- Quienes presten sus servicios en el Hospital Integrado San Bernardo, antes de iniciar el ejercicio de sus funciones, deberán participar en el programa de inducción.
- La extensión, condiciones y características del programa de inducción, será dirigida por Talento Humano.
- Corresponde a la dirección de Talento Humano y Jefaturas de personal en el Hospital Integrado San Bernardo, certificar que la persona ha participado en el programa de inducción.
- Programa de Reinducción. Está dirigido a reorientar la integración del empleado a la cultura organizacional, en virtud de los cambios producidos en cualquiera de los asuntos a los cuales se refieren para mejorar el conocimiento de la cultura organizacional y la función pública.
- Durante la vigencia de esta Resolución, se debe desarrollar un Programa de Reinducción, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto emita el Hospital Integrado San Bernardo.
- Enterar a los empleados y actualizarlos acerca de las reformas y cambios en la organización del Estado y de sus funciones.

- Informar a los empleados y mantenerlos actualizados sobre la reorientación de la plataforma estratégica de la entidad, los cambios en las funciones de las dependencias, de su puesto de trabajo y los procesos específicos.
- Fortalecer el sentido de pertenencia e identidad de los empleados con respecto a la Entidad y el desarrollo de los procesos.

2.1.13. Metodología

La metodología empleada inicialmente consiste en la elaboración de una encuesta de “Perfil Profesional y Necesidades de Capacitación” instrumento mediante el cual se recopila la información de manera individual referente a la identificación de las necesidades, expectativas e intereses de los funcionarios respecto de la elaboración del Plan de Formación y de Capacitación.

Posteriormente se aplica una segunda encuesta con el fin de identificar de las necesidades, expectativas e intereses de las dependencias.

Dicha encuesta es la “Ficha para el Registro de Necesidades Individuales” aportado por el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, donde los funcionarios podrán anotar las Capacitaciones de su interés por dependencia.

Una vez recopilada la información a través de las encuestas, identificando las áreas temáticas y actividades de mayor interés por parte de los funcionarios, la cual se presenta y se pone a consideración del Coordinador del Programa de Bienestar Social, Capacitación e Incentivos mediante un Informe de Diagnóstico de las Necesidades, Intereses y Expectativas acerca del Plan de Formación y Capacitación.

Una vez revisado el documento de Diagnostico por el Coordinador y hechas las debidas sugerencias y recomendaciones se procede al diseño del Plan de Formación y Capacitación.

Para el diseño del Plan de Formación y Capacitación se debe tener en cuenta la documentación facilitada por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP y por la Escuela Superior de Administración Pública-ESAP en sus páginas de Internet y por tanto se aplica a la estructura de diseño del Plan de Formación y Capacitación por ellos sugerida.

Al tener a la mano la estructura de presentación del plan de Formación y Capacitación y la identificación de las Capacitaciones de mayor interés en las cuales estaban interesados los funcionarios se debe optar por determinar cuáles eran las entidades oferentes de las Capacitaciones.

2.1.14. CAPACITACIONES ELEGIDAS

- **Análisis de los resultados**

Con el propósito de establecer necesidades reales de capacitación de los Servidores Públicos de la Institución, se procede a la aplicación de un instrumento y a la realización de entrevistas dirigidas a los jefes de dependencias.

Este instrumento se trata de una encuesta para identificar las necesidades, y así proceder a la implementación del plan de direccionamiento como estrategia para orientar a los servidores en cuanto a su formación y capacitación.
La encuesta se aplica a las áreas en cabeza de sus Jefes de Dependencia para elaborar un plan de capacitación que contribuya a la formación integral de los trabajadores y responda primordialmente a las necesidades de la Institución.

Teniendo en cuenta las modalidades de capacitación solicitadas se presentan las siguientes demandas:

- PROCESOS ADMINISTRATIVOS
- PLANES DE PENSIÓN Y FONDOS DE EMPLEADOS
- DERECHOS DE LOS EMPLEADOS Y DEBERES DEL EMPLEADOR
- SISTEMAS
- SERVICIO AL CLIENTE
- RIESGO BIOLÓGICO
- MANEJO DE URGENCIAS ESPECÍFICAS
- MANEJO, CURACIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ESPECIALES.
- PROTOCOLOS MANEJO MEDICAMENTOS
- CONTROL DE CALIDAD
- CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- CONTROL PRENATAL

De igual manera se establece, a través del proceso de evaluación de desempeño, las debilidades y sugerencias relacionadas en su mayoría con deficiencias en el ejercicio de la función o proyecto desempeñado por los funcionarios; que directamente indica una necesidad puntual en cuanto a formación y capacitación en un área determinada. De esta forma, entendida la evaluación de desempeño como un instrumento que permite determinar los logros institucionales alcanzados mediante la gestión del Servidor Público e identificar las áreas potenciales de éste en el cumplimiento de unas funciones y objetivos precisos; de tal manera que un bajo rendimiento puede deberse a deficiencias en las competencias propias del cargo, en lo relacionado a información, conocimiento o habilidades necesarias para desempeñarse en él.

En la evaluación de desempeño se detectarán necesidades de capacitación en las siguientes áreas:
Servicio al cliente
Informática (Excel, Excel avanzado, Word, Power point)
Relaciones interpersonales
Conocimiento de la Función Pública
Adaptación al cambio
Trabajo en equipo
Finanzas públicas
Manejo del estrés laboral entre otras.

2.1.1.5. Áreas temáticas y estratégicas

La sociedad en términos generales está viviendo momentos en donde prevalece el capacitación, habilidades y competencias basadas en conocimientos actualizados, por ello es de vital importancia para la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO establecer áreas de formación a efectos de consolidar la premisa establecida. Las áreas básicas de formación a tener en cuenta son: Área básica o de orientación, área técnica y operativa, área administrativa (de gestión) y el área humanística.

Área básica o de orientación.

El plan de capacitación formación y bienestar de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO contempla programas y proyectos que afiancen la información

del empleado sobre las funciones generales del Estado, y las especificas de la Institución y el cargo, a fin de que se comprometa con el Servicio Público y con la Institución.

Área técnica y operativa.

Constituida por los programas que afianzan y desarrollan conocimientos, aptitudes, habilidades y destrezas directamente relacionadas con las funciones de los Servidores Públicos que sirven de soporte a la misión de la Institución, estos programas y proyectos deben conducir al logro de objetivos y tareas de cada funcionario en su respectivo puesto de trabajo.

Área administrativa.

Desarrollar el plan de capacitación y formación, implica considerar no solo los aspectos operativos de la misión institucional, si no la necesidad de impulsar programas y proyectos dirigidos a consolidar conocimientos, habilidades y destrezas de orden administrativo que comprometan la parte gerencial de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO y que son comunes a todas las instituciones de carácter público.

Área humanística.

Esta área busca consolidar el proceso de cambio actitudinal a través de la información y la práctica sobre procesos de comunicación, solución de problemas, trabajo en equipo, solidaridad, pertenencia, afiliación y creatividad de los miembros de la Institución.

2.1.1.6. Mecanismos de implementación

“El Departamento Administrativo de la Función Pública y la Escuela Superior de Administración Pública serán los responsables de diseñar y aplicar los mecanismos de **difusión del Plan Nacional de Formación y Capacitación.**
Dicha difusión será dirigida a los gestores de la capacitación en las entidades públicas, con el fin de garantizar que los planes de formación y capacitación institucionales se enmarquen dentro de los lineamientos del plan nacional.
La difusión y la asesoría se llevarán a cabo para la formulación y ejecución de dichos planes, utilizando estrategias de agrupación sectorial que permitan canalizar las orientaciones y optimizar los recursos humanos y físicos.

Serán canales de difusión los medios electrónicos, escritos, foros y eventos que reúnan a los responsables de las entidades”.
Al final de cada vigencia, entre los meses de octubre y diciembre, se llevará a cabo la difusión y asesoría para orientar la adecuada formulación de los planes de capacitación institucionales.

Los responsables de las áreas de recursos humanos serán los encargados de administrar **la implementación de los planes institucionales** de formación y capacitación en las entidades. Una vez se realice la divulgación del Plan Nacional, cada entidad deberá formular su plan institucional a través del cual se desarrollen programas dirigidos a fortalecer las capacidades de los servidores, en función de un Estado gerencial, participativo y descentralizado.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

Aspectos Básicos

- Se formulan anualmente por cada entidad.
- Deben concordar con políticas, estrategias y áreas temáticas del Plan Nacional de Formación y Capacitación.
- Deben observar los principios de la capacitación.
- Deben concordar con la planeación de la entidad.
- Deben garantizar a cada funcionario mínimo 40 horas anuales de capacitación.

Aspectos Procedimentales

- Se originan en diagnóstico de necesidades.
- Se consolida un programa de formación y capacitación.

Con el fin de facilitar el acceso a la capacitación permanente de los servidores públicos, se adelantarán gestiones con la Agenda de Conectividad para que a través de su plataforma informática se implementen programas de capacitación virtuales. Contando con esta infraestructura se gestionará el diseño de programas de capacitación con módulos auto formativos, sumando esfuerzos entre universidades, escuelas de capacitación y centros de formación con la ESAP, con el fin de administrarlos a través del Internet. Este diseño incluirá igualmente un sistema de controles informáticos y académicos que permitan la confirmación de los estudios desarrollados.

2.1.16. Anexos

Resolución No. 415 (21 de julio de 2003)

Por la cual se actualiza el Plan de Formación y Capacitación de Servidores Públicos

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, en uso de las facultades legales y en especial las conferidas por el artículo 3º literal e) numeral 1 del Decreto Ley 1567 de 1998, y

CONSIDERANDO:

De acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 1567 de 1998, corresponde al Gobierno Nacional, mediante el Plan Nacional de Formación y Capacitación, orientar la formulación de los planes institucionales que deben elaborar las entidades públicas; Mediante el Decreto 682 de fecha 16 de abril de 2001 el Gobierno adoptó el Plan Nacional de Formación y Capacitación formulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP-; De conformidad con el Decreto 1567 de 1998, corresponde al Departamento Administrativo de la Función Pública formular y actualizar el Plan Nacional de Formación y Capacitación, conjuntamente con la Escuela Superior de Administración Pública.

Se hace necesario actualizar el Plan Nacional de Formación y Capacitación para adaptarlo a los requerimientos que en materia de formación y capacitación deben acreditar los empleados para cumplir con eficiencia los objetivos del citado Plan y las políticas del Gobierno Nacional.

Mediante documento del 16 de julio de 2003, el Director del Departamento Administrativo de la Función Pública y el Director de la Escuela Superior de Administración Pública establecieron los criterios y orientaciones que actualizan el Plan Nacional de Formación y Capacitación a los nuevos requerimientos, los

cuales deberán ser tenidos en cuenta por las entidades en la formulación de sus programas específicos de formación y capacitación.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Adoptar el documento mediante el cual se actualiza el Plan Nacional de Formación y Capacitación, suscrito por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Escuela Superior de Administración Pública a que hace referencia la parte motiva de esta Resolución, el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

ÁRTÍCULO 2º La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

MANUAL DE CAPACITACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

BIENESTAR SOCIAL

E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

Barbosa Santander

INTRODUCCIÓN

Este manual tiene como finalidad, que la parte administrativa del hospital, conozcan las políticas, derechos y cumplimientos que se deben tener en cuenta, para la programación y prioridad presupuestal, para alcanzar los objetivos de los planes bienestar social para los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo.

2.2 BIENESTAR SOCIAL

2.2.1 Definición. Procesos permanentes orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del talento humano en actividades de integración y recreación, elevando el nivel de satisfacción personal, con el propósito de reafirmar las relaciones interpersonales, fomentar el sano esparcimiento, favorecer al mejoramiento de su nivel de vida y de contribuir al cumplimiento efectivo de los resultados institucionales.
Para el cumplimiento de la presente Resolución se desarrollará el Programa Anual de Bienestar.

2.2.2 Objetivos

• Propiciar condiciones en el ambiente de trabajo que favorezcan el desarrollo personal y laboral del Hospital Integrado San Bernardo.

• Fomentar la aplicación de estrategias y procesos en el ámbito laboral que contribuyan al potencial personal de los funcionarios.

• Generar condiciones favorables frente al servicio público y al mejoramiento continuo del Hospital Integrado San Bernardo.

• Desarrollar valores organizacionales en función de una cultura de servicio público que genere compromiso institucional.

• Fortalecer competencias actitudinales que se expresen en el ser.

• Contribuir a través de acciones participativas en la construcción de un mejor nivel recreativo y de salud de los funcionarios del Hospital Integrado San Bernardo.

• Procurar la calidad y respuesta participativa a los programas con el fin de alcanzar la protección y previsión social del empleado.

2.2.3 Lineamientos Generales de Bienestar Social.

Los programas de bienestar social que formule la entidad deben responder a la satisfacción de las necesidades tanto organizacionales como individuales que permita mantener elevados niveles de productividad y responder a la satisfacción de necesidades del funcionario, de acuerdo a las normas especiales vigentes.

2.2.4 Modalidades de Bienestar Social.

Hacen énfasis en la orientación, creación, mantenimiento y mejoras en las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del funcionario, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia, permitiendo elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, efectividad e identificación con el servicio que presta el Hospital Integrado San Bernardo.

El programa de Bienestar Social comprende la Protección y Servicios Sociales y la Calidad de Vida Laboral. El programa responde básicamente a las necesidades de los funcionarios de la Institución.

• Protección Social y Servicios Sociales: A través de este componente, se deben estructurar programas mediante los cuales se atiendan las necesidades de protección, ocio, identidad y aprendizaje del empleado y su familia, para mejorar sus niveles de salud, recreación, cultura y educación.

• Calidad de Vida Laboral: La calidad de vida laboral se refiere a la existencia de un ambiente que es percibido por el servidor público como satisfactoria y propicio para su bienestar y desarrollo; está constituida por condiciones laborales relevantes para la satisfacción de las necesidades básicas de los servidores públicos, la motivación y el rendimiento laboral, logrando así generar un impacto positivo al interior de las entidades, tanto en términos de productividad como en términos de relaciones interpersonales.

2.2.5 Fases del Plan Anual de Bienestar Social:

El Plan Anual de Bienestar Social debe ser elaborado por Talento Humano entre los meses de enero y marzo de cada año. Este deberá contener, entre otros, los siguientes aspectos:

• Diagnóstico de necesidades
• Metas a lograr
• Acciones y Programas a realizar
• Recursos a utilizar
• Cobertura
• Cronogramas

• Presupuesto
• Evaluación

2.2.6 Modalidades de Bienestar Social

- Sociales y Recreativas: Se podrán realizar actividades de integración para conmemoraciones especiales como el día de la mujer, secretaria, la madre, profesiones y cumpleaños de los funcionarios.
- Salidas Recreativas: Teniendo en cuenta el interés de los empleados, se realizarán salidas de integración y recreación, permitiendo disfrutar del descanso y fortalecimiento de la interacción de los mismos, en aras a la interrelación personal de los empleados y disminución del estrés laboral.
- Deportivas: Se organizarán campeonatos internos en los deportes de mayor aceptación, con el objeto de planear intercambios deportivos a nivel del Hospital Integrado San Bernardo con el propósito de fomentar la sana competencia y el desarrollo de aptitudes personales y de grupo.
- Así mismo, se debe apoyar la participación de funcionarios en eventos deportivos en representación del Hospital Integrado San Bernardo.

  Estas actividades en todo caso deberán estar supervisadas por el personal médico del Hospital Integrado San Bernardo y de Salud Ocupacional, con el fin de minimizar riesgos o lesiones que se puedan ocasionar por accidentes deportivos.

  En el evento que estas actividades se realicen dentro de la Jornada Laboral y se presente algún accidente, este se considerará como Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional y deberá ser cubierto por la ARP respectiva.
- Culturales: Fomento de actividades que incentiven el interés artístico, estético y recreativo de los funcionarios y sus familias, a través de la

adquisición de boletería de eventos de realce cultural tales como obras de teatro, cine, presentación grupos artísticos, café conciertos, conciertos, etc.

- Cajas de Compensación: Talento Humano propenderá por el fortalecimiento y participación de las Cajas de Compensación en todas las actividades de Bienestar Social y recreación para los empleados, de tal forma que estos tengan acceso a los eventos de recreación y bienestar que estas promueven y ofrezcan, así como a las actividades culturales, educativas, cursos que se dicten, concursos que promuevan planes de vivienda, etc., tanto para los empleados como sus familias, propendiendo por tarifas con descuentos favorables para los empleados, así como el acceso a clubes o centros recreativos con los que estas Cajas tengan convenios y tarifas cómodas con descuentos para grupos, etc.
- Fomento de relaciones interpersonales satisfactorias: Talento Humano en coordinación con los Comités de Capacitación, Bienestar Social y Salud Ocupacional, desarrollarán talleres, conferencias, charlas que propendan al mejoramiento de las relaciones interpersonales sobre temas como : inducción a la entidad, liderazgo, valores, trabajo en equipo, manejo del tiempo, manejo de conflicto, manejo de emociones, manejo de estrés, relaciones humanas, etc.
- Programas fin de año: Se realizarán actividades propias de la época para los empleados y su familia.

El Comité de Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo organizará las novenas navideñas y los concursos internos de arreglos navideños y demás actividades que se enmarquen en la época de fin de año.

- Atención Integral al Prepensionado: Programas dirigidos a orientar y asesorar a los funcionarios próximos a pensionarse, en la adopción de su nuevo rol dentro de la sociedad y de su familia, busca que el futuro

pensionado maneje su tiempo libre, situaciones de estrés y visionar nuevas alternativas de trabajo. Este programa es desarrollado por un grupo de profesionales del Hospital Integrado San Bernardo.

- Clima Laboral: El Clima Laboral se refiere a la forma como los funcionarios perciben su relación con el ambiente de trabajo y qué determina su comportamiento dentro de la entidad.
- Dentro de ésta percepción se pone en juego las experiencias personales de cada uno de los funcionarios, sus necesidades muy particulares, motivaciones, deseos, expectativas y valores cuyo conocimiento es indispensable para que los responsables de los programas de Bienestar Social y Capacitación puedan, en parte, entender dichos comportamientos, a la vez modificarlos a partir del manejo de las variables organizacionales.

Dichos programas deben considerar de manera integral, las condiciones de orden organizacional, personal y social que afectan la entidad, es decir las manifestaciones y expresiones de los funcionarios ante hechos que varían de acuerdo con los factores del contexto institucional. Las actividades que se lleven a cabo, inmediatas o a largo plazo, deberán incidir en los procesos humanos, es decir en las actitudes, creencias, interacciones, expectativas y percepciones de los empleados.

Dentro de este programa y de conformidad con lo establecido en la Ley 1010 de 2006, se deben realizar talleres o charlas instructivas individuales y colectivas, dirigidas a los servidores públicos vinculados laboralmente a la institución, encaminadas a mejorar el clima laboral y el adecuado manejo de las relaciones laborales.

Lo anterior propende porque exista un clima laboral dirigido a la humanización de los funcionarios que debe verse transmitido y reflejado en su entorno diario laboral y a los usuarios que demandan los servicios de la entidad.

El Comité de Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo vigilarán la aplicación anual de la encuesta de clima organizacional remitida por Talento Humano en la entidad, realizada por el funcionario encargado de los programas de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos, así mismo estudiarán el consolidado de su evaluación y reportarán a Talento Humano el informe final, realizando las acciones correctivas para las novedades que se puedan manejar al nivel de la entidad.

El Comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos, los comités y los jefes de personal respectivos asumen la responsabilidad de ejecutar las diferentes modalidades de capacitación, bienestar y estímulos según lo señala la presente Resolución y en concordancia con los recursos institucionales y los que se puedan obtener mediante alianzas estratégicas autorizadas por el Gerente del Hospital Integrado San Bernardo.

- Acoso Laboral: Toda conducta persistente, demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador, por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror, angustia a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo.

El acoso laboral se refiere a las diversas formas de agresión, maltrato, trato desconsiderado y ofensivo y en general todo ultraje a la dignidad humana que se ejercen sobre quienes realizan sus actividades económicas en el contexto de una delación laboral privada o pública.

Dentro de las modalidades de acoso laboral, tenemos el maltrato laboral, persecución laboral, discriminación laboral, entorpecimiento laboral, inequidad laboral y desprotección laboral.

Por lo anterior, se busca proteger el trabajo del funcionario en condiciones dignas, justa, armonía entre el ambiente laboral, armonía entre los grupos de trabajo, cuidar la intimidad, la honra y la salud mental de los trabajadores.

El Comité de Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo deberá conformar el comité de consejeros de conciencia, mediante acto administrativo, comité que deberá crear y adoptar mecanismos de prevención de la conductas constitutivas de acoso laboral para desarrollarlas a través de cada comité o subcomité de capacitación, bienestar social y estímulos bajo la responsabilidad de la jefatura de personal respectiva.

2.3 Instrucciones De Coordinación, Capacitación, Bienestar Social Y Estímulos.

La Capacitación de los servidores públicos está orientada al desarrollo de sus capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales, con miras a propiciar su eficacia personal, grupal y organizacional, de manera que se posibilite el desarrollo profesional de los empleados y el mejoramiento en la prestación de los servicios.

• A los programas de capacitación, bienestar social y estímulos del Hospital Integrado San Bernardo, podrán acceder todos los servidores públicos al servicio del sistema de Salud del Hospital Integrado San Bernardo.

• Será responsabilidad de la dirección de Personal, la formulación ejecución y evaluación de los programas de capacitación, bienestar social y estímulos.

2.4 Obligaciones de los beneficiarios inscritos en el Programa de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos:

• Mantener en forma permanente la actitud de superación y el interés por mejorar sus conocimientos, aptitudes, habilidades y destrezas.
• Comunicar a su jefe inmediato y a la instancia correspondiente, sus necesidades de capacitación para el desempeño eficiente en el cargo.
• Participar en los programas de Capacitación, bienestar social y estímulos para los cuales hayan sido seleccionados.
• Rendir los informes correspondientes.
• Aplicar los conocimientos adquiridos para mejorar la apreciación del servicio a cargo de la entidad.
• En educación formal (pregrado y postgrado que conduzcan a título académico), el funcionario deberá de presentar a la Subdirección de Talento Humano y/o a la Jefatura de Personal de la entidad copia del Diploma o Acta de Grado dentro de un término no mayor a un (1) año a partir de su culminación.

2.5 Comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo, Anualmente se conformará un Comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo.

Este Comité estará conformado por:
• El Gerente
• El director Administrativo y Financiero
• El director de Talento Humano
• El encargado de las actividades de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos
• El Asesor Jurídico.
• Un representante elegido por los empleados

2.5.1 Funciones del Comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo

- Aprobar el Plan Anual de Capacitación, Bienestar y Estímulos presentado por el funcionario encargado de las actividades de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo.
- Priorizar los temas de capacitación y bienestar social y estímulos como las áreas a atender.
- Realizar una reunión por cada semestre o cuando sea necesario.
- Llevar a cabo el seguimiento al presupuesto de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos asignado al Hospital Integrado San Bernardo
- Efectuar seguimiento a las actividades y programas de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos en uso, debidamente aprobados, de acuerdo a los informes mensuales que le presente la dirección de Talento Humano del Hospital Integrado San Bernardo
- Evaluar anualmente los resultados del Plan de Acción de Capacitación Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo

2.6 Comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo:

Anualmente se conformará el comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo.

2.6.1 Funciones de los Comités de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo:

- Designar un funcionario para el manejo, desarrollo, ejecución y seguimiento del programa de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos en l Hospital Integrado San Bernardo.
- Priorizar los temas de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos y las áreas a atender.

- Realizar una reunión por cada semestre o cuando sea necesario.
- Llevar a cabo el seguimiento al presupuesto de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos asignado del Hospital Integrado San Bernardo
- Aprobar el plan de Capacitación Bienestar Social y Estímulos anual, diseñado acuerdo objetivo, lineamientos y fases del programa de capacitación, Bienestar Social y Estímulos.
- Evaluar anualmente los resultados del plan de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo y redimir el informe de citada evaluación a la dirección de Talento Humano del Hospital Integrado San Bernardo.
- Informar a la dirección de Talento Humano del Hospital Integrado San Bernardo los cambios o ajustes que surtan al plan de capacitación, Bienestar Social y Estímulos.
- Encauzar las propuestas e intereses de carácter recreativo, educativo, formativo, preventivo, deportivo, cultural, artístico y social expresadas por los empleados del Hospital Integrado San Bernardo.
- Propender las actividades que se realicen en del Hospital Integrado San Bernardo conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida, a la sana diversión, descanso, bienestar, mejoramiento de las relaciones interpersonales en el ámbito laboral, salud de los empleados, al fortalecimiento de la práctica deportiva y por ende a la integración de los funcionarios, estímulos e incentivos a los mismos.

2.6.2 Funciones del servidor encargado del programa de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos.

• Aplicar las encuestas de: necesidad de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos, diseñadas del Hospital Integrado San Bernardo

• Tabular las anteriores encuestas y realizar informe para ser presentado ante el comité y enviar a la dirección de Talento Humano.

• Diseñar el plan de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos, acuerdo objetivo, lineamientos y fases del programa de capacitación, Bienestar Social y Estímulos y presentarlo para aprobación del comité, una vez aprobado enviarlo a la dirección de Talento Humano del Hospital Integrado San Bernardo, para realizarle seguimiento.

• Reportar a la dirección de Talento Humano del Hospital Integrado San Bernardo, cualquier cambio realizado al plan de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos, con previa autorización del comité respectivo.

• Reportar a la dirección de Talento Humano del Hospital Integrado San Bernardo, en los formatos establecidos por del Hospital Integrado San Bernardo mensualmente la ejecución de las capacitaciones y actividades realizadas y anualmente el consolidado de necesidades.

• Desarrollar el plan de capacitación, Bienestar Social y estímulos de acuerdo a lo establecido por el comité y con el presupuesto correspondiente.

• Llevar el control y seguimiento de la ejecución del plan de capacitación, Bienestar Social y Estímulos.

• Aplicar en cada programa de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos ejecutado, la encuesta de satisfacción diseñada por del Hospital Integrado San

Bernardo, presentar el consolidado al comité de capacitación y enviar a la dirección de Talento Humano.

• Informar al comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos las novedades que se presenten en el desarrollo del plan de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos.

• Tomar acción correctiva sobre las novedades presentadas en la ejecución del plan de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos, con previa autorización del comité.

2.7 Instrucciones del Comité de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos del Hospital Integrado San Bernardo.

Funcionarán como un canal de las inquietudes y propuestas de los empleados en materia de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos; igualmente coordinarán con la dirección de Talento Humano la programación aprobada con el presupuesto oficial y los apoyos que se reciban a través de las Cajas de Compensación Familiar.

2.8 Disposiciones Administrativas

• Para el desarrollo de la presente Resolución, el Hospital Integrado San Bernardo dispone de las partidas asignadas en la Ley de presupuesto en el rubro de “Capacitación y Bienestar Social”.
• Sin excepción los eventos de Capacitación, Bienestar Social y Estímulos que se realicen deben estar precedidos de la correspondiente Disponibilidad Presupuestal, cuando el gasto que se va a cubrir afecte el presupuesto oficial.

• Queda terminantemente prohibida la desviación de los recursos de capacitación, bienestar social y estímulos para amparar otras áreas.
• Los pagos que se efectúen por concepto de capacitación, bienestar social y estímulos deben estar enmarcados dentro de las normas de austeridad en el gasto público establecido por el Gobierno Nacional.

PLAN DE BIENESTAR SOCIAL

EDUCACIÓN Y CULTURA

NOMBRE	OBJETIVO	RESPONSABLE	ESTRATEGIA
INTEGRACIÓN Y UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE	Propiciar un espacio de integración de los empleados de la ESE Hospital Integrado San Bernardo para mejorar las relaciones interpersonales y la comunicación entre compañeros.	Comité de Bienestar Social	Convocar al personal a participar de la jornada de integración
PARTICIPACIÓN EN EVENTOS DEPORTIVOS, RECREATIVOS , CULTURALES Y DE ESPARCIMIENTO	Crear un espacio de recreación y desarrollo de habilidades y capacidades en el personal que labora en ESE Hospital Integrado san Bernardo para lograr una integración entre todos los empleados del Hospital, disminuir los roces y tensiones entre compañeros. Proporcionar un espacio de recreación y diversión deportiva y	Comité de Bienestar Social	Convocar al personal a participar de las actividades. Crear una cultura deportiva donde exista la participación activa con otras entidades prestadoras de salud. Crear diferentes dinámicas deportivas donde todo el Personal participe dependiente sus habilidades y gustos deportivos.

	esparcimiento, en busca de mejores relaciones con otras entidades prestadoras de salud		

EL EMPLEADO Y SU FAMILIA

NOMBRE	OBJETIVO	RESPONSABLE	ESTRATEGIA
INTEGRACIÓN FAMILIA CON LA ENTIDAD	Integrar las familias de los empleados a la ESE Hospital Integrado San Bernardo para crear mayor sentido de pertenencia con la Empresa y el núcleo familiar de cada uno.	Comité de Bienestar Social	Realizar la invitación de las familias para que se integren con la comunidad del Hospital. Llevar a cabo la jornada de integración

MONETARIOS

NOMBRE	OBJETIVO	RESPONSABLE	ESTRATEGIA
AUXILIOS (Maternidad y Funerario)	Ofrecer servicio funcionario en la colaboración en momentos de calamidad. Ofrecer incapacidad remunerada por maternidad.	Comité de Bienestar Social	Prestación de servicios funerarios y fúnebres. Certificado de Defunción. Servicio de Hospitalización. Registro de Nacimiento.

Artículo 3º La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barbosa Santander, 10 días del mes de Marzo de 2010

JUAN PABLO PENAGOS GARCIA
GERENTE ENCARGADO
HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

ANEXO Q. RESOLUCION ADOPCION MECI.

RESOLUCIÓN No. 452
27 de NOVIEMBRE DE 2009

"Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en **EL HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**, y se dictan otras disposiciones"

El Gerente **JUAN PABLO GARCIA PENAGOS**, en uso de sus atribuciones Constitucionales y legales, y

CONSIDERANDO:

a) Que la Constitución Política en su Artículo 209, establece: *"La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley";*

b) Que, a su vez, entre otros aspectos, el Artículo 269 de la Constitución Política establece que: *"En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley";*

c) Que, respecto a la responsabilidad del Control Interno, la Ley 87 de 1993 *"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones",* dispuso en el artículo 6 que: *"El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos";*

d) Que el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, *"Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiana, MECI 1000:2005",* en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte integral del citado Decreto.

e) Que le Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, en su Artículo 34, Numeral 31 establece entre los Deberes de todo Servidor Público: *"Adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna de que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen".*

f) Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en el anexo técnico al Sistema de Control Interno de la Entidad, con el fin de ajustarlo a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.

g) Que en cumplimiento del artículo 3º del Decreto 1599 de 2005 el Departamento Administrativo de la Función Pública adoptó y difundió el Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, dentro del cual se establecen los lineamientos conceptuales y metodológicos para implementar el modelo en mención.

h) Que, las definiciones y conceptos aquí utilizados corresponden a los establecidos en la Ley 87 de 1993 y sus Decretos reglamentarios en especial el Decreto 1599 de 2005 sobre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, por lo que se reconoce la autoría intelectual de quienes los elaboraron.

RESUELVE:

TITULO I
SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ARTÍCULO 1. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI 1000:2005. Adoptar para El H el Modelo Estándar de Control Interno **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA** y su estructura establecida para el Estado colombiano en el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO. Se entiende por Control Interno el Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una Entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Atendiendo los principios constitucionales y legales, la adopción e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 se enmarca, integra y complementa en los principios del Sistema de Control Interno que a continuación se establecen:

a) Principios constitucionales y legales del control interno

- **Igualdad:** Este principio tiene como fin garantizar que las actuaciones y decisiones de la administración de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** respecto de sus empleados y la comunidad en general se generen en igualdad de condiciones.

- **Moralidad:** Con fundamento en este principio, el Sistema de Control Interno ha de velar por que los actos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** sean claros y éticos, que reflejen una gestión pública pulcra y transparente, evitando la corrupción, la deshonestidad, el despilfarro, malversación e irresponsabilidad en el ejercicio de las funciones de los servidores públicos que presten sus servicios a la entidad.

- **Eficiencia:** El Sistema de Control Interno deberá garantizar que todos los planes, programas y proyectos, así como cada una de las actividades que se realicen al interior de la entidad, se realicen en el menor tiempo posible, a los menores costos y a la más alta calidad.

- **Economía:** Tiene como objetivo orientar la acción de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia una política de sana austeridad y mesura en el gasto, garantizando una proporcionalidad en términos de costo - beneficio.

- **Celeridad:** El principio de celeridad tiene como fin garantizar la agilidad y rapidez en los procesos y desarrollos administrativos en procura de obtener resultados óptimos y oportunos.

- **Publicidad:** A través de este principio se ha de garantizar que todos los actos, procedimientos y resultados de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** sean del conocimiento de sus empleados y de la comunidad en general, en forma oportuna y veraz, de tal manera que refleje una imagen clara y confiable de la gestión de la entidad.

- **Imparcialidad:** El Sistema de Control Interno, debe garantizar mecanismos que orienten y posibiliten un tratamiento, desarrollo y comportamiento justo e imparcial de la administración de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia la comunidad en general, evitando discriminaciones en relación con los beneficios, responsabilidades, obligaciones y servicios a cargo de cada uno de estos.

- **Valoración de Costos Ambientales:** En el ejercicio de las funciones propias de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, todos sus empleados deberán consultar los costos, efectos y consecuencias ambientales, con el fin de preservar el ecosistema y la conservación de un ambiente sano.

a) Principios del Sistema de Control Interno

- **De Autocontrol:** Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

- **De Autorregulación:** Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

- **De Autogestión:** Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

Artículo 4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Los objetivos específicos que busca el Sistema de Control Interno son los siguientes:

4.1. Objetivos de Control de Cumplimiento. Constituyen objetivos de Control al Cumplimiento de la función administrativa de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Establecer las acciones que permitan a la Entidad garantizar el cumplimiento de las funciones a su cargo, con base en el marco legal que le es aplicable.

b) Determinar el marco legal que le es aplicable a la Entidad, con base en el principio de autorregulación.

c) Diseñar los procedimientos de verificación y evaluación que garanticen el cumplimiento del margo legal aplicable.

4.2. Objetivos de Control Estratégico. Constituyen objetivos de Control Estratégico de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Crear conciencia en todos los servidores públicos de la Entidad sobre la importancia del Control, mediante la generación y mantenimiento de un entorno favorable que permita la aplicación de los principios del Modelo Estándar de Control Interno.

b) Establecer los procedimientos que permitan el diseño y desarrollo organizacional de la Entidad de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos que le son inherentes.

c) Diseñar los procedimientos necesarios, que permitan a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** cumplir la misión para la cual fue creada y proteger los recursos que se encuentren bajo su custodia, buscando administrar en forma diligente los posibles riesgos que se pueden generar.

4.3. Objetivos de Control de Ejecución. Constituyen objetivos de Control de Ejecución de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Determinar los procedimientos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las funciones, operaciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.

b) Velar porque todas las actividades y recursos de la Entidad estén dirigidos hacia el cumplimiento de su misión.

c) Establecer los procedimientos, que garanticen la generación y registro de información oportuna y confiable necesaria para la toma de decisiones, el cumplimiento de la Misión y la Rendición de Cuentas a la Comunidad.

d) Diseñar los procedimientos que permitan llevar a cabo una efectiva comunicación interna y externa a fin de dar a conocer la información que genera **HOSPITAL**

INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER de manera transparente, oportuna y veraz, garantizando que su operación se ejecute adecuada y convenientemente.

4.4. Objetivos de Control de Evaluación. Constituyen objetivos de Control de Evaluación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER)** los siguientes:

a) Garantizar la existencia de mecanismos y procedimientos que permitan en tiempo real, realizar seguimiento a la gestión de la Entidad por parte de los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad, permitiendo acciones oportunas de corrección y de mejoramiento.

b) Establecer los procedimientos de verificación y evaluación permanentes del Control Interno.

c) Garantizar la existencia de la función de Evaluación Independiente de la Oficina de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces sobre **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, como mecanismo de verificación a la efectividad del Control Interno.

d) Propiciar el mejoramiento continuo del control y de la gestión de la Entidad, así como de su capacidad para responder efectivamente a los diferentes grupos de interés.

e) Establecer procedimientos que permiten integrar las observaciones de los Órganos de Control Fiscal, a los planes de mejoramiento establecidos por la Entidad.

4.5. Objetivos de Control de Información. Constituyen objetivos de Control a la Información de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** los siguientes:

a) Establecer los procedimientos necesarios para garantizar la generación de información veraz y oportuna.

b) Establecer los procedimientos que permitan la generación de información que por mandato legal, le corresponde suministrar a la entidad a los Órganos de Control externo.

c) Garantizar la publicidad de la información que se genere al interior de la Entidad.

d) Garantizar el suministro de información veraz y oportuna para el proceso de Rendición de Cuentas Públicas.

ARTÍCULO 5. ESTRUCTURA DE CONTROL. Con base en los Artículos 3º y 4º de la Ley 87 de 1993, A fin de permitir el cumplimiento de los anteriores objetivos se hace necesario articular los diferentes métodos y procedimientos de prevención, corrección y evaluación a la forma de operación de la Entidad, configurándose para este fin los **Subsistemas,**

Componentes y Elementos que interrelacionados bajo un enfoque sistémico, generan una Estructura de Control para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Entidad así:

1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO.

1.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.
ELEMENTOS DE CONTROL:
1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.
1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.
1.1.3. Estilo de Dirección.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.
ELEMENTOS DE CONTROL:
1.2.1. Planes y Programas.
1.2.2. Modelo de Operación por Procesos.
1.2.3. Estructura Organizacional.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.
ELEMENTOS DE CONTROL:
1.3.1. Contexto Estratégico.
1.3.2. Identificación del Riesgo.
1.3.3. Análisis del Riesgo.
1.3.4. Valoración del Riesgo.
1.3.5. Políticas de Administración del Riesgo.

2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.

2.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.
ELEMENTOS DE CONTROL:
2.1.1. Políticas de Operación.
2.1.2. Procedimientos.
2.1.3. Controles.
2.1.4. Indicadores.
2.1.5. Manual de Procedimientos.

2.2. COMPONENTE INFORMACIÓN.
ELEMENTOS DE CONTROL:
2.2.1. Información Primaria.
2.2.2. Información Secundaria.
2.2.3. Sistemas de Información.

2.3. COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA.
ELEMENTOS DE CONTROL:
2.3.1. Comunicación Organizacional.
2.3.2. Comunicación Informativa.
2.3.3. Medios de Comunicación.

3. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN.

3.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.
ELEMENTOS DE CONTROL:
3.1.1. Autoevaluación del Control.
3.1.2. Autoevaluación de Gestión.

3.2. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.
ELEMENTOS DE CONTROL:
3.2.1. Evaluación del Sistema de Control Interno.
3.2.2. Auditoría Interna.

3.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.
ELEMENTOS DE CONTROL:
3.3.1. Plan de Mejoramiento Institucional.
3.3.2. Planes de Mejoramiento por Procesos.
3.3.3. Planes de Mejoramiento Individual.

Parágrafo: Los Artículos siguientes definen los Subsistemas, los Objetivos de los Componentes y los criterios básicos que deben tenerse en cuenta en el desarrollo y puesta en operación del Sistema de Control Interno.

TÍTULO II
SUBSISTEMAS, COMPONENTES Y ELEMENTOS

CAPÍTULO I
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

ARTÍCULO 6. SUSBISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO: Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento a la orientación estratégica y organizacional de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

ARTÍCULO 7. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, otorgan una conciencia de control a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** influyendo de manera profunda en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

ARTÍCULO 8. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL. El Componente Ambiente de Control esta integrado por los siguientes Elementos de Control:

8.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos: Elemento de Control, que define el estándar de conducta de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**. Establece las declaraciones explícitas que en relación con las conductas de los Servidores Públicos, son acordados en forma participativa para la consecución de

los propósitos de la Entidad, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en la Constitución, la Ley y la finalidad social del Estado.

8.2. Desarrollo del Talento Humano: Elemento de Control, que define el compromiso de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del Servidor Público. Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la Entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los Servidores Públicos del Estado.

8.3. Estilo de Dirección: Elemento de Control, que define la filosofía y el modo de administrar del Gobernante o Gerente Público, estilo que se debe distinguir por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo para guiar u orientar las acciones de la Entidad hacia el cumplimiento de su Misión, en el contexto de los fines sociales del Estado.

ARTÍCULO 9. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, establecen el marco de referencia que orienta **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia el cumplimiento de su Misión, el alcance de su Visión y la conduce hacia el cumplimiento de sus objetivos globales.

ARTÍCULO 10. ELEMENTOS DEL COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO. El Componente Direccionamiento Estratégico está integrado por los siguientes Elementos de Control:

10.1. Planes y Programas: Elemento de Control, que permite modelar la proyección de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos.

10.2. Modelo de Operación por Procesos: Elemento de Control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, armonizando con enfoque sistémico la Misión y Visión institucional orientándola hacia una Organización por Procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

10.3. Estructura Organizacional: Elemento de Control, que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la Entidad, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su Misión.

ARTÍCULO 11. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos

institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades, para un mejor cumplimiento de su función.

ARTÍCULO 12. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. El Componente Administración del Riesgo está integrado por los siguientes Elementos de Control:

12.1. Contexto Estratégico: Elemento de Control, que permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su Función, Misión y Objetivos Institucionales.

12.2. Identificación de Riesgos: Elemento de Control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no, bajo el control de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia.

12.3. Análisis del Riesgo: Elemento de Control, que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para su aceptación y manejo.

12.4. Valoración del Riesgo: Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la Entidad a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

12.5. Políticas de Administración de Riesgos: Elemento de Control, que permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

CAPÍTULO II
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

ARTÍCULO 13. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN. Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a la ejecución de los procesos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su Misión.

ARTÍCULO 14. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL. Conjunto de Elementos de Control, que garantizan el control a la ejecución de la función, planes y programas de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

ARTÍCULO 15. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL. El Componente Actividades de Control está integrado por los siguientes Elementos de Control:

15.1. Políticas de Operación. Elemento de Control, que establece las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de la Administración del Riesgo previamente definidos por la Entidad.

15.2. Procedimientos: Elemento de Control, conformado por el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades y define la construcción de los flujogramas que establecen las relaciones y el curso de la información organizacional.

15.3. Controles: Elemento de Control, conformado por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

15.4. Indicadores: Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la Entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

15.5. Manual de Procedimientos: Elemento de Control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos.

ARTÍCULO 16. COMPONENTE INFORMACIÓN. Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados, adquiere significado para los grupos de interés de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** a los que va dirigido. Hace parte fundamental de la operación de la Entidad al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto de los mismos. Garantiza la base de la transparencia de la actuación pública, la Rendición de Cuentas a la Comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información.

ARTÍCULO 17. ELEMENTOS DEL COMPONENTE INFORMACIÓN. El Componente Información está integrado por los siguientes Elementos de Control:

17.1. Información Primaria: Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, pero que afectan su desempeño.

17.2. Información Secundaria: Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, provenientes del ejercicio de su función. Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la Gestión de la Entidad.

17.3. Sistemas de Información: Elemento de Control, conformado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información, orientada a soportar de manera más eficiente la gestión de operaciones en **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

ARTÍCULO 18. COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA. Conjunto de Elementos de Control, que apoya la construcción de visión compartida, y el perfeccionamiento de las relaciones humanas de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** con sus grupos de interés internos y externos, facilitando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales, en concordancia con lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 489 de 1998.

ARTÍCULO 19. ELEMENTOS DEL COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA. El Componente Comunicación Pública está integrado por los siguientes Elementos de Control:

19.1. Comunicación Organizacional. Elemento de Control, que orienta la difusión de políticas y la información generada al interior de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la Entidad.

19.2. Comunicación Informativa. Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés externos.

19.3. Medios de Comunicación: Elemento de Control, que se constituye por el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

CAPÍTULO III

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

ARTÍCULO 20. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN. Conjunto de Componentes de Control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y actividades; el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización Pública.

ARTÍCULO 21. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. Conjunto de Elementos de Control, que al actuar en forma coordinada en **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la Entidad.

ARTÍCULO 22. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. El Componente Autoevaluación está integrado por los siguientes Elementos de Control:

22.1. Autoevaluación del Control: Elemento de Control, que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.

22.2. Autoevaluación a la Gestión: Elemento de Control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los Planes y Programas y en los Procesos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

ARTÍCULO 23. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. Conjunto de Elementos de Control, que garantiza el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados corporativos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quién haga sus veces. Presenta como características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los Planes de Mejoramiento de la Entidad.

ARTÍCULO 24. ELEMENTOS DEL COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. El Componente Evaluación Independiente está integrado por los siguientes Elementos de Control:

24.1. Evaluación del Sistema de Control Interno: Elemento de Control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

24.2. Auditoría Interna: Elemento de Control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una Entidad Pública. Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

ARTÍCULO 25. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de Autoevaluación, de Evaluación Independiente y en las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

ARTÍCULO 26. ELEMENTOS DEL COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. El Componente Planes de Mejoramiento está integrado por los siguientes Elementos de Control:

26.1. Plan de Mejoramiento Institucional: Elemento de Control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la Entidad Pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos o componentes corporativos debe operar **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la Constitución, la Ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los Organismos de Control Fiscal, de Control Político y con los diferentes grupos de interés.

26.2. Planes de Mejoramiento por Procesos: Elemento de Control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la Organización Pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad en su conjunto.

26.3 Planes de Mejoramiento Individual: Elemento de Control, que contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para lograr una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

ROLES Y RESPONSABILIDADES

CAPÍTULO I

ARTÍCULO 27. **RESPONSABILIDAD DE LA ALTA DIRECCIÓN.** La Alta Dirección debe asegurarse de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de Control Interno, están definidas y comunicadas dentro de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**
El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

ARTÍCULO 28. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN. Para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continúo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece la Resolución 1599 del 20 de Mayo de 2005, el Representante Legal podrá delegar dicha función en el directivo de primer nivel de la respectiva Entidad competente para ello, quién actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno.

A su vez la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Modelo Estándar de Control Interno estará a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno o quien haga sus veces en la respectiva Entidad.

ARTÍCULO 29. COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. El Comité de Coordinación de Control Interno se reunirá por lo menos cada dos (2) meses. Deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas en los Decretos 1826 de 1994 y 2145 de 1999.

ARTÍCULO 30. RESPONSABILIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y/O PARTICULARES QUE EJERCEN FUNCIONES PÚBLICAS. Los Servidores Públicos y/o Particulares que ejercen funciones públicas, son responsables de la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; por la supervisión continua a la eficacia de los controles integrados. Así mismo, por desarrollar la autoevaluación permanente a los resultados de su labor, como parte del cumplimiento de las metas previstas por la dependencia o unidad administrativa a la cual pertenecen.

ARTÍCULO 31. **OFICINA DE CONTROL INTERNO, UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA O QUIEN HAGA SUS VECES.** La Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces con base en los artículos 3º numeral d), 9º y 12º de la Ley 87 de 1993, es responsable por realizar la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno y la Gestión de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**, así como por el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, generando las recomendaciones correspondientes y asesorando a la Alta Dirección para su puesta en marcha.

TÍTULO IV
FUNCIONALIDAD DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

ARTÍCULO 32. FUNCIÓN DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. Es el examen autónomo del Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno, será adelantada por personas que no están directamente involucradas en la operación diaria y cotidiana, y cuya neutralidad les permite emitir juicios objetivos sobre los hechos de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

ARTÍCULO 33. FUNCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA. Es el examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con economía, eficacia, eficiencia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas aplicables y si los mecanismos de comunicación públicas son confiables. El objetivo fundamental es emitir juicios fundados a partir de las evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas. Estas deben cubrir cuatro aspectos básicos de evaluación: Cumplimiento, Soporte Organizacional, Gestión y Resultados.

ARTÍCULO 34. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN. El Grupo Evaluador de la Oficina de Control Interno, para llevar a cabo la evaluación del Control Interno, de la gestión y resultados de la Entidad, así como el seguimiento a los Planes de Mejoramiento, utilizará como base de dicha función las metodologías y herramientas de evaluación establecidas por las instancias competentes del Estado y Órgano de Control Fiscal correspondiente.

ARTÍCULO 35. INFORMES A PRESENTAR POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO. La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, presentará al Representante Legal de la Entidad, y al Comité de Coordinación de Control Interno, los siguientes informes relacionados con la Evaluación Independiente del Control Interno, la gestión, los resultados y el mejoramiento continuo de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

35.1. Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno. El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, asumiendo su rol de evaluador independiente, deberá reportar a su Representante Legal a más tardar el 30 de Enero de cada año, el Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, presentando el grado de avance y desarrollo en la Implementación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el literal e) del artículo 8 del Decreto 2145 de 1999. Así mismo, también lo deberán presentar a sus respectivas Juntas o Consejos Directivos, así como a los responsables de la orientación y coordinación de los sectores administrativos.

De otra parte, los Representantes Legales a su vez, remitirán al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial, antes del 16 de febrero de cada año, copia del Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el artículo 2 del Decreto 2539 de 2000, que contenga el resultado final, documento que servirá de base para el Informe que sobre el avance del Control Interno del Estado presentará al inicio de cada legislatura el Presidente de la República al Congreso de la República,

35.2. Informes de Auditoría Interna: El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, reporta al Representante Legal y al Comité de Coordinación de Control Interno, las debilidades y deficiencias que se presentan en la gestión de operaciones de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**.

Toma como base las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, los métodos y herramientas de Auditoría Interna que permiten una Evaluación Independiente cierta sobre la gestión y los resultados de la Entidad. Los informes deberán elaborarse periódicamente con base en el Plan de Auditoría establecido y ejecutado formalmente por la Oficina de Control Interno y validado por el Comité de Coordinación de Control Interno.

ARTÍCULO 36. FORMA Y ARCHIVO DE LOS INFORMES. Los informes de Evaluación del Control Interno y de Auditoría Interna, elaborados y presentados por la Oficina de Control Interno, se consignarán en medios documentales y magnéticos que garanticen su conservación, reproducción y consulta por parte de la Entidad y los Órganos de Control Externos cuando estos lo requieran.

ARTÍCULO 37. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO. La Oficina de Control Interno, comunicará oportunamente por escrito al Representante Legal de la Entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno, los resultados de la Evaluación del Control Interno de la Entidad con las correspondientes recomendaciones para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

ARTÍCULO 38. **DE LA APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y CORRECTIVOS**. Con base en lo establecido en el Artículo 6º de la Ley 87 de 1993, el Representante Legal de la Entidad, los directivos y el Comité de Coordinación de Control Interno son los responsables de la aplicación de las recomendaciones y correctivos resultantes de la evaluación del Control Interno, así como también de las recomendaciones originadas en los procesos de Auditoría Externa de los Órganos de Control Fiscal.

T ÍT U L O V
DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 39. NORMAS DE CONTROL INTERNO CONTABLE. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER se acogerá a la reglamentación que sobre políticas, métodos y procedimientos de Control Interno Contable, expida la Contaduría General de la Nación a fin de garantizar la razonabilidad, confiabilidad y oportunidad de los estados e informes contables y la utilidad social de la información financiera, económica y social que debe generar **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** para sí misma, los diferentes grupos de interés externos y para garantizar el cumplimiento de obligaciones de información.

ARTÍCULO 40. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL INTERNO. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER, en cumplimiento de las normas vigentes y de la presente Resolución, expedirá a través de un Acto Administrativo, las políticas, directrices, métodos y procedimientos específicos mediante los cuales deberán implementarse los diferentes subsistemas, componentes y elementos de control del Sistema de Control Interno, así como los

procedimientos, guías, formatos, y métodos para su evaluación, elaboración, ejecución de los planes de mejoramiento y cumplimiento de obligaciones de información y documentación. Para estos efectos adoptará los métodos y procedimientos conforme a las directrices emanadas del Departamento Administrativo de la Función Pública para las entidades del Estado, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

ARTÍCULO 41. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y REGULACIÓN: La presente Resolución será aplicable a todas las áreas organizacionales de **HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER** y su reglamentación de orden operativo se realizará por medio de actos administrativos por las cuales se adopten los conceptos, metodologías, guías e instrumentos de aplicación así como los manuales e instrumentos que le sean inherentes.

ARTÍCULO 42. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Dada en Barbosa Santander a los 27 de Noviembre de 2009

PÚBLIQUESE Y CÚMPLASE

JUAN PABLO GARCIA PENAGOS
GERENTE (E).

ANEXO R. MAPA RIESGOS HOSPITAL BARBOSA

CODIGO	PROCESO	RIESGO	Impacto	Control Existente	Opción Manejo	Acciones
P AF FI 01	PROGRAMACIÓN, ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO	Sobreestimar o subestimar los niveles de gasto e ingreso de la entidad	El gasto y el ingreso no corresponde con el desempeño financiero real de la institución generando caos en la operatividad de la ESE.	Informes de Estadística. Informes contables y Ejecución Presupuestal. Presupuesto de la Vigencia. Plan de Compras y Suministros.	Actualización del listado de necesidades general y la producción del período.	Realizar Solicitud a todas las áreas de dicha actualización.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Administrador FIRMA:				
P AF Fl 02	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE EGRESOS	Fallas en la recopilación y verificación de la documentación soporte	Los informes de egresos no ofrecen confiabilidad y el proceso de toma de decisiones en torno al tema se retrasa o no se puede realizar.	Planillas de recepción de correspondencia y documentación interna.	Definición del proceso de recepción de documentación con cumplimiento de requisitos.	Socialización al funcionario responsable y seguimiento a la gestión.
		Document	El mismo.			

		ación soporte incompleta				
		No registro presupuestal	Falta disciplinaria por parte del funcionario responsable.	Informes a los entes de Control	Revisión y organización del proceso de registro presupuestal.	No permitir ningún egreso sin el debido registro presupuestal.
		Informe de ejecución incompleto	El mismo inicial.			
P AF Fl 03	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS	Información de ingresos incompleta y sin soportes reales	Los informes de ingresos no ofrecen confiabilidad y el proceso de toma de decisiones en torno al tema se retrasa o no se puede realizar.	Arqueos de caja diario. Estractos Bancarios. Caja General.	Deficinición del proceso de identificación de ingresos por cliente o usuario.	Socialización al funcionario responsable y seguimiento a la gestión.
		Procesamiento de glosas inconcluso	Reducción en los ingresos de la entidad y posible detrimento patrimonial.	Gestión del área de cartera.	Documentación completa en el proceso de facturación y cobro.	Revisión y recomendación por parte del funcionario responsable en el proceso de facturación con los debidos soportes.

		Falla en el reconocimiento de recaudos	Estado actual de la cartera	Informes de Cartera	Verificación en el estado de actualización de la cartera.	Solicitud del informe al responsable del área y auditoria de la información.
		ÁREA RESPONSABLE: Contabilidad y Tesorería. FUNCIONARIO: Auxiliar Contable y Tesorero FIRMA:				
P AF FI 04	MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO	Informes de ejecución presupuestal incompleto	Inclusión de gastos fuera del presupuesto.	Record de registro de Certificados de Disponibilidad Presupuestal y Registro.	El proceso de registro de CDP debe coincidir con el la Ejecución presupuestal	Auditoria en el prcceso y rendición del informe respectivo.
		Falla en los soportes recolectados para realizar el proceso contable	Sanciones para la institución y faltas disiciplinarias de los funcionarios.	Actos administrativos	Establecimiento del nivel de gasto e ingreso de la Insitutución.	Auditoria del nivel de gasto e ingreso vs presupuesto de la vigencia.
		ÁREA RESPONSABLE: Contabilidad y Tesorería. FUNCIONARIO: Contador y Tesorero. FIRMA:				
P AF FI 05	ASIGNACIÓN, FACTURACIÓN Y RECAUDO	El usuario no se encuentra en la base de datos	Pérdida de recursos por dificultad en el proceso de facturación.	Bases de datos solicitadas o aportadas por las ARS y EPS	Actualización de las bases de datos de usuarios.	Solicitar con mayor periodicidad la actualización de las bases de datos o la inclusión por parte de las entidades de los usuarios.
		No se presenta la documentación completa.	El mismo anterior.	Solicitud por parte del facturador.	Solicitud de pago particular.	Recaudo de los depósitos.
		El usuario no tiene recursos para pago.	Detrimento patrimonial.	Subsidio a la oferta.	Apoyo municipal o de otros entes.	Realizar cuentas de cobro a los entes.

		Inexistencia de Historia Clínica	Generación de glosas y retrasos en el recaudo originando falta de liquidez.	Informes de Cartera	Procesos de facturación claros, prácticos y acordes a la norma	Socialización del proceso con los facturadores y concertación con los responsables del área.
		ÁREA RESPONSABLE: Facturación FUNCIONARIO: Facturador y Jefe de Area FIRMA:				
P AF FI 06	GESTIÓN DE COBRO	No existe registro de cuentas por cobrar	Pérdida de recursos y detrimento patrimonial.	Listados de cartera.	Actualización de listados de cartera.	Solicitud al responsable del proceso de realizar la depuración del estado de cartera.
		Los soportes son incompletos para la generación del cobro	El mismo anterior.	Reporte de revisión de facturación.	Auditoria de dichso reportes	Solicitud de dichos reportes.
		Retrasos en la presentación de las cuentas de cobro	Pérdida de liquidez.	El mismo.	Revisión de plazos y fechas de entrega de las cuentas de cobro a las entidades.	Solicitud de dichos reportes.
		Retraso en el proceso de solución de glosas	El mismo anterior.	Listados de cartera.	Coordinación médica	Solicitud de soporte técnico mediante auditoria médica.
		ÁREA RESPONSABLE: Facturación y Cartera. FUNCIONARIO: Jefe de Facturación y Auxiliar Cartera. FIRMA:				
P AF FI 07	DEPÓSITOS DE RECAUDOS	Arqueo incompleto y no periódico	Inconsistencias en los informes contables e inexactitud en los informes de cartera.	Recaudo de caja. Estractos Bancarios.	Boletín diario de Tesorería.	Auditoria diaria con arqueo de caja.
		Libro de caja y bancos	El mismo anterior.	Libros de Caja.		

		incompleto				
		No elaboración de informes	Sanciones para la institución y faltas disiciplinarias de los funcionarios.	Informes Contables.	Consignaciones Diarias de Recaudos.	Seguimiento a las consignaciones y reporte del informe actualizado.
		ÁREA RESPONSABLE: Facturación y Tesorería FUNCIONARIO: Jefe de Facturación y Tesorero. FIRMA:				
P AF FI 08	CONTROL Y CUSTODIA DE DOCUMENTACIÓN	No se almacenan debidamente los títulos valores.	Pérdida de Valores o Extravío.	Relación de documentos.	Auditoria a la relación de documentos.	Solicitud de documentación.
		No se reportan en el arqueo de caja	Falta disciplinaria por parte del funcionario responsable.	Arqueos de Caja.	Informes de Estado Actual.	Solicitud de Informes Contables.
		Pérdida de títulos	Detrimento patrimonial.	Informes Contables.		
		ÁREA RESPONSABLE: Archivo FUNCIONARIO: Auxiliar Administrativo. FIRMA:				
P AF FI 09	CONSTITUCIÓN DE INVERSIONES TEMPORALES	Información irreal de fondos para inversión.	Bajo Rendimiento de la Inversión.	Cuadro comparativo de inversiones.	Análisis a través de Comité Financiero.	Creación y Convocatoria del Comité Financiero.
		Debilidades en la custodia de los títulos de inversión	Pérdida de los Títulos de Inversión y Detrimento Patrimonial.	Registro de Títulos	Verificación del registro de Títulos incluido como responsabilidad del Comité Financiero.	Auditoria del Comité Financiero.
		ÁREA RESPONSABLE: Tesorería. FUNCIONARIO: Tesorero FIRMA:				

P AF FI 10	PAGOS	Recibo de documentación que no cumple con los requisitos establecidos por norma	Generación de pago sin el debido soporte incidiendo en falta disciplinaria.	Normatividad Vigente	Revisión de la normatividad e inclusión en el manual de procedimientos.	Solicitar informe y plan de mejoramiento al responsable del área.
		Falta de liquidez en la institución	Disminución en la operatividad de la institución.	Flujo de Caja.	Revisión y seguimiento al Flujo de Caja.	Actualización y Ajuste del Flujo de Caja
		Pérdida de los soportes	Reducción de la confiabilidad de los informes.	Relación de documentos soporte recibidos.	Revisión y seguimiento al libro de soportes recibidos.	Identificación de anomalías y ajuste del proceso conforme a la normatividad.
		ÁREA RESPONSABLE: Contabilidad. FUNCIONARIO: Auxiliar de Contabilidad. FIRMA:				
P AF FI 11	CONSTITUCIÓN, CONTROL Y REEMBOLSO DE CAJA MENOR	Inexistencia de Disponibilidad presupuestal	Paralización de actividades requeridas para atender emergencias.	Libro Auxiliar. Listado de Requerimientos.	Revisión de la Ejecución Presupuestal y Presupuesto.	Verificación de la orden de suministro o de servicio vs consulta con el área de Tesorería y Contabilidad.
		No elaboración del Registro Presupuestal	Falta de soporte en el desembolso e incidencia en falta disciplinaria.	CDP. RDP.	Revisión de la Ejecución Presupuestal y Presupuesto.	Verificación de la orden de pago del suministro o servicio recibido vs el proceso contable establecido internamente y acorde a la normatividad y toma de

						correctivos.
		Falta de liquidez en la institución	El mismo que en en el primero	Soportes de Desembolso.	Análisis del nivel de ingreso y de gasto de la Institución.	Toma de correctivos con base en el análisis.
		ÁREA RESPONSABLE: Tesorería y Contabilidad. FUNCIONARIO: Tesorero y Auxiliar Contable. FIRMA:				
P AF FI 12	REGISTRO DE HECHOS FINANCIEROS Y ECONÓMICOS	Tardía identificación de hechos económicos	Registro Contable No oportuno	Recepción de documentación y soporte	Ruta adecuada de recepción	Seguimiento y verificación a la gestión.
		No registro de dichos hechos	Baja confiabilidad de los informes contables.	Informes Contables.	Revisión e identificación de inconsistencias.	Toma de correctivos con base en el análisis.
		Falta de soportes	El mismo anterior.	Archivo de cuentas.	El mismo anterior.	El mismo anterior.
		No actualización de los libros contables	El mismo anterior.	Libros Contables.	El mismo anterior.	El mismo anterior.
		ÁREA RESPONSABLE: Contabilidad y Tesorería. FUNCIONARIO: Tesorero y Auxiliar Contable. FIRMA:				
P AF FI 13	GENERACIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS	Proceso contable incompleto.	Situación financiera incierta.	Estados Financieros.	Análisis de los Estados Financieros.	Toma de correctivos con base en el análisis.
		Los balances no coinciden con la realidad financiera de la institución	Situación viciada para la toma de decisiones.	Asesoría Contable	Análisis de los Estados Financieros.	Toma de correctivos con base en el análisis.
		ÁREA RESPONSABLE: Contabilidad FUNCIONARIO: Contador FIRMA:				

P AF TH 01	PLAN ANUAL DE CARGOS Y ASIGNACIONES Y NECESIDAD	El plan de cargos no tiene congruencia con las necesidades institucionales	La operatividad de la institución se ve menguada y afectada en el desarrollo de sus actividades misionales	Revisión de Listado de servicios de la entidad, Manual de Funciones y de Procedimientos, Producción Mensual	Actualización y/o elaboración de Estudio Técnico para evaluar según las normas y los requerimientos institucionales	Adaptar el Plan de cargos y la Estructura Organizativa a los resultados del Estudio Técnico
		El plan de cargos no esta ajustado a la estructura organizativa de la institución	Los procesos administrativos y operativos no siguen un orden lógico que desencadena mal servicio para los usuarios e incumplimiento con los proveedores, contratistas y demás.	Manual de Funciones y de Procedimientos. Organigrama Institucional.	Guía de Manejo para la Modernización de las entidades estatales del DAFP	Revisión y ajuste del plan de cargos y estructura organizativa con base en la guía de modernización.
		El plan de cargos esta desactualizado y no ha sido depurado acorde a la norma	Los funcionarios cumplen con actividades que no son acordes a su nombramiento generando vacíos en la gestión.	Hojas de vida. Ley 785	Revisión de las Hojas de Vida e identificación de anomalías según la norma.	Asignación de los funcionarios al área respectiva o al cumplimiento de las funciones para las cuales fue nombrado originalmente.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de Oficina - Administrador FIRMA:				
P AF TH 02	SELECCIÓN DE PERSONAL	Los concursantes no cumplen con el perfil deseado y/o con los requisitos.	El posible electo no cumple con el perfil generando incompetencia en el cargo.	Definición del pérfil.	Revisión de las Hojas de Vida e identificación de anomalías según la norma.	Análisis de grupo o mediante comité de los perfiles presentados al concurso y elección de la mejor opción.

		La convocatoria se hace con baja promoción y despliegue	Insuficiente cantidad de perfiles y grupos de elección.	Proceso de Concurso	A través de una entidad con experiencia en el tema.	Contratación o asesoramiento con dichas entidades.
		El Jurado calificador no cumple con los suficientes elementos de juicio.	Deficiente proceso en la selección del perfil e incompetencia del elegido distorsionando la gestión.	Selección del Jurado	Revisión del procedimiento de elección del jurado y definición de los correctivos acorde a la norma y reglametnos internos.	Capacitación al Jurado Calificador o selección de nueva terna.
		Existen necesidades de personal y no existen las vacantes	Dificultades en el desarrollo de la gestión del área respectiva y parálisis de actividades.	Estudio de Cargas de las respectivas áreas.	Análisis del estudio de cargas vs estructura organizativa de la institución.	Toma de decisiones con base en dicho análisis.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración. FUNCIONARIO: Jefe de Personal. FIRMA:				
P AF TH 03	VINCULACIÓN	El seleccionado no cumple con los requisitos mínimos	Retrasos en la gestión e incumplimiento de Metas Institucionales.	Proceso de Selección y de Ingreso (Inducción)	Auditoria al proceso de Selección y cumplimiento en el proceso de inducción.	Toma de decisiones con base en dicho análisis.
		No se realiza la debida actualización de la ficha de inscripción	Retrasos en el trámite de requisitos de ley para el funcionario y en el desarrollo de su gestión.	Ficha de Inscripción.	Auditoria a las hojas de vida.	Toma de correctivos según auditoría.

		No se realiza la vinculación al SGSSS	No cobertura de seguridad social y riesgos profesionales dejando al funcionario desprotegido. Problemas legales para la institución y responsables del proceso.	Proceso de Inscripción al SGSSS.	Auditoria a las hojas de vida.	Toma de correctivos según auditoría.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				
P AF TH 04	INDUCCIÓN	No hay claridad en las funciones o actividades a realizar en el área específica	Los funcionarios sin experiencia empiezan a realizar las actividades a prueba y error.	Manual de operaciones y procedimientos	Socialización del Manual de Operaciones y procedimientos.	Se debe verificar que cada uno de los funcionarios conozca y conserve una copia de los procesos de su área.
		No existe un proceso de inducción debidamente documentado	Inecxistencia de responsabilidad en los resultados de la gestión por parte del funcionario	Plan de Inducción	Diseñar y aplicar el Plan de Inducción a todos los recien ingresados.	Cada ingresado debe seguir el proceso de inducción debidamente documentado.
		No hay personal que cumpla con el perfil para realizar la inducción	El funcionario a inducir es sometido a retrasos en su gestión y en la obtención de resultados	Informes y planes de acción por parte de la oficina de personal.	Realizar convenios con entidades especializadas en capacitación y manejo de talento humano.	Debe realizarse una capacitación bimensual sobre temas de interés.

		No se realiza la evaluación de la inducción	Desconocimiento de la experticia del funcionario por parte de su jefe inmediato y por lo tanto de sus alcances y logros futuros en la institución.	Resultados de la Evaluación de la inducción.	Evaluación y Auditoria al proceso de Inducción.	La oficina de personal debe rendir informes bimensuales sobre dicho proceso donde queden consignados los avances y resultados obtenidos.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				

P AF TH 05	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	No se ha adoptado el instrumento de evaluación	Sanciones para los funcionarios e intitución	Decretos reglamentarios, Resolución de adopción de los sistemas adecuados	Revisión y Auditoria en las Hojas de vida del personal.	Cada Hoja de vida debe contener la respectiva evaluación.
		No se han concertado los elementos de competencia	No se alcanzan los logros esperados por el funcionario por la inexistencia de claridad para el desempeño de funciones	Evalaución periódica del desempeño institucional	Auditoria en el proceso de Evaluación de desempeño	Se debe verificar que los objetivos planteados concuerden con los expresados en el Manual de Funciones y de Procedimientos.
		No existe un Manual de funciones y procedimientos actualizado	Subutiizacón del talento humano y falta de responsabilidad del funcionario.	Cumplimiento de estándares de Habilitación	Autoevaluación según normatividad de Habilitación	Elaboración de los respectivos manuales.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				

P AF TH 06	PLAN DE CAPACITACIÓN	No existe instrumento de identificación de necesidades	La institución no cuenta con un diagnóstico del nivel cognoscitivo y técnico de sus funcionarios.	Realizar diagnósticos periódicos mediante reuniones participativas	Oficina de Planeación y/o Talento Humano.	Esta oficina debe diseñar y elaborar el instrumento de identificación de necesidades de capacitación.
		Deficiente clima laboral para establecer las necesidades	Ocultamiento de las necesidades de capacitación y recurrencia en las fallas del desempeño	Realizar Socialización con el personal creando conciencia de los beneficios de capactisarse y la adqusición de incentivos	Realizar reuniones periódicas con el apoyo de la ARP de la institución y el COPASO	La oficina de personal debe diseñar un plan de incentivos para la asistencia del personal a las reuniones.
		Insuficiente número de propuestas	Elección no adecuada en el plan de capacitación	Ampliación de las convocatorias.	Utilización de medios masivos de comunicación.	La Dirección de la entidad buscará en la interacción con entidades similares nuevas propuestas.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				
P AF TH 07	EJECUCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	Reducido nivel de recursos para la ejecución.	Bajo nivel técnico y de aptitud dentro del personal de la insitución.	Modificaciones al presupuesto	Ampliación de los rubros destinados para tal fin.	La Dirección de la entidad hará el trámite ante la Junta para contracreditar el rubro.
		Tiempo insuficiente del personal para recibir la capacitación	Reducidas posibilidades de proyección a mediano plazo de la insitución.	Horario establecido y/o cuadros de turnos.	Modificación y flexibilización de los horarios y/o cuadros de turnos.	Elaboración de Resoluciones para tal fin.

		Inasistencia del personal a las capacitaciones	Falta de compromiso con la institución que no permite el mejoramiento continuo.	Listas y actas de asistencia.	Medición del nivel de asistencia y planes de incentivos.	Plan de Incentivos y sanciones para el personal.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				
P AF TH 08	NÓMINA	No se elabora la nómina siguiendo los requerimientos normativos.	Sanciones para los funcionarios e intitución	Informes de la oficina de personal.	Implentar y mejorar dicho proceso acorde a la norma.	Consulta de la elaboración de la nómina ante la Sría Dptal.
		No se realiza actualización de la nómina.	Baja confiabilidad en la información institucional y presentación de informes con retrasos.	Hojas de vida e informes de la oficina de personal.	Auditorias en las Hojas de Vida y en el proceso del Recurso Humano.	Toma de Correctivos.
		ÁREA RESPONSABLE: Contabilidad y Tesorería. FUNCIONARIO: Tesorero y Auxiliar Contable. FIRMA:				
P AFTH 09	PAGOS A TERCEROS	No existen los soportes adecuados y/o completos	Detrimento patrimonial y fuga de recursos	Recepción de sopotes y listado de requisitos.	No recepción de documentación incompleta de las cuentas.	Información clara y oportuna a los proveedores.
		ÁREA RESPONSABLE: Contabilidad y Tesorería. FUNCIONARIO: Tesorero y Auxiliar Contable. FIRMA:				
P AF TH 10	LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES	No se realiza el debido proceso	Detrimento patrimonial y fuga de recursos	Normatividad Vigente	Consulta y acceso a asesorías externas en cuanto a la temática	Auditorias y retroalimentación con otras entidades periódicamente.
		Pagos inexactos de las prestaciones sociales.	Sanciones para los funcionarios e intitución	Normatividad Vigente.	Aplicación de la metodología de liquidación según normatividad	Elaboración del Plan de Manejo por parte de la oficina de Recurso

					vigente.	Humano y Asesoría Jurídica.
		No se accede a los recursos Sin Situación de Fondos	Pérdida de Recursos e incumpliemto de la norma.	Contratación.	Auditoría de contratos.	Revisión periódica de contratos.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				
P AF TH 11	PANORAMA DE RIESGOS	No se ha realizado identificación de los riesgos por área	El efecto de los riesgos existentes no es controlable, ni predecible.	Plan Preventivo de Riesgos	Elaboración, socialización y aplicación del Plan.	Auditorias y retroalimentación con otras entidades periódicamente.
		No se ha realizado la debida socialización y concientización con el personal	El personal no cuenta con medidas claras para actuar en contra de los riesgos.	Plan Correctivo ante la ocurrencia del riesgo.	Elaboración, socialización y aplicación del Plan.	Evaluación de la reducción de impactos de los riesgos con la aplicación de los planes descritos.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Oficina de Control Interno. FUNCIONARIO: Jefes de Oficina. FIRMA:				
P AF TH 12	SALUD OCUPACIONAL	No existen suministros, ni elementos de protección laboral	Accidentes de trabajo con ocurrencia de lesiones dentro del personal.	Programa de Salud Ocupacional.	Actualización y puesta en marcha del COPASO.	Adquisición y utilización de las debidas protecciones para el personal en sus áreas de trabajo.
		No existe cronograma de actividades de salud ocupacional	La entidad esta expuesta a la ocurrencia constante de accidentes de trabajo.	Programa de Salud Ocupacional.	Establecimiento y Cumplimiento de los Cronogramas específicos.	Evaluación de la reducción de impactos de los riesgos con la aplicación de los planes descritos.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				

P AF TH 13	ACCIDENTES DE TRABAJO	No se realiza el reporte oportuno y no se realiza el seguimiento al accidente de trabajo.	El efecto del accidente de trabajo es incontrolable y no se toman las medidas necesarias.	Protocolos del COPASO en el evento de accidentes de trabajo.	Elaboración y actualización de dicho protocolo con la asesoría de la ARP.	Seguimiento de los pasos del protocolo en la eventualidad de accidente de trabajo de manera oportuna y eficiente.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				
P AF RF 01	SELECCIÓN DE BIENES E INSUMOS Y SERVICIOS	No existen listados completos de necesidades de las áreas respectivas	Imposibilidad de atención integral al usuario en todos sus requerimientos.	Listados de necesidades por áreas.	Auditoría y actualización de los listados de necesidades.	Revisión de los listados vs los requerimientos periódicos de los usuarios.
		No existen estándares de calidad definidos en los insumos y materiales requeridos	Baja calidad en la atención al usuario.	Protocolos de Manejo de Medicamentos y materiales.	Auditoría y actualización de los protocolos de Manejo.	Revisión de los dichos protocolos según normatividad vigente.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				
P AF RF 02	PROGRAMACIÓN DE BIENES E INSUMOS Y SERVICIOS	No hay referentes de consumo promedio de materiales por áreas.	Imprecisión en las cantidades y calidades requeridas afectando la calidad en la atención al usuario.	Listados de necesidades por áreas.	Auditoría y actualización de los listados de necesidades.	Revisión de los listados vs los requerimientos periódicos de los usuarios.
		No existe Plan de Compras.	Retrasos en la programación y adquisición de bienes.	Normatividad del SICE.	Implementación del Plan de Compras.	Revisión y actualización del plan de compras según las compras

						realizadas en un determinado período de tiempo.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración FUNCIONARIO: Jefe de oficina FIRMA:				
P AF RF 03	ADQUISICIÓN DE BIENES E INSUMOS Y SERVICIOS	No existe un proceso de compra definido.	Perdida de recursos y compras realizadas sin el debido soporte.	Plan de Compras.	Elaboración y revisión periódica del plan de compras	Implementación del plan de compras institucional.
		No hay disponibilidad de recursos.	Desprovisión de las áreas y baja calidad en la atención de usuarios.	Presupuesto y ejecuciones presupuestales.	Revisión del presupuesto y ajuste del mismo según las ejecuciones presupuestales.	Provisionamiento de los rubros presupuestales respectivos mediante contracréditos.
		ÁREA RESPONSABLE: Farmacia y Almacén. FUNCIONARIO: Auxiliar Area Salud y/o Administrativo FIRMA:				
P AF RF 04	RECEPCIÓN DE BIENES E INSUMOS	Los pedidos recibidos no cumplen con las especificaciones requeridas.	Perdida de recursos y compras realizadas sin el debido soporte.	Registros de recibo y verificación de pedidos.	Valoración del incumplimiento	Rechazo o solicitud de corrección en la entrega del pedido.
		Los soportes no cumplen con los requisitos de ley.	Sanciones para los funcionarios e intitución	Registros de recibo y verificación de pedidos.	Valoración del incumplimiento	Rechazo o solicitud de corrección en la entrega del pedido.
		ÁREA RESPONSABLE: Farmacia y Almacén. FUNCIONARIO: Auxiliar Area Salud y/o Administrativo FIRMA:				
P AF RF 05	ALMACENAMIENTO	No se cuenta con los espacios adecuados para almacenamiento.	Pérdida y deterioro de materiales y medicamentos.	Protocolo del área.	Revisión y socialización del Protocolo.	Capacitación al personal vinculado.
		No hay claridad en los niveles mínimos de seguridad.	Pérdida y deterioro de materiales y medicamentos.	Normatividad vigente.	Revisión y socialización de la norma.	Capacitación al personal vinculado.

		El consumo es irregular y no permite definir las cantidades óptimas de pedido.	Desprovisión de las áreas y baja calidad en la atención de usuarios.	Listados de necesidades por áreas.	Actualización de los listados de necesidades.	Auditorias y retroalimentación con otras entidades periódicamente.
		ÁREA RESPONSABLE: Farmacia y Almacén. FUNCIONARIO: Auxiliar Area Salud y/o Administrativo FIRMA:				
P AF RF 06	DESPACHO DE BIENES E INSUMOS	Con frecuencia no existe la suficiente capacidad de despacho por inexistencia de materiales y suministros.	Desprovisión de las áreas y baja calidad en la atención de usuarios.	Registros de recibo y verificación de pedidos.	Definición de stock de seguridad	Mantener los niveles óptimos de stock de seguridad.
		Falta de recursos de la entidad para compra de necesidades.	Demandas y derechos de petición de los usuarios a la entidad.	Registros de recibo de quejas y reclamos.	Revisión de los recursos asignados vs los requerimientos periódicos.	Ajuste del presupuesto según asignación de recursos.
		Existencia de devoluciones frecuentes	Retrasos en la entrega de informes y pérdida de recursos para la entidad.	Registros de recibo y verificación de pedidos.	Revisión del nivel de devoluciones y sus causas.	Revisión y toma de decisiones en torno al listado de proveedores.
		ÁREA RESPONSABLE: Farmacia y Almacén. FUNCIONARIO: Auxiliar Area Salud y/o Administrativo FIRMA:				
P AF RF 07	ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIO	No se lleva el proceso de kardex ajustado a la norma	Las cifras del inventario no concuerdan con los inventarios físicos.	Kardex del área	Revisión y auditoria en los registros del Kardex.	Actualización y ajuste de dichos registros.
		El proceso no esta sistematizado.	Perdida de recursos por materiales y suministros.	Sistema de facturación	Evalución de la utilización de dicho sistema.	Capacitación del funcionario del área.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Almacén. FUNCIONARIO: Jefe de Oficina y Aux.				

		Administrativo. FIRMA:				
P AF RF 08	REALIZACIÓN DE INVENTARIO	No se realiza inventario con periodicidad requerida	Las cifras del inventario no concuerdan con los inventarios físicos.	Kardex del área	Revisión y auditoria en los registros del Kardex.	Actualización y ajuste de dichos registros.
		Se encuentran gran cantidad de inconsistencias	Perdida de recursos por materiales y suministros.	Sistema de facturación	Evalución de la utilización de dicho sistema.	Capacitación del funcionario del área.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Almacén. FUNCIONARIO: Jefe de Oficina y Aux. Administrativo. FIRMA:				
P AF RF 09	BAJAS	No se realiza el proceso de bajas de acuerdo a normatividad vigente	Inventarios sobreestimados y sobrecostos de almacenamiento.	Inventarios actuales registrados contablemente.	Evaluación y auditoría del inventario.	Ajuste y corrección de dicho registro.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Almacén. FUNCIONARIO: Jefe de Oficina y Aux. Administrativo. FIRMA:				
P AF RF 10	EVALUACIÓN Y CONTROL DE SUMINISTROS	No se realiza seguimiento a la programación, ejecución y consumo por áreas y no se verifica contra el plan de compras.	Desprovisión de las áreas y baja calidad en la atención de usuarios.	Registros de recibo y verificación de pedidos.	Definición de stock de seguridad	Mantener los niveles óptimos de stock de seguridad.
		Los proveedores incumplen con los plazos de entrega pactados.	Demandas y derechos de petición de los usuarios a la entidad.	Registros de recibo de quejas y reclamos.	Revisión de los recursos asignados vs los requerimientos periódicos.	Ajuste del presupuesto según asignación de recursos.
		No se mantienen las reservas suficientes por falta de recursos de la entidad.	Desprovisión de las áreas y baja calidad en la atención de usuarios.	Presupuesto y ejecuciones presupuestales.	Revisión del presupuesto y ajuste del mismo según las ejecuciones presupuestales.	Provisionamiento de los rubros presupuestales respectivos mediante contracréditos.

		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Almacén. FUNCIONARIO: Jefe de Oficina y Aux. Administrativo. FIRMA:				
P AF RF 11	EVALUACIÓN Y CONTROL DE SERV. BASICOS Y MTO	No se tiene un record establecido de las necesidades de mantenimiento en la institución por periódos de tiempo.	Baja disponiblidad de vehículos y equipos para el servicio	Registros de Mantenimiento de vehículos y equipos.	Revisión y evaluación de dichos registros.	Diagnóstico y plan de acción.
		No se cuenta con plan de mantenimiento.	Sobrecostos en el mantenimiento general	Plan de Mantenimiento.	Elaboración y actualización del Plan de Mantemiento.	Desarrollo y seguimiento del cronograma del Plan de Mantenimiento.
		No se realiza el debido control en las áreas sobre el mantenimiento preventivo y correctivo.	No se garantiza el servicio constante e integral al usuario.	Hojas de vida de equipos y vehículos.	Revisión y evaluación de dichos registros.	Ejecución del plan de mantenimiento y registro en las Hojas de Vida de equipos y vehículos.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Mantenimiento. FUNCIONARIO: Jefe de Oficina y Operario. FIRMA:				
P AF FR 12	PROGRAMACIÓN DE MANTENIMIENTO	No se verifica a tiempo la necesidad de mantenimiento.	Baja disponiblidad de vehículos y equipos para el servicio	Registros de Mantenimiento de vehículos y equipos.	Revisión y evaluación de dichos registros.	Diagnóstico y plan de acción.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Mantenimiento. FUNCIONARIO: Jefe de Oficina y Operario. FIRMA:				
P AF FR 13	ATENCIÓN A REQUERIMIENTOS DE MANTENIMIENTO	Existen retrasos en la atención del requerimiento de mantenimiento.	Baja disponiblidad de vehículos y equipos para el servicio	Registros de Mantenimiento de vehículos y equipos.	Revisión y evaluación de dichos registros.	Diagnóstico y plan de acción.
		El proveedor del servicio o materiales necesarios no cumple con los plazos	Sobrecostos en el mantenimiento general	Plan de Mantenimiento.	Elaboración y actualización del Plan de Mantemiento.	Desarrollo y seguimiento del cronograma del Plan de

		pactados y/o requeridos.				Mantenimiento.
		ÁREA RESPONSABLE: Administración y Mantenimiento. FUNCIONARIO: Jefe de Oficina y Operario. FIRMA:				
P AF GI 01	IMAGEN INSTITUCIONAL	No se ha definido claramente el slogan de la entidad y su logotipo distintivo.	Nivel de imagen bajo ante el usuario.	Relaciones con los medios de comunicación.	Fortalecimiento de dichas relaciones.	Asesoría en imagen institucional.
		La misión y la visión de la institución no ha sido socializada interna y externamente y no es congruente con los objetivos misionales desarrollados con el usuario.	Desviación de recursos y gestiones en actividades que no concuerdan con los objetivos misionales de la Institución.	Misión, Visión y Objetivos Institucionales.	Revisión de dichos criterios y ajuste de las actividades diarias en los programas de mejoramiento institucionales.	Seguimiento y evaluación a los programas de mejoramiento institucionales.
		ÁREA RESPONSABLE: Dirección Estratégica FUNCIONARIO: Gerencia. FIRMA:				
P AF GI 02	MANEJO DE CORRESPONDENCIA	Perdida de información al realizar el proceso de envío y recibo de correspondencia.	Retraso de las gestiones institucionales.	Libro de correspondencia.	Control documental según recomendaciones del archivo general de la Nación.	Implementación de dichas recomendaciones.
		Retrasos en la entrega de la correspondencia a nivel interno y externo.	Incumplimiento de los requerimientos de los organismos de control y sanciones para la Institución.	Libro de correspondencia.	Control documental según recomendaciones del archivo general de la Nación.	Implementación de dichas recomendaciones.
		ÁREA RESPONSABLE: Archivo FUNCIONARIO: Auxiliar Administrativo. FIRMA:				

P AF GI 03	MANEJO DEL ARCHIVO GENERAL	Perdida de documentación en el manejo del archivo institucional.	Reducida confiabilidad del archivo de la institución para toma de decisiones.	Normatividad vigente	Implementación y seguimiento de la normatividad.	Ajuste del proceso de archivo.
		No existe confidencialidad en el manejo de las informaciones institucionales y de los usuarios.	Incumplimiento de los requerimientos de los organismos de control y sanciones para la Institución.	Sistema de archivo	Evalución del recurso utilizado y el requerido.	Ajuste del proceso de archivo.
		El archivo de la documentación no se realiza debidamente según normatividad.	Incumplimiento de los requerimientos de los organismos de control y sanciones para la Institución.	Proceso de Archivo	Control de fallas en el proceso.	Capacitación del funcionario del área.
		ÁREA RESPONSABLE: Archivo FUNCIONARIO: Auxiliar Administrativo. FIRMA:				
P AF GI 04	MANEJO DE ARCHIVO CLÍNICO	Perdida de documentación en el manejo del archivo institucional.	Reducida confiabilidad del archivo de la institución para toma de decisiones.	Normatividad vigente	Implementación y seguimiento de la normatividad.	Ajuste del proceso de archivo.
		No existe confidencialidad en el manejo de las informaciones institucionales y de los usuarios.	Incumplimiento de los requerimientos de los organismos de control y sanciones para la Institución.	Sistema de archivo	Evalución del recurso utilizado y el requerido.	Ajuste del proceso de archivo.
		El archivo de las historias clínicas no se realiza debidamente según normatividad.	Incumplimiento de los requerimientos de los organismos de control y sanciones para la Institución.	Proceso de Archivo	Control de fallas en el proceso.	Capacitación del funcionario del área.

		No se realiza el informe de indicadores.	Bajo nivel de evaluación en la gestión Institucional.	Indicadores	Implementación de los indicadores respectivos	Seguimiento y evaluación a los programas de mejoramiento institucionales.
		ÁREA RESPONSABLE: Archivo FUNCIONARIO: Auxiliar Administrativo. FIRMA:				
P AF GI 05	SIAU	Deficiente disponibilidad en el recibo de las quejas y sugerencias.	Baja retroalimentación con el usuario del desempeño Institucional.	Actas para recibo de quejas y reclamos.	Seguimiento a dichas actas.	Acciones correctivas y solución a las quejas.
		No se da trámite a la queja, ni se hace seguimiento.	Inconformismo por parte del usuario y baja en el nivel de imagen de la Institución.	Informe de la oficina SIAU.	Seguimiento y revisión del informe.	Acciones correctivas y solución a las quejas.
		ÁREA RESPONSABLE: SIAU FUNCIONARIO: Jefe del Area FIRMA:				
P AF GI 06	GENERACIÓN Y EVALUACIÓN DE INDICADORES	No se elabora procesamiento de información estableciendo indicadores.	Baja retroalimentación del desempeño Institucional.	Indicadores	Establecimiento y evaluación de indicadores.	Accione Correctivas.
		No se reportan los informes solicitados por los entes competentes.	Sanciones para los funcionarios e intitución	Informes respectivos	Cumplimiento en los plazos para la entrega de informes.	Evaluación y seguimiento del área.
		ÁREA RESPONSABLE: Dirección Estratégica FUNCIONARIO: Gerencia. FIRMA:				
P AF SI 02	ATENCIÓN Y REQUERIMIENTOS DE SISTEMAS	Se recibe los requerimientos con retrasos.	Dificultades en el desarrollo de la gestión del área respectiva y parálisis de actividades.	Solicitudes de los requerimientos.	Asesor de Sistemas.	Implementación de asesoría permanente y dinámica.

		No se da trámite oportuno al requerimiento.	Dificultades en el desarrollo de la gestión del área respectiva y parálisis de actividades.	Desarrollo del requerimiento.	Asesor de Sistemas.	Evaluación y seguimiento del área.
		ÁREA RESPONSABLE: Gestión de Información. Sistemas.		FIRMA:	FUNCIONARIO: Ingeniero de	

ANEXO S. MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS

E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER
MAPA DE RIESGOS VIGENCIA 2010-2011

TODOS LOS PROCESOS												
No.	**PROCESO**	**RIESGO**	**IMPACTO (CONSECUENCIA)**	**PROBALIDAD**	**EVALUACION DEL RIESGO**	**CONTROLES EXISTENTES**	**VALORACION DEL RIESGO**	**OPCIONES DE MANEJO**	**ACCIONES**	**RESPONSABLES**	**CRONOGRAMA**	**INDICADOR**
1	TODOS LOS PROCESOS	Pérdida de archivos	Catastrofico	Alta	60	Registro de salida de Historias clinicas- Libro radicador de prestamo de documentos	40	Dispersar	Organizar el Archivo Ampliación del área física	Estadistica Subdireccion Cientifica y Archivo	Primer trimestre de 2008 Permanente	Archivo organizado Área física ampliada Documentos microfilmados
2	TODOS LOS PROCESOS	Infección virus informático	Catastrofico	Alta	60	Antivirus_ Bloqueo de Paginas de Internet- Restricción de usuarios- Back up de información	20	Reducir	Control de acceso a Internet Mantenimiento preventivo Control de programas innecesarios	Sistemas y Subdirección Administrativa	Permanente	Accesos controlados Mantenimiento efectuado Control de programas
3	TODOS LOS PROCESOS	Enfermedades laborales	Moderado	Alta	30	Utilización de elementos de Bioseguridad- Charlas informativas	20	Reducir	Capacitación en el manejo de desechos y utilización de elementos de Bioseguridad	Talento Humano- Salud Ocupacional- ingeniero ambiental	Permanente	Nº de funcionarios capacitados / Total de funcionarios

									d			
4	TODOS LOS PROCESOS	Interrupción fluido eléctrico	Moderado	Alta	30	Unidades UPS	30	Dispersar	Seguros para los equipos Sebestación eléctrica propia	Director - Subdirección Administrativa	segundo semestre 2008 Permanente	Seguros instalados Planta adquirida
5	TODOS LOS PROCESOS	Explosión Tanque Oxigeno.	Catastrofico	Alta	60	Inspecciones visuales	60	Reducir	solicitar concepto tecnico de Tanque oxigeno a GIA Ltda	Subdirección Administrativa y Lider de Recursos Complementarios	primer trimestre de 2008	Concepto tecnico de Tanque oxigeno
6	TODOS LOS PROCESOS	Contaminación, humedad, corto circuito.	Moderado	Media	20	Mantenimiento del area fisica y de la parte electrica	0	Reducir	Mantenimiento de la parte electrica	Lider recursos fisicos (Mantenimiento)	primer trimestre de 2008	Matenimiento correctivo efectuado
7	TODOS LOS PROCESOS	Daño equipos de computo	Moderado	Media	20	Compra de estabilizadores - Mantenimiento Preventivo y correctivo de equipos de computo	20	Reducir	Contratación de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de computo	Subdirección Administrativa e Ingeniero de Sistemas	primer semestre de 2008	Contrato celebrado
8	TODOS LOS PROCESOS	Pérdida de documentos e implementos de oficina	Moderado	Alta	30	Inventarios periódico- Control por parte de vigilancia	15	Reducir	Almacenamiento con seguridad apropiada	Coord. de Area y Jefe de Almacén	primer trimestre de 2008	Seguridad aplicada
9	TODOS LOS PROCESOS	Falta de conocimiento y claridad en la normatividad relacionada con el control	Moderado	Alta	30	Capacitaciones	30	Asumir	Continuar con las conferencias a todo el personal	Coordinador Oficina de Control Interno	Permanente	Nº de funcionarios capacitados / Total de funcionarios

		interno										
TODOS LOS PROCESOS												
No.	**PROCESO**	**RIESGO**	**IMPACTO (CONSECUENCIA)**	**PROBALIDAD**	**EVALUACION DEL RIESGO**	**CONTROLES EXISTENTES**	**VALORACION DEL RIESGO**	**OPCIONES DE MANEJO**	**ACCIONES**	**RESPONSABLES**	**CRONOGRAMA**	**INDICADOR**
10	MEJORAMIENTO CONTINUO	Escasa cobertura en la verificacion y evaluacion del sistema de control interno	Moderado	Alta	30	Plan de evaluación	30	Reducir	Reforzar a Control Interno con Personal	Director - Subdirector Administrativo	Primer semestre 2008	Personal contratado
11	TODOS LOS PROCESOS	Incumplimiento de metas propuestas	Moderado	Media	20	POA	30	Asumir	Socializacion de la Plataforma estrategica	Planeación	Permanente	Nº de funcionarios Soc. / Total de funcionarios
12	TODOS LOS PROCESOS	Enfermedad por vectores en áreas de almacenamiento	Moderado	Alta	30	Utilizacion de toldillos para los pacientes-Fumigación-Clasificación de Basuras	20	Evitar	Crear ruta de evacuación de basura Definir proceso de recolección de de desechos	Saneamiento Ing ambiental - Mantenimiento y Recursos Fisicos	Permanente	Ruta creada Proceso adoptado
13	TODOS LOS PROCESOS	Accidente de ambulancia	Moderado	Alta	30	Mantenimiento de los Vehiculos	30	Dispersar	Toma de seguros para los vehículos	Talento Humano Recursos Fisicos y Subdirección Administrativa	Permanente	Pólizas adquiridas

									Capacitación a conductores			Nº de conductores capacitados / Nº de conductores vinculados
14	TODOS LOS PROCESOS	Atención inadecuada del paciente	Moderado	Media	20	Encuestas de satisfaccion del cliente-Buzon de quejas y reclamos	20	Reducir	Capacitación sobre atención al cliente	Coordinadores de Area Asistencial	Mensual y permanente	Nº de funcionarios capacitados / Total de funcionarios
									Montar indicadores de atención al cliente			Indicadores adoptados
15	TODOS LOS PROCESOS	Pérdida de equipos y elementos	Moderado	Media	20	Vigilancia	20	Dispersar	Polizas de seguros	Subdirección Administrativa	Permanente	Pólizas adquiridas
16	TODOS LOS PROCESOS	Deterioro de la imagen institucional.	Moderado	Alta	30	Promocion a los servicios-Alimentacion pagina web-Cultura organizacional - Aplicación de planes de Bienestar social	20	Evitar	Inculcar la alimentacion de la Pagina web a los funcionarios	Dirección-Sudireccion Cientifica y Administrativa - Talento Humano	Permanente	Nº de funcionarios que reciben instrucciones / Total funcionarios
									Realizar jornadas de difusion del hospital			Jornadas realizadas / Jornadas programadas
17	TODOS LOS PROCESOS	Incumplimiento de objetivos y metas propuestas	Moderado	Media	20	control interno	30	Asumir	Socializacion de los planes y programas	Planeación	Permanente	Nº de funcionarios Soc. / Total de funcionarios

18	TODOS LOS PROCESOS	Demora en el egreso del usuario.	Moderado	Alta	30	Procesos y procedimientos- Comité de ética medica-	20	Reducir y Evitar	Mejorar procesos de atención	Coord. de Area - Trabajadores sociales - Sistema de Calidad - SIAU	Permanente	Procesos de atención mejorados

PROCESOS MISIONALES O ASISTENCIALES

No.	PROCESO	RIESGO	IMPACTO (CONSECUENCIA)	PROBALIDAD	EVALUACION DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
1	PROCESOS MISIONALES	Congestión del servicio por evento catastrófico	Catastrofico	Media	40	Plan de emergencia	40	Reducir	Socializacion del plan de emergencia	Coordinador urgencias Coordinador de Enfermeria Subdirección cientifica- CLOPAD	Cada cuatro meses	Plan socializado
									Disponer de elementos necesarios para el plan			Elementos comprados
2	PROCESOS MISIONALES	Suministro inadecuado de medicamentos	Catastrofico	Alta	60		40	Evitar	Planeación participativa de las compras	Coord. de Area y Director	Cada seis meses	Áreas participantes
									Fortalecimietno del SIAU			SIAU fortalecido
3	PROCESOS MISIONALES	Entrega de componentes sanguíneos equivocados	Catastrofico	Baja	20		20	Reducir	Verificación de componentes	Coordinadores de Area	Permanente	Componentes verificados
4	PROCESOS MISIONALES	Contaminacion de teteros y alimentos del recien nacido.	Catastrofico	Media	40	Esterilización	40	Reducir	Supervisión de teteros y alimentos	Coordinador de Area y auxiliares enfermeria	Permanente	Supervisión efectuada

5	PROCESOS MISIONALES	Riesgo de contaminacion de NPT(Nutricion parentenal)	Catastrofico	Media	40	Uso de batas-Normas de bioseguridad	20	Reducir	Capacitación en contaminación	Coordinadores de Area	Permanente	Nº de funcionarios capacitados / Total funcionarios
6	PROCESOS MISIONALES	Medicamentos agotados.	Moderado	Alta	30	Planeacion-Inventarios y Vigilancia en suministros	20	Asumir	Kárdex mensual Supervisión semestral Estudio de conveniencia y oportunidad	Subdireccion Cientifica Planeación Control Interno Farmacia	Primer semestre de 2008	Kárdex actualizado Supervisión efectuada Estudio realizado
7	PROCESOS MISIONALES	Iatrogenia	Moderado	Alta	30	Uso de elementos de proteccion personal-Desinfección de areas y Aislamiento de areas	30	Asumir	Jornadas de aseo y desinfeccion Compra de elementos de protección Áreas de aislamiento y reubicación de áreas	Subdireccion Administrativa y Cientifica y Coord. Area	Primer semestre de 2008	Jornadas realizadas / Jornadas programadas Elementos comprados Áreas definidas, áreas reubicadas
8	PROCESOS MISIONALES	Aumento de la morbimortalidad del usuario o paciente.	Catastrofico	Media	40	Implementacion y socializacion de manual de procesos y procedimientos-Brigadas-Jornadas de capacitacion	30	Reducir y Evitar	Detectar tempranamente alteraciones vitales que eleven la morbimortalidad Segumiento a los riesgos Resol. 1043	Subdireccion Cientifica-CoordinadoresPersonal Area Clinica Epidemiologia	Permanente	Detección de alteraciones Seguimiento efectuado

									Incrementar las capacitaciones			Capacitación realizada

PROCESOS MISIONALES O ASISTENCIALES

No.	PROCESO	RIESGO	IMPACTO (CONSECUENCIA)	PROBALIDAD	EVALUACION DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
9	PROCESOS MISIONALES	Fecha de vencimiento de los reactivos	Catastrófico	Media	40	Lectura de fechas	30	Reducir y Evitar	Seguimiento a las fechas	Coordinador de laboratorio - Sub. Científica	Permanente	Seguimiento realizado
10	PROCESOS MISIONALES	Neumonía asociada a la ventilación mecánica.	Catastrófico	Media	40	Seguimiento al procedimiento	30	Reducir	Control al procedimiento	Subdirector Científico Coord. de Area	Permanente	Control efectuado
11	PROCESOS MISIONALES	Cumplimiento parcial del tratamiento medico en los pacientes graves.	Catastrófico	Media	40	Asistencia clínica y seguimiento al paciente	30	Evitar	Seguimiento y control a cada paciente	Coord. de Area y Médico tratante	Permanente	Control y seguimiento efectuados
12	PROCESOS MISIONALES	No administración completa y oportuna de medicamentos.	Moderado	Alta	30	Comité de compras- Control Interno- Oportunidad en las solicitudes- Supervision de los jefes de area de cada servicio	20	Evitar	Compra de medicamentos de acuerdo a Planeación Control de stock mínimos	Subdireccion Cientifica y Administrativa- Farmacia y Coordinadores de Area	Permanente	Plan de compras Control efectuado

PROCESOS DE APOYO

No.	PROCESO	RIESGO	IMPACTO (CONSECUENCIA)	PROBALIDAD	EVALUACION DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR

1	GESTION AMBIENTAL	Contaminación Ambiental.	Catastrofico	Media	40	Capacitaciones y Programas de salud ocupacional	60	Evitar y Asumir	Programas de fomento al cuidado del medio ambiente	Salud Ocupacional e Ingeniero de manejo de residuos hospitalarios	Permanente	Programas realizados / Programas proyectados
2	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Ausentismo laboral	Moderado	Alta	30	Planilla de control de ausentismo del personal	30	Evitar	Realizar diagnostico para determinar las causas e implementar las acciones de control	Salud Ocupacional, Coordinadores de Area y Talento Humano	Permanente	Diagnóstico realizado
									Capacitación en aplicación autocontrol			Capacitación efectuada
									Reglamento Interno de Trabajo			Reglamento aplicado
3	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Deficit en el nivel de conocimiento del personal vocacional asistencial vinculado	Catastrofico	Alta	60	Capacitacion al personal	40	Evitar	Fortalecer la informacion continua y actualizada en el area clinica	Subdirección Cientifica-Coordinadores area - Talento Humano	Permanente	Nº de funcionarios capacitados / Nº de funcionarios convocados
									Inducción al trabajo			Nº de funcionarios inducidos / Nº de funcionarios vinculados
4	GESTION FINANCIERA	Egresos sin legalizar	Moderado	Media	20	Revision a final de cada periodo de la facturación	20	Evitar	Verificar situación financiera de los	Coord. de Area involucrados-Facturacion-Cartera-Juridica	Permanente	Situación financiera verificada

									pacientes	y Trabajo Social		
									Hacer cobro de los pagarés			Pagarés cobrados / Total de pagarés
5	GESTION FINANCIERA	Retraso en la presentación de cuentas	Leve	Media	10	Cronogramas establecidos	10	Reducir	Establecer tiempos de entrega de la informacion en todas las fases del proceso	Facturacion, auxiliares de facturacion, auditores, Coord. de Area	Mensual y permanente	Tiempo estándar
6	GESTION CONTABLE Y FINANCIERA	Falta de liquidez	Catastrofico	Alta	60	Elaboracion de procesos y estrategias de cobro	30	Reducir	Ejecutar cobros coactivos y persuasivos	Facturacion, Tecnicos de cartera y juridica	primer trimestre de 2008	Cobros efectuados
7	GESTION FINANCIERA	Estados financieros mal auditados	Moderado	Baja	10	revisor fiscal y control interno	10	Reducir	Realizar cruce de información financiera entre oficinas	Lider Financiera, Contador, tesoreria, cartera y facturación	Mensual y permanente	Cruce efectuado

control interno

No.	PROCESO	RIESGO	IMPACTO (CONSECUENCIA)	PROBALIDAD	EVALUACION DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
8	GESTION JURIDICA	Demora injustificada en la recepción de las minutas.	Moderado	Media	20	Minuta	20	Evitar	Programas de tiempo de entrega de las minutas y los contratos	Coord. de Area y Juridica	Cada vez que llegue una minuta	Tiempo estándar

9	GESTION JURIDICA	Demora en las observaciones del área científica en cuanto a los contratos.	Moderado	Media	20	Contratos, observaciones	20	Evitar	Establecer tiempos de entrega en cuanto a las minutas estudiadas	Juridica	Cada vez que llegue una minuta	Tiempo estándar
10	GESTION RECURSOS BIOMEDICOS	Pérdida o deterioro de equipos biomédicos.	Moderado	Media	20	Hoja de vida del equipo	20	Reucir y evitar	Planes de mantenimiento preventivo	Ingeniero Biomedico y Coord. de Recursos Fisicos	Anual	Nº de planes efectuados / Nº de planes proyectados

ANEXO T. PROCESO REMISIÓN

REMISIÓN DE PACIENTES

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **YERITZA JULIANA PINZON** **MAVID ANDREA CONTRERAS** **GABRIEL MANRIQUE**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETO.....3

2. ALCANCE.....3

3. DEFINICIONES.....3

4. NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES GENERALES.....4

6. CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO GRAMA.....6

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....7

9. ANEXOS.....7

1. OBJETO

Describir y estandarizar la serie de pasos a seguir para definir de acuerdo a las necesidades del paciente y disponibilidad institucional, remitir al paciente para el manejo del mismo en condiciones óptimas que permitan estabilizar al paciente.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el Profesional SSO, Médico General y Auxiliar Área de la Salud (Auxiliar de Enfermería) cada vez que se requiera enviar al paciente para su atención a otra institución con indicación clara de diagnóstico definitivo, tratamiento realizado y conducta para seguir, garantizando el cumplimiento de los requisitos administrativos. Inicia desde la orden de remisión y finaliza con la recepción de la HC junto con el paciente para el traslado e indicaciones de enfermería al responsable.

3. DEFINICIONES

3.1 TRIAGE
Procedimiento de verificación de las condiciones iniciales del paciente y reanimación o aplicación de primeros auxilios de ser necesario.

3.2 HISTORIA CLÍNICA
Registro donde se especifica los datos del paciente y el desarrollo de los procedimientos realizados en el área respectiva.

3.3 CONDUCTAS
Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

3.4 OPORTUNIDAD
Garantía al usuario o paciente que ingresa al servicio de urgencias de su condición vital y evolución positiva de su salud a tiempo y sin comprometer aspectos adicionales de su condición física.

3.5 PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.6 REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004.
Ley 594 de 2000.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 TIPOS DE TRIAGE

Reanimación
Primeros Auxilios
Atención Básica

5.2 TIPOS DE CONDUCTAS

Observación
Tratamientos
Ordenes Médicas
Procedimientos Médicos
Egreso Efectivo
Remisión
Hospitalización

5.3 RESPONSABILIDADES

El Profesional Médico y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento, así como el personal de caja y Conductor de Ambulancia.

5.4 LISTADO DE REGISTROS

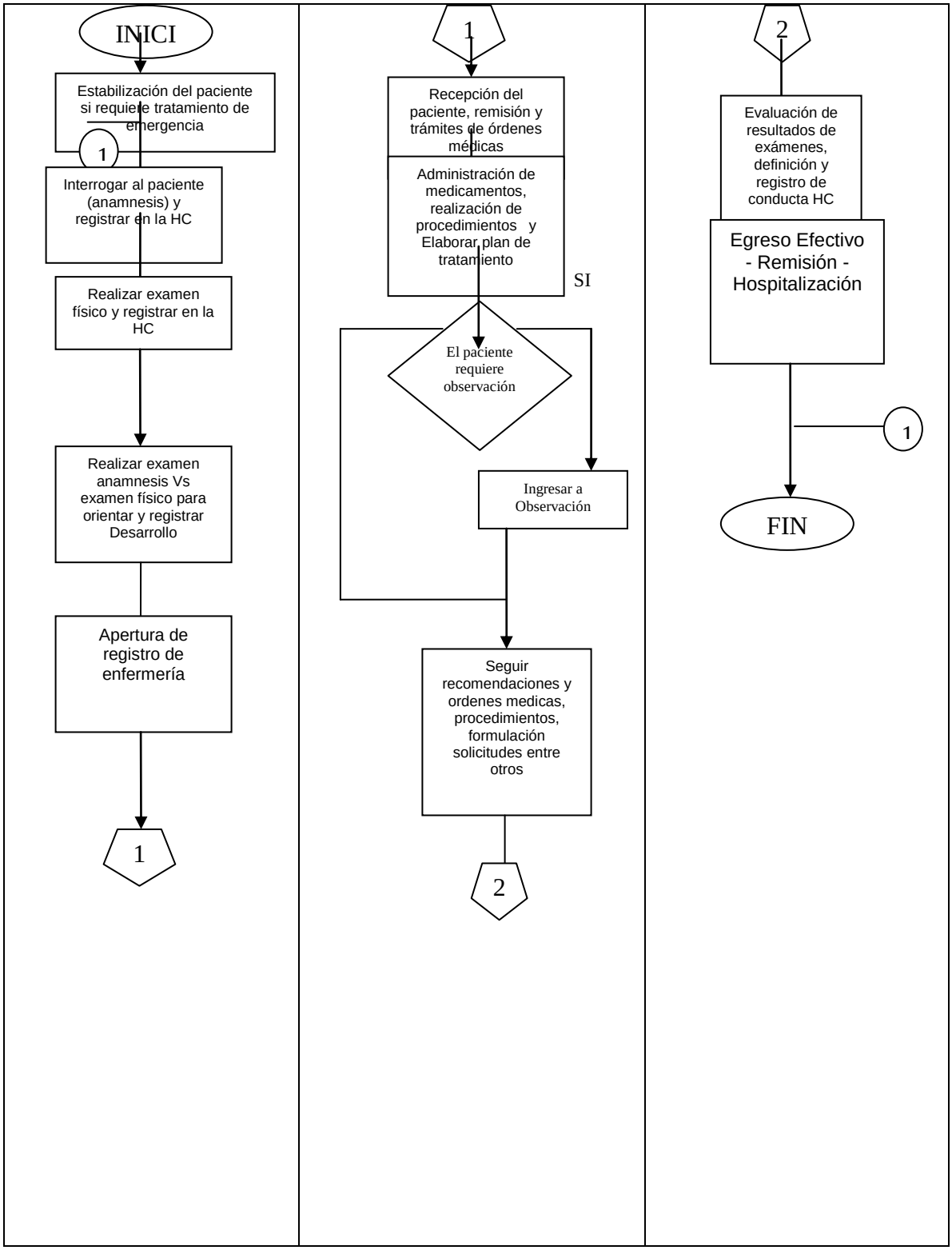
- Orden Médica
- Historia Clínica de Urgencias
- Soporte de Traslado
- Servicio de Ambulancia

5.5 RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Se realiza en la oficina de caja por el funcionario de Turno de la respectiva dependencia.

6. CONTENIDO

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA	URGENCIAS	1. Estabilización del paciente si requiere tratamiento de emergencia (Triage) 2. Interrogar al paciente (anamnesis) y registrar en la HC 3. Realizar examen físico y registrar en la HC 4. Realizar examen anamnesis Vs examen físico para orientar y registrar Desarrollo 5. Apertura de registro de enfermería 6. Entregar al paciente al Profesional Médico 7. Seguir recomendaciones y ordenes medicas, procedimientos, formulación solicitudes entre otros
2	PROFESIONAL MÉDICO	URGENCIAS	Recepción del paciente, remisión y tramites de ordenes médicas
3	PROFESIONAL MÉDICO	URGENCIAS	Administración de medicamentos y realización de procedimientos
4	PROFESIONAL MÉDICO	URGENCIAS	Elaborar plan de tratamiento
5	PROFESIONAL MÉDICO	URGENCIAS	Evaluación de resultados de exámenes, definición y registro de conducta HC
6	PROFESIONAL MÉDICO	URGENCIAS	Egreso Efectivo - Remisión - Observación - Hospitalización


INICI
Estabilización del paciente si requiere tratamiento de emergencia
1
Interrogar al paciente (anamnesis) y registrar en la HC
Realizar examen físico y registrar en la HC
Realizar examen anamnesis Vs examen físico para orientar y registrar Desarrollo
Apertura de registro de enfermería
1
1
Recepción del paciente, remisión y trámites de órdenes médicas
Administración de medicamentos, realización de procedimientos y Elaborar plan de tratamiento
SI
El paciente requiere observación
Ingresar a Observación
Seguir recomendaciones y ordenes medicas, procedimientos, formulación solicitudes entre otros
2
2
Evaluación de resultados de exámenes, definición y registro de conducta HC
Egreso Efectivo - Remisión - Hospitalización
1
FIN

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8.1 NTCGP – 1000:2004 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
8.2 Procedimientos que intervienen como conductas

9. ANEXOS

No aplica

ANEXO U. PROCESO RAYOS X.



ATENCIÓN AL USUARIO EN RAYOS X

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **GABRIEL E. MANRIQUE**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1.
OBJETO.....3

2.
ALCANCE.....3

3.
DEFINICIONES.....3

4.
NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES
GENERALES..... 4

6.
CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO
GRAMA..... 6

8. DOCUMENTOS DE
REFERENCIA..... 7

9.
ANEXOS.....7

1. OBJETO

Este procedimiento tiene por objeto, definir los pasos a seguir para la solicitud de realización de Exámenes de Rayos X para la orientación en el diagnóstico, tratamiento y control del usuario o paciente.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el personal de enfermería de turno cada vez que se realiza una solicitud de exámen de Rayos X requerido por el personal médico para el cumplimiento de sus funciones. Comprende desde que se genera la orden, hasta la comunicación y archivo de los resultados al personal médico tratante, buscando garantizar el cumplimiento y oportunidad del mismo según reglamentación para la consulta y definición de conducta del equipo de salud.

3. DEFINICIONES

3.1 CONDUCTAS
Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

3.2 OPORTUNIDAD
Garantía al usuario o paciente que ingresa al Servicio de Rayos X de su condición vital y evolución positiva de su salud a tiempo y sin comprometer aspectos adicionales de su condición física.

3.3 PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.4 REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 TIPOS DE EXAMEN Y RECOMENDACIONES PARTICULARES

5.3 TIPOS DE INFORMES PRESENTADOS

5.4 RESPONSABILIDADES

El Profesional Médico y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento.

5.5 LISTADO DE REGISTROS

- Orden Médica
- Placas Tomadas.
- Planilla de Registro y Control de Insumos
- Informes Mensuales de Exámenes

5.6 RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Se realiza en la oficina de caja por el funcionario de Turno de la respectiva dependencia.

6. CONTENIDO

No	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE RAYOS X	RAYOS X	• Recepción de pacientes y orden médica. • Revisión y tramite de orden médica • Interpretación y conducta a seguir • Indicaciones al usuario según examen y dar orientación en cuanto a información y procedimientos, a los pacientes de estudios de Rayos X que requieran previa preparación. • Preparación de medios de contraste para prácticas y pruebas específicas con la asesoría y supervisión de un profesional en salud. (Especialista). • Participar en el proceso de estudios radiográficos. • Revelar películas y preparar los líquidos necesarios para el procesamiento de placas
2	PROFESIONAL EN SALUD	ÁREA SOLICITANTE	Expedición de orden médica
3	PROFESIONAL EN SALUD	RAYOS X	Asesoría y supervisión de todo el proceso realizado por el Auxiliar o Técnico.
4	PROFESIONAL EN SALUD	ÁREA SOLICITANTE	Recepción y evaluación de resultados y conducta a seguir.

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8.1 NTCGP – 1000:2004 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
8.2 Procedimientos que intervienen como conductas

9. ANEXOS

No aplica

ANEXO V. PROCESO RAYOS X-1



ATENCIÓN AL USUARIO EN RAYOS X

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **GABRIEL E. MANRIQUE**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1.
OBJETO.....3

2.
ALCANCE.....3

3.
DEFINICIONES.....3

4.
NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES GENERALES.....4

6. CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO GRAMA.....6

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....7

9. ANEXOS.....7

1. OBJETO

Este procedimiento tiene por objeto, definir los pasos a seguir para la solicitud de realización de Exámenes de Rayos X para la orientación en el diagnóstico, tratamiento y control del usuario o paciente.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el personal de enfermería de turno cada vez que se realiza una solicitud de exámen de Rayos X requerido por el personal médico para el cumplimiento de sus funciones. Comprende desde que se genera la orden, hasta la comunicación y archivo de los resultados al personal médico tratante, buscando garantizar el cumplimiento y oportunidad del mismo según reglamentación para la consulta y definición de conducta del equipo de salud.

3. DEFINICIONES

3.1 CONDUCTAS
Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

3.2 OPORTUNIDAD
Garantía al usuario o paciente que ingresa al Servicio de Rayos X de su condición vital y evolución positiva de su salud a tiempo y sin comprometer aspectos adicionales de su condición física.

3.3 PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.4 REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 TIPOS DE EXAMEN Y RECOMENDACIONES PARTICULARES

5.3 TIPOS DE INFORMES PRESENTADOS

5.4 RESPONSABILIDADES

El Profesional Médico y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento.

5.5 LISTADO DE REGISTROS

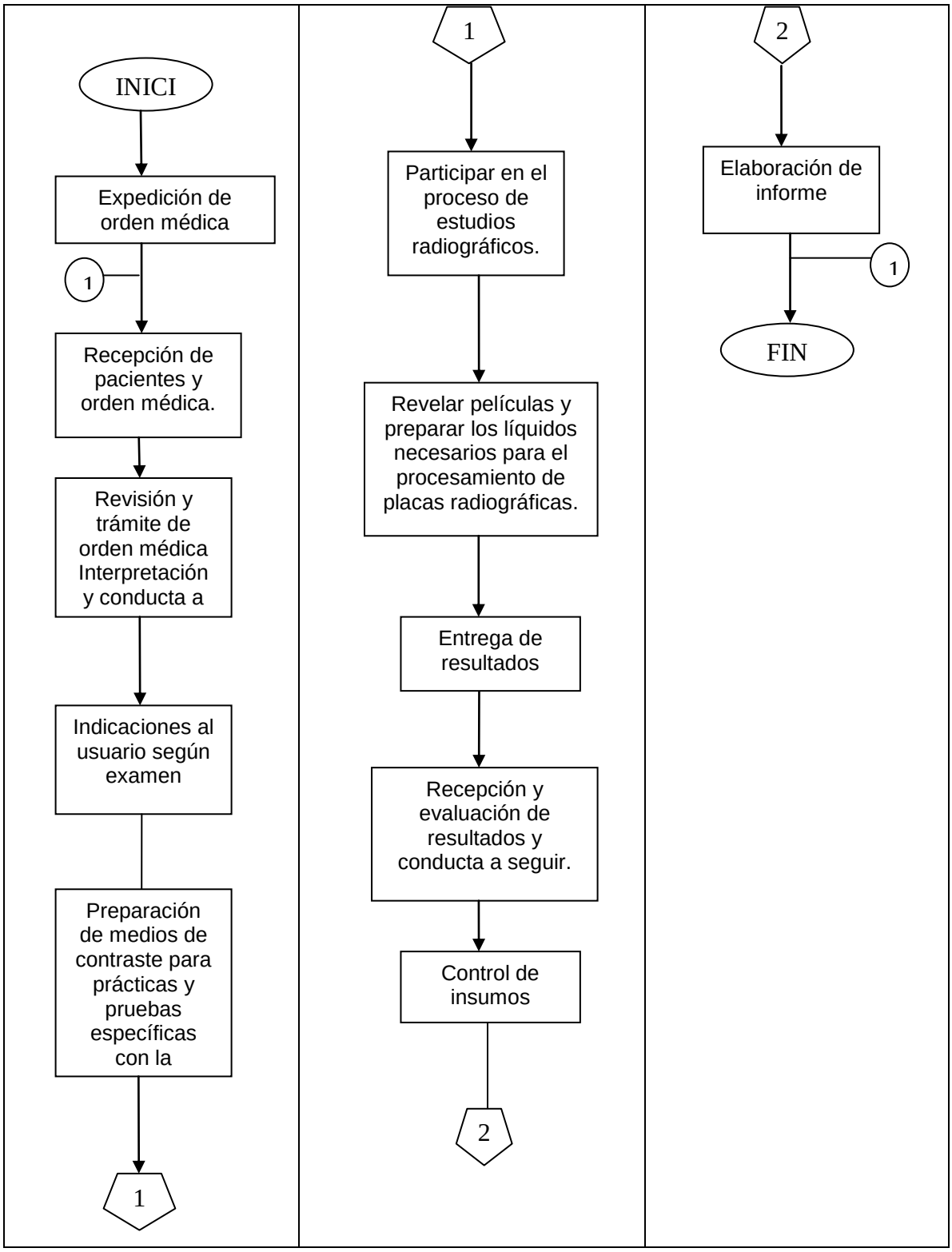
- Orden Médica
- Placas Tomadas.
- Planilla de Registro y Control de Insumos
- Informes Mensuales de Exámenes

5.6 RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Se realiza en la oficina de caja por el funcionario de Turno de la respectiva dependencia.

6. CONTENIDO

No	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE RAYOS X	RAYOS X	• Recepción de pacientes y orden médica. • Revisión y tramite de orden médica • Interpretación y conducta a seguir • Indicaciones al usuario según examen y dar orientación en cuanto a información y procedimientos, a los pacientes de estudios de Rayos X que requieran previa preparación. • Preparación de medios de contraste para prácticas y pruebas específicas con la asesoría y supervisión de un profesional en salud. (Especialista). • Participar en el proceso de estudios radiográficos. • Revelar películas y preparar los líquidos necesarios para el procesamiento de placas radiográficas. • Entrega de resultados • Control de insumos • Elaboración de informes
2	PROFESIONAL EN SALUD	ÁREA SOLICITANTE	Expedición de orden médica
3	PROFESIONAL EN SALUD	RAYOS X	Asesoría y supervisión de todo el proceso realizado por el Auxiliar o Técnico.
4	PROFESIONAL EN SALUD	ÁREA SOLICITANTE	Recepción y evaluación de resultados y conducta a seguir.


INICI
Expedición de orden médica
1
Recepción de pacientes y orden médica.
Revisión y trámite de orden médica Interpretación y conducta a
Indicaciones al usuario según examen
Preparación de medios de contraste para prácticas y pruebas específicas con la
1
1
Participar en el proceso de estudios radiográficos.
Revelar películas y preparar los líquidos necesarios para el procesamiento de placas radiográficas.
Entrega de resultados
Recepción y evaluación de resultados y conducta a seguir.
Control de insumos
2
2
Elaboración de informe
1
FIN

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8.1 NTCGP – 1000:2004 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
8.2 Procedimientos que intervienen como conductas

9. ANEXOS

No aplica

ANEXO X. PROCESO P Y P



ATENCIÓN AL USUARIO EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **GABRIEL E. MANRIQUE**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETO..... 3

2. ALCANCE.....3

3. DEFINICIONES.....3

4. NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES GENERALES.....4

6. CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO GRAMA.....6

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....7

9. ANEXOS.....7

1. OBJETO

Describir y estandarizar la serie de pasos a seguir para garantizar la ejecución de los programas de Promoción y Prevención en el servicio de Consulta Externa.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el Médico y Enfermera cada vez que el usuario ingresa o viene a control según programa de de Promoción y Prevención en el servicio de Consulta Externa. Inicia desde el momento que recibe o recoge la Historia Clínica y finaliza con el control (Médico y/o enfermería) respectivo según programa.

3. DEFINICIONES

3.1 PRECONSULTA
Procedimiento por medio del cual se verifican los datos del usuario reportados por la documentación recibida contra la Historia Clínica del Paciente.

3.2 HISTORIA CLÍNICA
Registro donde se especifica los datos del paciente y el desarrollo de los procedimientos realizados en el área respectiva.

3.3 CONDUCTAS
Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

3.4 OPORTUNIDAD

Cantidad de tiempo en la atención en minutos.
Garantía al usuario o paciente que ingresa al Servicio de Consulta Externa de su condición vital y evolución positiva de su salud a tiempo y sin comprometer aspectos adicionales de su condición física.

3.5 PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.6 REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 ACTIVIDADES DE LA PRECONSULTA

Incluye la verificación de la dotación de materiales y papelería en los consultorios médicos y de enfermería.
Diligenciamiento de formulario correspondiente
Educación sobre la importancia del programa
Registro en el paciente el control respectivo y asignación del próximo control
Atención Médica - Atención de enfermería: PYP
Realización de informe de cumplimiento de los programas.
El usuario debe tener puntualidad al presentarse al control programado para evitar dificultades en la atención a los demás usuarios, recomendación que debe ser dada en el momento de la asignación de la control.
Al realizar el registro de los datos del Usuario a su ingreso, el Auxiliar del Área de la Salud debe tener especial cuidado en identificar dicho usuario y direccionarlo a los respectivos programas de P y P.

5.2 TIPOS DE CONDUCTAS

Tratamientos
Ordenes Médicas
Procedimientos Médicos
Egreso Efectivo
Solicitud de Consulta Especializada para Valoración
Hospitalización

5.3 RESPONSABILIDADES

El Profesional Médico, Jefe de Enfermería y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento.

5.4 LISTADO DE REGISTROS

- Orden Médica
- Historia Clínica del Usuario.

6. CONTENIDO

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	1. Verificación de las HC recibidas Vs relación de control de citas o Rips 2. Ubicación de HC s/orden 3. Lamar al paciente s/turno, solicitar y verificar documentación Vs HC y registrar atención o cumplimiento de citas 4. Preguntar motivo, tomar y registrar signos vitales en la HC 5. Invitar a ingresar al programa PyP según la necesidad 6. Distribuir HC en consultorios S/atención 7. Atención Medica Atención de Enfermería 8. Asistencia durante la consulta
2	PROFESIONAL MÉDICO	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Interrogar al paciente (Anamnesis) y registrar en HC
3	PROFESIONAL MÉDICO	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Realizar examen físico y registro en HC
4	PROFESIONAL MÉDICO	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Realizar análisis anamnesis Vs examen físico para orientar y registrar Dx

ANEXO X. PROCESO ODONTOLOGÍA

ATENCIÓN AL USUARIO EN ODONTOLOGÍA

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **GABRIEL E. MANRIQUE** **YERITZA JULIANA PINZON** **MAVID ANDREA CONTRERAS**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETO.....3

2. ALCANCE.....3

3. DEFINICIONES.....3

4. NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES GENERALES.....4

6. CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO GRAMA.....6

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....7

9. ANEXOS.....7

2. OBJETO

Describir y estandarizar la serie de pasos a seguir para agilizar y mejorar el tiempo de atención al paciente en odontología optimizando los recursos existentes.

3. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el odontólogo y Auxiliar del Área de la Salud, cada vez que el usuario solicita los servicios de Odontología. Inicia desde el momento que el usuario solicita el servicio y presenta documentos y finaliza con la recepción del recibo de pago por parte del usuario.

4. DEFINICIONES

3.1 PRECONSULTA
Procedimiento por medio del cual se verifican los datos del usuario reportados por la documentación recibida contra la Historia Clínica del Paciente.

3.2 HISTORIA CLÍNICA
Registro donde se especifica los datos del paciente y el desarrollo de los procedimientos realizados en el área respectiva.

5.5 CONDUCTAS
Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

5.6 OPORTUNIDAD
Garantía al usuario o paciente que ingresa al Servicio de Consulta Externa de su condición vital y evolución positiva de su salud a tiempo y sin comprometer aspectos adicionales de su condición física.

5.7 PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

5.8 REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

5. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 ACTIVIDADES ADICIONALES

Asignación de citas
Lavado y esterilizado
Servicio de material
Facturación
Planillas
Realizar informe diario de actividades
Realizar informe consolidado
Realizar actividades de salud oral gestantes
Realizar informe mensual de actividades
Tratamientos

5.2 TIPOS DE PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES

AMALGAMA :
Apertura de la cavidad, Retiro de caries, Colocación base intermédica, Colocación amalgama, Control de Oclusión.

RESINAS DE FOTOCURADO:
Apertura de la cavidad, Retiro de Caries, Desmineralización, Lavado, Secado, Colocación Adhesivo, Colocación Resina control Oclusión.

ENDODONCIA UNIRADICULAR:
Colocación Anestesia, Apertura de la Cavidad, Localización de Conductos, Pulpectomía, Rx conductametic, Irrigación Hipoclorito, Preparación del conducto, Obturación definitiva.

ENDODONCIA MULTIRETICULAR:
Colocación Anestesia, Apertura de la Cavidad, Localización de Conductos, Pulpectomía, Rx conductametic, Irrigación Hipoclorito, Preparación del conducto,
Obturación definitiva.

ENDODONCIA BIRRADICULARES:
Colocación Anestesia, Apertura de la Cavidad, Localización de Conductos, Pulpectomía, Rx conductametic, Irrigación Hipoclorito, Preparación del conducto,
Obturación definitiva.

ENDODONCIA NO QUIRÚRGICA:
Anestesia, Luxación a presión, Tracción, Irrigación con solución Isodine, Compresión de Tabla.

ENDODONCIA QUIRÚRGICA:
Anestesia, Osteotomía, Odontosección, Ioxación, Tracción, Irrigación con suero fisiológico, Compresión de Tablas, Sutura.

RESPONSABILIDADES

El Odontólogo y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento.

LISTADO DE REGISTROS

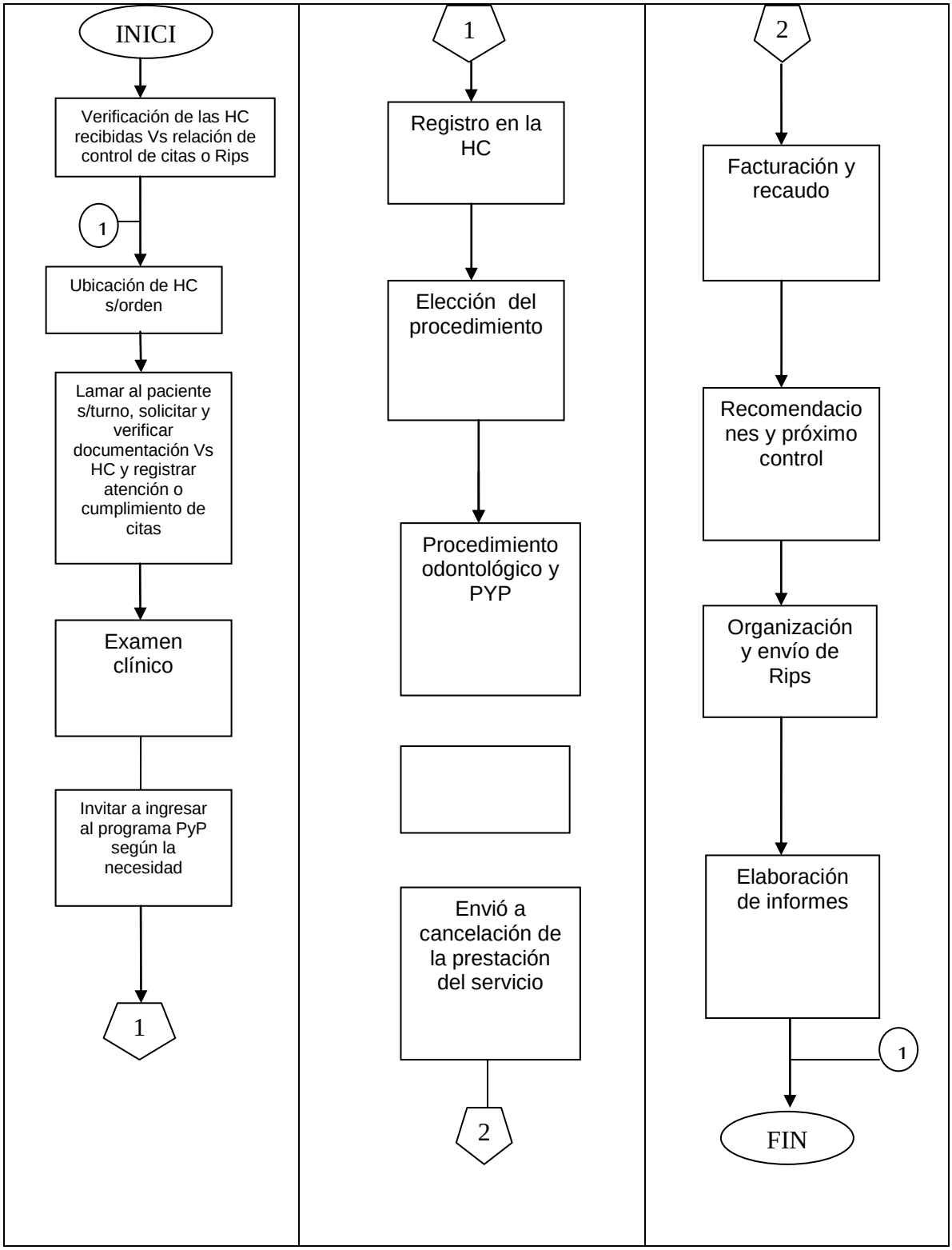
- Orden Médica
- Historia Clínica del Usuario.

RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Se realiza en la oficina de caja por el funcionario de Turno de la respectiva dependencia.

6. CONTENIDO

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ODONTOLOGÍA	1. Verificación de la documentación y búsqueda o apertura de la HC 2. Examen clínico 3. Registro en la HC 4. Elección del procedimiento 5. Procedimiento odontológico y PYP 6. Envió a cancelación de la prestación del servicio 7. Facturación y recaudo 8. Recomendaciones y próximo control 9. Organización y envío de Rips 10.Elaboración de informes


INICI
Verificación de las HC recibidas Vs relación de control de citas o Rips
1
Ubicación de HC s/orden
Lamar al paciente s/turno, solicitar y verificar documentación Vs HC y registrar atención o cumplimiento de citas
Examen clínico
Invitar a ingresar al programa PyP según la necesidad
1
1
Registro en la HC
Elección del procedimiento
Procedimiento odontológico y PYP
Envió a cancelación de la prestación del servicio
2
2
Facturación y recaudo
Recomendaciones y próximo control
Organización y envío de Rips
Elaboración de informes
1
FIN

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8.1 NTCGP – 1000:2004 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
8.2 Procedimientos que intervienen como conductas

9. ANEXOS

No aplica

ANEXO Y. PROCESO LABORATORIO

ATENCIÓN AL USUARIO EN LABORATORIO CLÍNICO

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **GABRIEL E. MANRIQUE** **YERITZA JULIANA PINZON PINTO** **MAVID ANDREA CONTRERAS**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETO.....3

2. ALCANCE.....3

3. DEFINICIONES.....3

4. NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES GENERALES.....4

6. CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO GRAMA.....6

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....7

9. ANEXOS.....7

2. OBJETO

Este procedimiento tiene por objeto, tomar y analizar muestras al paciente de los exámenes ordenados por Prescripción médica en los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización y demás atendiendo la normatividad vigente y prestando un servicio de calidad con alto grado de cumplimiento de las indicaciones de Bioseguridad.

2.1ALCANCE

Este procedimiento describe las actividades desarrolladas desde el ingreso del usuario al servicio, toma de muestras, procesamiento de las mismas y entrega de resultados para análisis y medidas a tomar o conductas a seguir.

3. DEFINICIONES

3.1 MUESTRAS

Pequeñas cantidades o porciones de sangre, orina, materia fecal, expectoración, objeto de respectivos análisis.

3.2 TIPOS DE EXAMEN Y RECOMENDACIONES PARTICULARES

Química Sanguínea: Ayuno de 12 horas mínimo

Parasitología: Examen general de orina o materia fecal primera muestra de la mañana, previo aseo, recoger en recipiente adecuado y limpio.

Inmunología – Hematología: Tomar muestra siempre y cuando no tenga algún examen de las secciones anteriormente descritas.

Baciloscopia: Primera muestra de la mañana (Expectoración) previo lavado de boca.

Frotis Vaginal: No presentar período menstrual y no lavarse genitales para toma de muestra.

3.3 CONDUCTAS

Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

3.4 OPORTUNIDAD
Garantía al usuario o paciente que ingresa al Servicio de Laboratorio Clínico de su condición vital y evolución positiva de su salud a tiempo y sin comprometer aspectos adicionales de su condición física.

3.5 PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.6 REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 ACTIVIDADES ADICIONALES EN LA TOMA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS

Informes: Elaborar mensualmente teniendo en cuenta el registro diario de resultados según las indicaciones de la Secretaría Departamental – Laboratorio Departamental.

Control de Insumos: Se debe actualizar el formato Planilla de Registro y Control de Insumos y anexar factura y comprobante de entrada.

Se debe verificar semanalmente las existencias de insumos y papelería en el servicio y determinar las cantidades a pedir elaborando la Solicitud de Insumos y papelería a la dependencia administrativa encargada de las compras.

Cuidado de Equipo e Instrumental: Esterilizar el instrumental utilizado lavando con Hipoclorito de Sodio.
Remover los residuos orgánicos por medio de cepillado del instrumental con detergente, evitando siempre las salpicaduras, luego enjuague con abundante agua y seque.
Llevar el instrumental al horno a calor seco a 170º C por un tiempo mínimo de 2 horas.

Procesamiento de Muestras:

Química Sanguínea: Centrifugar los tubos. Separar sueros y entregar al Bacteriólogo para su análisis en el microscopio.

Examen General de Orina: Agitar por inversión por lo menos diez veces. Marcar los tubos y servir las orinas. Mirar el aspecto microscópico, meter la tira, leer y anotar.
Coprológico: Identificar color y consistencia. Mirar el pH y realizar la prueba Clinitext (Azúcar en el copro) cuando es un CPC (Coproparasitoscopcico). Entregar al Bacteriólogo para su análisis.
Frotis Vaginal: Identificar el pH y color para entregar al Bacteriólogo.
Inmunología: Centrifugar la muestra y separar los sueros.
Hematología: Agitar los tubos por un tiempo mínimo de dos minutos. Montar la técnica correspondiente al examen e informar y entregar al Bacteriólogo.
Control Venéreo: Con el espéculo tome la muestra, coloree las láminas correspondientes, identifique el pH y entregue al Bacteriólogo para respectivos análisis.

5.2 TIPOS DE INFORMES PRESENTADOS A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL

- Notificación de Parásitos Intestinales y Agentes Bacterianos
- Supervisión Directa “Programa de infecciones de Transmisión Sexual
- Supervisión Indirecta “Programa de Infecciones de Transmisión Sexual

5.3 RESPONSABILIDADES

El Profesional Médico y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento.

5.4 LISTADO DE REGISTROS

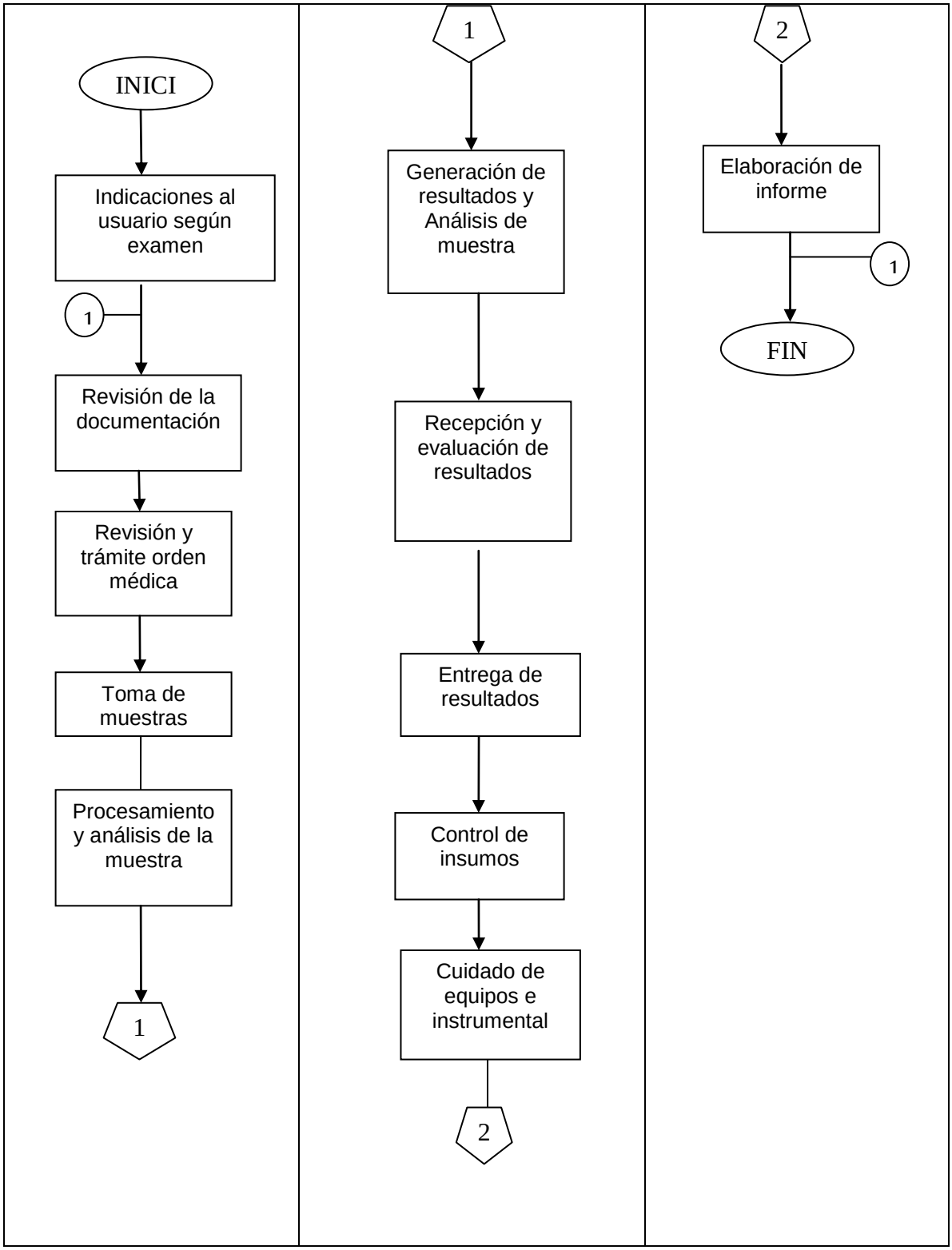
- Orden Médica
- Resultados de Exámenes.
- Planilla de Registro y Control de Insumos
- Informes Mensuales de Exámenes

5.5 RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Se realiza en la oficina de caja por el funcionario de Turno de la respectiva dependencia.

6. CONTENIDO

No	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE LABORATORIO	LABORATORIO CLÍNICO	1. Indicaciones al usuario según examen 2. Revisión de la documentación 3. Toma de muestras: Cumplir con las normas de Bioseguridad (Bata y Guantes). Marcar el Tubo correspondiente según el examen cumpliendo con especificaciones de la orden. Obtenga la muestra de sangre mediante punción seleccionando vena, colocando el torniquete, limpieza del sitio, canalizar vena, recolectar la sangre, soltar el torniquete, colocar la torunda y pedir al paciente que doble el brazo durante cinco minutos. 4. Procesamiento y análisis de la muestra: Según tipo de examen. (Ver Punto 5.1. Páginas anteriores) 5. Entrega de resultados 6. Control de insumos (Ver Punto 5.1. Páginas anteriores) 7. Cuidado de equipos e instrumental (Ver Punto 5.1. Páginas anteriores) 8. Elaboración de informe (Ver Punto 5.1. Páginas anteriores)
2	PROFESIONAL MÉDICO		1. Expedición de orden médica
3	PROFESIONAL MÉDICO		2. Revisión y trámite orden médica
4	PROFESIONAL MÉDICO	LABORATORIO CLÍNICO	3. Generación de resultados y Análisis de muestra: Desarrolle la técnica específica para cada una de las pruebas y realice el análisis de las diferentes muestras. Registre los resultados encontrados en las muestras según exámenes solicitados en el registro diario de muestras y entregue al auxiliar de Laboratorio para el respectivo trámite. En caso de enfermedades en las muestras estudiadas inicie con los procedimientos indicados según normas de la Secretaria Departamental de Salud para evitar una posible emergencia sanitaria y/o social.
5	PROFESIONAL MÉDICO		4. Recepción y evaluación de resultados


INICI
Indicaciones al usuario según examen
1
Revisión de la documentación
Revisión y trámite orden médica
Toma de muestras
Procesamiento y análisis de la muestra
1
1
Generación de resultados y Análisis de muestra
Recepción y evaluación de resultados
Entrega de resultados
Control de insumos
Cuidado de equipos e instrumental
2
2
Elaboración de informe
1
FIN

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8.1 NTCGP – 1000:2004 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
8.2 Procedimientos que intervienen como conductas

9. ANEXOS

No aplica

ANEXO Z. PROCESO HOSPITALIZACIÓN.



ATENCIÓN AL USUARIO EN HOSPITALIZACIÓN

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **GABRIEL E. MANRIQUE** **YERITZA JULIANA PINZON** **MAVID ANDREA CONTRERAS**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETO.....3

2. ALCANCE.....3

3. DEFINICIONES.....3

4. NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES GENERALES.....4

6. CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO GRAMA.....6

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....7

9. ANEXOS.....7

1. OBJETO

Describir y estandarizar la serie de pasos a seguir para garantizar la realización de procedimientos al paciente encaminado a obtener su recuperación, con base en órdenes médicas y respectivos registros de los mismos.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el Profesional SSO, Médico General y Auxiliar del Área de la Salud (Auxiliar de Enfermería), cada vez que se recibe un paciente con base a la orden médica de Hospitalización y se elabora plan de cuidados y tratamiento con miras a obtener su recuperación. Inicia desde la recepción de la Historia Clínica y órdenes del paciente y finaliza con la definición de la conducta a seguir (Egreso efectivo, remisión)

3. DEFINICIONES

3.1 HOSPITALIZACIÓN

3.2 HISTORIA CLÍNICA
Registro donde se especifica los datos del paciente y el desarrollo de los procedimientos realizados en el área respectiva.

3.3 CONDUCTAS
Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

3.4 OPORTUNIDAD

3.5 PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.6 REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 RECOMENDACIONES

- Reciba al paciente en forma amable y salude.
- Asigne la Unidad y ubíquelo en la camilla o silla disponible para el traslado a la habitación.
- Se deben dar claramente las indicaciones del horario de visita, la ubicación del baño y donde debe colocar las basuras.
- Se deben registrar y guardar en forma adecuada las pertenencias de los usuarios.

5.2 CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN EL NIVEL I

- Abdomen agudo
- Bronconeumonía no especificada
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen
- Amenaza de aborto
- Fiebre del dengue (dengue clásico)
- Parto espontaneo sin otra especificación
- Infección de las vías urinarias sitio no especificado
- Fiebre no especificada
- Asma no especificada
- Aborto espontaneo sin complicaciones

5.3 RESPONSABILIDADES

El Médico General y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento.

5.4 LISTADO DE REGISTROS

- Orden Médica
- Control de Trabajo de Parto
- Anotaciones de Enfermería
- Signos Vitales
- Control de Medicamentos

- Tarjeta de Medicamentos
- Evolución Diaria
- Historia Clínica del Usuario.

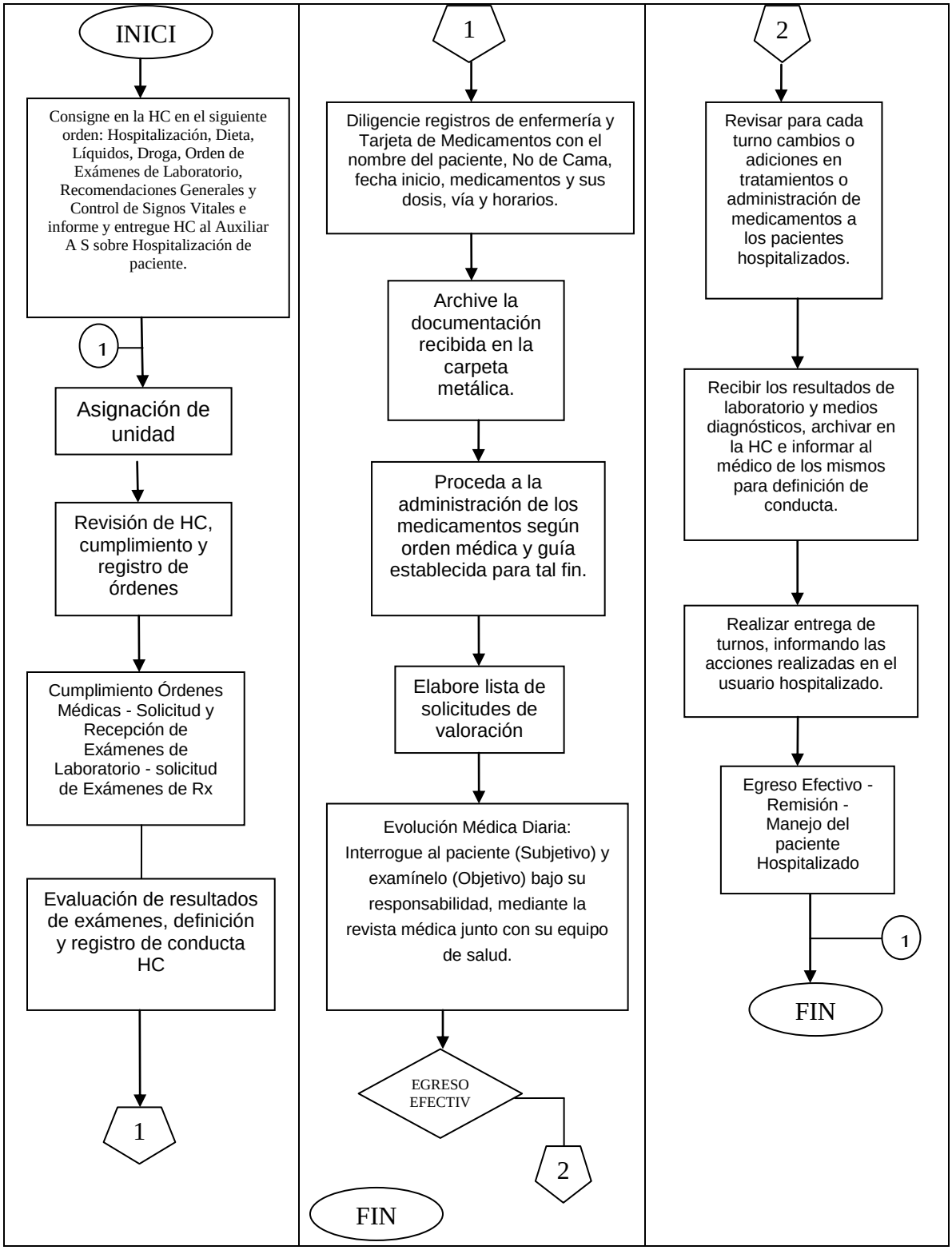
5.5 RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Se realiza en la oficina de caja por el funcionario de Turno de la respectiva dependencia.

6. CONTENIDO

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA	HOSPITALIZACIÓN	1. Asignación de unidad 2. Revisión de HC, cumplimiento y registro de ordenes 3. Cumplimiento Ordenes Médicas - Solicitud y Recepción de Exámenes de Laboratorio - solicitud de Exámenes de Rx 4. Diligencie registros de enfermería y Tarjeta de Medicamentos con el nombre del paciente, No de Cama, fecha inicio, medicamentos y sus dosis, vía y horarios. 5. Archive la documentación recibida en la carpeta metálica. 6. Proceda a la administración de los medicamentos según orden médica y guía establecida para tal fin. 7. Elabore lista de solicitudes de valoración identificando paciente, No de Cama, especialidad e informe. 8. Revisar para cada turno cambios o adiciones en tratamientos o administración de medicamentos a los pacientes hospitalizados. 9. Recibir los resultados de laboratorio y medios diagnósticos, archivar en la HC e informar al médico de los mismos para definición de conducta.

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA	HOSPITALIZACIÓN	10. Realizar entrega de turnos, informando las acciones realizadas en el usuario hospitalizado.
2	PROFESIONAL SSO MÉDICO GENERAL	HOSPITALIZACIÓN	Consigne en la HC en el siguiente orden: Hospitalización, Dieta, Líquidos, Droga, Orden de Exámenes de Laboratorio, Recomendaciones Generales y Control de Signos Vitales e informe y entregue HC al Auxiliar A S sobre Hospitalización de paciente.
3	PROFESIONAL SSO MÉDICO GENERAL	HOSPITALIZACIÓN	Evaluación de resultados de exámenes, definición y registro de conducta HC
4.	PROFESIONAL SSO MÉDICO GENERAL	HOSPITALIZACIÓN	Evolución Médica Diaria : Interrogue al paciente (Subjetivo) y examínelo (Objetivo) bajo su responsabilidad, mediante la revista médica junto con su equipo de salud. Consigne órdenes médicas en el siguiente orden: Identificación, Dieta, Líquidos, Medicamentos, Recomendaciones Generales, Paraclínicos y Control de Signos Vitales. Informar al paciente y familiar acerca de la evolución de la enfermedad, órdenes de exámenes, valoraciones y tratamientos a realizar. Anexe documentación a la HC.
5.	PROFESIONAL SSO MÉDICO GENERAL	HOSPITALIZACIÓN	Egreso Efectivo - Remisión - Manejo del paciente Hospitalizado


INICI
Consigne en la HC en el siguiente orden: Hospitalización, Dieta, Líquidos, Droga, Orden de Exámenes de Laboratorio, Recomendaciones Generales y Control de Signos Vitales e informe y entregue HC al Auxiliar A S sobre Hospitalización de paciente.
1
Asignación de unidad
Revisión de HC, cumplimiento y registro de órdenes
Cumplimiento Órdenes Médicas - Solicitud y Recepción de Exámenes de Laboratorio - solicitud de Exámenes de Rx
Evaluación de resultados de exámenes, definición y registro de conducta HC
1
1
Diligencie registros de enfermería y Tarjeta de Medicamentos con el nombre del paciente, No de Cama, fecha inicio, medicamentos y sus dosis, vía y horarios.
Archive la documentación recibida en la carpeta metálica.
Proceda a la administración de los medicamentos según orden médica y guía establecida para tal fin.
Elabore lista de solicitudes de valoración
Evolución Médica Diaria: Interrogue al paciente (Subjetivo) y examínelo (Objetivo) bajo su responsabilidad, mediante la revista médica junto con su equipo de salud.
EGRESO EFECTIV
2
FIN
2
Revisar para cada turno cambios o adiciones en tratamientos o administración de medicamentos a los pacientes hospitalizados.
Recibir los resultados de laboratorio y medios diagnósticos, archivar en la HC e informar al médico de los mismos para definición de conducta.
Realizar entrega de turnos, informando las acciones realizadas en el usuario hospitalizado.
Egreso Efectivo - Remisión - Manejo del paciente Hospitalizado
1
FIN

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8.1 NTCGP – 1000:2004 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
8.2 Procedimientos que intervienen como conductas

9. ANEXOS

No aplica

ANEXO A. A. PROCESO CONSULTA EXTERNA

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

ATENCIÓN AL USUARIO EN CONSULTA EXTERNA

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: **GABRIEL E. MANRIQUE** **YERITZA JULIANA PINZON** **MAVID ANDREA CONTRERAS**	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: **ASESOR COSTOS**	Cargo:	Cargo:

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETO.....3

2. ALCANCE.....3

3. DEFINICIONES.....3

4. NORMATIVIDAD.....4

5. CONDICIONES GENERALES.....4

6. CONTENIDO.....5

7. DIAGRAMA DE FLUJO O FLUJO GRAMA.....6

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....7

9. ANEXOS.....7

2. OBJETO

Este procedimiento tiene por objeto, dar atención médica oportuna al paciente que ingresa por el servicio de Consulta Externa, definiendo conducta y tratamiento garantizando su bienestar y la oportunidad en la prestación del servicio.

2.1 ALCANCE

Este procedimiento describe las actividades desarrolladas paso por paso por el Profesional Médico y Auxiliar área de la Salud desde el Ingreso del Paciente al Servicio, desarrollo de la Preconsulta y finalización con la definición de la Conducta a seguir.

3. DEFINICIONES

3.1 PRECONSULTA
Procedimiento por medio del cual se verifican los datos del usuario reportados por la documentación recibida contra la Historia Clínica del Paciente.

3.2 HISTORIA CLÍNICA
Registro donde se especifica los datos del paciente y el desarrollo de los procedimientos realizados en el área respectiva.

3.3 CONDUCTAS
Procedimientos y actividades realizadas al paciente por prescripción médica profesional.

3.4 OPORTUNIDAD
Garantía al usuario o paciente que ingresa al Servicio de Consulta Externa de su condición vital y evolución positiva de su salud a tiempo y sin comprometer aspectos adicionales de su condición física.

3.5. PROCEDIMIENTO
Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.6. REGISTRO
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

4. NORMATIVIDAD

NTCGP 1000:2004. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

5. CONDICIONES GENERALES

5.1 ACTIVIDADES DE LA PRECONSULTA

Incluye la verificación de la dotación de materiales y papelería en los consultorios médicos y de enfermería.
El paciente con antelación debe apartar su cita para ser programada por el área respectiva o asignada para tal fin. Esta actividad podrá ser realizada telefónicamente o personalmente en las dependencias de la entidad.
El usuario debe tener puntualidad al presentarse a la cita programada para evitar dificultades en la atención a los demás usuarios, recomendación que debe ser dada en el momento de la asignación de la cita.
Al realizar el registro de los datos del Usuario a su ingreso, el Auxiliar del Área de la Salud debe tener especial cuidado en identificar dicho usuario y direccionarlo a los respectivos programas de P y P.

5.2 TIPOS DE CONDUCTAS

Tratamientos
Ordenes Médicas
Procedimientos Médicos
Egreso Efectivo
Solicitud de Consulta Especializada para Valoración
Hospitalización

5.3 RESPONSABILIDADES

El Profesional Médico y el Auxiliar Área de la Salud son responsables del cumplimiento adecuado y oportuno del procedimiento.

5.4 LISTADO DE REGISTROS

- Orden Médica
- Historia Clínica del Usuario.

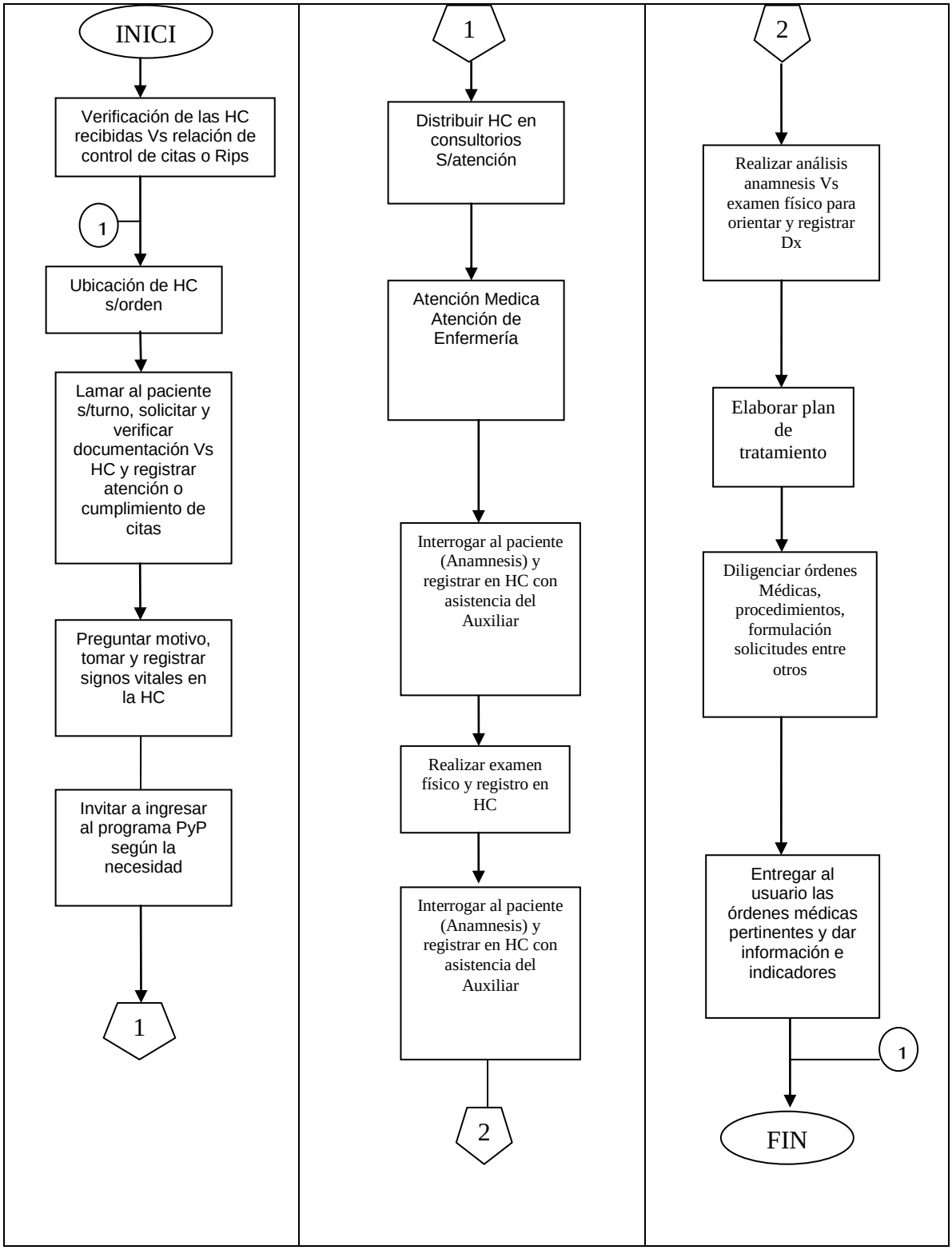
5.5 RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Se realiza en la oficina de caja por el funcionario de Turno de la respectiva dependencia.

7. DIAGRAMA DE FLUJO

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA	CONSULTA EXTERNA	1. Verificación de las HC recibidas Vs relación de control de citas o Rips 2. Ubicación de HC s/orden 3. Lamar al paciente s/turno, solicitar y verificar documentación Vs HC y registrar atención o cumplimiento de citas 4. Preguntar motivo, tomar y registrar signos vitales en la HC 5. Invitar a ingresar al programa PyP según la necesidad 6. Distribuir HC en consultorios S/atención 7. Atención Medica Atención de Enfermería 8. Asistencia durante la consulta -Realización de procedimientos
2	PROFESIONAL MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	Interrogar al paciente (Anamnesis) y registrar en HC
3	PROFESIONAL MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	Realizar examen físico y registro en HC
4	PROFESIONAL MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	Realizar análisis anamnesis Vs examen físico para orientar y registrar Dx
5	PROFESIONAL MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	Elaborar plan de tratamiento
6	PROFESIONAL MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	Diligenciar ordenes Médicas, procedimientos, formulación solicitudes entre otros
7	PROFESIONAL MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	Entregar al usuario las ordenes médicas pertinentes y dar información e indicadores

6. CONTENIDO


INICI
Verificación de las HC recibidas Vs relación de control de citas o Rips
1
Ubicación de HC s/orden
Lamar al paciente s/turno, solicitar y verificar documentación Vs HC y registrar atención o cumplimiento de citas
Preguntar motivo, tomar y registrar signos vitales en la HC
Invitar a ingresar al programa PyP según la necesidad
1
1
Distribuir HC en consultorios S/atención
Atención Medica Atención de Enfermería
Interrogar al paciente (Anamnesis) y registrar en HC con asistencia del Auxiliar
Realizar examen físico y registro en HC
Interrogar al paciente (Anamnesis) y registrar en HC con asistencia del Auxiliar
2
2
Realizar análisis anamnesis Vs examen físico para orientar y registrar Dx
Elaborar plan de tratamiento
Diligenciar órdenes Médicas, procedimientos, formulación solicitudes entre otros
Entregar al usuario las órdenes médicas pertinentes y dar información e indicadores
1
FIN

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8.1 NTCGP – 1000:2004 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
8.2 Procedimientos que intervienen como conductas

9. ANEXOS

No aplica

ANEXO A. B. POLITICAS DE TALENTO HUMANO

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

POLITICAS DE TALENTO HUMANO

E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

Barbosa Santander

POLÍTICA DE TALENTO HUMANO

INTRODUCCIÓN

El Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander se compromete a promover condiciones entre los servidores públicos de la institución para que a partir del desarrollo de sus competencias, aptitudes e idoneidad, se puedan generar los resultados esperados en procura de alcanzar la misión institucional aplicando prácticas de gestión humana que incorporan los principios éticos entre los que se destacan probidad y equidad, en armonía con las políticas de la administración nacional, distrital, local e institucional y el ordenamiento jurídico Colombiano referentes al talento humano. Para el cumplimiento de este compromiso el Hospital Integrado San Bernardo desarrolla las siguientes estrategias:

- La selección del personal cubre las necesidades de cada proceso y se fundamenta en el principio ético de probidad, en la meritocrácia, y en él los valores de calidad, honestidad y oportunidad, contemplados en el código de ética, con el fin de garantizar la contratación de personal con las competencias apropiadas de acuerdo con los perfiles definidos para cada uno de los cargos.
- Los procesos de inducción y reinducción brindan el conocimiento de la institución y de la planeación estratégica, de los planes, proyectos y recursos con que se cuenta para llevarlos a cabo, conocimiento del equipo de trabajo y de los métodos, procesos y procedimientos habituales y las relaciones con los demás procesos de la institución.
- En el campo de la capacitación la política apunta al desarrollo y mantenimiento de las competencias laborales a partir de la identificación de necesidades que se evidencian en los procesos de evaluación del desempeño, promoviendo el desarrollo individual e institucional.

Lo anterior confluye en un clima de bienestar que proporciona a su vez incentivos para el reconocimiento de la labor desempeñada por los servidores públicos, generando un clima organizacional que permita prestar un servicio con los más altos estándares de calidad para responder de manera adecuada a las necesidades de la comunidad.

El DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO promueve el cumplimiento de los principios de Transparencia al contar con servidores públicos íntegros, capaces de entender y propiciar la visibilidad de la actuación pública. Para ello es fundamental tener presente el mérito, la competencia y la capacitación requerida para el cargo en el momento de seleccionar, nombrar y promover a los servidores públicos; de Igualdad, al garantizar que todos los ciudadanos quienes cumplan con los requisitos de ingreso puedan participar en los procesos de selección y promoción sin ser discriminados por ningún motivo; de Imparcialidad, al mantener el buen trato y la presunción de buena fe en los procesos de ingreso, promoción y evaluación del personal.

Promueve adicionalmente los principios de Economía, al usar racionalmente los recursos asociados con la administración del talento humano; de Eficiencia y Eficacia, al seleccionar y conservar las personas cuyas capacidades, habilidades y conocimientos se ajusten a las necesidades propias de los cargos requeridos para el logro de los propósitos institucionales.

Se fundamenta en la Autorregulación de la entidad al formalizar las políticas que lo rigen; fortalece el Autocontrol mediante los procesos de inducción, formación y capacitación a los servidores públicos y favorece la Autogestión, al establecer las políticas de administración del talento humano en relación con la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social y evaluación del desempeño.

La Gestión Humana integral es para el Hospital un sistema de aprendizaje, con desarrollo tecnológico, político y cultural, que permite dirigir y potenciar las competencias de las personas a través del trabajo coordinado y en equipo.

La labor del Área del Talento Humano, es conducir al personal a lograr estándares de alto desempeño a través del trabajo en equipo y coordinado para buscar conjuntamente la efectividad de la organización en respuesta a las necesidades de la comunidad usuaria; así mismo potencializa las capacidades de innovación y creatividad en el marco de los principios y valores establecidos en el direccionamiento estratégico; este compromiso se desarrolla a través de un programa del desarrollo del talento humano.

Objetivos

• Contar con servidores públicos competentes para el desarrollo de las funciones propias de la entidad, mediante la definición de las políticas y procedimientos de selección y desarrollo de personal de acuerdo con los lineamientos proporcionados por las leyes vigentes.

• Socializar y ubicar a los servidores públicos en el papel del Estado y la manera como la entidad coordina sus acciones para el logro de sus fines.

• Facilitar el mejoramiento de las capacidades y habilidades de los servidores públicos, requeridas para el desarrollo de los propósitos institucionales.

• Brindar las condiciones físicas y ambientales necesarias para el adecuado cumplimiento de los fines institucionales.

• Resolver los conflictos personales o institucionales que pueden afectar el logro de los objetivos.

• Velar porque las condiciones de trabajo de los servidores públicos sean dignas, justas.

Niveles de Responsabilidad.

Todos los servidores públicos son responsables por su acatamiento, ejecución y evaluación. Sin embargo, el mantenimiento de la coherencia interna entre sus objetivos está a cargo de la unidad, dirección o área encargada de la administración de los procesos que lo conforman.

SELECCIÓN

OBJETIVO

Asegurar que las personas que ingresan al Hospital cumplan con las competencias necesarias para desarrollar la actividad requerida y que cumpla con las categorías de educación, formación, habilidades, experiencia y entrenamiento requeridos por el perfil solicitado logrando una satisfacción general en la Institución y el cumplimiento de las normas de calidad.

POLÍTICAS

- Contar con un requerimiento por una de las áreas del Hospital y abalada por la Gerencia para iniciar el proceso de selección.
- Contar con un formato de perfil solicitado personal modalidad prestación de servicios, con un plan de contratación definido que sustente la necesidad recibida y garantice la política de calidad.
- ·Para realizar una buena selección de personal es necesario que las actividades que se van a desarrollar se encuentren bien definidas dentro del formato de perfil solicitado personal modalidad prestación de servicios.

- Verificar que las competencias que se requieren para desarrollar las actividades se cumplan en la persona que se selecciona de acuerdo a los criterios y necesidades del Hospital.

INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN ENTRENAMIENTO

Objetivo:

Dar a conocer al personal que ingresa al Hospital, las generalidades de la institución así como los aspectos específicos de las actividades que va a desarrollar, de tal forma que se contextualice a la persona dentro de la Plataforma Estratégica de la institución y su Modelo de Prestación de Servicios dentro del entorno de las normas de calidad.

POLÍTICAS

- Identificar los temas y los responsables de cada uno que garanticen el conocimiento de las actividades para una eficiente prestación de los servicios.
- Para el personal que ingresa al Hospital se debe establecer un cronograma de inducción previo y concertado con todas las áreas del Hospital sin excepción de ninguna para la última semana del mes.
- Para realizar una buena inducción y entrenamiento de personal es necesario que las personas que deben participar en el procedimiento tengan la disponibilidad y disposición necesaria para brindarla información

CAPACITACIÓN

OBJETIVO

Proporcionar oportunidad para el desarrollo del personal en temas que le aporten a las personas en sus esferas personales, laborales y familiares a través de cursos, talleres, conferencias que encierren las necesidades institucionales y las personales logrando un cambio de actitud y creando un clima organizacional favorable para la prestación del servicio cumpliendo las normas de calidad, definidas por la organización.

POLÍTICAS

- Tener en cuenta las políticas de calidad para brindar una seguridad en el programa de capacitación.
- Contar con perfiles definidos para todas las personas que desarrollan actividades en el hospital que brinden parámetros y puntos de partida para el programa de capacitación.
- Aplicar una encuesta que brinde información necesaria para construir un programa de capacitación cada año que brinde conocimientos y asegurar que las personas desarrollen las actividades que se requieren con efectividad, eficacia y eficiencia.
- La aplicación de este procedimiento está orientado al cumplimiento de las necesidades de la institución y las expectativas del personal, es así que debe estar en revisión continua para realizarle los ajustes necesarios justificándolos de acuerdo a los planes de mejora.
- Se deberá contar con un programa de capacitación continuada para el personal acorde a los procedimientos de la Institución.
- La Institución otorgara permiso en las horas hábiles para estudios a los funcionarios (Personal de planta) siempre y cuando los conocimientos adquiridos sean aplicados al mejoramiento del desarrollo de sus funciones.
- El programa de capacitación deberá contemplar los aspectos de FORMACION para el desarrollo de actividades y desarrollo de habilidades

y aptitudes y todos aquellos cursos-talleres deben contribuir al mejoramiento del ambiente de trabajo de la Institución.

- Las personas que asistan a capacitaciones externas deben dar aviso al área de talento humano por medio del formato de asistencia a Capacitación.
- La evaluación y el impacto de la capacitación debe realizarse a través de una metodología diseñada para tal fin que formara parte de este instructivo.

BIENESTAR E INCENTIVOS

Objetivo:

Dando cumplimiento a la Ley 1567 de 1998 se pretende que a través de los programas de bienestar social y de los programas de incentivos que formulen y ejecuten las entidades, se pondrá en funcionamiento el sistema de estímulos para los empleados.

POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES

Los programas de bienestar social deben organizarse a partir de las iniciativas de los servidores públicos como procesos permanentes orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia; así mismo deben permitir elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, efectividad e identificación del empleado con el servicio de la entidad. Para el diseño y la ejecución de los programas de bienestar social las entidades deberán seguir el proceso de gestión que se describe a continuación:

a. Estudio de las necesidades de los empleados y de sus familias, con el fin de establecer prioridades y seleccionar alternativas, de acuerdo con los lineamientos señalados en las estrategias de desarrollo institucional y en las políticas del Gobierno Nacional.

b. Diseño de programas y proyectos para atender las necesidades detectadas, que tengan amplia cobertura institucional y que incluyan recursos internos e interinstitucionales disponibles.

c. Ejecución de programas en forma directa o mediante contratación con personas naturales o jurídicas, o a través de los organismos encargados de la protección, la seguridad social y los servicios sociales, según sea la necesidad o la problemática a resolver.

d. Evaluación y seguimiento a los programas adelantados, para verificar la eficacia de los mismos y decidir sobre su modificación o continuidad.

SALUD OCUPACIONAL

La Salud Ocupacional se encarga de la protección, conservación y mejoramiento de la salud de las personas en su entorno laboral, contra los riesgos relacionados con agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, orgánicos, sustancias peligrosas para el organismo y otros que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo.

Objeto:

a) Propender por el mejoramiento y mantenimiento de las condiciones de vida y salud de la población trabajadora;

b) Prevenir todo daño para la salud de las personas, derivado de las condiciones de trabajo;

c) Proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo;

d) Eliminar o controlar los agentes nocivos para la salud integral del trabajador en los lugares de trabajo;

e) Proteger la salud de los trabajadores y de la población contra los riesgos causados por las radiaciones;

f) Proteger a los trabajadores y a la población contra los riesgos para la salud provenientes de la producción, almacenamiento, transporte, expendio, uso o disposición de sustancias peligrosas para la salud pública.

ANEXO A.C. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS HISB.

POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

- El Coordinador de Control Interno se compromete a vigilar y reevaluar constantemente todos aquellos factores internos y externos que puedan afectar el desempeño de la entidad, en aras de no perturbar la eficacia, eficiencia y efectividad de sus operaciones, aportando al mejoramiento continuo y asegurando el normal funcionamiento de ésta.
- La alta dirección del hospital Integrado San Bernardo, elaborara planes de contingencia cuando se presenten riesgos que afecten todos los procesos, la seguridad o la integridad de los funcionarios de la entidad.
- El comité de coordinación de control interno incluirá dentro de sus actividades la programación de acciones encaminadas a realizar el seguimiento y medición de los riesgos detectados dentro de la entidad, con el fin de controlarlos y minimizarlos.

- Los responsables de cada uno de los procesos incluirán dentro de sus tareas la sensibilización y socialización de los riesgos asociados a las operaciones de sus procesos, en busca de mitigarlos y prevenirlos, garantizando la ejecución de los controles.

ANEXO A.D. MAPA DE PROCESOS

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

Políticas y Objetivos de Calidad	**E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO** Barbosa Santander

POLÍTICA DE CALIDAD

Renovación de la Política de Calidad

La renovación de la política de calidad fue realizada por el representante de la Alta Dirección para el Sistema de Gestión de la Calidad junto a los estudiantes UIS y fue socializada con todos los funcionarios del Hospital a fin de evaluar su idoneidad.

La política de Calidad se determino de la siguiente manera:

La ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO Planifica, dirige y promociona el Desarrollo Económico, Social, Cultural y Ambiental del departamento, actuando con sentido de pertenencia con procesos desarrollados bajo criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, orientada a la satisfacción de nuestros clientes y bajo una cultura de mejoramiento continuo, genera competitividad institucional permitiendo fortalecer la imagen de la entidad.

Definición de los Objetivos de Calidad

Los objetivos de Calidad demuestran los resultados que se quieren lograr dando cumplimiento a las directrices establecidas en la política de calidad.

Éstos objetivos se definieron teniendo en cuenta los requisitos de la norma en cuanto a que sean medibles y coherentes con la política de calidad y además que vinculados a la misión de la Organización.

El despliegue estratégico de la E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo en relación con el SGC se muestra en la Tabla 1, en la cual se ve claramente la relación entre los objetivos de calidad y las directrices que conforman la política de Calidad.

Tanto para la definición de la política como de los objetivos de Calidad fue de gran ayuda lo establecido en la entidad para el Sistema de Gestión de Calidad bajo la NTC GP1000:2004, pues se le dio un nuevo enfoque al Sistema en el cual se hacía énfasis en los recursos asignados para alcanzar los resultados planificados y el impacto que tendrían estos en la entidad.

DIRECTRICES DE CALIDAD	OBJETIVOS DE CALIDAD
Prestar los mejores servicios médicos y Paramédicos.	Mejorar los procesos misionales con el fin de atender las necesidades de los usuarios, con la mayor eficacia posible, optimizando los recursos disponibles
Satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de sus usuarios.	Garantizar la pertinencia medica en el tratamiento de la salud de nuestros usuarios.
Contar con personal científico calificado, tecnología e infraestructura adecuada	Garantizar la competencia del personal mediante el desarrollo y evaluación de programas de capacitación.
Cumplir los principios de eficiencia, transparencia, responsabilidad e imparcialidad.	Diseñar e implementar programas de mejoramiento continuo, con el fin de fomentar la cultura proactiva en el talento humano del hospital
Desarrollar procesos de mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad.	Diseñar e implementar un programa de sensibilización para la generación de la cultura del autocontrol y autogestión en los servidores públicos.
Garantizar la participación comunitaria en las acciones administrativas	Establecer estrategias de comunicación que permitan la retroalimentación de información de los procesos misionales y de apoyo entre la ESE y la comunidad

TABLA 1.Directrices y políticas de calidad E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

MAPA DE PROCESOS

Para la construcción del Mapa de Procesos se tuvo en cuenta el concepto de “enfoque basado en procesos” como lo establece la norma NTC GP1000:2004 en los principios de gestión de la calidad para el sector público y otras entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades de los clientes y así alcanzar el mejoramiento continuo al interior de la entidad.

Los procesos fueron agrupados de la siguiente manera:

• Procesos Asistenciales: Son los encargados de dar cumplimiento a la misión
Institucional mediante actividades que influyen directamente sobre la satisfacción de las necesidades del cliente o usuario.

• Procesos Estratégicos: Son los que proporcionan directrices a los demás procesos y son realizados por la dirección. Estos procesos están relacionados con la elaboración, socialización y adopción de estrategias administrativas que permitan al logro de la misión de la Institución.

• Procesos de Apoyo: Son el conjunto de procesos encargados de dar soporte en la realización de las actividades de los procesos misionales de la ESE.

• Procesos de Evaluación: Son los encargados de medir y analizar el impacto y la efectividad de una política o estrategia implementada mediante actividades de control y evaluación que permiten estimar el desempeño del SGC.

En la figura 1, se muestra el nuevo Mapa de Procesos de la entidad.

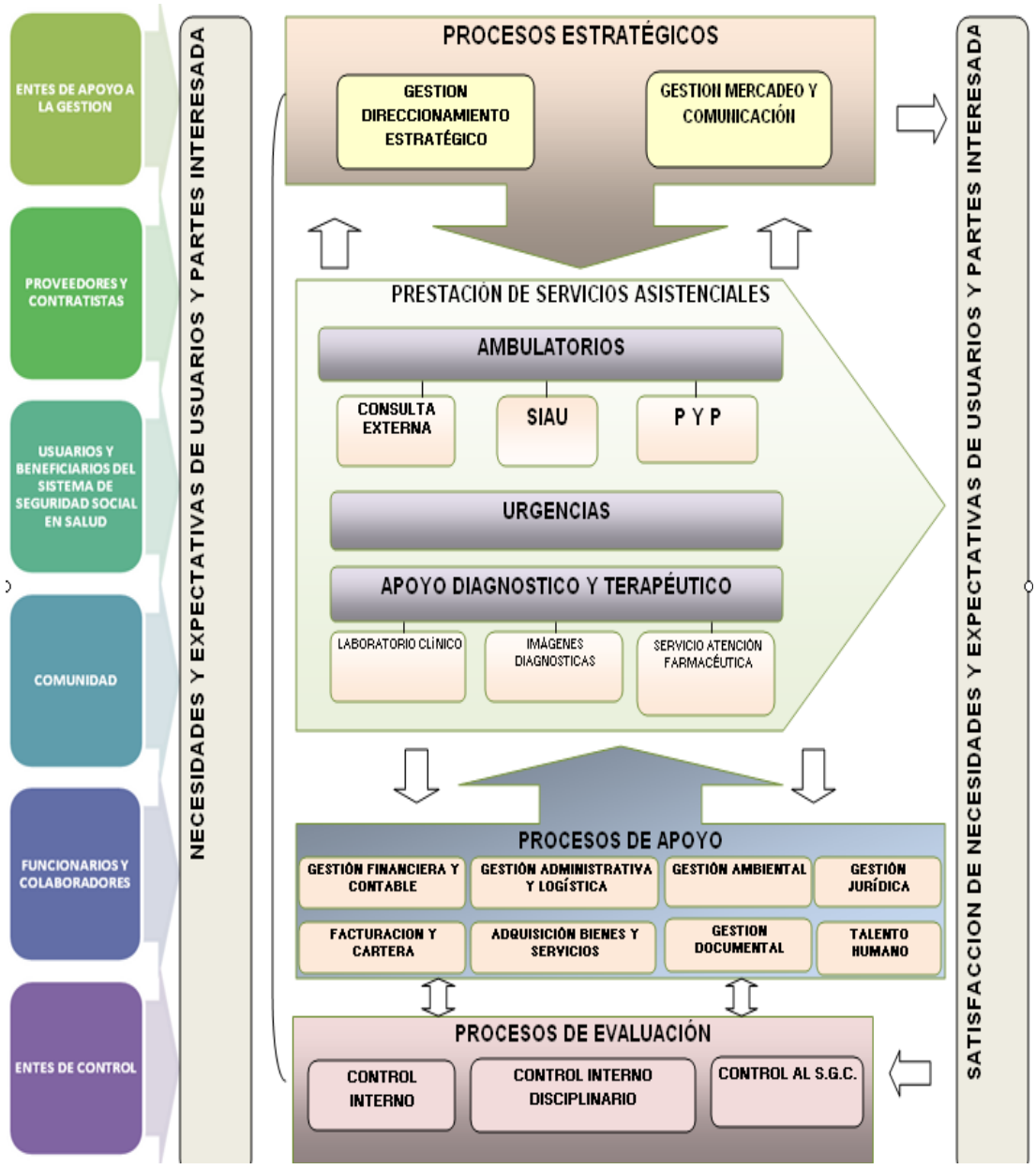


Figura 1. Mapa De Procesos E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Gestión Direccionamiento Estratégico: Es el conjunto de procesos que orientan a la E.S.E hacia el futuro, a través del direccionamiento que alinea los esfuerzos y logra la solidaridad de todas las dependencias hacia el logro de los objetivos trazados.

Gestión Mercadeo y Comunicación: Es el conjunto de procesos que permiten establecer vínculos de comunicación con los usuarios de la ESE.

PROCESOS MISIONALES

Consulta externa: Proporcionar atención médica integral, efectiva oportuna, segura y satisfactoria a pacientes ambulatorios.

SIAU: Garantizar solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a las necesidades del usuario con respecto a solicitud de servicios, información, peticiones, quejas o reclamos, de interés general o particular y medir la satisfacción del usuario, contribuyendo a apoyar y fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO en concordancia con su misión, dando cumplimiento a los requisitos del cliente, de ley y de la institución, con un tiempo de respuesta no superior a 15 días a las peticiones, quejas y reclamos.

Promoción y Prevención: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, fomentando el auto cuidado y la detección oportuna de los signos de alarma como mecanismo en el mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar y comunitario, mediante la adherencia a los programas que permita el cumplimiento

adecuado de las metas definidas, de conformidad con los requisitos de Ley, del cliente y de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

.

Urgencias: Permiten brindar una atención inmediata a los usuarios que lo requieran.

Laboratorio Clínico: Proporcionar servicios de apoyo para el diagnóstico médico con atención personalizada de médicos especializados en medicina de laboratorio en constante actualización académica y por profesionales tecnólogos de amplia experiencia.

Imágenes Diagnosticas: Visualiza mediante rayos x o radiografías situaciones medicas no detectables al ojo y tacto del médico.

Farmacia: Proporciona los medicamentos acorde a la sintomatología de cada usuario.

PROCESOS DE APOYO

Gestión Administrativa y Logística: Suministra los elementos necesarios a los funcionarios de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO y asegura el mantenimiento de los mismos, para facilitar la prestación efectiva de los servicios y contribuye al fortalecimiento de las capacidades, habilidades, destrezas, conocimientos y competencias del recurso humano de la Entidad.

Gestión Financiera y Contable: Establece las directrices para el manejo de la información financiera y contable que le garantice a los usuarios internos y externos confiabilidad en los reportes.

Gestión Jurídica: Garantiza el cumplimiento de los mandatos legales Nacionales, Departamentales y municipales en todos sus actos.

Talento Humano: Proporciona los recursos humanos a la ESE y asegura vinculación dentro del contexto legal.

Facturación y Cartera: Gestionan los recursos contratados a las EPS-S para sufragar los gastos generados por la ESE.

Gestión Documental: Proporciona las herramientas necesarias bajo la normatividad legal para el manejo, utilización y disposición final de los documentos de la institución.

Adquisición de Bienes y Servicios: Se encarga de comprar los bienes físicos y de garantizar su oportuna disposición.

Gestión Ambiental: Formula las acciones y estrategias encaminadas a la prevención, mitigación, compensación y corrección de los efectos negativos que puedan causarse por el manejo indebido de los residuos hospitalarios.

PROCESOS DE EVALUACIÓN

Control al S.G.C.: Asegurar la implementación y funcionamiento del SGC y la mejora continua, a través de la planificación, implementación, verificación y acción en los procesos de la organización, buscando satisfacer al cliente y cumplir los requisitos pertinentes a la institución.

Control Interno: Controlar y evaluar que todos los procesos se lleven de acuerdo a lo planificado y se cumplan los deberes funcionales

Control Interno Disciplinario: encargada de conocer y de fallar, en primera
Instancia, todos los procesos disciplinarios que se adelanten contra sus servidores y ex servidores públicos.

ANEXO A.E. DENTIFICACION DE RIESGOS

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PROCESOS DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

RIESGOS EN EL PROCESO DE MANTENIMIENTO

¿QUE RIESGOS PERCIBES?							CONTROLES		
CAUSA (Factores internos y externos)	**RIESGO (DESCRIPCION)**	**EFECTO (consecuencias)**	**FRECUENCIA**		**IMPACTO**			**si**	**No**
Falta de presupuesto para el recambio de botas en el servicio de aseo	**Botas Lisas**	**Fracturas, caídas deslizamientos**	**1**	**ALTA x**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		**X**
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO x**	2. ¿Se están aplicando en la actualidad?		**X**
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es (son) efectivo(s) para minimizar el riesgo?		**X**
Negligencia, por	**Agujas en La Ropa**	**Infecciones, contaminación,**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTR**	1. ¿Los controles		**X**

parte de los funcionarios al no tener cuidado con esta clase de elementos		**contagio**				**OFICO**	están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		**X**
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
Falta de conciencia en cuanto a lo de salud ocupacional respecta	**No utilizar mascarillas y tapabocas**	**Infecciones y contaminación.**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?	**x**	
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?	**x**	
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?	**x**	
		Infecciones,		**ALTA**		**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
	GUANTES ROTOS	**contaminación, contagio**	**1**		**1**				

			2	**MEDIA**	2	**MODERADO**	2. ¿Se están aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	3	**LEVE**	3. ¿Es (son) efectivo(s) para minimizar el riesgo?		

RIESGOS EN EL PROCESO EN EL AREA DE RECEPCION Y SIAU

¿QUE RIESGOS PERCIBES?							CONTROLES		
CAUSA (Factores internos y externos)	**RIESGO (DESCRIPCION)**	**EFECTO (consecuencias)**	**FRECUENCIA**		**IMPACTO**			**si**	**No**
	No remitir de manera oportuna al paciente	**Aumenta el riesgo de agravarse el paciente**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se están aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es (son) efectivo(s) para minimizar el riesgo?		
	No aceptación del usuario	**Aumenta el riesgo de agravarse el paciente**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		

			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
	No tener respuesta al verificar al usuario		**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
	No tener una capacitación adecuada	**Mala calidad en la atención**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERA**	2. ¿Se esta		

						DO	aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		

RIESGOS EN EL PROCESO DE ADMINISTRACION

¿QUE RIESGOS PERCIBES?							CONTROLES		
CAUSA (Factores internos y externos)	**RIESGO (DESCRIPCION)**	**EFECTO (consecuencias)**	**FRECUENCIA**		**IMPACTO**			**si**	**No**
	Falla en los equipos por tormenta	**Paralización de actividades respectivas a informes, actualización de información de tipo administrativo, contable y financiero.**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se están aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es (son) efectivo(s) para minimizar el riesgo?		
	Recurso insuficiente para la adquisición de materiales, suministros y equipos	**Desaprovisionamiento de las áreas operativas para la prestación de los servicios**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		

			2	MEDIA	2	MODERADO	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	BAJA	3	LEVE	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
	Inexperiencia en el desarrollo de las actividades para el cumplimiento de contratos	Incumplimiento del objeto del contrato y no ejecución de actividades necesarias para el desarrollo de los procesos	1	ALTA	1	CATASTROFICO	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	MEDIA	2	MODERADO	2. ¿Se está aplicando en la actualidad?		
		No existe un plan de capacitación completo	1	ALTA	1	CATASTROFICO	1. ¿Los controles están documentados?		
	Inducción	No existe un proceso de inducción debidamente documentado	2	MEDIA	2	MODERADO	2. ¿Se está aplicando en la actualidad?		
		No hay personal que	3	BAJA	3	LEVE	3. ¿Es efectivo para minimizar el		

		cumpla con el perfil para realizarla inducción					riesgo?		
	Evaluación de desempeño	**No se ha adoptado el instrumento de evaluación** **No se han concertado los elementos de competencia** **No existe un manual de funciones y procedimientos actualizado**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		

	Plan de capacitación	**No existe instrumento de identificación de necesidades**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
		Deficiente clima laboral para establecer las necesidades	**2**	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
		Insuficiente numero de propuestas	**3**	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		

	Ejecución del plan de capacitación	**Reducción nivel de recursos para la ejecución** **Tiempo insuficiente del personal para recibir la capacitación** **Inasistencia del personal a las capacitaciones**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
	Nomina	**No se elabora la nomina siguiendo los requerimientos normativos** **No se realiza**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta		

		actualizacion de la nomina					aplicando en la actualidad ?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		

RIESGOS EN EL PROCESO DE PRESTACION DE SERVICIOS

¿QUE RIESGOS PERCIBES?							CONTROLES		
CAUSA (Factores internos y externos)	**RIESGO (DESCRIPCION)**	**EFECTO (consecuencias)**	**FRECUENCIA**		**IMPACTO**			**si**	**no**
	Déficit en el recurso humano en los turnos estipulados	• **Desequilibrio en las labores correspondiente al cargo**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		**X**
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se están aplicando en la actualidad?		**X**

		Disminución de la eficiencia en la atención al usuario **Inconformidad con el servicio por parte del usuario**	**3**	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es (son) efectivo(s) para minimizar el riesgo?		**X**
	Falta de mantenimiento a los equipos médicos	**Déficit en la atención a los usuarios** **Demora en la atención al usuario que requiera el equipo para estabilizar su estado de salud**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?	**X**	
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?	**X**	
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		**X**

	Faltantes de equipos médicos necesarios en los diferentes servicios para mejorar la calidad en la atención de los usuarios	**Déficit en la atención a los usuarios** **Demora en la atención al usuario que requiera el equipo para estabilizarse o determinar su estado de salud**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
	Faltantes de insumos: medicamentos definidos	**No administración**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están docume		

	en el stock de urgencias y carro de paro	**de los medicamentos**					ntados?		
		Déficit y demora en la atención al usuario	**2**	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
		Incumplimiento de las ordenes medicas	**3**	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		

	Déficit en la administración de medicamentos	**Incumplimiento de las ordenes medicas** **Deterioro del estado de salud del usuario**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
	Procedimientos inadecuados: colocación de sonda vesical, sonda naso gástrica, canalización de vena, curaciones		**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		

	Faltantes de equipos médicos necesarios en los diferentes servicios para mejorar la calidad en la atención de los usuarios	**Déficit en la atención a los usuarios** **Demora en la atención al usuario que requiera el equipo para estabilizarse o determinar su estado de salud**	**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		
	Procedimientos inadecuados: colocación de sonda vesical, sonda naso gástrica, canalización de vena, curaciones		**1**	**ALTA**	**1**	**CATASTROFICO**	1. ¿Los controles están documentados?		
			2	**MEDIA**	**2**	**MODERADO**	2. ¿Se esta aplicando en la actualidad?		
			3	**BAJA**	**3**	**LEVE**	3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?		

ANEXO A.F. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
UBICACIÓN DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA	El no poseer una área con infraestructura adecuada para la organización de información y mayor precisión en la ubicación rápida de información.	Negligencia de los funcionarios de la entidad. Desordenes de manejo de las historias clínicas.	No tener adecuadamente las historias clínicas	Seguir un lineamiento para organizar y reubicar el área.
ARCHIVAR HISTORIAS CLINICAS	Se debe archivar las historias clínicas con parámetros para identificarlas	Mal manejo en archivar por un serial dado por el área de estadística	No colocar la Historia clínica en el sitio adecuado	Llevar un estricto seguimiento y organización de historias clínicas en cual debe ser por el número de C.C
PERSONAL IDONEO	Los empleados deben tener un alto grado de capacitación	Capacitación	Enviar a los empleados a capacitarse	Cada empleado debe poseer un buen nivel y grado de capacitación para un buen funcionamiento.
INFORMES	No contar con la información verdadera y actualizada que permita la rápida obtención e identificación del paciente	Mas objetividad en los informes	Dar respuestas concisas y precisas	Llevar información real
SISTEMAS	Falta rapidez en la obtención de la información	Falta de eficiencia	No arroja informes precisos	Hacer que el sistema sea más rápido y eficaz.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
FALLA EN LOS EQUIPOS POR TORMENTA ELECTRICA	Falta de equipos adecuados para evitar esos sucesos	No contar con sistema de para rayos.	Paralización de actividades respectivas a informes, actualizaciones de información de tipo administrativo, contable y financiero	Estabilizadores y UPC Para rayos y mallas Desconexión de Equipos.
RECURSOS INSUFICIENTES PARA LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES, SUMININSTROS Y EQUIPOS	No se poseen los recursos suficientes para el cumplimiento del objeto social.	No se da prioridad a las compras y pagos mas representativos en el cumplimiento del objeto social	Desaprovechamiento de las áreas operativas para la prestación de los servicios	Realizar actividades de cartera, supervisión en la contratación, controles en la facturación para evitar glosas. Plan de compras y suministros.
EL PLAN DE CARGOS ESTA DESACTUALIZADO Y NO HA SIDO DEPURADO DE ACUERDO A LA NORMA	Falta de asignación para cada cargo de trabajo desarrollando funciones especificas respecto al cargo	Falta de personal y revisión de la hoja de vida e identificación de anomalías según la norma	Los funcionarios cumplen con las actividades que no son acordes a su nombramiento generando vacios en la gestión.	Hoja de vida Ley 785
NO EXISTE UN PROCESO DE INDUCCION DEBIDAMENTE CERTIFICADO.	No contar con la información verdadera y actualizada que permita la rápida obtención e identificación del paciente	Mas objetividad en los informes	Dar respuestas concisas y precisas	Llevar información real
NO SE REALIZA EL DEBIDO CONTROL DE LAS AREAS SOBRE EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	Falta rapidez en la obtención de la información	Falta de eficiencia	No arroja informes precisos	Hacer que el sistema sea más rápido y eficaz.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL ÁREA DE COMPRAS Y SUMINISTROS***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
DAÑO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PROCESO.	No se utilizan adecuadamente los elementos que son importantes en el desarrollo de las actividades.	Elementos obsoletos. Trato inadecuado.	No cumplimiento de las funciones.	Llevar un control para el cumplimiento de las normas para la custodia, conservación y mantenimiento.
NO CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DE LA ENTIDAD	No se cumple con las fines que de la entidad que impiden el buen funcionamiento	Adquirir bienes no necesarios y de mala calidad para la entidad	Daños Sanciones internas y externas.	Organización de comités que ayuden a velar por los intereses de la entidad.
NO SE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE LEY	No se cumple los requerimientos de ley que ayudan a prestar un mejor servicio	Desconocimiento de la ley por parte del proveedor y la entidad.	Sanciones disciplinarias, fiscales y penales	Capacitación y una retroalimentación con los requisitos de ley para que el ente personal los conozca y aplique.
NO PODER ADQUIRIR LOS ELEMENTOS NECESARIOS	Falta rapidez en la obtención de la información	No exista la disponibilidad presupuestal para la adquisición del bien y/o servicio.	No cumplimiento de la misión de la entidad.	Revisión y ajuste del plan de presupuesto adoptándolo a las necesidades y prioridades para cumplir con el objetivo social de la entidad.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL ÁREA DE RECAUDOS***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
ARQUEO INCOMPLETO Y NO PERIODICO	No obtener los informes contables y de cartera que muestren los diferentes movimientos que se presentan en la entidad.	No contar con sistema de para realizar los arqueos de manera periódica	Inconsistencia en los informes contables e inexactitud en los informes de cartera	Auditorías internas con arqueos de caja
LIBROS DE CAJA Y BANCOS INCOMPLETOS	No se poseen los recursos suficientes para el cumplimiento que permitan obtener la información.	No se actualizan los libros con los movimientos contables que se hacen dentro de la organización y se realizan las consignaciones diarias de recaudo.	Sanciones para la institución y faltas disciplinaria de los funcionarios.	Seguimiento a las consignaciones y reportes del informe actualizado
PERDIDA DE LOS SOPORTES	Se presenta dificultad en la obtención de la información y evidencia ya que no se cuenta con la documentación.	Falta un adecuado diligenciamiento revisión y seguimiento al libro de soportes recibidos	Reducción de la confiabilidad de los informes	Identificación de las anomalías y ajustes del proceso conforme a la normatividad.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
DEFICIT EN EL RECURSO HUMANO EN LOS TURNOS ESTIPULADOS	Falta de personal adecuado para la realización de turnos.	No se cuenta con el personal necesario para asegurar la atención al usuario.	Desequilibrio en las labores correspondientes al cargo. Disminución de la eficiencia en la atención al usuario	Cubrimiento del turno con la enfermera que se encuentre disponible o este de descanso.
FALTA DE MANTENIMIENTO EN LOS EQUIPOS MÉDICOS	No se poseen los recursos suficientes para el respectivo mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos dentro del hospital.	Falta de planeación para programar actividades de mantenimiento de los equipos.	Déficit en la atención al usuario. Demora en la atención al usuario que requiera de determinado servicio por parte de algún equipo para estabilizar su estado de salud.	Realizar la solicitud de mantenimiento de equipos que lo requieran.
DEFICIT EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	No contar con los soportes suficientes que permitan la identificación y manipulación de los medicamentos.	Falta de seguimiento para la identificación de la información de los medicamentos.	Incumplimiento de las órdenes medicas. Deterioro del estado de salud del usuario	Revisión de órdenes médicas. Hojas de medicamentos. Tarjeta de medicamentos. Protocolo de enfermería.
FALTANTE DE EQUIPOS MEDICOS NECESARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCION DE LOS USUARIOS	No contar con la información verdadera y actualizada que permita la rápida obtención e identificación del paciente	Mas objetividad en los informes	Dar respuestas concisas y precisas	Llevar información real

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL ÁREA DE MANTENIMIENTO***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
BOTAS LISAS	Los empleados no cuentan con el calzado determinado para evitar accidentes	Falta de presupuesto para el recambio de botas en el servicio de aseo	Fracturas, caídas deslizamientos	Capacitación sobre importancia de utilizar los implementos necesarios para la realización de trabajos con su correspondiente uso.
AGUJAS EN LA ROPA	La falta de preocupación y cuidado para la manipulación de esos elementos de trabajo.	Negligencia, por parte de los funcionarios al no tener cuidado con esta clase de elementos	Infecciones, contaminación, contagio	Capacitación sobre importancia de utilizar los implementos necesarios para la realización de trabajos con su correspondiente uso.
NO UTILIZAR MASCARILLAS Y TAPABOCAS	Falta de prevención y cuidado por parte del funcionario al no utilizar adecuadamente los implementos de trabajo.	Falta de conciencia en cuanto a lo de salud ocupacional respecta	Infecciones y contaminación.	Capacitación sobre importancia de utilizar los implementos necesarios para la realización de trabajos con su correspondiente uso.
GUANTES ROTOS	No se presenta una debida manipulación de elementos ya que son un medio de protección para el contagio de enfermedades.	No prestar un adecuado servicio y el personal puede estar expuesto al contagio de enfermedades.	Infecciones, contaminación, contagio	Capacitación sobre importancia de utilizar los implementos necesarios para la realización de trabajos con su correspondiente uso.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL ÁREA RECEPCION Y SIAU***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
NO REMITIR DE MANERA OPORTUNA AL PACIENTE	Falta de atención y prestación del servicio de manera adecuada	Aumenta el riesgo de agravarse el paciente	Sanciones para la entidad y sanciones disciplinarias	Capacitación para la buena prestación y atención adecuada al paciente
NO ACEPTACIÓN DEL USUARIO	No se brinda la prestación de él servicio de salud que la ley exige.	Aumenta el riesgo de agravarse el paciente	Sanciones a la entidad.	Capacitación sobre importancia de utilizar los implementos necesarios para la realización de trabajos con su correspondiente uso.
NO TENER RESPUESTA AL VERIFICAR AL USUARIO	Falta de prevención y cuidado por parte del funcionario al no utilizar adecuadamente los implementos de trabajo.	Mala calidad en la atención	No existe una identificación de los procesos de recepción de documentación con cumplimiento de requisitos	Socialización al funcionario responsable y seguimiento a la gestión.
NO TENER UNA CAPACITACIÓN ADECUADA	No presenta una adecuada identificación de sus procesos y actividades sometiendo a retrasos su gestión y obtención de resultados	Mala calidad en la atención.	Somete a retrasos su gestión y obtención de resultados	Estar capacitando constantemente para que el ente de la entidad este actualizando en las actividades que realiza para la excelente prestación del servicio.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE CONTROL***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
INCUMPLIMIENTO DE LA LEY	La institución no cuenta con un diagnóstico cognoscitivo y técnico	Desconocimiento de la ley. Negligencia del funcionario	Sanciones disciplinarias y económicas.	Realizar diagnósticos periódicos mediante reuniones participativas.
NO PRESENTAR OPORTUNAMENTE LOS INFORMES	No cuenta con las bases necesarias las cuales permiten dar a conocer la información pertinente y adecuada de las actividades y funcionamientos de la entidad.	No contar con las herramientas necesarias para el cumplimiento de las tareas. Falta de compromiso por parte de los funcionarios al momento de presentar la información.	Sanciones disciplinarias y económicas.	Llevar un adecuado control en la documentación completa de los diferentes procesos.
ELABORAR INFORMES CON INFORMACIÓN ERRADA.	Falta de prevención y cuidado por parte del funcionario al no utilizar adecuadamente los implementos de trabajo.	Falta de actualización permanente del responsable del proceso al rendir la cuenta.	Presentación de información inconsistente.	Socialización al funcionario responsable y seguimiento a la gestión.
NO TENER UNA CAPACITACIÓN ADECUADA	No presenta una adecuada identificación de sus procesos y actividades sometiendo a retrasos su gestión y obtención de resultados	Mala calidad en la atención.	Somete a retrasos su gestión y obtención de resultados	Estar capacitando constantemente para que el ente de la entidad este actualizando en las actividades que realiza para la excelente prestación del servicio.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN.***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
PÉRDIDA DE DOCUMENTOS, RETRASOS EN ENTREGAS.	La institución no cuenta con un con un proceso de archivo adecuado	Desconocimiento de la ley. Negligencia del funcionario	Archivos incompletos, sanciones disciplinarias y/o administrativas.	Archivar de manera adecuada documentos, ingreso de base de datos.
PÉRDIDA DE REGISTROS DE INGRESO DE DOCUMENTOS	No cuenta con las bases necesarias las cuales permiten dar a conocer la información pertinente y adecuada de las actividades y funcionamientos de la entidad.	No contar con las herramientas necesarias para el cumplimiento de las tareas. Falta de compromiso por parte de los funcionarios al momento de presentar la información.	Archivo incompleto, pérdida de información importante	Llevar un adecuado control en la documentación completa de los diferentes procesos.
PÉRDIDA DE DOCUMENTOS, RETRASOS EN ENTREGAS.	Falta de prevención y cuidado por parte del funcionario al no utilizar adecuadamente los implementos de trabajo.	Falta de actualización permanente del responsable del proceso al rendir la cuenta.	Archivos incompletos, sanciones disciplinarias y/o administrativas, pérdida de información.	Socialización al funcionario responsable y seguimiento a la gestión.

	***IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA***

RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSA	EFECTO	CONTROLES
NO INGRESO DE LAS TRASFERENCIAS Y CUOTAS DE AUDITAJE.	La institución no cuenta con un diagnóstico de comprobación de información	Negligencia, falta de gestión para consecución de los recaudos	No ingreso de las trasferencias y cuotas de auditaje.	Realizar diagnósticos periódicos mediante reuniones participativas de verificación de transacciones.
PERDIDA DE DINERO.	No cuenta con las bases necesarias las cuales permiten dar a conocer la información pertinente y adecuada de las actividades y funcionamientos de la entidad.	Falsificación de un documento propio de la entidad o firma, quiebra de la entidad financiera	Pérdidas económicas y de recursos del estado, daños fiscales.	Llevar un adecuado control en la documentación completa de los diferentes procesos que permita saber los diferentes movimientos económicos.
TRANSACCIONES VIRTUALES EFECTUADAS POR TERCEROS	Falta de prevención y cuidado por parte del funcionario al no utilizar adecuadamente la documentación	Hackers, crimen organizado.	Pérdidas económicas y de recursos del estado, daños fiscales.	Archivar adecuadamente la información, control en la manipulación de documentación.
NO PAGO OPORTUNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	No presenta una adecuada identificación de sus procesos y actividades sometiendo a retrasos su gestión y obtención de resultados	No pago oportuno de la seguridad social	Problemas jurídicos, inseguridad social para los funcionarios, accidentes.	Tener un control de los diferentes pagos y llevar un cronograma para cumplimiento de obligaciones de la entidad

ANEXO A.G. COMUNICACIÓN

COMPONENTECOMUNICACIÓN PÚBLICA

- ✓ **Comunicación Organizacional**
- ✓ **Comunicación Informativa**
- ✓ **Sistemas de Información**

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA

Tabla de Contenido

Introducción

1. Objetivos enfocados a los ejes Temáticos.

1.1 Comunicación Organizacional.

1.1.1 Receptividad.

1.1.2 Actitud de servicio.

1.1.3 Visión compartida.

1.1.4 Trabajo colaborativo.

1.2 Comunicación Informativa.

1.2.1 Sistematización de la Información.

1.2.2 Socialización de la Información.

1.3 Rendición de Cuentas a la Sociedad.

1.3.1 Precepto Constitucional de la Publicidad.

1.3.2 Concepto Comunicativo del Posicionamiento.

2. Estrategias.

2.1 Comunicación Organizacional

2.1.1 Receptividad.

2.1.2 Actitud de servicio.

2.1.3 Visión compartida.

2.1.4 Trabajo colaborativo

2.2 Comunicación Informativa.

2.2.1 Sistematización de la Información.

2.2.2 Socialización de la Información.

3. Políticas.

3.1 Carácter estratégico de la comunicación

3.2 La comunicación en la construcción de la confianza.

3.3 Plan de comunicaciones

3.4 Carácter de las acciones comunicativas

3.5 La información es un bien colectivo

3.6 Comunicación con los contratistas y proveedores

3.7 Comunicación con la ciudadanía

1. OBJETIVOS ENFOCADOS A LOS EJES TEMÁTICOS

1.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

Esta hace parte del engranaje de toda Organización o Entidad que reconoce que la "Comunicación Organizacional" es el Eje dinamizador de las acciones individuales y colectivas que buscan la integración y el fortalecimiento de la institución. Así mismo la Comunicación Organizacional, busca garantizar la organicidad y coherencia de las entidades desde el punto desde el punto de vista de la adecuada articulación de sus principios y acciones.

1.1.1 Receptividad: El objetivo es permitir a las entidades desplegar toda una serie de estrategias y mecanismos que estén al alcance de las comunidades a través de acciones explícitas que permitan establecer contacto directo con la comunidad.

1.1.2. Actitud de servicio: el objetivo va dirigido para que los funcionarios laboren de manera desinteresada y con el interés de prestar un buen servicio a la comunidad de modo que el ambiente donde se labora inspire confianza y que las personas que requieran alguna clase de servicio encuentren apoyo y amabilidad por parte de los funcionarios que actúan como representantes de la entidad. Así mismo debe existir una actitud de cortesía que permita a la persona que utilice los servicios de total confianza.

.

1.1.3. Visión compartida: cuando se comparte una visión, esta se desarrolla con mejores resultados y genera más compromisos que a lo largo del tiempo deja entrever una identificación que genera mejores resultados que los esperados. Así

mismo la Visión Compartida hace referencia a aquellos elementos orientadores de contenido y no formales que en términos no solamente éticos sino desde otras perspectivas pedagógicas y administrativos, pueden convertirse en lugares de reconocimiento donde sea posible adelantar acuerdos organizacionales.

1.1.4. Trabajo colaborativo:

Mediante un trabajo mutuo y compartido en donde la comunicación sea el punto de partida las Entidades del Estado deben establecer modelos internos de trabajo organizacional participativo. Igualmente el objetivo es desarrollar competencias en los funcionarios sobre el trabajo colaborativo, teniendo el Plan Estratégico de la Capacitación como punto de referencia.

La interrelación en los procesos institucionales, caracterizada por el trabajo colaborativo, mejora la sinergia entre las diferentes dependencias y la calidad de los servicios de la gestión fiscalizadora.

1.2 COMUNICACIÓN INFORMATIVA

Este campo de acción busca garantizar que todas las entidades, logren encontrar mecanismos de información que lleguen directamente a la sociedad y puedan expresar un relato entendible, de manera que desde cualquier punto de vista sea de fácil percepción. La Comunicación Informativa se convierte en un elemento de control, que debe garantizar que la información de la Entidad referente a su funcionamiento, gestión y resultados; sea conocida de forma profunda y clara hacia los diferentes grupos de la sociedad que desean conocer sobre el trabajo de supervisión y control que realizan a los recursos del estado.

1.2.1 Sistematización de la Información:

Teniendo como punto de referencia que el Control Fiscal, debe ser un proceso transparente y abierto a toda la sociedad, el objetivo de la sistematización de la

información es contar con una Red informativa que genere claridad en el ejercicio del Control; por cuanto la eficacia en la información fortalece la transparencia y permite tener al ciudadano informado del trabajo de control y fiscalización que se ejerce en al interior de las instituciones del orden departamental y municipal. Es por ello que la sistematización de la información enfatiza que las entidades deben definir e implementar procedimientos y procedimientos de información, que permita dar a conocer el trabajo realizado y que la sociedad que esta alrededor de la entidad entienda y conozca sobre el perfil misional de la Contraloría General de Santander.

1.2.2 Socialización de la Información:

El objetivo de la Socialización de la Información es lograr que se "comparta" o se dinamice la participación de la sociedad por medio de diversos canales de información que logren fortalecer la entidad como una Institución que garantiza a los entes de Control Municipal cumplimiento y aplicación de las normas, procesos y procedimientos que garantizan la objetividad en los diferentes procesos.

1.3 RENDICIÓN DE CUENTAS A LA SOCIEDAD

La Rendición de Cuentas a la Sociedad va de la mano con la Comunicación Informativa desde la Comunicación Organizacional, fundada en la aplicación del precepto constitucional de la publicidad que precisa que la rendición de cuentas a la sociedad es adicional a la rendición de cuentas a los Organismos de Control, como lo establece la Ley. Por este motivo la rendición de Cuentas o la presentación de informes periódicos a la comunidad, tiene como propósito dar a conocer los logros alcanzados en el desarrollo del Plan Estratégico, tanto en los aspectos misionales como de apoyo a la comunidad.

Por esto la Contraloría implementa el programa de rendición de cuentas a la sociedad que posibilita la información oportuna de los resultados más importantes de la gestión fiscal de la Entidad

1.3.1 Precepto Constitucional de la Publicidad:

El Precepto Constitucional de la Publicidad tiene como propósito dinamizar la participación ciudadana de modo que exista difusión al público interno y externo sobre la misión institucional y sobre los avances del mismo. Igualmente, la publicidad hace referencia a compartir la información que existe al interior con el exterior y de otra parte permite fortalecer el Programa de Rendición de Cuentas que debe ir articulado con el Programa Institucional que informa al público interno y externo sobre el trabajo de fiscalización realizado.

El desarrollo del Programa Institucional, permite que la ESE Hospital Integrado San Bernardo se posicione institucionalmente y genere seguridad y confianza de los procesos que se adelantan. Así mismo se puede apoyar este Programa desarrollando propuestas alternas en medios escritos, radiales y televisivos que posean terminologías sencillas y claras a fin de que logren llegar a toda la comunidad.

Por consiguiente los procesos de comunicación que se planteen deben ir articulados con estrategias publicitarias que lleguen directo al público, de modo que se garantice la divulgación y amplia circulación.

1.3.2 Concepto Comunicativo del Posicionamiento

El hablar de posicionamiento hace referencia a la visibilidad de la gestión realizada y esta se muestra entregando un trabajo coherente con la misión y visión de la institución.

La comunicación hacia el exterior debe estar enfocada a hacer visible la gestión es decir mostrar cómo se está trabajando en la entidad y los resultados obtenidos. Igualmente la comunicación tiene que ver con hacer visibles a cada uno de las personas quienes son responsables del trabajo de cada una de las áreas y de los resultados obtenidos.

El objetivo final del Posicionamiento Comunicativo es divulgar la información de la Entidad sobre su funcionamiento, gestión y resultados, en forma eficiente y oportuna hacia los diferentes grupos de interés externo.

2. ESTRATEGIAS

2.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

2.1.1 Receptividad:

Estrategia: a través de diferentes mecanismos de interlocución se definirán políticas de escucha que serán el punto de referencia para establecer los elementos que definan los proyectos y planes a ejecutar.

2.1.2. Actitud de servicio:

Estrategia: por medio de programas de capacitación los funcionarios deben entender que debe existir un ambiente propositivo y proactivo que se logra solo si existe por parte del funcionario un trato amable y de respeto hacia los demás incluyendo a sus compañeros de trabajo.

2.1.3. Visión compartida:

Estrategia: mediante procesos de identificación interna y externa se podrán organizar estrategias comunicativas que permitan una interlocución con sentido compartido que genere capacidad de diálogo y arroje excelentes resultados, por cuanto el mejoramiento de la calidad de vida de los santandereanos es nuestra gran finalidad.

2.1.4. Trabajo colaborativo:

Estrategia: mediante campañas que involucren a un buen número de funcionarios sobre el compromiso con la entidad y sobre su visión y visión, se logra garantizar la calidad del Control Fiscal y de esta manera se le cumple a la ciudad y a la comunidad.

2.2 COMUNICAION INFORMATIVA

2.2.1 Sistematización de la Información:

Estrategia: mediante el diseño e implementación de una amplia campaña de información sobre el trabajo que se adelanta y sobre sus resultados, se logra cumplir con la misión institucional que establece evaluar si la gestión fiscal de los sujetos de control, servidores públicos y particulares, han ejecutado conforme a las normas legales y los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad.

2.2.2 Socialización de la Información:

Estrategia: El compartir la información fortalece la transparencia, para ello se hace necesario crear estrategias sencillas y efectivas que posicionen la imagen institucional de la entidad.

3. POLITICAS

3.1 PRIMERA POLITICA:

“CARÁCTER ESTRATÉGICO DE LA COMUNICACIÓN”

El actual Plan Estratégico de Comunicaciones del Hospital Integrado San Bernardo, tiene como propósito institucionalizar la comunicación como un proceso estratégico transversal a su estructura organizacional, a sus prácticas informativas y a la manera como da cumplimiento al principio constitucional de publicidad y de Rendición de Cuentas a la sociedad. Este proceso de Comunicaciones es el eje organizacional estratégico de cualquier institución por cuanto permite cumplir con los objetivos y dar a conocer a la sociedad los resultados que se obtienen.

Así mismo el objetivo del Hospital Integrado San Bernardo, es permitir el logro de los fines misionales y la transparencia de su gestión, que se da a conocer por medio de diferentes procesos comunicativos de carácter estratégico orientados a fortalecer la participación ciudadana y la disposición organizacional para la apertura, la interlocución y la visibilidad. Por ello, las acciones comunicativas se realizaran de acuerdo con los parámetros que establezcan los procesos de comunicación y el Plan de Comunicaciones de la entidad.

Criterios:

1 El proceso de comunicación debe convertirse en un amplio mecanismo interno y externo que permita crear condiciones para la participación seria y responsable de los funcionarios y colaboradores que participan de la gestión y ejecución de las acciones tendientes al logro de los objetivos misionales.

2 El punto de partida técnico para lograr un buen resultado es la formulación del Plan Estratégico de Comunicaciones, que tiene como propósito brindar información de entrada sobre la situación de la comunicación en el Hospital

Integrado San Bernardo referida a los tres grandes campos (comunicación organizacional, comunicación informativa y de Rendición de Cuentas).

4 Los Jefes y Directivos deberán mantener en forma constante y sistemática estrategias de comunicación internas y externas, para logar el logro de los objetivos misionales. Igualmente deberán generar estrategias de identidad cultural y acciones comunicativas que permitan hacer efectivas las políticas de comunicación del Hospital Integrado San Bernardo.

5 La Gestión Comunicacional del Hospital Integrado San Bernardo, debe ir enfocada de forma directa a posicionar la identidad corporativa y hacia la proyección de la Imagen Institucional,

5 Con el propósito de implementar el Plan Estratégico de Comunicaciones, se permitirán expedir actos administrativos a fin de proveer de recursos para implementar dichas estrategias.

3.2. SEGUNDA POLITICA:

"LA COMUNICACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CONFIANZA"

La Gestión Comunicacional estará enfocada a la construcción de confianza hacia el Hospital Integrado San Bernardo en todos los públicos a través del fortalecimiento de la apertura, la interlocución y la visibilidad.

La Comunicación del Hospital Integrado San Bernardo, con los públicos internos y externos se realizará de acuerdo con los parámetros que defina el Plan de Comunicaciones,

Criterios:

1 El diálogo, la transparencia y la visibilización de las actuaciones que desarrolla el Hospital Integrado San Bernardo sobre la administración de los bienes y la gestión pública, son aspectos que generaran confianza en la comunidad.

2 La Rendición de Cuentas a la sociedad estará enmarcada en el sano propósito de la transparencia y la publicidad de los actos del administrador público, serán dados a conocer por los diferentes mecanismos de comunicación, de modo que se genere confianza y credibilidad.

3 La difusión y publicación de los resultados de la labor de fiscalización serán dados a conocer a la sociedad, con el fin de promover la participación y generar con ello relaciones de confianza y credibilidad.

4 Los mensajes que emitan las diferentes dependencias del Hospital Integrado San Bernardo, mantendrán coherencia con los postulados, y planteamientos estratégicos.

5 Defender y vigilar que el manejo de los recursos se haga con transparencia son dos de los aspectos relevantes para generar confianza en cada una de las actuaciones que realice en Ente Auditor.

3.3 TERCERA POLÍTICA:
"PLAN DE COMUNICACIONES"

El Hospital Integrado San Bernardo tendrá como punto de referencia el "Plan de Comunicaciones", establecido para los públicos externos e internos.

El presente Plan de Comunicaciones, tiene como objetivo institucionalizar la comunicación en el Hospital Integrado San Bernardo, de modo que exista confianza por parte de la comunidad en la forma como se desarrollan los procesos internos, organizaciones y las prácticas informativas y la manera como se da cumplimiento al principio establecido que es la Rendición de Cuentas a la sociedad.

Criterios:

1 En el Hospital Integrado San Bernardo se formulará el Plan de Comunicaciones que establecerá los lineamientos, estrategias y procedimientos de la entidad en sus relaciones con los diferentes públicos con los que interactúa, a partir de las Políticas de Comunicación adoptadas por la misma.

2 En el Hospital Integrado San Bernardo existirá una Oficina de comunicaciones responsable de formular y coordinar el Plan de Comunicaciones; pero su ejecución se hará desde las diferentes áreas o dependencias según sus necesidades y proyectos comunicacionales y específicos.

3 Deberá existir un Comité de Comunicaciones encargado de adoptar, vigilar y evaluar el cumplimiento del Plan de Comunicaciones. Dicho Subcomité estará integrado por el Señor Gerente y por los encargados de las dependencias con atención al público interno y externo.

4 Las Entidades descentralizadas diseñaran sus propios Planes de Comunicaciones enmarcados en las Políticas de Comunicación adoptados por esta Directiva, considerando las necesidades propias de su naturaleza jurídica

3.4 CUARTA POLITICA:

“LA INFORMACIÓN ES UN BIEN COLECTIVO”

Fomentar los trabajos que resulten de los procesos de información y darlos a conocer en todos los niveles, son aspectos de los procesos internos que debe desarrollar El Hospital Integrado San Bernardo, para lograr la difusión de la información de interés para los funcionarios. Esta debe ser de carácter permanente a través de los diferentes medios y espacios establecidos para ello y estará consignada en actas, memorias y formatos.

Siendo así, la información se convierte en un bien colectivo indispensable para el conocimiento de los procesos internos y la realización del trabajo, en El Hospital Integrado San Bernardo. Por consiguiente, se fomentará su producción y circulación fluida en todos los niveles, mediante la ejecución de un programa que garantice su adecuada socialización y retroalimentación de la información.

El Hospital Integrado San Bernardo dispondrá de todos los medios y espacios para difundir oficialmente y de manera oportuna toda la información que se desprenda de las diferentes dependencias y de los equipos auditores de manera oportuna, de modo que se puede erradicar la distorsión y los comentarios que no cuentan con ninguna clase de validez. De esta manera se fortalecerá el trabajo en equipo a través de un adecuado manejo de los recursos y métodos, y una clara definición de directrices, con lo cual se favorecerá la producción del conocimiento asociado al cumplimiento de la misión y permitirá dar a conocer los resultados de las Auditorias, para efectos de socializar la información ante la comunidad y los mismos funcionarios.

3.5. QUINTA POLITICA:
"COMUNICACIÓN CON LOS CONTRATISTAS Y PROVEEDORES"

La igualdad, imparcialidad y transparencia son aspectos que deben enmarcar la Comunicación con los contratistas y proveedores de el Hospital Integrado San Bernardo de modo que exista confianza entre el ente y la comunidad que les permita confiar sobre las actuaciones de la Entidad.

Criterios:

1 Se debe dar estricto cumplimiento al Decreto, que hace referencia a la normatividad de El Hospital Integrado San Bernardo, en donde se debe divulgar en forma amplia y oportuna a través de todos los medios masivos de más amplia circulación y de Pág. Web, todas la información referente a las licitaciones y contrataciones.

2 Existe igualmente otro aspecto relevante en la comunicación con Contratistas y proveedores y es el contacto personal y directo con un área específica, que permite desarrollar un mejor desarrollo de lo institucional con la comunidad que finalmente orienta y satisface al ciudadano.

3 La información necesaria para la presentación de las diferentes propuestas y el desarrollo del principio de la selección objetiva, será dados a todos los contratistas sin distingo alguno.

4 Mediante los medios de Comunicación existentes de mayor circulación en el municipio se deberá comunicar a los oferentes y/o proponentes las razones técnicas, económicas y legales que conducen a la toma de decisiones de los procesos en lo referente lo extramural.

3.6. SE XTAPOLITICA:
“VOCERIAS INSTITUCIONALES”

El Hospital Integrado San Bernardo tendrá como vocero oficial de la información y de las noticias generadas en la institución ante los medios de comunicación al señor Gerente, quien es la cabeza visible o en su deferencia a la persona que delegue el Gerente. Así mismo es de recalcar que dichos pronunciamientos deben reflejar los valores, principios y misión de la entidad.

Criterios:

1 El Gerente deberá aprobar y autorizar los Boletines Oficiales de la Institución que se enviaran a los diferentes medios de Comunicación y comunidad en general.

2 Los pronunciamientos de carácter institucional, deben estar de acuerdo con la misión y visión de la organización, además se deben citar las fuentes originales de la información.

3 Toda comunicación deberá ser aprobada y autorizada por el Gerente.

4 Hablando de temas referentes a las Finanzas, Participación Ciudadana y Medio Ambiente entre otros, el señor Gerente tiene la potestad de delegar a un funcionario capacitado y conocedor del tema para que haga las declaraciones o rinda una entrevista ya sea a la comunidad o a los medios de comunicación.

5 Refiriéndose a comunicaciones de carácter interno y del manejo de personal, este compete al Secretario General del Hospital Integrado San Bernardo.

3.7. SEPTIMA POLITICA:

“COMUNICACIÓN CON LA CIUDADANIA”

El acercamiento que realice El Hospital Integrado San Bernardo con la ciudadanía se hará en el marco del entendimiento de la administración pública como un servicio hacia la ciudadanía y en el ejercicio de los principios de transparencia que deben tener los actos de los servidores públicos.

Debe existir una Comunicación directa con la Ciudadanía, en donde se les informe sobre planes y programas. Así mismo a través de la Pedagogía Ciudadana, la sociedad en general y los miembros de las diferentes comunidades tendrán interacción permanente con El Hospital Integrado San Bernardo y otras entidades públicas con el propósito de generar credibilidad y confianza en el cumplimiento de la misión institucional.

Criterios:

1 La Pedagogía Ciudadana sobre control se convierte en al principal herramienta para la permanente difusión y comprensión de las normas y el que hacer de la organización.

2 Mediante Foros, Talleres y Programas de Capacitación, los ciudadanos conocerán aspectos relevantes del manejo del El Hospital Integrado San Bernardo, mediante la Oficina de SIAU, capacitará a líderes comunitarios y organizaciones civiles sobre los programas y planes. Para el desarrollo de estas capacitaciones se tendrá en cuenta las solicitudes de la comunidad, hechas a la entidad.

3 Con el apoyo de la Administración Municipal, se dictaran talleres de sensibilización en instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad, con

el propósito de inculcar en la población estudiantil el interés por los asuntos de actividades extramurales.

Con el propósito de fortalecer el proceso de pedagogía ciudadana, El Hospital Integrado San Bernardo realizará constantemente textos pedagógicos, cuyos contenidos serán suministrados por las diferentes dependencias de la entidad.

ANEXO A.H. PLAN DE GESTIÓN 2010-2012

Plan de Gestión 2010-2012

E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

Barbosa Santander

El plan de gestión contiene las líneas estratégicas que orientarán el desarrollo de la institución, así como la medición de los indicadores que servirán de base para el análisis de la gestión de la dirección.

1. Introducción

De acuerdo con las disposiciones establecidas por el Ministerio de Protección Social, mediante el Decreto 357 de 2008, la Resolución 473 de 2008 y sus anexos técnicos, la **Gerencia** de la E..S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA ha diseñado su plan de gestión para el período **2010 - 2012** el cual se encuentra alineado con los objetivos e iniciativas estratégicas de su Plan de Desarrollo Institucional.

La formulación del Plan de Gestión, permitió establecer la carta de navegación de la entidad, mediante la identificación de aquellas prioridades vitales para el desarrollo institucional, las cuales tienen un impacto directo sobre el usuario, los procesos, el personal, la infraestructura y las principales variables económicas y financieras.

Los beneficios que trajo consigo el diseño del plan de gestión, le permitieron a la **E.S.E.HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA:**

1. Reconocer los principales retos y oportunidades del entorno; así como alinear la organización con los cambios externos.

2. Identificar las fortalezas y debilidades en los ámbitos de gestión Directiva y Estratégica; ámbito de prestación de servicios de salud y actividades de gestión administrativa.

3. Seleccionar los retos estratégicos sobre los cuales orientar los esfuerzos institucionales y

4. Movilizar a la institución en el diseño de planes operacionales, definición de responsables y asignación de recursos y estimación de tiempos para su efectivo cumplimiento.

Los Planes de Desarrollo y de Gestión diseñados, lograron crear los mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la buena gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros de la Entidad, proyectándolos en una gestión de largo plazo que coadyuvan a la institución a lograr su sostenibilidad, crecimiento y orientación social.
Estos planes han sido orientados para el fortalecimiento y optimización de las áreas operativas del Primer Nivel persiguiendo con esto ofrecerle al usuario oportunidad y calidad en el servicio; de otro lado se pretende proyectar la Institución hacia la prestación de servicios de Segundo Nivel partiendo de los que ya están habilitados ante la Secretaría de Salud Departamental con el fin de extender los servicios a la comunidad ofreciéndole al usuario mayor integralidad y la oportunidad de evitar el desplazamiento hacia otras localidades y sus inconvenientes que consigo trae, todo esto como respuesta a las mismas solicitudes de la población que accede periódicamente al servicio.

2. Metodología

La metodología adoptada por la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, comprendió un proceso de recopilación de datos financieros, de mercadeo, procesos y desarrollo organizacional que permitió definir los objetivos estratégicos de la institución, las metas anuales y formular la plataforma estratégica que permitirá alcanzar el logro de la Visión institucional, por medio del cumplimiento de su misión básica.

En el proceso de formulación del plan de gestión la institución tomó como base metodologías modernas de gestión tales como el ***Cuadro de Mando Integral*** y la ***Administración por Políticas***.

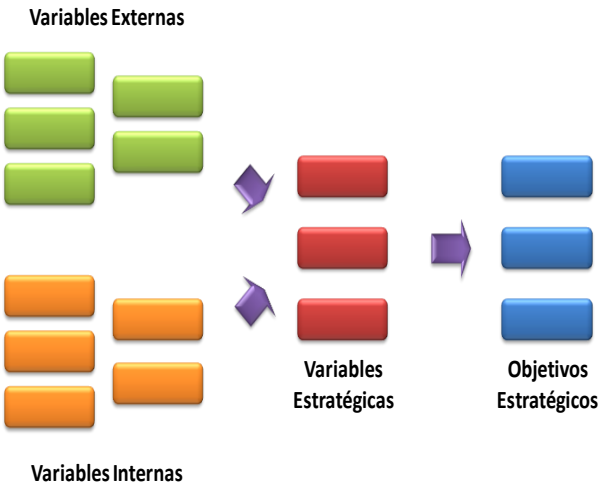
Por un lado, el ***Cuadro de Mando Integral*** traduce la estrategia y misión de la entidad en un conjunto de medidas de actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un adecuado sistema de gestión y medición estratégica a la luz de cuatro perspectivas: financiera, de usuarios y mercado, de procesos y desarrollo organizacional.

Cuadro 1
Cuadro de Mando Integral



Por otro lado, la ***Administración por Políticas*** apoya a la Alta Dirección en la identificación de las pocas estrategias vitales y en la especificación de los sistemas claves que requieren ser mejorados para lograr los objetivos estratégicos.

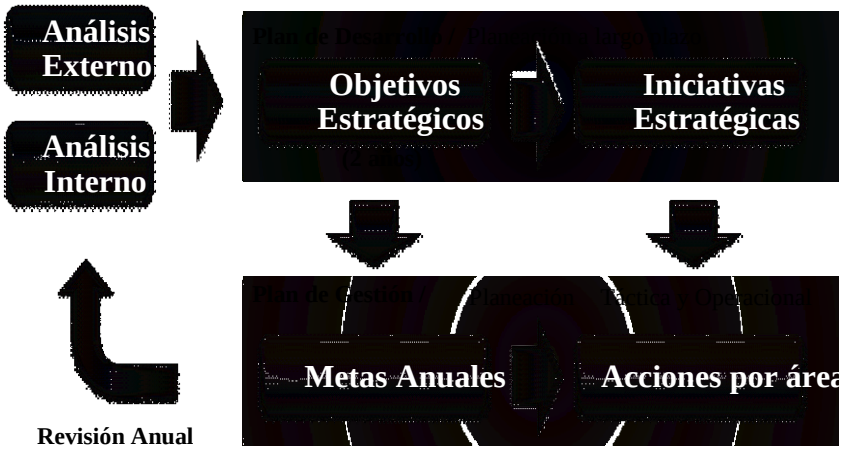
Cuadro 2
Administración por Políticas



En el cuadro 3, se presenta la metodología desarrollada para el diseño del plan de gestión.

Cuadro 3
Metodología para el Diseño del Plan de Gestión

ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA



Alineamiento con la Resolución 473 de 2008

La **Gerencia** atendiendo lo previsto en la Resolución 473 de 2008 alineó los resultados obtenidos con los ámbitos de gestión establecidos, a saber:

1. ***Gestión directiva y estratégica.*** Son las derivadas de la función diferenciadora de la dirección y gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional.

   Se materializan con el seguimiento al desarrollo estratégico de la entidad, el análisis financiero, operacional y presupuestal de la misma y con el seguimiento al comportamiento en el mercado de la prestación de servicios de salud, la aplicación del Sistema de Control Interno y la garantía de una adecuada unidad de intereses de la entidad. La gestión directiva y estratégica se encuentra alineada con las perspectivas Financiera, de Usuarios y Mercado y de Desarrollo.

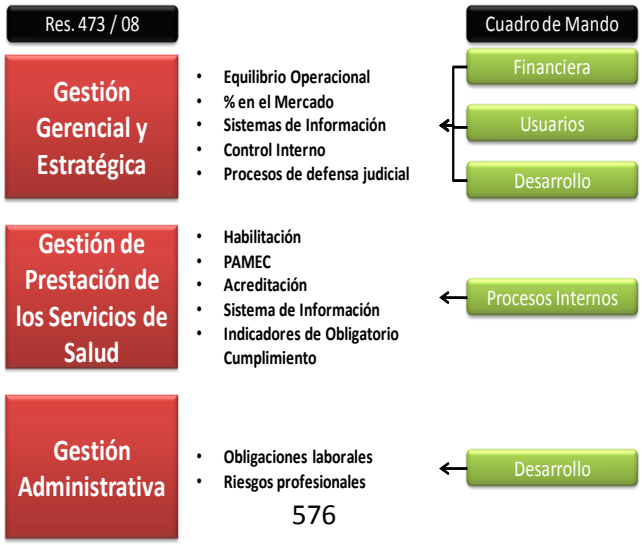
2. ***Prestación de Servicios de Salud.*** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutiva de cada entidad.

   Se materializan con el seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con enfoque en seguridad al paciente y con el desarrollo, en lo pertinente, de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

   La Prestación de los servicios de salud se encuentra alineada con la perspectiva de procesos.

3. ***Gestión Administrativa.*** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

Cuadro 4
Alineamiento con la Resolución 0473 de 2008



3. Diagnóstico de Gestión / Componente Directivo y Estratégico

3.1 Perspectiva Financiera

El análisis de los indicadores financieros es valioso para resumir las consecuencias económicas de la institución, se caracterizan por ser fácilmente medibles y proporcionan información valiosa sobre el desempeño de la estrategia en el pasado inmediato.

A diciembre 31 de 2009, la **ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA** presenta las siguientes fortalezas y debilidades:

Tabla 1
Descripción de la situación financiera

Fortalezas	Debilidades
• NIVEL DE ENDEUDAMIENTO LIBRE EN UN 100% • LOS INGRESOS PROYECTADOS INICIALMENTE EN EL PRESUPUESTO SON 100% EJECUTADOS • LA UTILIDAD OPERACIONAL ES ACORDE CON EL OBJETO DE LA ESE PRESTANDO SERVICIOS DE CALIDAD A COSTO RAZONABLE. • LA LIQUIDEZ OBSERVADA EN LA INSTITUCIÓN ES EL REFLEJO DE SU ROTACIÓN DE CARTERA Y RECURSOS GENERADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. • LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LA INSTITUCIÓN REFLEJA ESTABLIDAD YA QUE EN LAS ÚLTIMAS VIGENCIAS SE HA MOSTRADO CUMPLIDORA DE SUS OBLIGACIONES Y HA LOGRADO CANCELAR DEUDAS DE ANTERIORES VIGENCIAS.	• NO SE HA LOGRADO DEPURAR EN UN 100% LA CARTERA DE LA INSTITUCIÓN • FALTA DE UN SOFTWARE QUE INTEGRE CONTABILIDAD, PRESUPUESTO Y FACTURACIÓN. • BAJA GESTIÓN EN LA CONSECUCIÓN DE RECURSOS EXTERNOS PARA LA INSTITUCIÓN. • RETRASOS Y BAJA GESTIÓN EN EL COBRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCIÓN. • INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS LO CUAL GENERA GLOSAS.

3.2 Perspectiva de Usuarios y Mercado

Identifica las características de la población atendida por la institución y su nivel de satisfacción frente a los servicios prestados. De igual forma, analiza las diferentes variables que son importantes para el usuario tales como la calidad, la oportunidad, el acceso, la pertinencia, la imagen institucional, las relaciones y el trato proporcionado por los funcionarios de la E.S.E.

Los principales resultados obtenidos como fruto del diagnóstico se resumen a continuación:

Tabla 2
Descripción de la situación de usuarios y mercado

Fortalezas	Debilidades
➢ Tenemos una participación del mercado Potencial Total en más del 60% en el ámbito municipal. ➢ Del Régimen Subsidiado la E.S.E. tiene el 100% de la participación por su buena gestión. ➢ Se ha desarrollado una gran campaña de concienciación con los funcionarios de la E.S.E. en temas como el trato amable y la atención oportuna de los usuarios. ➢ Existe una alta demanda del servicio y el usuario prefiere ser atendido en la Institución antes que ser remitido a un nivel superior lo cuál ayuda para que las A.R.S. contraten con la E.S.E. ➢ La situación geográfica privilegiada de nuestra población que permite tener la oportunidad de captar usuarios de regiones cercanas.	➢ Del régimen contributivo la E.S.E. Participa tan solo con el 22% ➢ La población objetivo del mercado tiene un gran componente de población flotante que dificulta el cumplimiento de metas. ➢ La situación socioeconómica de la mayoría de los usuarios ➢ El bajo perfil educativo de la población que requiere del servicio. ➢ Las condiciones normativas que limitan la gestión de consecución de nuevos usuarios de diferentes niveles socioeconómicos. ➢ La alta cercanía de entidades del sector privado y de la Red Pública de niveles superiores de atención.

3.3 Sistemas de información, control y gestión

El diseño de sistemas de información, control y gestión se orienta al fortalecimiento y mejoramiento de procesos, procedimientos, entre otros elementos de apoyo; siendo un importante apoyo a la toma de decisiones gerenciales.
Nuestros resultados en esta área se exhiben en la tabla 3.

Tabla 3

Descripción de la situación de sistemas de información, control y gestión

Fortalezas	Debilidades
➢ AMBIENTE PARA EL ENRIQUECIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA ➢ SE CUENTA CON SOFTWARE ➢ SE CUENTA CON INFORMACIÒN HISTÒRICA CLASIFICADA ➢ SE CUENTA CON INTERNET EN OPTIMAS CONDICIONES ➢ PERSONAL IDÓNEO EN EL MANEJO DEL SISTEMA DE CONTROL	➢ NO EXISTE LUGAR SEGURO PARA SALVAGUARDAR INFORMACIONES ➢ EL ACCESO A LA INFORMACIÒN ES GENERAL ➢ FALTA DE CONTINUIDAD DEL MANUAL ESTÀNDAR DE CONTROL INTERNO ➢ BAJO AUTOCONTROL ➢ NO EXISTE SISTEMA DE PLANEACIÒN ➢ FALTA ACTUALIZACIÒN DEL MANUAL DE FUNCIONES ➢ NO HAY COORDINACIÒN ENTRE MANUAL DE FUNCIONES, ORGANIGRAMA Y PLAN DE CARGOS

3. Diagnóstico de Gestión / Componente Prestación de Servicios de Salud

3.4 Perspectiva de procesos asistenciales

Cada uno de los sectores económicos cuenta con un conjunto único de procesos para generar valor frente a sus clientes o usuarios, los cuales se relacionan de manera indirecta con los resultados financieros. En las instituciones de salud, la creación de valor agregado se da mediante la prestación básica de servicios de salud de acuerdo a su nivel de complejidad.

Es así como en la E.S.E. se han identificado puntos fuertes y oportunidades de mejora en cada uno de los servicios.

Tabla 4
Descripción de la situación de la calidad en servicios

Servicios Asistenciales	Fortalezas	Debilidades
CONSULTA EXTERNA	➢ EQUIPO HUMANO CON EXPERIENCIA. ➢ COBERTURA ADECUADA	➢ DOTACIÓN ÉQUIPO ESPACIO FÍSICO. ➢ FALTA COMPROMISO PERSONAL PLANTA.
CONSULTA URGENCIAS	➢ ESPACIO ADECUADO ➢ AREA INFLUENCIA	➢ DISPONIBILIDAD DE TALENTO HUMANO ➢ FALTA INDEPENDENCIA DEL SERVICIO (FISICO) ➢ PERSONAL NO CUENTA CON ACLS ➢ CLIMA LABORAL INADECUADO.
HOSPITALIZACIÒN	➢ CAPACIDAD INSTALADA OPTIMA	➢ FALTA EN PROCESO DE AISLAMIENTO DE PACIENTES ➢ FALTA EQUIPO DE COMUNICACIÓN INTERNA (AMPLIFICACIÓN) ➢ DISPONIBILIDAD

		RECURSO HUMANO.
CIRUGIA	➢ SALAS ADECUADAS ➢ PROFESIONALES IDÓNEOS	➢ FALTA DE SALAS DE RECUPERACIÓN ➢ FALTA DE MÁS EQUIPOS ESPECIALIZADOS.
FARMACIA	➢ UBICACIÓN ➢ INVENTARIO DISPONIBLE ➢ PERSONAL IDÓNEO	➢ MANEJO INVENTARIOS ➢ POCO MERCADEO
APOYO DIAG	➢ PERSONAL CAPACITADO PARA EL ÁREA. ➢ SENTIDO DE PERTENENCIA	➢ ÉQUIPOS EN MAL ESTADO ➢ AUSENCIA DEL ÉQUIPO PORTÁTIL, SIERRA ELÉCTRICA Y PROCESADORA AUTOMÁTICA ➢ AUSENCIA DE MATERIAL ADECUADO PARA BRINDAR UN SERVICIO DE CALIDAD.
ODONTOLOGIA	➢ EQUIPO HUMANO CON EXPERIENCIA ➢ (AUXILIAR DE ODOTOLOGÍA)	➢ ESPACIO FÍSICO INADECUADO PARA EL SERVICIO. ➢ FALTA DE CUMPLIMIENTO EN LOS PROGRAMAS ESTABLECIDOS.
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	➢ PERSONAL ADECUADO PARA EL SERVICIO ➢ DIRECTORIO TELEFÓNICO ACTUALIZADO DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD.	➢ DEMORA EN LA CONFIRMACIÓN DE LA REMISIÓN. ➢ DOCUMENTOS INCOMPLETOS ➢ DEMORA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN (VERIFICACIÓN DEL SERVICIO). ➢ LINEAS CONGESTIONADAS ➢ ACEPTACIÓN Y NO ACEPTACIÓN DEL PACIENTE. ➢ PACIENTE ESTE SUSPENDIDO O INACTIVO.

3.5 Gestión del talento humano

El contar con un equipo humano competente, satisfecho, motivado y que logre satisfacer sus necesidades económicas por medio del trabajo es un componente que influye directamente sobre la calidad de los servicios prestados, aumentando la productividad y contando con un adecuado trato y orientación al cliente.

En la institución la situación actual frente al talento humano se exhibe en la tabla No. 5.

Tabla 5
Gestión del talento humano

Fortalezas	Debilidades
➢ PROFESIONALIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO ➢ ACUMULACIÓN DE CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA DENTRO DEL PERSONAL DE PLANTA DE LA INSTITUCIÓN ➢ SALARIOS AL DÍA CON TODOS LOS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCIÓN ➢ AUTONOMÍA EN LA OPERACIÓN DE LA INSTITUCIÓN ➢ APLICACIÓN DEL PROGRANA PARA LA EVALUACIÓN DE PERSONAL.	➢ FALTA DE EXPERIENCIA EN ALGUN PERSONAL CONTRATISTA ➢ CLIMA LABORAL NO APTO ➢ INESTABILIDAD LABORAL PARA EL PERSONAL OPERATIVO CONTRATISTA ➢ DEFICIENTES PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN ➢ BAJA INTEGRACIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES ENTRE LAS DIFERENTES AREAS ➢ CONOCIMIENTO DEFICIENTE POR PARTE DE LOS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS DE LOS PROGRAMAS Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES. ➢ LA COMISIÓN DE PERSONAL NO HA SIDO DILIGENTE PARA DIRIMIR CONFLICTOS LABORALES ➢ DEFICIENCIAS EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL. ➢ BAJA GESTIÓN DEL COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL

3.6 Perspectiva de procesos de apoyo

Para contar con un adecuado funcionamiento de los servicios asistenciales para así satisfacer a los clientes, se deben gestionar procesos orientados al adecuado soporte sobre la infraestructura, planta y equipos; así como desarrollar de manera efectiva la gestión logística relacionada con compras y mantenimiento.

Tabla 6
Perspectiva de procesos de apoyo

Fortalezas	Debilidades
➢ SE CUENTA CON PLAN DE COMPRAS Y EJECUCIÒN DEL MISMO.	➢ FALTA DE AMBIENTE PRIVADO PARA LABORAR. ➢ DIFICIL ACCESIBILIDAD AL ÁREA ➢ FALTA SEGURIDAD EN LOS ACCESOS A OFICINAS. ➢ FALTA DE ACTUALIZACIÓN DE EQUIPOS ➢ FALTA IMPLEMENTAR RED INTERNA PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN ➢ CAMBIO DE PROVEEDORES POR FALTA DE PROGRAMACIÒN DEL PAC

4. Líneas Estratégicas del Plan de Gestión 2010 – 2012

Objetivo Estratégico	Metas Anuales					Iniciativas Estratégicas	Planeación Táctica				
	2010 2do S	2011 1er S	2011 2do S	2012 1er S	2012 2do S		2010 2do S	2011 1er S	2011 2do S	2012 1er S	2012 2do S
O1. LOGRAR UN NIVEL TECNOLOGICO ADECUADO QUE CUMPLA CON LOS ESTÀNDARES REQUERIDOS POR EL PROCESO.	35	50	70	100	100	1A. ELABORACIÒN DE UN ESTUDIO DE NECESIDADES DE EQUIPOS DEL HOSPITAL	100				
						1B. PRESENTACIÓN DE PROYECTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	100				
						1C. ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	25	50	70	100	100
02. LOGRAR INTEGRACIÓN DE TODAS LAS ÁREAS A TRAVÉS DE UNA RED DE COMPUTADORES	35	50	70	100	100	2A. EVALUAR LA RED INTERNA	100				
						2B. HACER LOS ARREGLOS NECESARIOS REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA MIRAR SU NORMAL FUNCIONAMIENTO.	100				
						2C. IMPLEMENTACIÓN DE LA RED INTEGRAL	25	50	70	100	100
O3. REDUCIR EL TERMINO DE RECUPERACIÓN DE CARTERA A 90 DIAS	50	75	100	100	100	3A. CREACIÓN DE UN MANUAL PARA PROCESO DE CARTERA	100				
						3B. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MANUAL DE CARTERA	50	75	100	100	100
04. SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE CARTERA	50	75	100	100	100	4A. IMPLEMENTAR EL MODULO DE CARTERA (SOFTWARE)	100				
						4B. CAPACITAR EL PERSONAL EN EL MANEJO	50	75	100	100	100
05. PROGRAMAR Y LOGRAR UN FLUJO DE CAJA ADAPTADO A LAS	50	100	100	100	100	5A. ESTABLECER UN CONVENIO CON LA ENTIDAD BANCARIA PARA CONOCER LAS FUENTES DE LAS CONSIGNACIONES Y TRANSMITIR LA INFORMACIÓN A CARTERA REALIZANDO SU DEPURACIÓN	100				

NECESIDADES DE LA INSTITUCIÒN.						5B. DESARROLLAR E IMPLEMENTAR EL FLUJO DE CAJA	50	100	100	100	100
06. DESARROLLAR E IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE COSTOS EN TODOS LOS PROCESOS.	50	100	100	100	100	6A. IMPLEMENTAR METODOLOGÍAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	100	100	100	100	100
						6B. INDEPENDIZAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS SIGUIENDO LOS PARAMETROS Y DIRECTRICES DEL DEPARTAMENTO DE COSTOS.	50	75	100	100	100
						6C. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y RENDICIÓN DE INFORMES.	50	75	100	100	100
07. ALCANZAR LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD REQUERIDOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	35	50	75	100	100	7A. HACER UN ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL	100				
						7B. MEDIR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	100	100	100	100	100
						7C. REALIZAR CORRECTIVOS DEL ESTADO ACTUAL SEGÚN LA NORMATIVIDAD.	25	50	75	100	100
						7D. BUSCAR JUNTO CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL LA CONSTRUCCIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS Y REFORMAR EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.	25	50	75	100	100
08. DISMINUIR LOS ÍNDICES DE MORBILIDAD - MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN	35	50	70	100	100	8A. REALIZAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES	100	100	100	100	100
						8B. EDUCAR Y CAPACITAR A LOS USUARIOS	100	100	100	100	100
						8C. FORTALECER PROGRAMA DE INMUNIZACIÒN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	25	50	75	100	100

09. INTEGRAR LOS PROGRAMAS DE LA INSTITUCIÓN COMO PARTES FUNDAMENTALES DEL PLAN DE GESTIÓN, DESARROLLARLOS E IMPLEMENTARLOS CON LOS PLANES MUNICIPALES Y DEPARTAMENTAL	35	50	70	100	100	9A. PAMEC, MECI, AUTOEVALUACIÒN PLAN DE GESTIÒN, PLAN DESARROLLO MUNICIPAL.	25	50	70	100	100
10. CONTAR CON PERSONAL IDÓNEO Y CON EL PÉRFIL ADECUADO PARA LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD	35	70	100	100	100	10A. CAPACITAR AL PERSONAL EN LO QUE RESPECTA AL TALENTO HUMANO	50	70	100	100	100
						10B. REFORZAR AUDITORIA DE LAS HOJAS DE VIDA DE LOS FUNCIONARIOS	100	100	100	100	100
						10C. DISPONER DE RECURSO HUMANO 24 HORAS EN EL PUESTO DE SALUD DE CITE.	25	50	70	100	100

5. Plan Operacional 2010

Objetivo Estratégico	O1. LOGRAR UN NIVEL TECNOLOGICO ADECUADO QUE CUMPLA CON LOS ESTÁNDARES REQUERIDOS POR EL PROCESO.

Período de Planeación	**Inicio**			**Finalización**			**Meta Anual**	35%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	**Responsable**	**Fecha de Finalización**	**Estimación Presupuestal**	**Indicador de Logro**
1A. ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE NECESIDADES DE EQUIPOS DEL HOSPITAL	ADMINISTRADOR	31-12-10	1 Millón	DOCUMENTOS

1B. PRESENTACIÓN DE PROYECTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	GERENTE	31-12-10	1.5 Millones	PROYECTOS
1C. ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	GERENTE	31-12-10	100 Millones	COMPRA AL 25%

Objetivo Estratégico	02. LOGRAR INTEGRACIÓN DE TODAS LAS ÁREAS A TRAVÉS DE UNA RED DE COMPUTADORES

Período de Planeación	**Inicio**			**Finalización**			**Meta Anual**	35%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	**Responsable**	**Fecha de Finalización**	**Estimación Presupuestal**	**Indicador de Logro**
2A. EVALUAR LA RED INTERNA	ING. SISTEMAS	31-12-10	1 Millón	ESTUDIO
2B. HACER LOS ARREGLOS NECESARIOS Y REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA MIRAR SU NORMAL FUNCIONAMIENTO.	ING. SISTEMAS	31-12-10	5 Millones	HOJA DE VIDA E INFORMACIÒN
2C. IMPLEMENTACIÓN DE LA RED INTEGRAL	ING. SISTEMAS	31-12-10	35 Millones	REPORTE DE INTEGRACIÓN DE TODAS LAS ÁREAS

Objetivo Estratégico	O3. REDUCIR EL TERMINO DE RECUPERACIÓN DE CARTERA A 90 DIAS

Período de Planeación	Inicio			Finalización			Meta Anual	50 %
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	Responsable	Fecha de Finalización	Estimación Presupuestal	Indicador de Logro
3A. CREACIÓN DE UN MANUAL PARA PROCESO DE CARTERA	JEFE DE CARTERA	31-12-10	1 Millón	DOCUMENTOS
3B. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MANUAL DE CARTERA	JEFE DE CARTERA	31-12-10	1 Millón	DATOS DE CARTERA

Objetivo Estratégico	04. SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE CARTERA

Período de Planeación	Inicio			Finalización			Meta Anual	50%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	Responsable	Fecha de Finalización	Estimación Presupuestal	Indicador de Logro
4A. IMPLEMENTAR EL MODULO DE CARTERA (SOFTWARE)	ING. SISTEMAS	31-12-10	5 Millones	REPORTES DE CARTERA POR SISTEMA

4B. CAPACITAR EL PERSONAL EN EL MANEJO	ING. SISTEMAS	31-12-10	1 Millón	REGISTROS DE CAPACITACIÓN

Objetivo Estratégico	05. PROGRAMAR Y LOGRAR UN FLUJO DE CAJA ADAPTADO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÒN

Período de Planeación	**Inicio**			**Finalización**			**Meta Anual**	50%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	Responsable	Fecha de Finalización	Estimación Presupuestal	Indicador de Logro
5A. ESTABLECER UN CONVENIO CON LA ENTIDAD BANCARIA PARA CONOCER LAS FUENTES DE LAS CONSIGNACIONES Y TRANSMITIR LA INFORMACIÓN A CARTERA.	TESORERO	31-12-10	1 Millón	DOCUMENTACIÓN – CONTRATOS
5B. DESARROLLAR E IMPLEMENTAR EL FLUJO DE CAJA	CONTADOR	31-12-10	1 Millón	PAC

Objetivo Estratégico	06. DESARROLLAR E IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE COSTOS EN TODOS LOS PROCESOS.

Período de Planeación	**Inicio**			**Finalización**			**Meta Anual**	50 %
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	Responsable	Fecha de Finalización	Estimación Presupuestal	Indicador de Logro

6A. IMPLEMENTAR METODOLOGÍAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	ADMINISTRADOR	31-12-10	1.5 Millones	NFORME
6B. INDEPENDIZAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS SIGUIENDO LOS PARAMETROS Y DIRECTRICES DEL DEPARTAMENTO DE COSTOS.	ADMINISTRADOR	31-12-10	1 Millón	INFORME
6C. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y RENDICIÓN DE INFORMES.	ADMINISTRADOR	31-12-10	2 Millones	INFORME

Objetivo Estratégico	**07**. ALCANZAR LOS ESTÁDARES DE CALIDAD REQUERIDOS EN LA PRESTACIÓNDE SERVICIOS.

Período de Planeación	**Inicio**			**Finalización**			**Meta Anual**	35%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	**Responsable**	**Fecha de Finalización**	**Estimación Presupuestal**	**Indicador de Logro**
7A. HACER UN ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL	CONTROL INTERNO	31-12-10	1 Millón	INFORME
7B. MEDIR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	SIAU	31-12-10	1 Millón	ENCUESTA

7C. REALIZAR CORRECTIVOS DEL ESTADO ACTUAL SEGÚN NORMATIVIDAD.	GERENCIA	31-12-10	-	ADQUISICIÓN
7D. BUSCAR JUNTO CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL LA CONSTRUCCIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS Y REFORMAR EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.	GERENCIA	31-12-10	2.000 Millones	CONTRATOS

Objetivo Estratégico	08. DISMINUIR LOS INDICES DE MORBILIDAD –MORTALIDAD DE LA POBLACIÒN

Período de Planeación	**Inicio**			**Finalización**			**Meta Anual**	35%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	Responsable	Fecha de Finalización	Estimación Presupuestal	Indicador de Logro
8A. REALIZAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES	JEFE DE ENFERMERIA	31-12-10	20 Millones	CUMPLIMIENTO DE METAS
8B. EDUCAR Y CAPACITAR A LOS USUARIOS	COORDINADOR MÈDICO	31-12-10	10 Millones	REGISTRO DE CAPACITACIÒN
8C. FORTALECER PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	JEFE DE ENFERMERIA	31-12-10	10 Millones	PROGRAMACIÓN

Objetivo Estratégico	09. INTEGRAR LOS PROGRAMAS DE LA INSTITUCIÒN COMO PARTES FUNDAMENTALES DEL PLAN DE GESTIÒN, DESARROLLARLOS E IMPLEMENTARLOS CON LOS PLANES MUNICIPALES Y DEPARTAMENTAL

Período de Planeación	Inicio			Finalización			Meta Anual	35%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	Responsable	Fecha de Finalización	Estimación Presupuestal	Indicador de Logro
9A. PAMEC, MECI, AUTOEVALUACIÒN PLAN DE GESTIÒN, PLAN DESARROLLO MUNICIPAL.	GERENTE	31-12-10	12 Millones	PROGRAMA

Objetivo Estratégico	10. CONTAR CON PERSONAL IDONEÒ Y CON EL PERFIL ADECUADO PARA LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD

Período de Planeación	Inicio			Finalización			Meta Anual	35%
	17	07	2010	31	12	2010		

Iniciativa Estratégica	Responsable	Fecha de Finalización	Estimación Presupuestal	Indicador de Logro
10A. CAPACITAR AL PERSONAL EN LO QUE RESPECTA AL TALENTO HUMANO	ADMINISTRADOR	31-12-10	10 Millones	PROGRAMA
10B. REFORZAR AUDITORIA DE LAS HOJAS DE VIDA DE LOS FUNCIONARIOS	ADMINISTRADOR	31-12-10	2 Millones	HOJA DE VIDA

10C. DISPONER DE RECURSO HUMANO 24 HORAS EN EL PUESTO DE SALUD DE CITE.	ADMINISTRADOR	31-12-10	20 Millones	LISTA DE CHEQUEOS

6. Levantamiento de la línea base

En cumplimiento a lo dispuesto por la resolución 473 de 2008, la **Gerencia** de E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO efectuó la recopilación de datos y procesamiento de la información para el cálculo de los indicadores mínimos que serán tenidos en cuenta para la medición de la gestión de la actual administración.

El levantamiento de la línea de base, corresponde a Junio 30 de 2010, mediante la correspondiente medición de las variables descritas en el Anexo técnico de la resolución previamente mencionada.

La información aquí presentada corresponde al referente de comparación sobre la cual se analizará la gestión del **Gerente** sobre las cuales se emprenderán las acciones estratégicas para lograr la sostenibilidad, el crecimiento y el mejoramiento continuo de la institución.

En cada una de las fichas técnicas presentadas se hace referencia a los resultados obtenidos y a las fuentes de información sobre las cuales se tomaron los datos.

Cordialmente,

JUAN PABLO GARCÍA PENAGOS
GERENTE

ANEXO A.I. NORMOGRAMA

NORMOGRAMA

Empresa Social del Estado Hospital Integrado SAN BERNARDO Barbosa	**HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**

PROCESOS		NORMA	ARTICULO
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN Y COMPRAS			
		LEY DE ARCHIVISITICA	
		LEY DE CONTRATACIÓN	
		DECRETO NACIONAL DE CAJA MENOR	
		RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN DE CAJA MENOR	
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		LEY DE CONTRATACIÓN	
		RESOLUCIÓN INTERNA DE TRABAJO	
		CODIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO	
		LINEAMIENTO INTERNO DE LA A.G.R.	
		REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	
		LEY 549 DE 1999	
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	ART. 54,57
		LEY 489 DE 1998	
		LEY 443 DE 1998	
		DECRETOS 1577, 1572.	
		LEY 909 DE 2002	
		DECRETO 1227 DE 2005	
		RESOLUCIÓN 488 DEL 2004	
		DECRETO 1569 DE 1998	ART. 31
		DECRETO 1228 DE 2005	
		ACUERDO # 18 DE ENERO 22 DE 2008	

		LEY 100 DE 1993	
		DECRETO 819 DE 1989	
		DECRETO 1848 DE 1969	
		LEY 910 DE 2000	
		LEY 79 DE 1979	ART. 81
		RESOLUCIÓN 2400 DE 1979	
		DECRETO 614 DE1984	
		RESOLUCIÓN 2013 DE 1986	
		RESOLUCIÓN 2346 DE 2007	
		RESOLUCIÓN 1401 DE 2007	
		RESOLUCIÓN 1016 DE 1989	
		DECRETOS 1831, 1832 DE 1994	
		DECRETOS 1295, 1771, 1772 DE 1994	
		DECRETO 1295 DE 1994	
		LEY 734 DE FEBRERO 5 DE 2002	
		CÓDIGO ÚNICO DISCIPLINARIO	ART. 150, ART. 69, 70, ART. 150, ART. 150 PARÁGRAFO 1, ART. 69, ART. 154, ART. 152, 153, ART. 161, ART. 164, ART. 73, ART. 109, ART. 115, ART. 163, ART. 166, 167, ART. 168, ART. 92 NÚM. 8, 169, ART. 169, ART. 170, ART.101, 107, ART. 113, 115, ART. 119, ART. 171, ART. 119, ART. 172, ART. 101, ART. 107, ART. 29, ART. 73, ART. 44
		DECRETO NACIONAL DE CAJA MENOR	
		RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN DE CAJA MENOR	
		RESOLUCIÓN DEL MINISTERIO DE HACIENDA PARA EL MANEJO DE CAJA MENOR	
		RESOLUCIÓN DE CONSTITUCIÓN DEL FONDO DE CAJA MENOR	
		RESOLUCIÓN 00594 DE 06 DE JUNIO DE 2002	
		LEY 1151	ART. 134

		DECRETO 111	
		LEY ORGANICA DE PRESUPUESTO	
		ORDENANZA 24 DE 2000	
		RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE PAGO	
		DECRETO 111	
		ORDENANZA DE ASIGNACIONES CIVILES	
		DECRETO 111	
		LEY ORGANICA DE PRESUPUESTO	
		ORDENANZA 24 DE 2000	
		RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN DEL PRESUPUESTO	
		DECRETO 111	
		LEY ORGANICA DE PRESUPUESTO	
		ORDENANZA 24 DE 2000	
		RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN DEL PRESUPUESTO	
		ESTATUTO ORGANICO DE PRESUPUESTO	
		DISPOSICIONES DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA NACIÓN	
		ESTATUTO ORGANICO DE PRESUPUESTO	
		RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE PAGO	
		RESOLUCIÓN 184 DE 26 DE MARZO DE 2008	
		RESOLUCIÓN DEL MINISTERIO DE HACIENDA PARA EL MANEJO DE CAJA MENOR	
		DECRETO 1848	
		RESOLUCIÓN DEL MINISTERIO DE HACIENDA PARA EL MANEJO DE CAJA MENOR	
		ORDENANZA MEDIANTE LA CUAL SE APRUEBA EL PRESUPUESTO DE LA VIGENCIA	
		DECRETO DE LIQUIDACIÓN	

		RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN	
		ESTATUTO ORGANICO DE PRESUPUESTO	
		RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN DE PRESUPUESTO	
		RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE PAGO	
		ORDENANZA MEDIANTE LA CUAL SE APRUEBA EL PRESUPUESTO DE LA VIGENCIA	
		DECRETO DE LIQUIDACIÓN	
		RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN DE PRESUPUESTO	
GESTIÓN DE RESPONSABILIDAD		LEY 42 DE 1993	
		LEY 610 DE 2000	
		CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL	
		LEY 42 DE 1993	
		LEY 80 DE 1993	
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	
		RESOLUCIÓN 286 DE 02 DE MAYO DE 2007	
		LEY 42 DE 1993	
		LEY 610 DE 2000	
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	ART. 116, 268
		LEY 42 DE 1993	
		LEY 06 DE 1992	
		LEY 7941 DE 2008	
		RESOLUCIÓN 331 DE 2004	
		LEY 42 DE 1993	ART. 99 – 101
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	
		CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL	
		RESOLUCIÓN 291 DE 2004	
		LEY 80 DE 1993	
		LEY 1150 DE 2007	

		DECRETO REGLAMENTARIO 2474 DE 2008	
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	
		RESOLUCIÓN 286 DE 02 DE MAYO DE 2007	
		LEY 42 DE 1993	
		LEY 610 DE 2000	
		CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL	
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	
		LEY 42 DE 1993	ART. 99-102
		RESOLUCIÓN 291 DE 2004	
		RESOLUCIÓN 384 DE 2006	
		LEY 42 DE 1993	
		RESOLUCIÓN 286 DE 02 DE MAYO DE 2007	
GESTIÓN DE CONTROL FISCAL		AUDITE 3.0	
		LEY 80	
		RESOLUCIÓN 286 DE 02 DE MAYO DE 2007	
		RESOLUCIÓN 355 DE 14 DE JUNIO DE 2007	
		RESOLUCIÓN 247 DE 16 DE ABRIL DE 2007	
		RESOLUCIÓN 286 DE 02 DE MAYO DE 2007	
		RESOLUCIÓN 355 DE 14 DE JUNIO DE 2007	
		RESOLUCIÓN 555 DE 2007	
		RESOLUCIÓN 286 DE 02 DE MAYO DE 2007	
		RESOLUCIÓN 355 DE 14 DE JUNIO DE 2007	
		RESOLUCIÓN 247 DE 16 DE ABRIL DE 2007	
		RESOLUCIÓN 5580	
		RESOLUCIÓN 286 DE 02 DE MAYO DE 2007	
		RESOLUCIÓN 355 DE 14 DE JUNIO DE 2007	
GESTIÓN DE CONTROL		LEY 87 DE 1993	

		LEY 43 DE 1990	
		DECRETO 2145 DE 1999	
		DECRETO 2539 DE 2000	
		LEY 87 DE 1993	
		DECRETO 1027 DE 2007	
		DECRETO 2145 DE 1999	
		LEY 87 DE 1993	
		DECRETO 1599 DE 2005	
		RESOLUCIÓN 151 DE 07 DE MARZO DE 2008	
		LEY 87 DE 1993	
		LEY 589 DE 2000	
		DECRETO 3512 DE 2003	
		DECRETO 2170 DE 2002	
		DECRETO 2503 DE 2005	
		RESOLUCIÓN 5554 DE 2004	
		RESOLUCIÓN 5772 DE 2006	
		ACUERDOS 09 Y 10 DE 2006	
		RESOLUCIÓN 016 DE 2005	
		DECRETO 2145 DE 1999	
		LEY 87 DE 1993	
		DECRETO 1599 DE 2005	
		RESOLUCIÓN 151 DE 07 DE MARZO DE 2008	
GESTIÓN DE CONTROL SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA		LEY 850 DE 2003	
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ART. 33
		CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL	ART. 65
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	ART. 23
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ART. 05 Y SIG.
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ART. 17 Y SIG.
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ART. 25
		LEY 850 DE 2003	

GESTIÓN DOCUMENTAL		LEY ARCHIVISTICA	
GESTIÓN JURIDICA		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	
		CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL	
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ART. 49, 55
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	ART. 267-272
		SENTENCIA C-113 DE 1999 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL	
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ART. 25
		CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	ART. 23, 209
		CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ART. 5

ANEXO A.J. PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

2. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

2.1 AUTOEVALUACIÓN

Teniendo en cuenta que el sistema de gestión de la calidad, integra todos los aspectos de la organización, como las actividades coordinadas que incluyen políticas, objetivos, estrategias, estructura orgánica y funcional, procesos y procedimientos, desarrollo tecnológico y desarrollo del talento humano de la entidad, orientados de la manera coherente a la satisfacción del usuario, destinatario, beneficiario, se determina que la calidad debe estar presente en todas las áreas, procesos y actividades, en consecuencia se inicia la primera fase de conocimiento y auto evaluación integral de la entidad en los siguientes aspectos de la Empresa como:

- Naturaleza Jurídica
- Planeación
- Estructura Organizacional
- Manual de Funciones
- Manual de Procesos y Procedimientos
- Sistema de Gestión

2.1.1 Naturaleza jurídica.

Que esté legalmente constituida, existencia y representación legal, objetivos, derechos y obligaciones.

Es necesario conocer y definir cuáles son las competencias y funciones específicas de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA, así mismo las funciones de la junta directiva para establecer claramente dentro de la legislación su competencia y la competencia del Gerente dentro de la Empresa.

2.1.1.1 Soporte jurídico de las Empresas Sociales del Estado (Decreto 1876 de 1994), por las disposiciones que las sustituyan, modifiquen o reglamente y su aplicación en la empresa.

2.1.1.1.1 Naturaleza Jurídica.

Empresa Social del Estado, entendida como una categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden municipal, dotado con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Adscrita a la Secretaria de Salud Municipal y sometida al régimen jurídico establecido en el Título 194,195 y 1997 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes.

El hospital Integrado San Bernardo Barbosa tuvo su origen por la disposición de la junta resistencia social de Santander, entidad de derecho público descentralizado con personería jurídica reconocida por resolución número 31 del 7 de marzo de 1942 de Ministerio de Salud pública.

Se le concedió personería jurídica por medio por medio de la resolución No. 250 de noviembre 28 de 1996.

2.1.1.1.2 Características de la ESE.

En Colombia la Ley 100 de 1993, se estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su Artículo 195 determina su objetivo a la prestación de servicio público de salud a cargo del estado o como parte del servicio público de seguridad social.

Entendiéndose que la salud pública represente la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, mejorarle la convivencia y la calidad de vida; que a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las

condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, científico y tecnológico. De otro lado la resolución 5261 1994 del Ministerio de Salud establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social de Salud, teniendo en cuenta el nivel de complejidad.

Así mismo, el Acuerdo 20 de 1990, organiza los establecimientos relacionados con el área de la salud en niveles de atención médica, estos corresponden a la estructura técnico – científica del sistema, fundamentada en un modelo de atención progresiva de prestación de servicios de salud, en función de la severidad del proceso patológico, la capacidad técnico científica y dotación requerida, los recursos disponibles y el tipo de institución que dispensa los servicios, buscando soluciones a barreras geográficas, sociales, culturales y económicas. Como se presenta a continuación:

Nivel primero de atención: Lo caracteriza la atención básica prestada por puestos de salud y los hospitales locales, los cuales cuentan con servicios de consulta externa, odontología, urgencias y hospitalización bajo la atención de médicos generales y los centros de atención Médica Inmediata ó CAMI 1. Este se divide en los siguientes grados:

- **Primer Grado**: Unidades Básicas de Atención (UBA), el cual tendrá servicios de consulta externa, odontología, trabajador social, auxiliar de enfermería, promotor de salud y promotor se saneamiento ambiental.
- **Segundo Grado**: Unidades primarias de Atención (UPAS), los cuales son un conjunto de UBAS, es decir cuenta con los mismos servicios que estas.
- **Tercer Grado**: Centros de Atención Medicina inmediata (CAMI 1) y centros de atención primaria (CAP), los cuales prestan el servicio de urgencias las 24 horas y atención de partos de bajo riesgo.
- **Cuarto Grado**: Son los hospitales de primer nivel (o CAMI 2), los cuales prestan los servicios de consulta externa, odontología, urgencias, hospitalización y patologías de baja complejidad.

Como categoría de primer nivel se ha definido establecer la **ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.**

2.1.1.1.3 Principios Básicos

- **La eficacia.** La mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros.
- **La calidad.** Es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continúa, con procedimientos científicos, técnicos y administrativos eficientes .

La empresa para cumplir con su objeto asume como principios básicos la calidad, la eficiencia, la equidad y el compromiso social.

2.1.1.1.4 Objetivos de la ESE

a) Producir servicios de salud eficientes y efectivos.
b) Prestar los servicios de salud a la población, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles.
c) Garantizar la rentabilidad social y financiera de la empresa.
d) Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud Tarifas competitivas en el mercado.
e) Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.
f) Satisfacer los requerimientos de los clientes adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

Mantener sana a la comunidad, previniendo la aparición de la enfermedad y actuando lo más rápidamente posible para recuperar la salud cuando esta se haya perdido, en desarrollo de la estrategia de la atención primaria.
La ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, desarrollo los siguientes objetivos:
Objetivo General:

Garantizar a la comunidad la prestación de los servicios de salud de primer nivel de atención con calidad y oportunidad, respondiendo a sus necesidades y satisfaciendo sus expectativas.

Objetivos específicos:

1) Ofrecer los servicios de educación, prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud de los usuarios.
2) Mejoramiento continúo de la calidad de la prestación del servicio de salud.
3) Garantizar el desarrollo socioeconómico y tecnológico sostenible de la institución.

2.1.1.1.5 Mejorar la calidad de vida de la población.

2.1.1.1.6 Organización de la ESE

Las ESE se organizara a partir de la siguiente estructura.

a) Dirección. Conformada por la Junta Directiva y el Gerente.
b) Atención al usuario. Es el conjunto de unidades encargadas de todo el proceso de producción y prestación de Servicio de Salud con sus respectivos procedimiento y actividades, incluyendo la atención administrativa demanda por el usuario.
c) De logística. Son las funcionales en coordinación con las demás áreas que tienen la tarea de ejecutar los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos, de información, mantenimiento y dotación de la planta física.

El **Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa,** adopta la siguiente estructura administrativa: el director, la junta administradora provincial o la junta directiva en un comité científico.

2.1.1.1.7 Junta Directiva

La junta directiva de las ESE estarán integradas así: Por seis (6) miembros distribuidos de la siguiente forma: una tercera parte (2) serán representantes en

el sector público administrativo del municipio, otra tercera parte (2) representaran al sector científico de la salud , uno del municipio y otro del hospital y la otra tercera parte serán designados por la comunidad.

El estamento político – administrativo está representado por el alcalde o su delegado y por el secretario de salud del municipio su delegado. El alcalde municipal será el presidente de la junta o a quién este delegue.

Para ser miembros de la Juntas Directivas de las ESE deberán reunir los siguientes requisitos:

1. Representantes del sector político administrativo: deben poseer título universitario; No tener inhabilidades, poseer experiencia mínima de dos años en la Administración de entidades Públicas o privadas en cargos del nivel directivo, asesor o ejecutivo.
2. Los representantes de la comunidad deben estar vinculados y cumplir funciones específicas en un comité de Servicio de Salud, tener un experiencia no inferior a un año en un Comité de usuarios.
3. Los representantes el sector científico de la Salud deben tener ninguna clase de inhabilidades contempladas por la Ley.

El periodo de los representantes de la Junta directiva es detrás años y podrán ser reelegidos. La junta directiva se reunirá ordinariamente cada dos meses, extraordinariamente cuando lo solicite el presidente de la Junta, el Representante legal de la Empresa (Gerente) o cuando una tercera parte de sus miembros los solicite.

En cada una de las secciones se levantara la respectiva acta en un libro que para tal efecto se llevará. La inasistencia injustificada a tres reuniones, o cinco reuniones durante el año, será causal de pérdida del carácter de miembro de la Junta Directiva.
Los estatutos existentes del **Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa** fueron aprobados por la junta administradora provisional, mediante acuerdo No. 001 de Diciembre 11 de 1992.

La Junta Administradora provisional del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, según estatutos se conformó como lo establece el Decreto 1416 de 1990 así:

1. El alcalde municipal o su delegado quién lo predecirá.
2. El jefe de la dirección local de salud o su delegado. Cuando el alcalde delegue el jefe local de salud, este deberá delegar su represtación como jefe local.
3. Un representante del consejo municipal.
4. Una representante del comité científico correspondiente.
5. Los miembros distantes serán designados por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que participen en el comité de participación comunitaria del respectivo organismo.

El director asistirá a la junta con derecho a voz pero sin voto.

Cumpliendo el proceso de descentralización a las Juntas Administrativas Provinciales se convertirán en Juntas Directivas Automáticamente.

Los miembros de la Junta Directiva de la **ESE Hospital Integrado de Barbosa** tendrán un periodo de dos años en el ejercicio de sus funciones contados a partir de la fecha de su posesión. La Junta directiva seccionara ordinariamente dos veces al mes y extraordinariamente cuando sea convocada por el presidente de la junta o a petición de cualquiera de los miembros integrantes de ella o del director del hospital.

2.1.1.7 Funciones de la Junta Directiva

1) Adoptar los estatutos y reglamentos de la Empresa y sus reformas y adiciones.
2) Aprobar los planes y programas del organismo de salud, con base en diagnostico realizados con participación comunitaria.

3) Determinar la estructura orgánica interna de la Empresa. Fijar la cuantía en que el Gerente como representante legal de la empresa se le pueda delegar la competencia para celebrar contratos.

4) Aprobar el plan de desarrollo y, el Plan Operativo Anual de la empresa y velar por su adecuada ejecución y desarrollo.

5) Fijar las cuantías en que el Gerente como representante Legal de la Empresa se le pueda delegar competencias para delegar contratos.

6) Aprobar el presupuesto y las operaciones presupuestales de la empresa.

7) Definir servicios y tarifas y cuotas de recuperación, de acuerdo con las disposiciones y normas vigentes, los requerimientos de los organismos de dirección del sector, las solicitudes de la EPS y los particulares, las características de los usuarios y los grados de complejidad de cada área.

8) Regular el funcionamiento del fondo especial de medicamentos y suministros.

9) Aprobar la planta de personal y los manuales de funciones y responsabilidades de la Empresa y velar que los nombramientos de la misma se realicen de conformidad con las normas legales que sean aplicables, especialmente con las normas de carrera administrativa.

10) Informar periódicamente al comité de participación comunitaria, a la comunidad, a los trabajadores y empleados sobre las dediciones adoptadas y el resultado de la ejecución de planes y programas.

11) Presentar a la administración departamental y municipal y a la dirección seccional de Salud, los planes con el fin de que sean incorporados a los correspondientes planes de desarrollo.

12) Concertar y coordinar con otras dependencias del sector y otros sectores públicos o privados, las actividades de atención a las personas y al ambiente cuando ello sea de su competencia teniendo en cuenta la integración funcional.

13) Establecer y modificar el reglamento interno de la empresa.

14) Fijar los días y horarios de atención según las necesidades del usuario y las normas de administración de personal en el nivel y grado de los diferentes servicios que ofrece la empresa.

15) Hacer cumplir las disposiciones legales que rigen el sistema de seguridad social en salud, así como las disposiciones de los concejos nacional y departamental de seguridad social.

16) Presentar terna a la autoridad competente para la elección del gerente de la ESE en ejercicio de su objetivo social y defender los intereses de los mismos.

17) Elaborar terna para designación del responsable de la Unidad de Control Interno.

18) Fijar horarios para el Revisor Fiscal.

Los actos de la Junta directiva se denominan acuerdos, se numeran sucesivamente con indicaciones del día, mes y año y serán firmados por el presidente y Secretario de la misma.

Son funciones de la junta Administradora Provincial:

1) Impulsar y congestionar el proceso de descentralización en Salud conforme a lo dispuesto por la Ley de 1990.

2) Cumplir la función de director y administrador que delegue el jefe de la entidad territorial a la cual pertenezca el organismo.

2.1.1.1.8Regimen Jurídico de la ESE

- Régimen Jurídico de los actos: Las ESE estarán sujetas al régimen jurídico propio de las personas de derecho público.
- Régimen jurídico de los contratos. A partir de la fecha de su creación se aplicará en materia de contratación las Normas del derecho Privado, pero en casos especiales y de acuerdo con la ley podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes, previstas en el estatuto general de contratación de administración pública.
- Régimen de personal. Las personas que se vinculen a una ESE tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales, en los términos establecido en el artículo 674 del Decreto – Ley 1298 de 1994.

- Régimen presupuestal. De acuerdo a la Ley y Decreto 1298 de 1994, será el que se prevea en la ley orgánica de presupuesto, de tal forma que se adopta un régimen con base en un sistema de anticipos y reembolsos contra prestación de servicios y que se proceda a la sustitución progresiva del sistema de subsidios de oferta por la subsidios a la demanda.

Para efectos de negociación los actos que se expidan el Hospital y los contratos que celebre, se someterán al régimen legal previsto para los actos y contratos.

Todas las personas que presten sus servicios al **Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa** son empleados públicos y son trabajadores, las personas que estén nombradas bajo los siguientes cargos:

- Auxiliar de mantenimiento
- Ayudante de oficios generales
- Conductor
- Mensajero
- Modista
- Portero celador.

2.1.1.1.9Requisitos para ser Gerente de la ESE y sus funciones

Los gerentes de la ESE deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Profesionales en cualquier disciplina de la salud con pos grado en administración o Gerencia Hospitalaria, en Economía de la salud o en disciplinas Administrativas de los niveles departamental y municipal, del primer nivel en atención.
- Profesional en cualquier disciplina de la salud, en ciencias económicas, sociales, administrativas o jurídicas, de los niveles departamental y municipal, del segundo y tercer nivel de atención, con postgrado en administración o Gerencia Hospitalaria, en economía de la salud o en disciplinas administrativas.

- No hallarse incurso en las incompatibilidades e inhabilidades señaladas por la ley.
- Demostrar experiencia no inferior a cinco años y no inferior a tres años en el desempeño de funciones directivas, asesoras o ejecutivas en entidades públicas o privadas para la ESE de tercer y segundo nivel de atención respectivamente y experiencia no inferior a dos años de ejercicio profesional en instituciones de la salud del sector público o privado para la ESE de primer nivel de atención.
- Suscribir acta de compromiso para ejercer como dedicación exclusiva el cargo de Gerente de la empresa Social, salvo las actividades docentes por ahora cátedra.

Son funciones de los Gerentes Las Siguientes:

1. Cumplir y hacer cumplir las políticas que en materia de salud, fingen los órganos de dirección del sistema de salud en el marco de sus competencias.
2. Dirigir, vigilar y coordinar con las dependencias de la Empresa, manteniendo la unidad de intereses en torno a la misión y objetivos.
3. Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de la Empresa, de acuerdo con los planes y programas establecidos, teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos del área de influencia.
4. Presentar a la junta Directiva los proyectos de Resolución relacionados con el presupuesto anual de rentas y gastos y los que se refieren a los planes, programas y proyectos que la empresa deba adelantar o continuar.
5. Rendir los informes que le soliciten la Junta Directiva y demás autoridades competentes de vigilancia y control.
6. Supervisar el trabajo que realizan las diferentes dependencias del Hospital.
7. Ser nominador u ordenador del gasto, de acuerdo a los reglamentos.
8. Representar a la empresa judicial y extrajudicialmente.
9. Velar el cumplimento de las Leyes y reglamentos que rigen las ESE.

10. Nombrar y remover el personal de la empresa, de acuerdo con las normas sobre carrera administrativa y las que en materia de personal establezcan los estatutos.

Son funciones del Gerente de la **ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.**

1. Planear, organizar, dirigir, controlar, evaluar, vigilar y ajustar las actividades del hospital y velar por la aplicación de un sistema de Auditoria Medica.
2. Dirigir el diagnostico y el pronóstico del estado de salud de la población del área de influencia, interpretar sus resultados y definir las políticas, planes, programas y proyectos de salud.
3. Representar legalmente al hospital en todos los actos técnicos, administrativos, judiciales y extrajudiciales.
4. Procurar la adaptación y la adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud y velar por la validez de las técnicas y procedimientos utilizados en el diagnostico y tratamiento.
5. Aplicar el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, u contribuir a la organización de la red de servicios en nivel local.
6. Promover la participación de la comunidad en acciones de prevención y solución a los problemas de salud de la población de su área de influencia.
7. proporcionar y desarrollar investigaciones de tipo aplicado tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad y promover la difusión de los resultados.
8. Velar por la utilización suficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la entidad y por el cumplimiento de las normas y programas aprobados.
9. Presidir y/o participar en los diferentes comités del Hospital, a fin de lograr la unificación de criterios para compatibilizar los programas en los aspectos científicos, técnicos y administrativos.

10. Es nominador y ordenador del gasto, de acuerdo con las facultades concedidas por la ley y los reglamentos.
11. Prever la consecución oportuna de los recursos necesarios para la correspondiente prestación de los servicios.
12. Presenta a la actividad competente el plan trianual, los programas anuales de desarrollo de la entidad y el presupuesto respectivo, de acuerdo con la ley orgánica del presupuesto y normas reglamentarias.
13. Organiza el sistema contable y los centros de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización el recurso financiero.
14. Participa en el establecimiento de sistemas de acreditación hospitalaria, de auditoría en salud y Control Interno que propicie la garantía de la calidad en la prestación del servicio.
15. Diseñar y poner en marcha un sistema de información en salud según las normas técnicas que expide el ministerio de salud, y adoptar los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación control y seguimiento físico y financiero de los programas.
16. Rendir los informes que se le sean solicitados por la autoridad competente.
17. Las demás funciones acordes a la naturaleza del cargo de conformidad con la ley vigente.

Procedimiento para elegir el Gerente:

1) **La ley 100 de 1993**, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, expone**: Articulo 192** Dirección de los Hospitales públicos. Los directores de los Hospitales públicos de cualquier nivel de complejidad, serán nombrados por el jefe de la respectiva entidad territorial que haya asumido los servicios de salud, conforme a lo dispuesto en la ley 60 de 1993 al reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional, de terna que le presenta la junta Directiva, constituidas según las disposiciones de la Ley 10 de 1990, por periodos mínimos de tres años prorrogables. Solo podrán ser removidos cuando se demuestre, anta las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a

la ética, según disposiciones vigentes o eficiencia administrativa definidas mediante reglamento del Gobierno Nacional.

2) **La Ley 10 de 1990,** por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, expresa: **"Articulo 19º. Estructura administrativa básica de las entidades de salud".** Las entidades públicas deberán tener una estructura administrativa básica, compuesta por: Una Junta Directiva, presidida por el jefe de la administración seccional o local o su legado, integrada en el primer nivel de atención – Hospitales locales, centros y puestos desalad – por los organismos de de participación comunitaria, en los términos que lo determine el reglamento. En las entidades de los niveles secundarios y terciario de atención – hospitales regionales, universitarios y especializados se integrara la junta en forma tal que un tercio de los integrantes estén designados por la comunidad, un tercio de estos representen el sector científico de la salud y un tercio de ellos representen el sector político- administrativo. En desarrollo de lo previsto en el Articulo 1º de esta Ley, se reglamentaran los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de los organismos de dirección.

   "parágrafo 3º La nominación de los sectores científicos y/o Gerentes estará a cago del jefe del la administración local o seccional, el funcionario seleccionara de entre un terna de candidatos que llenen los prerrequisitos, y que se propuesta por la Junta Directiva del Hospital respectivo.

3) **La Ley 734 de 2002, Código disciplinario único,** expresa: "Articulo 40. LOS DEBERES. Son deberes de los servidores públicos los siguientes: (…) 17. permanecer en el desempeño de sus labores mientras no se haya hecho cargo de ellas quien deba remplazarlo, Salvo autorización legal reglamentaria o de quién deba proveer el cargo.(…).
4) **El Decreto 139 de 1996,** por el cual se establecen los requisitos y funciones para los gerentes de Empresas Sociales del Estado y directores de instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público y se adiciona el Decreto 1335 de 1990, señala: "Articulo 2. DE

LA NATURALEZA DEL CARGO DEL GERENTE O DIRECTOR. Los Gerentes de las empresas sociales del estado y los directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud-Públicas a que hace referencia este decreto, son empleados públicos de periodo fijo, nombrados por el jefe de la entidad territorial respectiva, para un periodo mínimo de tres años, prorrogables, de terna que presente la Junta Directiva, del organismo o Entidad, de acuerdo con lo dispuesto sobre el particular por la Ley 10 de 1990 para ejercer funciones de dirección, evaluación y control de la administración y gestión de una institución prestadora de servicios de salud, de naturaleza jurídica publica y las Empresas Sociales del estado.

5) **El Decreto 1876 de 1994,** En lo reaccionado con la organización de las Empresas Sociales del Estado, precisa: Articulo 11º . FUNCIONES DEL JUNTA DIRECTIVA: Sin perjuicio de las funciones asignadas a las juntas directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdos u otras disposiciones legales, tendrán las siguientes: 17. Elaborar terna de candidatos para presentar al jefe de la respectiva entidad territorial para la designación del director o Gerente.
6) **El Decreto 1892 de 1194** por el cual se establece el sistema de selección, Nombramiento en el régimen especial de salarios y estímulos de los cargos de directores de Hospitales Públicos o Gerentes de empresas Sociales de Salud de nivel Territorial y se adiciona el decreto1335 de 1990, establece: “Articulo 1. DEL CAMPO DE APLICACIÓN. El presente decreto se aplica a los detectores de hospitales públicos o gerentes de las empresas sociales de salud del orden territorial que sean seleccionados conforme a lo establecido en el presente decreto. “Articulo 8. DE LA INVITACIÓN A PARTICIPAR. Para la provisión de los empleos de director del Hospital público o Gerente de Empresa Social de Salud, la Junta Directiva de la respectiva entidad invitará a través de los medios de comunicación escrita de alta circulación Nacional, a los interesados en ocupar estos cargos. Esta invitación pública debe contenerla información completa sobre los requisitos, funciones del cargo, asignación básica y/o perfil de los aspirantes. (…) Articulo 10. DEL NOMBRAMIENTO Y POSESIÓN. El

jefe de la respectiva entidad territorial nombrará al director del Hospital público o Gerente de Empresa Social de Salud de la terna que la Junta directiva le haya remitido. El aspirante seleccionado tomará posesión ante el nominador o su delegado, en los términos y condiciones de la normatividad vigente. PARAGRAFO. En caso de Ausencia definitiva del Director o Gerente nombrado mediante este procedimiento, el jefe de la entidad territorial solicitará a la junta directiva completar la terna original para nombrar con base en ella al nuevo director.

Director de Hospital y Gerente de Empresa Social el Estado de primer nivel de atención. Para el desempeño del cargo de Gerente de una empresa Social del Estado o Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud, del primer nivel de atención, se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por la Ley 617 de 2000 y demás normas que la modifiquen o adicionen:

Para la categoría especial y primera se exigirá como requisitos, título profesional en áreas de la salud, económicas, Administrativas o jurídicas; título de posgrado en salud pública, Administración o gerencia hospitalaria, administración en salud; y experiencia profesional de dos (2) años en el sector salud.

Para las categorías tercera, cuarta quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector de salud.

Para el caso de la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA, el director cumple con los requisitos exigidos del título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un año, en el sector salud.

2.1.2 Planeación

Verificar la existencia, del plan de desarrollo organizacional, la programación anual de actividades y su evaluación, por cuanto el plan de desarrollo es de gran importancia ya que permite visualizar la Empresa enmarcada dentro de un

entorno externo e interno, identificar las fortalezas, debilidades amenazas y oportunidades y con base en ellas y en la visión, diseña objetivos estrategias que permitan el alcance de las metas garantizando un desarrollo armónico de las deferentes áreas encaminadas al cumplimiento de la misión, objetivos y políticas institucionales. Igualmente verificar si se encuentra definida la misión, objetivos y metas de la Empresa y es conocida por el personal, teniendo en cuenta que la planificación estratégica es un proceso de la gerencia encaminado a dirigir y controlar el futuro de la organización. El enfoque estratégico se puede resumir en tres preguntas: ¿donde estamos? A donde queremos ir? ¿Cómo llegar allá?.

Las dos primeras preguntas requieren un análisis de la situación y de las operaciones estratégicas; la tercera indica que debe tomarse una decisión. El análisis estratégico sirve de base a la decisión estratégica.

Teniendo en cuenta que para definir un plan de desarrollo institucional es importante definir la misión de la Empresa que nos es más que un manera distintas de ver las cosas; es una percepción simultánea de un problema y de un solución técnica novedosa y la visión adscribe una misión a la Empresa, hacer que la visión se convierta en realidad, aclara los propósitos y define la razón de ser de la organización, la organización en todas sus de dimensiones.

Como resultado de la verificación de lo anteriormente descrito, parte del diagnostico institucional obtenemos un conocimiento o visión global de la organización, lo cual nos permite identificar las áreas críticas y las fortalezas de la misma y de esta forma iniciar planes de acción priorizando las áreas críticas por donde debe empezar su adecuación.

2.1.2.1 Plataforma estratégica

Una función primordial de la Gerencia consiste en garantizar el cumplimiento de la misión de la ESE, formularse las preguntas: ¿cual es nuestro negocio? Y ¿Cuál debería ser?, las cuales conllevan a la fijación de objetivos, al desarrollo

de estrategias y planes y a la toma de decisiones hoy para los resultados del mañana los cuales constituyen la planeación.

Definir la misión, visión, los objetivos y las políticas de la ESE es una de las tareas que deben emprender la Gerencia y velar por su óptima ejecución y desarrollo en cada una de las áreas y unidades de la misma, en coordinación con los responsables de área.

2.1.2.1.1 Misión

La Empresa Social del Estado de Barbosa, como institución de primer nivel de atención en salud y con proyección de segundo nivel se caracteriza por la atención eficiente al cliente externo, satisfaciendo sus necesidades con calidad humana profesional. De la misma manera impulsa desarrollo humano, científico y técnico del profesional interno, atendiendo los principios de eficiencia, eficacia, equidad, promoviendo el desarrollo permanente de la institución, con gran compromiso social en pro del mejoramiento de calidad de vida de nuestra comunidad.

2.1.2.1.2 Visión

Seremos en el 2012, la ESE líder en el sector salud en la Vélez y a sus vez pioneros en la prestación integral del paciente politraumatizado garantizando la óptima prestación del servicio, apoyada en el talento humano calificado, y a su vez manteniendo un excelente gado de satisfacción de los clientes internos y externos. ´

2.1.2.2 Planeación Institucional

Plan de desarrollo. Las ESE deberán elaborar anualmente un plan de desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos.

La ESE Hospital Integrado de Barbosa, es conciente de la importancia del establecimiento del plan de desarrollo institucional.

Luego la Gerencia debe emprender la formulación, ejecución y evaluación de las acciones, que permitan a la ESE lograr los objetivos que orientan y dirijen en forma flexible el desarrollo de la misma en su desempeño global, mejoramiento continúo y el la toma de decisiones gerenciales.

Así mismo se sugiere conformar el comité corporativo que apoye a la gerencia, en las funciones de planeación y control integral hacía la consolidación de ésta como empresa productiva y competitiva en el sector de servicio de salud, encaminadas a garantizar el logro de la Visón integrados por los jefes o los responsables de cada una de las áreas que integra la estructura organizacional.

Proveer esta función requiere la verificación dentro del personal existente el perfil requerido o mediante la vinculación por contrato de un asesor, para dicha formulación por cuanto es fundamental su orientación eficiente y racional en función de los logros y metas que se pretendan alcanzar y en virtud del medio ambiente de cambio hacia la creación de una empresa con un sistema de funcionamiento en equilibrio financiero.

El objetivo del proyecto de planeación no será únicamente el diseño de un "plan" sino el establecimiento de un procedimiento continuado de planeación como parte rutinaria de la dirección.

En consecuencia los productos a desarrollar:

Cuadro 1. PROPUESTA DE LOS PRODUCTOS DE LA GESTION DE PALNEACION

	PRODUCTOS
• Identificar la situación actual (interna y externa)	• **Iden**tificación de Fortalezas y debilidades. • Identificación de oportunidades y Amenazas • Análisis estratégico
• Plataforma estratégica.	• Visión • Misión • Objetivos comparativos • Conformación funcional.
• Plan de desarrollo institucional	• Objetivos

y planes de acción	• Estrategias • Metas • Actividades • Responsables • Recursos • Plazos • Costos • Financiación • Indicadores de cumplimiento del plan
• Proyectos.	• Banco institucional de proyectos. • Metodología para la elaboración de proyectos.

El enfoque del proyecto tendría incidencia en el desarrollo Institucional, La adecuación permanente de las unidades funcionales, así como la orientación en la formulación del plan de acción de cada unidad derivados del plan de desarrollo para cumplir la misión y los objetivos de la ESE. Tal adecuación estará orientada hacia el logro del compromiso activo de a alta Gerencia en la toma de decisiones sobre los objetivos a corto, mediano y largo plazo, los servicios y productos que ofrecerá, la actualización, definición y aplicación de las tarifas conforme a las disposiciones legales y directrices, necesarias para la marcha adecuada para la ESE y al forma como intentara superar las amenazas del entorno externo e igualmente encaminados hacia hacía la promoción de un alto sentido de pertenencia y de compromiso de todos los lideres y estamentos de la ESE.

Consecuente con lo anterior, los procedimientos a desarrollo serán:

Plan de Desarrollo Institucional que permitirá a la **ESE** organizarse para Prestar los servicios.

Plan de acción de las unidades orientación en su formulación, como parte del Proceso planificador que pretende asignar las responsabilidades, los recursos, el tiempo y el espacio necesarios, formulando las necesidades de los usuarios (interno y externo) en características medibles (evaluables), de tal manera que el servicio que diseñe y se preste, genere satisfacción.

Manejo del Banco de programas y proyectos, concebido ahora como instrumento para la planeación , indispensable su organización para el registro de los programas y proyectos viables técnica, ambiental y socioeconómicamente, susceptible de ser financiados, en una base de datos desde el manejo manual de archivos hasta el manejo de instrumentos de computación; la adaptación y diseño de metodologías y procedimientos eficaces para la gestión de proyectos de inversión de plan de desarrollo las unidades, evaluación de proyectos priorización de inversiones, programación presupuestal, financiamiento de las inversiones, evaluación de los resultados.

A partir de la información registrada en el banco de proyectos la gerencia estaría en capacidad de generar estadísticas e indicadores y otra información como: Estado de proyectos en ejecución y su avance; sobre proyectos viables registrados en el banco, por sector, tipo de proyecto etc.
Consecuentemente, para evaluar la ejecución de la planeación el responsable del mismo se apoyaría en la información confiable, oportuna y veraz, presentada en forma lógica y útil a través de índices o indicadores cuantitativos o cualitativos que permitan la posterior toma de decisiones que conduzca a elegir un curso de acción determinada, generados por las diferentes unidades de la Empresa.

En definitiva producto del trabajo de campo se identifico la necesidad de fortalecimiento en la conmutación de la planeación institucional conformada por los diferentes planes de acción de cada una de las áreas que integran la estructura organizacional, como parte de proceso planificador que pretende asignar las responsabilidades, los recursos y el tiempo, formulando las necesidades de los usuarios (internos y externos) en características medibles (evaluables) así como la evaluación de logros y dificultades, de tal manera que los servicios que se diseñen y se presten genere satisfacción.
Iniciar la formulación y socialización de la planeación de la ESE debe contemplar aspectos como:

- Los objetivos que se proponen
- Las estrategias que utilizaran para el desarrollo de los objetivos

- ❖ Las metas o resultados esperados en el corto plazo
- ❖ Responsables (cargo o dependencias) de la ejecución de las actividades que contribuyen al logro de los resultados esperados.
- ❖ Indicadores de logro para demostrar el cumplimiento de los objetivos.

2.1.3 Estructura organizacional

Es necesario conocer y definir cuáles son las competencias y funciones especificas de la empresa porque de aquí parte el que hacer institucional, el cómo hacerlo y lo más importante el con que hacerlo.

Si cuenta con un organigrama actualizado y funcionante, si es la adecuada para el cumplimiento de sus objetivos, si existe un responsable de las diferentes áreas definidas del sistema de objetivos que rigen cada parte de la misma, así como el sistema de información y de decisión.

2.1.3.1 Estructura organizacional de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa

La ESE Hospital San Bernardo De Barbosa, tiene la siguiente estructura organizacional según la Resolución Nº 100 de Junio 30 de 2006:

Organigrama ESE Hospital Integrado San Bernardo

Teniendo en cuenta que la represtación grafica de una organización formal en su estructura debe reflejar las dependencias y las líneas de asesoría, autoridad y coordinación, la estructura de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, tal como se puede observar en la anterior figura (tomada del manual de funciones), presenta cargos y dependencias.

Teniendo en cuenta la definición de un área funcional como un conjunto de procesos, procedimientos y actividades realizadas por diferentes dependencias de la organización alrededor de una finalidad común definida y diferenciada de otras, en estructura orgánica actual de la ESE Hospital Integrado San Bernardo

de Barbosa, debe identificar las tres áreas básicas de gestión, tal como se describe en el soporte y aplicación del marco jurídico, las cuales son:

1. Área de Dirección
2. Área de Atención al Usuario
3. Área de logística

Siguiendo el modelo de la conformación de Unidades Funcionales, la cual se define como la agrupación de procesos, según la semejanza de su naturaleza y objetivos, en las áreas funcionales, que garantice la eficiencia, eficacia y calidad de la gestión de la administración se plantea la siguiente estructura a tener en cuenta un estudio técnico para la actualización y diseño de la estructura orgánica.

Dicha estructura propuesta se tendrá en cuenta para el desarrollo del proyecto.

2.13.1.1 Funciones de las dependencias

Teniendo en cuenta la estructura organizacional propuesta para el desarrollo del proyecto, la identificación de las dependencias que la comprenden, se identifica las competencias, líneas de autoridad y responsabilidad, para su análisis y recomendaciones según requerimientos de una estructura flexible y adaptable al entorno que garantice su funcionamiento y fortalecimiento como entidad prestadora de servicios de salud, para lo cual se procede a realizar las siguientes actividades:

- Identificar y definir las funciones básicas de las dependencias y las funciones especificas de los grupos de trabajo, es decir lo que se propone alcanzar y hacia el que orienta el de las mismas y sus actividades.
- Identificar y definir los procesos necesarios a desarrollar, a partir de los cuales se da cumplimiento a las funciones específicas a los grupos que constituyen las dependencias.
- Identificar un listado de verificación de las características de los factores de éxito de cada grupo, con el propósito de establecer debilidades y fortalezas específicas de la empresa, en la etapa de la comprensión de

los procesos o de los trabajos de campo y posterior construcción de la matriz de formulación del PAMEC.

A continuación se presenta las características actuales del funcionamiento, en el cual se relaciona las funciones básicas de las dependencias de la estructura y funciones específicas de los grupos que la constituyen, al igual que la identificación de los aspectos, procesos y procedimientos que determinan o garantizan su cumplimiento.

Cuadro 2. Evaluación estructural y funcional actual de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa

FACTORES CRITICOS DE ÉXITO	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	
▪ Orientar y liderar la definición de las estrategias, objetivos y metas que permitan definir las necesidades de los usuarios, las características de los servicios a desarrollar las tarifas, el perfil de la competencia y la forma como el usuario conoce, se informa y utiliza los servicios que ofrece la ESE. ▪ Organizar y asignar recursos y adoptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional dentro del marco jurídico vigente. ▪ Comercializar los servicios de salud. ▪ Establecer mecanismos de verificación, evaluación y control que permiten ajustarse a la normatividad ▪ Establecer los contratos correspondientes para prestar los servicios de salud y ajustarse a los requisitos y condiciones de eficiencia, eficacia y garantía de calidad ▪ Evaluar de manera permanente, eficiente, integral y oportuno la planificación y aplicación del sistema de gestión de la calidad auditoria médico, administrativa, atención e información al usuario y tomar las decisiones requeridas para mantener o modificar las situaciones que así lo ameriten buscando satisfacer las necesidades de información, solución a peticiones, quejas y recursos de los usuarios, relacionados con los servicios que la empresa brinda.	▪ Formulación de políticas institucionales ▪ Plan de desarrollo ▪ Plan de inversión ▪ Gerencia de procesos ▪ Plataforma estratégica ▪ Generación y evaluación de indicadores de gestión ▪ Evaluación de estándares de habilitación ▪ Auditoria clínica ▪ Recepción y resolución de quejas ▪ Evaluación de la satisfacción del cliente ▪ Orientación al usuario ▪ Ejecución de las decisiones ▪ Seguimiento y evaluación a resultados	➢ Estudio de necesidades diagnostico situacional: DOFA, plataforma estratégica ➢ Existencia de una oficina de planeación o de un grupo funcional que haga sus veces. ➢ Plan de desarrollo y banco de proyectos ➢ Metodología para la elaboración de proyectos ➢ Manual de interventora de proyectos ➢ Seguimiento de proyectos en ejecución ➢ Indicadores de cumplimiento del plan ➢ Estudios de capacidad instalada y potencial de demanda ➢ Conocimiento de las disposiciones legales vigentes o directrices de la empresa para su gestión; Base de datos o centro de documentación ➢ Existencia de sistemas de información en red para su consulta y toma de decisiones ➢ Manejo de software y de los equipos ➢ Personal asignado y capacitado ➢ Existencia y cruce de informes de gestión reportes periódicos de dichos indicadores ➢ Utilización de estos informes para la toma de decisiones por parte del personal directivo ➢ Manual de procesos y procedimientos ➢ Estado de proceso(manual o sistematizado) ➢ Mecanismos que aseguren la eficacia y efectividad del normal de desarrollo de la gestión. Indicadores de Gestión ➢ Señalización hospitalaria ➢ Conocimiento de la institución, humanización relaciones institucionales, comunicación. ➢ Sistema de información ➢ Encuesta de satisfacción de los usuarios ➢ El portafolio de servicios de la ESE ➢ Cumplir los requerimientos mínimos legales para el funcionamiento de la empresa, estándares de productividad y rendimiento ➢ Informes de estadísticas de producción de servicios ➢ Protocolos de diagnostico y manejo

UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA	AREA	ASESORIA JURIDICA

FUNCIÓN BASICA	Desarrollar mecanismos que permitan ajustarse a la normatividad jurídica que establece la legislación garantizando la asistencia jurídica a la empresa y en defensa de sus intereses y soportar legalmente la gestión de la administración. Estructural, dirigir y precisar los procesos de licitación y contratación para su debida adjudicación y ejecución correspondientes a la prestación de los servicios en salud, compra de suministros y equipos, vinculación del recurso humano, etc. Desarrollar y realizar indagación preliminar para determinar si procede o no una investigación disciplinaria, partiendo del conocimiento de una presunta falta de un funcionario. A fin de determinar sanción o absolución de la falta.

FINALIDAD DE GESTIÓN	AREA	PROCESOS/PROCEDIMIENTO	FACTORES CRITICOS DE EXITO
▪ Asistir jurídicamente a la empresa en defensa de sus intereses, así como garantizar la aplicación de la normatividad aplicable a la empresa en los procedimientos y acciones de la gestión de la administración. ▪ Elaborar, revisar, analizar y conceptuar sobre los diferentes proyectos de acuerdo, resoluciones y demás actos administrativos que deba proferir la empresa y llevar los archivos correspondientes ▪ Resolver y proporcionar la defensa técnica en los procesos judiciales en los que la empresa sea tanto demandante, como demandado, e informar sobre el desarrollo de los mismos ▪ Asesorar al Gerente y demás dependencias en la interpretación de las normas constitucionales y legales ▪ Representar a la empresa en los procesos judiciales derivados de la acción contractual. ▪ Revisar y conceptuar jurídicamente sobre los pliegos de términos de referencia, pliego de condiciones, concursos, contratos y demás tramites que adelante la	**Grupo de Asesoría Legal**	➢ Contestación demandas ➢ Contestación de acciones de tutela, derechos de petición, acciones populares y de cumplimiento ➢ Elaboración de conceptos jurídicos ➢ <elaboración y revisión de proyectos de actos administrativos: Actas, acuerdos, resoluciones	➢ Conocimiento de las disposiciones legales vigentes o directrices de la empresa para su gestión: base de datos o centro de documentación. ➢ Personal asignado y capacitado ➢ Existencia y cruce de informes de gestión, reportes periódicos de dichos indicadores. ➢ Utilización de estos informes para la toma de decisiones por parte del personal directivo. ➢ Manual de procesos y procedimientos ➢ Mecanismos que aseguren la eficacia y

empresa. ▪ Adelantar el tramite pertinente para el cobro jurídico por concepto de deudas a favor de la empresa.				efectividad del normal desarrollo de la gestión. Indicadores de gestión.
FINALIDAD DE GESTIÓN	AREA	PROCESOS/PROCEDIMIENTOS	FACTORES CRITICOS DE EXITO	
• Organizar, realizar, coordinar, evaluar y controlar el proceso de concentración relacionado con la presentación del servicio de consultoría, de suministro, de compraventa y permuta de obra civil, de arrendamiento convenios y demás requeridos para el funcionamiento de la empresa, ajustados conforme a lo establecido en la normatividad vigentes y estatutos de contratación, al igual que la gestión de la designación y notificación al responsable de la supervisión e Interventoría.	**Grupo de Contratación**	• Contratación de mínima cuantía o sin formalidades plenas(ordenes) • Contratación de menor cuantía con formalidades plenas • Contratación a través de licitación pública • Contratación para la prestación de servicios de la empresa	• Estudios DE capacidad instalada, demanda potencial • Estudios de necesidades • Disponibilidad y registro presupuestal • Informes del interventor a la gerencia. • Conocimiento de las disposiciones legales vigentes o directrices de la Empresa para su gestión: base de datos o centro de documentación. • Personal asignado o capacitado • Existencia y cruce de informes de gestión, reportes periódicos de dichos indicadores. • Utilización de estos informes para la toma de decisiones por parte del personal directivo. • Manual de procesos y procedimientos • Mecanismos que aseguren la eficacia y efectividad del normal desarrollo de la gestión. Indicadores de gestión.	

FINALIDAD DE GESTIÓN	AREA	PROCESOS / PROCEDIMIENTO	FACTORAS CRITICOS DE EXITO
• Controla la conducta de los servidores de la empresa a fin de que sus actuaciones sean de conformidad a la construcción y a la ley. Propender por la prevención y la garantía de la buena marcha de la gestión pública. Iniciar cuando haya lugar el proceso disciplinario de los funcionarios de la empresa.	**Grupo de control interdisciplinario**	• Control Interno disciplinario: Indagación preliminar, Investigación disciplinaria, formulación de cargos	• Conocimiento de las disposiciones legales vigentes o directrices de la empresa para su gestión: base de datos o centro de documentación • Personal asignado y capacitado • Existencia y cruce de informes de gestión, reportes periódicos de dichos indicadores. • Utilización de estos informes para la toma de decisiones por parte del personal directivo. • Manual de procesos y procedimientos • Mecanismos que aseguren la eficacia y la efectividad del normal desarrollo de la gestión. Indicadores de la gestión.

UNIDAD FUNCIONAL:	GERENCIA	AREA	OFICINA DE CONTROL INTERNO

FUNCIÓN BASICA	PROCESOS / PROCEDIMIENTO	FACTORES CRITICOS DE EXITO
• Asesorar LA empresa en los aspectos relacionados con el control interno mediante: • Elaboración de la planeación del sistema de control interno, procedimientos. • Elaboración de mecanismos de verificación, evaluación y control para: • El procesamiento y generación de resultados de la gestión de cada una de las dependencias de la empresa. • Cumplimiento de los planes y proyecto necesarios para su funcionamiento, desarrollo de programas de prevención protección y recuperación de los recursos. • Facilitar y motivar en el talento humano en el ejercicio correcto , eficiente y controlado de sus funciones, operaciones y actividades de su cargo. • Normalización de los procesos y/o procedimiento y aplicación de las normas légales vigentes en materia de control interno enfocadas al mejoramiento de los servicios ofrecidos que conlleven alcanzar el logro de su misión y objetivos. • Las actividades del proceso de control Interno y de garantía de la calidad, están inmersas en el que hacer de las unidades funcionales y en todo y cada uno de los niveles de	• Evaluación y control del sistema de Control Interno.	• Organización estructural y funcional a partir de acto administrativo. • Programación anual de las actividades de gestión. • Presentación de informes de gestión a la Gerencia. • Herramientas o elementos de Control Interno: • Conformación estructural y funcional de la empresa • Manual de procesos y procedimientos. • Manual de cargos y funciones. • Puntos de control y verificación. • Estándares de calidad • Indicadores de gestión • Sistemas de información • Requerimientos del plan de desarrollo • Conocimiento de las disposiciones legales vigentes o directrices de la Empresa para su gestión: base de datos o centro de documentación. • Personal asignado y capacitado • Existencia y cruce de informes de gestión, reportes periódicos de dichos indicadores. • Utilización de estos informes para la toma de decisiones por parte del personal directivo. • Manual de procesos y procedimientos • Mecanismos que aseguren la eficacia y efectividad del normal desarrollo de la gestión. Indicadores de Gestión.

la empresa, donde se genera información, se identifique el cumplimiento de normas y protocolos y se generen bienes y servicios.		
AREA LOGISTICA		

UNIDAD FUNCIONAL:	AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	**AREA:**	

FUNCIÓN BASICA	Programar dirigir evaluar y controlar la gestión de Talento Humano, Recursos Físicos, servicios Básicos y de mantenimiento, Recursos Financieros, Sistemas de información, patrimonio Documental y estadístico.		
FINALIDAD DE GESTIÓN	AREA	PROCESOS/PROCEDIMIENTOS	FACTORES CRITICOS DE EXITO
• Administración del talento humano necesario para el correcto funcionamiento de la Empresa, en cuanto a: planificación selección, vinculación, inducción y entrenamiento, capacitación evaluación y control del desempeño, manejo de nomina, prestaciones sociales y económicas. • Ejecución de labores de programación y coordinación de las actividades de programa de riesgos ocupacionales y desarrollo humano encaminados a la capacitación, modificación de actitudes o comportamientos y garantizar	**G. Talento Humano**	• Actualización y/o diseño de procesos y/o procedimientos y funciones de cargos • Selección de personal • Vinculación • Inducción y entrenamiento • Programas de bienestar y mejoramiento • Evaluación del desempeño • Plan de capacitación • Nómina • Afiliaciones, Autoliquidación mensual de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales • Prestaciones sociales y económicas	• Manual de funciones • Sistema de evaluación de desempeño • Programas de capacitación y desarrollo • Programas de inducción y reinducción general y especifica • Planta de cargos • Plan de Salud Ocupacional • Manual de procesos y procedimientos • Indicadores de gestión • Conocimiento y control del cumplimiento de los pactos establecidos con el personal de la empresa. • Conocimiento y utilización de los beneficios, servicios y

así la eficiencia laboral y posibilitar su crecimiento profesional y mejoramiento de su calidad de vida.		• Manejo de hojas de vida • Coordinación de la prestación de los servicios asistenciales.	programas que ofrecen las entidades a las que la Empresa les hace aportes. • Automatización plena del manejo de la información.

FINALIDAD DE GESTIÓN	**AREA**	PROCESOS / PROCEDIMIENTOS	FACTORES CRITICOS DE ÉXITO
• Ejecutar en coordinación con los demás áreas los procesos de planeación, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución, control de existencias y suministro de insumos, medicamentos y material médico quirúrgico según normas y directrices de la empresa, que garanticen la seguridad de los mismos e identificación de necesidades de compra necesarias para el normal desarrollo de las actividades operativas de la Empresa y de esta forma lograr el cumplimiento de los objetivos de la institución. • Proveer a las diferentes unidades funcionales insumos hospitalarios con oportunidad, cantidad, calidad y a un costo razonable para apoyar la gestión y garantizar la prestación de los servicios de la institución. • Controlar los activos fijos de la institución en cuanto a r4ecibo, entrega, traspasos, bajas etc. • Garantizar al usuario interno y externo	**G. Recursos físicos, Servicios Básicos y de mantenimiento**	• Plan Anual de compras • Adquisición de insumos • Recepción de insumos, almacén y farmacia • Distribución de insumos: almacén y dispensación; farmacia • Manejo de inventarios • Inventario físico e inventario individuales • Bajas de bienes • Traslados de elementos devolutivos • Remate de elementos • Programación de	• Plan de compras • Existencia y funcionamiento adecuado de comité de compras • Cardes de proveedores • Políticas de compras • Definición de niveles mínimas y máximas de existencias así como de niveles de reposición para cada uno de los suministros • Existencia de operatividad de los planes. • Organización de los servicios • Programa de seguros • Hojas de vida de los equipos • Disponibilidad de insumos básicos • Inventario de activos • Control de inventarios de eventos devolutivos en su uso, bienes inmuebles y parque automotor(periódico) • Hojas de vida del parque automotor • Catastro físico e inventario de activos • Impuesto generado por los bienes • Conocimiento de las disposiciones legales vigentes o directrices de la empresa para su

unas condiciones optimas en el acondicionamiento y mantenimiento de las instalaciones de la empresa, equipos, áreas de trabajo. Se refiere a los servicios de aseo, vigilancia, lavandería y transporte, mantenimiento, comunicaciones e información. • Realizar gestión de tecnología, elaboración y ejecución del plan de mantenimiento preventivo y correctivo a las maquinas, equipos e infraestructura física encaminados a mantener en condiciones de operaciones optimas confiables y seguras de los mismos, evaluando y controlando los resultados		actividades de aseo • Programación y ejecución de mantenimiento preventivo • Mantenimiento correctivo • Vigilancia Control de visitantes en la empresa	gestión : base de datos o centro de documentación • Personal asignado y capacitado • Existencia y cruces de gestión, reportes periódicos de dichos indicadores. • Utilización de estos informes para la toma de decisiones por parte del personal directivo. • Manual de procesos y procedimientos. • Mecanismos que aseguren la eficacia y la efectividad del normal desarrollo de la gestión. Indicadores de Gestión

FINALIDAD DE GESTIÓN	AREA	PROCESOS / PROCEDIMIENTOS	FACTORES CRITICOS DE EXITO
• Realizar el proceso financiero de la empresa, la consolidación la presentación, ejecución y control presupuestal, la contabilización de las transacciones financieras, el recaudo y el control de los ingresos, la consecución y manejo de los recursos financieros, la realización de cobros y en general todas las funciones señaladas en leyes y normas vigentes	**G. Recursos financieros**	• Facturación y recaudo • Gestión de cobro • Ingresos • Pagos • Conciliación bancaria • Control y manejo de cheques • Boletín de ingresos y egresos • Cruce de cuentas • Elaborar el presupuesto • Expedición del certificado de disponibilidad presupuestal CDP y CRP • Registro y contabilización de ingresos y egresos	• Plan de acción • Conocimiento de las disposiciones légale vigentes o directrices de la empresa para su gestión: Base de datos o centro de documentación • Definición y actualización de tarifas de los servicios • Montaje de un sistema de costeo • Utilización periódica de la información para toma de decisiones por parte del personal directivo

que contribuyan a la toma de decisiones. FACTURACIÓN: Liquidar la presentación de servicios producto de la atención al usuario en el hospital, con base en las tarifas establecidas para cada una de ellas, generar los informes legales y administrativos requeridos para el cobro respectivo. **TESORERÍA:** Manejo operativo financiero de los ingresos y egresos y velar por la seguridad en todo momento de los fondos de la empresa. **PRESUPUESTO:** Dar una utilización productiva al los recursos de la empresa mediante la ejecución y control permanentemente del presupuesto. **CONTABILIDAD:** Registrar diariamente las actividades de componente monetario de la empresa verificar y consolidar en el balance general y estados de perdidas y financieras y demás informes interno y externos.		• Elaboración del balance general y estado de pérdidas y ganancias • Registro, generación y análisis de costos	• Generación de estados e indicadores financieros y cruce con información de producción • Programación de necesidades de software hardware • Existencia de sistemas de información • Manejo del software y de los equipos • Manual de procesos y procedimientos • Personal asignado y capacitado • Mecanismos que aseguren la eficacia y efectividad del normal desarrollo de la gestión • Existencia y cruce de informes de gestión • Reportes periódicos de dichos indicadores • Indicadores de gestión.

FINALIDAD DE GESTIÓN	AREA	Procesos y procedimientos	FACTORES CLINICOS DE EXITO
• Desarrollo, mantenimiento administración, capacitación y seguridad	**G. Apoyo Tecnológico y de Información.**	• Plan general de sistematización • Plan de capacitación • Diseño seguimiento y control	• Conocimiento de las disposiciones legales vigentes (base de datos o centro de

de los sistemas de información y la administración de los recursos informáticos de la empresa. Igualmente garantizar el almacenamiento, realizaciones de copias de seguridad y restauración y plan de contingencia de los daños de la empresa • Seguimiento continuo al surgimiento, evolución y obsolescencia de tecnologías informáticas, con impacto sobre los procesos y/o productos y o servicios de la empresa, comentando y canalizando el uso de la tecnología de la información para la efectividad y optimización de los recursos. • Recolección procesamiento de datos de los diferentes procedimientos realizados en la empresa y producción de la información estadística para la toma de decisiones • Manejo adecuado de la historia clínica y atención oportuna para la solicitud de la misma. • Establecer y controlar los procesos de la administración del archivo, garantizando la custodia cuidado y		de sistemas de computo • Administración de base de datos • Manejo del archivo clínico • Manejo del patrimonio documental • Estadística	documentación) • Existencia de sistemas de información • Programación de necesidades de software y hardware • Indicadores de gestión • Conocimiento de las disposiciones legales vigentes o directrices de la empresa para su gestión: • Base de datos o centro de documentación • Personal asignado y capacitado • Existencial y cruce de informes de gestión, reportes periódicos de dichos indicadores • Utilización de estos informes para la toma de decisiones por parte del personal directivo • Manual de procesos y procedimientos • Mecanismos que aseguren la eficacia y efectividad del normal desarrollo de la gestión. Indicadores de gestión.

conservación del patrimonio documental de la empresa			

ÀREA DE ATENCIÒN AL USUARIO			
UNIDAD FUNCIONAL:	**COORDINACIÒN MÈDICA**	**ÀREA:**	

FUNCIÒN BÀSICA	Planear, coordinar, evaluar y controlar la atención Integral con óptima calidad humana a nivel de prevención, aplicando las guías, protocolos y norma de seguridad e Integridad del paciente, del equipo médico y de enfermería.		
FINALIDAD DE GESTIÓN	ÁREA	PROCESOS / PROCEDIMIENTOS	FACTORES CRITICOS DE ÉXITO
• Brindar una atención oportuna y eficaz inicial de urgencias al usuario que así lo requiera y evaluar el estado del mismo con precisión y oportunidad en cada fase del tratamiento. • Tramitar el egreso del paciente con instrucciones de manejo teniendo en cuenta orden médica, garantizando el cumplimiento de las obligaciones administrativas. • Brindar cuidados de enfermería en forma oportuna, eficaz y eficiente al paciente, realizando las gestiones pertinentes para su cumplimiento generando comodidad, seguridad y protección al mismo. • Brindar atención oportuna y e calidad a todos los pacientes del servicio de hospitalización. • Dar continuidad al cuidado del paciente para disminuir la estancia hospitalaria. • Disminuir el índice de infecciones, cumpliendo las normas estipuladas. • Planificar el cuidado de enfermería en cada turno de acuerdo a la patología que presente el paciente. • Brindar el proceso asistencial del ingreso a la Empresa en consulta externa, como el cuidado médico, diagnóstico y terapéutico de los usuarios que requieren los servicios ambulatorios con oportunidad y calidad al usuario haciendo uso optimo de los recursos. • Realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos cumpliendo en forma oportuna, eficaz y eficiente al paciente, realizando las gestiones pertinentes para su cumplimiento generando comodidad, seguridad y	• Servicio de urgencias	• Atención en el servicio. • Hospitalización. • Protocolos. • Egreso: Remisión. • Egreso: Efectivo. • Egreso por defunción. • Seguimiento y evaluación de resultados. • Retroalimentación. • Atención de consulta. • Preconsulta. • Atención PYP.	• Manual de procesos y procedimientos. • Protocolos de diagnóst y manejo • Indicadores de gestión (Eficiencia, eficacia, efectividad y calidad). • Programación anual de servicios de salud. • Personal capacitado. • Disponibilidad de insumos básicos.

protección al mismo. • Promover la participación de la comunidad en acciones de prevención y solución a los problemas de salud en coordinación con las diferentes áreas del Hospital, buscando optimizar la prestación de los servicios de salud, desarrollando los programas propiciando el uso irracional de los recursos físicos, financieros y humanos existentes. • Ejercer la Vigilancia Epidemiológica y coordinar las actividades respectivas en los casos que se necesite.			

La metodología adoptada por la **E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**, comprendió un proceso de recopilación de datos financieros, de mercadeo, procesos y desarrollo organizacional que permitió definir los objetivos estratégicos de la institución, las metas anuales y formular la plataforma estratégica que permitirá alcanzar el logro de la Visión institucional, promedio del cumplimiento de su misión básica.

En el proceso de formulación del plan de gestión la institución tomó como base Metodologías modernas de Planeación Estratégica a través de Talleres de Concertación de los cuales se obtiene el siguiente resultado:

Tabla 22 Variables de Mayor Influencia de la ESE

Institución		**Objetivo**	Identificar aquellas variables que ejercen una mayor influencia para potenciar el desarrollo, crecimiento y sostenibilidad de la E.S.E.			
Fecha de Análisis						
Variables	Importancia para el Usuario	Nivel Urgencia	Importancia para disminución de costos	Importancia para aumento de ingresos	Importancia para mejoramiento de procesos	Total
1. Atención a usuarios	5	2	2	3	3	180
2. Alineación Estratégico interinstitucional	3	5	5	3	5	1125
3. Flujo de caja	2	5	5	5	5	1250
4. Talento Humano	3	5	3	5	5	1875
5. Responsabilidad Social	5	3	3	5	3	675
6. Calidad de la Prestación del Servicio	3	5	3	2	3	270
7. Infraestructura	3	2	3	3	3	162
8. Gestión de Costos	5	5	5	5	3	1875
9. Sistemas de Información	3	3	5	5	5	1125
10. Sistemas de Gestión, calidad y control	5	3	5	5	5	1875

11. Bienestar laboral (SISO)	3	3	2	2	3	108
12. SOGCS	5	3	5	5	5	1875
13. Intervención Política	2	2	2	2	2	32
14. Contratación	3	3	2	3	3	162
15. Salud Pública	2	3	3	3	3	162
16. Imagen institucional	3	3	2	3	3	162
17. Demandas y litigios	2	2	3	3	2	72
18. Tecnología	3	5	3	3	5	675
19. Medio Ambiente	2	2	2	3	3	72
20. Proveedores	2	3	3	3	2	108
21. Situación social	3	3	2	3	2	108

Equipo de Trabajo
1. GERENTE
2.ADMINISTRADOR
3.CONTADOR
4. AUDITOR MEDICO

Convenciones		
A	Alto	Cinco (5)
M	Medio	Tres (3)
B	Bajo	Dos (2)
N	Nulo	Uno (1)

Como se menciono anteriormente, se sugiere diseñar la estructura y tener en cuenta las siguientes observaciones:

_ Área de Dirección:

1. Sea adscrita a la Gerencia la agrupación de los procesos de asesoría de planeación, Asuntos Jurídicos, calidad y la oficina de Control Interno por cuanto las funciones de su competencia contribuyen a la formulación de directrices para el logro de los objetivos Institucionales y por ende la misión de la E.S.E.
2. Establecer como finalidad de gestión de jurídica (Asuntos jurídicos, contratación, control interno disciplinario), al igual que definir la finalidad de la gestión de la oficina de control interno.
3. Definir en la gestión de planeación la finalidad encaminada a la formulación, evaluación y control de la planeación Institucional, así como el mercadeo y promoción de los servicios. En la gestión de la calidad la finalidad enfocada por una parte en la auditoría, verificación

de cumplimiento de los estándares (Auto evaluación, protocolos, entre otros). Así como la admisión, información y atención al usuario.

- Área Logística:

La agrupación de procedimientos comunes en las diferentes gestiones o grupos de trabajo que a continuación relacionamos:

- Talento Humano
- Recursos Físicos, Servicios básicos y de mantenimiento
- Recursos Financieros
- Apoyo tecnológico y de Información: Sistemas de Información, estadísticas y manejo del archivo clínico, patrimonio documental.

- Área de Atención al Usuario

La agrupación de procedimientos comunes en los diferentes grupos de trabajo que a continuación relacionamos:

- Servicios ambulatorios
- Urgencias
- Apoyo diagnóstico y terapéutico: Fisioterapia, Laboratorio
- Hospitalización
- Odontología
- Cirugía

2.1.4 Manual de Funciones y de Competencias Laborales

Verificar si existe un manual de funciones, si lo conoce el personal y es entregado al vincularse por cuanto como instrumento de organización

se debe revisar, adaptar, previo ajuste a las necesidades y a su estructura organizacional, para tenerlo como soporte en el procedimiento de selección del personal, inducción o re inducción, evaluación entre otros.

2.1.4.1 Manual de Funciones y de Competencias Laborales de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa

2.1.4.1.1 Revisión y análisis del documento

Inicialmente se procedió a verificar la existencia y actualización del manual de funciones.

El manual reportado, fue aprobado mediante Resolución No 100 de junio 30 de 2010, el cual comprende la presentación de una portada, la plataforma estratégica (misión, visión y objetivos), el organigrama, el acto administrativo mediante el cual se adopta el manual y las funciones de los cargos de conformidad a los niveles respectivos (Directivo, Asesor, Profesional, Asistencial) el cual no está totalmente en su orden.

Se recomienda también presentar en el manual el instructivo del manejo del mismo; igualmente la observa una planta global, en la medida que la dependencia en la cual se ubica el cargo es donde se ubique el mismo, sin embargo se recomienda revisar los grados de los diferentes cargos a fin de agrupar aquellos de igual denominación y dentro de la descripción de funciones identificar en que área o gestión se desempeñan y así facilitar su consulta y actualización a medida que lo requiera; igualmente revisar los códigos y las denominaciones de los cargos para su ajuste, por ejemplo el Gerente no coincide con el código, el 065 corresponde al Director de Hospital, en el caso de los cargos de

Jefe de Oficina, revisar sus funciones parar definir muy bien si es de nivel directivo o asesor, las homologaciones de los diferentes cargos (Médico del SSO, Auxiliar de Farmacia, Auxiliar de Odontología, Portero entre otros) , las cuales deben actualizarse a la normatividad vigente, es decir a la Ley 909 de 2004 y su decreto reglamentario 785, así mismo se recomienda presentar igualmente la relación de los cargos que constituyen el manual a fin de facilitar su búsqueda para su consulta.

Como instrumento organizacional técnico básico de Administración de Personal, que permite ligar, objetivos, funciones generales de la institución y funciones de las dependencias o áreas funcionales, con cada uno de los empleos que conforman la planta de personal, que permita el desarrollo de los siguientes objetivos:

- Servir de consulta y apoyo a los funcionarios que tiene a cargo el desarrollo del **Talento Humano.**
- Determinar funciones de acuerdo a la estructura orgánica, plan de cargos y **niveles de jerarquía de los empleos.**
- Precisar las funciones para el seguimiento y evaluación para efectos del C**ontrol Interno.**
- Instrumentar la marcha de otros procesos administrativos tales como: selección de **personal e inducción de personal.**
- Servir de medio de integración y orientación al personal, señalando desde un principio el perfil del cargo, propósito principal, funciones esenciales, contribuciones individuales (evaluación de desempeño), conocimientos básicos y esenciales y los requisitos de estudio y experiencia.

Con relación al contenido de la presentación de las funciones se tuvo en cuenta el instructivo para el ajuste del mismo diseñado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Sin embargo se recomienda realizar los ajustes mínimos teniendo en cuenta los siguientes aspectos para su presentación:

- Portada o carátula
- Uso del manual
- Estructura orgánica de ESE aprobada.
- Acto administrativo mediante el cual de adopta el Plan de Cargos.
- Índice o contenido del manual, incluyendo la relación de los cargos de acuerdo con la planta de personal vigente, con código, grado, denominación del cargo, número de cargos y números de página.
- Acto administrativo de adopción del manual de funciones y competencias laborales.
- Presentación de las funciones de los cargos ordenados por nivel (Directivo, Asesor, Profesional, Técnico y Asistencial)

2.1.5 Manuales de procesos y procedimientos.

Igualmente si existe el manual de procedimientos, si lo conoce y fue entregado al vincularse a la empresa, si es llevado a cabo en la práctica.

Dada la importancia de los procesos, definidos como una secuencia de actividades interrelacionadas entre sí, que emplean recursos de entrada, se les agrega valor para dar un resultado no producto y la necesidad de su evaluación periódica para lograr un proceso de mejoramiento continuo e innovación que satisfaga las expectativas del usuario, optimizando los recursos empleados y haciéndolos flexibles a las nuevas necesidades del cambio, del usuario y la institución.

Si dicho manual identifica los procesos que realizan cada una de las áreas funcionales y dentro de éstas las unidades funcionales, que constituyen la estructura organizacional, a fin de seleccionar los

procesos con mayor impacto para el logro de los objetivos planteados con fundamentos en los principios de calidad, eficiencia, eficacia y productividad.

En el caso de no existir el manual de procedimientos o estar desactualizado, previa a la selección o priorización de procesos se procede a aplicar la metodología de Mejoramiento de Procesos de la Empresa (MPE) y Normalización de Procesos, para su diseño o rediseño, y que a continuación se presenta.

2.1.5.1 Conceptualización y etapas para el "Mejoramiento de los Procesos de la Empresa"

Partiendo que para el desarrollo de la misión las organizaciones deben ejecutar diversos procesos operativos, cuyos resultados determinan el éxito o fracaso en sus más importantes objetivos y dado que estos comienzan y terminan en el cliente, es importante conocer como lo que cada uno afecta el resultado final del proceso e igualmente contribuyen a la imagen institucional.

Se busca con la aplicación de dicha metodología, promover el mantenimiento de una cultura con énfasis en el enfoque al cliente, mejora de procesos y optimización de recursos, entre el personal dueño de los procesos y responsables del control y evaluación, que garanticen acciones de desarrollo administrativo y de asesoría interna y externa.

Luego el diseño, actualización o rediseño de sus procesos, antes que una serie de acciones aisladas encaminadas a agilizar el trabajo, mejorar la calidad de los productos, servicios y la atención, es un estado permanente de funcionamiento satisfactorio de la organización un estado de conciencia que conduce a sus colaboradores a lograr el

compromiso personal para buscar alternativas que mejoren la satisfacción del cliente y aseguren el cumplimiento de su misión o razón de ser.

El crear y mantener la cultura de un esfuerzo permanente de mejoramiento requiere considerar aspectos como:

- El desarrollo de una actitud orientada a la búsqueda de soluciones creativas para agilizar el trabajo y brindar productos y servicios de mejor calidad.
- Planeación diseño y ejecución de programas y proyectos de mejoramiento a resolver situaciones no deseadas en el servicio y funcionamiento de la empresa, que conduzcan a la creación de la disciplina cotidiana de hacer las cosas bien.
- Propiciar una actitud constructiva, que garantice una orientación hacia la búsqueda permanente de soluciones a todo nivel y desarrollar una mayor motivación individual y grupal basado en el logro.

Ahora en razón a la dinámica permanente de las instituciones, los protagonistas claves fundamentales son sus empleados y el cliente. Sus empleados cuya capacidad de proporcionar servicios de calidad dan como resultado la satisfacción del cliente y por ende el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Actualmente el responder a las expectativas del usuario es el gran reto que afronta toda organización.

En consecuencia todos deben iniciar la tarea de responder con servicios de calidad, es decir proporcionar servicios en forma eficiente y efectiva.

Es por ello necesario hacer énfasis de la importancia de mejoramiento de los procesos de la empresa por cuanto es un enfoque gerencial concentrado en el control de los procesos cuyo objetivo es garantizar la satisfacción del cliente.

Mejorar un proceso significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, efectivo sinónimo de calidad cuyo significado es lograr los resultados u out puts esperados del proceso para satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, eficiente, sinónimo de productividad, es decir, uso óptimo de los recursos y eliminación del desperdicio en búsqueda de la efectividad.

Luego centrarse en el mejoramiento e innovación de los procesos y procedimientos para proporcionar servicios diferenciados que conlleven al fortalecimiento de la Empresa es una tarea que no importa ni como comienza, con tal que comience de inmediato, en consecuencia se programa su ejecución, no sin antes tener presente que el enfoque de análisis del proceso responde aspectos que componen los mismos:

- QUIEN: Cargo responsable de la ejecución de la actividad.
- CUANDO: En qué momento.
- DONDE: La dependencia.
- PARA QUE: Justificación.
- PORQUE: Generar un resultado deseado.

Así mismo revisar y tener presente los siguientes conceptos:
Macro proceso: Actividades claves que se requieren para manejar y/o dirigir una organización.

Proceso: Secuencia lógica de actividades organizadas, repetitivas que emplean recursos de la organización, agregando valor a estas para dar

o producir resultados definidos a un usuario interno o externo en apoyo de los objetivos institucionales.

Procedimiento técnico Científico: Secuencia método clínico, que sigue el médico general o especialista para fundamentar su diagnóstico y tratar a su paciente, registrando sus hallazgos en una historia clínica, lo más completa posible.

- Anamnesis, Interrogatorio
- Examen físico
- Solicitud e interpretación de exámenes de laboratorio y para clínicos.
- Diagnostico presuntivo, definitivo
- Tratamiento
- Evolución
- Resultado
- Pronostico

Guías de manejo: Procedimiento técnico científico resume, agrupa y enfatiza los principales actividades que van a garantizar un resultado optimo, empleando el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas a este. Ej. Procedimientos de enfermería, médico.

Protocolo: Procedimiento técnico científico resume, agrupa y enfatiza las principales actividades relacionadas con la sintomatología, diagnostico presuntivo, apoyo diagnostico y manejo terapéutico.

Teniendo en cuenta la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, se define como:

Manual de Calidad: Documento que enuncia la política de calidad y que describe el Sistema de la Gestión de la Calidad de la Empresa, misión, visión, organigrama, funciones relacionadas con la calidad y nivel de responsabilidades competentes, enuncia los procedimientos e instrucciones de trabajo de la Empresa. Requisito de la norma.

Manual de Procedimientos: Es una sección del manual de calidad que resumen los flujogramas y/o la descripción literaria de los procedimientos que debe seguir el personal de la Empresa.

Instructivos: Constituye la información técnica sobre la que se basan algunos de los procedimientos de la empresa. Detalle de funcionamiento o mantenimiento de una Maquina.

Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de las actividades efectuadas o de los resultados alcanzados.

Formato: Es el soporte físico que una vez diligenciado constituye un registro.

Es necesario identificar y clasificar los procesos en:

De Dirección: son estratégicos, dan directrices a los procesos operativos o de apoyo.

Operativos: Misionales, están directamente dando valor agregado al cumplimiento de los principales requisitos de los clientes externos.

Apoyo: Atienden directamente los principales requisitos de los clientes internos.

Organizacionales: Las actividades se cumplen como una secuencia de pasos horizontales en los que participan varias dependencias para agregar valor a un servicio o producto para un cliente externo cuya responsabilidad no es exclusiva de una sola dependencia y mejoramiento implica trabajo en equipo INTERDISCIPLINARIO.

Funcionales: Subprocesos (procedimientos) de los procesos organizacionales, las actividades son de carácter vertical desarrollados al interior de una misma dependencia y con valor agregado para un cliente interno cuyo mejoramiento requiere de EQUIPO INTERNO DE LA DEPENDENCIA.

1. Preparación y organización

En esta etapa se busca el apoyo y compromiso de todos y en especial del responsable de la dependencia y los dueños o ejecutores de los procedimientos a fin de identificar los procedimientos del área, se facilite la información y documentación y se involucren y den las observaciones y sugerencias de mejoramiento de los mismos.

2. Selección de procesos

En la identificación de los procedimientos de cada una de las áreas, se pregunta igualmente qué obstáculos se presentan para el normal

desempeño y generar el servicio o producto en forma oportuna, a fin de identificar inicialmente los procesos críticos, la selección de los procesos con mayor impacto para el logro de los objetivos planteados, los cuales se fundamentan en los principios de efectividad y eficiencia, es decir, responden a las preguntas de cuan acertadamente sé esta satisfaciendo las necesidades y expectativas del cliente y cuan acertadamente se están utilizando los recursos para generar productos o servicios respectivamente.

Los procesos a seleccionar deben ser aquellos en los cuales presentan quejas, demoras, acumulación de trabajo, etc.

3. Comprensión de los procesos

Cuanto más se comprendan los procesos con mayor éxito de podrán hacer mejoras.
Esta fase se subdivide en tres actividades que conllevan a definir:

a) Caracterización de los procesos

- Definición del diagrama funcional

Mediante la aplicación de preguntas a cada uno de los participantes de los procesos o procedimientos se define LOS LIMITES (donde inicia y finaliza el proceso), los PROCEDIMIENTOS (que se requieren para generar dichos resultados) y quien los realiza (RESPONSABLE).

Es el gráfico que se presenta en forma dinámica la secuencia del trabajo y permite conocer y comprender el proceso que se describe a través de las actividades, las unidades y cargos que intervienen en él.

A través del flujo grama se logra examinar en forma detallada el proceso de trabajo que se desarrolla respondiendo para cada paso los integrantes que se formulan: qué, dónde, cuándo, quién y cómo se hace?
Es necesario entender que el diagramar o documentar los procesos no significa un manual definitivo, debido a que estos procesos por ser dinámicos requieren una revisión continua para generar un servicio de calidad de esta manera dar cumplimiento a los objetivos del área y organización.

- Descripción de los procedimientos

Una vez representados los procesos en flujogramas se procede a describir los procedimientos, el No. Consecutivo de la actividad, acción a realizar, la dependencia donde se realiza la actividad y nombre del cargo del funcionario responsable o asignado para la ejecución de la actividad, en el formato diseñado.

- Visión General del Procedimiento

Como resultado de la información anterior se precisa una visión general del procedimiento en un esquema operativo que identifica los procedimientos de planeación, ejecución y control, así como el proveedor, la dependencia o cargo a través del cual se obtienen las entradas, es decir, los insumos o recursos necesarios para el desarrollo del procedimiento, las actividades

requeridas, salidas, los bienes o servicios que se generan como resultado del procedimiento y el usuario beneficiario de las salidas del proceso.

b) Revisión de los procedimientos

Una vez recopilada la información de los procedimientos se revisa y analiza el desarrollo del flujo de trabajo de manera que se puedan identificar puntos críticos, diferencias, sugerencias, etc.

c) Definición de medidas de Efectividad y Eficiencia

Dado que el objetivo de todo procedimiento es la satisfacción del cliente es necesario diseñar y realizar un sondeo de opinión al cliente con el propósito de evaluar la satisfacción del resultado del proceso.

Luego haciendo el comparativo del resultado del sondeo de opinión y el análisis del desarrollo del flujo se define los indicadores de control. Punto donde comienza el mejoramiento porque si no se puede medir lo que se hace no se puede controlar, sino se puede controlar no se puede dirigir y si no se puede dirigir no se puede mejorar.

Aquí se hace necesario realizar un análisis de cómo traducir esas necesidades en requerimientos concretos ya sea en pesos, tiempo, porcentaje o números que se puedan controlar y hace un seguimiento identificando para cada proceso el nombre del indicador y la fórmula respectiva.

4. Modernización de los procesos

La aplicación de la metodología para el mejoramiento de procesos permite centrase en el cliente, predecir y controlar el cambio, aumentar la competitividad, cambiar hacia actividades menos complejas,

interrelaciones más efectivas, tener visión sistemática de sus actividades, prevenir posibles errores, definir entradas y salidas, medir mala calidad y desperdicio, detectar errores y corregirlos, sirve como apoyo a la evaluación.

Tratar de eliminar las actividades carentes de significado así como los obstáculos que se oponen al buen desempeño conllevan a la aplicación de las siguientes herramientas:

- **Eliminación de la burocracia:** Suprimir tareas administrativas, aprobaciones y papeleos innecesarios.

- **Eliminación de la duplicación:** Suprimir actividades idénticas que se realizan en partes diferentes del proceso.

- **Evaluación del valor agregado:** Estimar cada actividad del proceso dé la empresa para determinar su contribución a la satisfacción de las necesidades del usuario.

- **Simplificación:** Reducir la complejidad del proceso.

- **Reducción del tiempo de ciclo del proceso:** Determinar las formas de aminorar el tiempo de ciclo para satisfacer o exceder las expectativas del usuario.

- **Prueba dé errores:** Garantizar la realización correcta de la actividad.

- **Estandarización:** Elegir una forma sencilla de realizar una actividad.

La idea es encontrar las maneras de realizar el trabajo con mayor facilidad, seguridad, eficiencia y con un mínimo de errores.

Así mismo para facilitar el análisis se considera la aplicación a cada proceso y/o procedimiento los siguientes elementos, estableciendo una actitud interrogativa y crítica delante de cada respuesta obtenida hasta convencerse realmente de la validez de las mismas o hasta descubrir un mejor modo de hacer las cosas - efectividad, haciendo uso optimo de los recursos - eficiencia de manera que se garantice la formulación de propuestas de mejoras radicales.

- Reclamos en el Procedimiento? Producto o servicio resultante?

- Reducir el tiempo. invertido por la organización, Reducir el tiempo de atención al cliente?

- Sobran? Faltan? Pasos

- Si se presentan problemas en la secuencia u orden de ejecución del procedimiento?

- En cuanto los requisitos son los que debe aportar el cliente se justifican? Existe formato que señale los documentos y requisitos, se hace necesario diseñarlo?

- Las formas de papelería son suficientes, faltan, sobran, eliminar, fusionar?, Comprensibles y de fácil diligenciamiento? Destinatarios son los apropiados?

- Personal responsable o ejecutores son los adecuados (experiencia., educación...?

Que cambios o mejoramientos son necesarios en los ejecutores para mejorar el procedimiento.

- son necesarias las aprobaciones? Son las adecuadas?; Hay exceso de controles, o faltan?, Se requieren revisiones, **Vo. Bo**.? que aparecen en el Procedimiento.

- Las normas relacionadas con el procedimiento lo están afectando?, es necesario **Suprimir, integrar o mejorar**?

- Obstruye o dificulta la ejecución de otros procedimientos? En qué casos.

- Falta información para mejorar el procedimiento, sobra?

- En cuanto al clima. organizacional, se presenta restricciones ocasionadas por respeto, Estabilidad, etc.? Identificar las acciones para superar dificultades?

- Cercanía de elementos, organización PT y Documentos? Recomendaciones superar deficiencias?

- Organización del trabajo, si existe sobrecargas o subcargas Talento Humano. Dependencias, que impiden correcta y oportuna ejecución. Cambios o mejoras?

- Con relación al medio ambiente físico, que factores afectan procedimiento: frío, calor, ruido...

- En cuanto a la distribución de planta, identificar desplazamientos innecesarios (cliente, ejecutores, documentos)

- Con relación al diseño físico del trabajo (se cuenta con un área., Privacidad..)

- En cuanto a la tecnología, se cuenta con los elementos y equipos necesarios? Falta? Son inadecuados? Es probable el mejoramiento tecnológico, posibilidades, sistematización, ventajas.

Haciendo uso de las herramientas de modernización y guía de mejoramiento se busca contribuir a los siguientes objetivos de la aplicación de la metodología:

Hacer eficacia en los procesos:	Resultados deseados.
Hacer eficientes los procesos:	Permite optimizar los recursos empleados.
Hacer los procesos adaptables:	Permite tener en cuenta las necesidades cambiantes del cliente y la institución.

2.1.6 **Revisión y análisis de manuales de procedimientos existentes de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.**

Inicialmente se procedió a verificar la existencia del manual de procedimientos administrativos y asistenciales, ajustados a la normatividad vigente y principalmente enfocada a un Sistema de Gestión de la Calidad.

Los manuales reportados presentan la siguiente información:

Se recomienda que el manual presente los procedimientos de acuerdo a la estructura organizacional propuesta en sus tres áreas (Dirección, logística y Atención al usuario), en relación a la dependencia y los responsables de cada una de las operaciones se sugiere su identificación en su representación grafica o flujo grama los cuales deben corresponder igualmente a la estructura (rediseñada) y plan de cargos o servicios contratados; dentro de los elementos faltantes que comprenden la visión general del proceso está el objetivo (garantiza su existencia), el o los productos finales (out put- salidas) y cliente (beneficiarios); en la parte descriptiva de las diferentes operaciones hacer referencia a los registros o formatos generados y no como productos, (ejemplo en la actividad de medicación el producto identificado es la medicación, y no está el registro en las notas de enfermería por ejemplo; en la decisión de finalizar la atención del paciente hospitalizado en Ginecobstetricia el producto es el egreso, pero no hace referencia a su consignación en la epicrisis, así como las recomendaciones a su egreso, entre otros); en los responsables de las diferentes operaciones ajustarlos según plan de cargos actualizado con la normatividad vigente[32].

Sin embargo es necesario resaltar que es una de las ESE, que ha trabajado los manuales con la mayoría de los elementos de acuerdo a la normatividad.

Como instrumento organizacional el manual de procedimientos punto de partida para el desarrollo del PAMEC y la organización del Sistema de Control Interno MECI entre otros, cuyo objeto es asegurar que los esfuerzos realizados durante la ejecución de los mismos produzcan siempre los resultados requeridos y se tornen más productivos, controlables y permitan mejorar la calidad de las operaciones se hace necesario:

1. Definir los formatos a utilizar con el respectivo instructivo e indicaciones.
2. Establecer la presentación del manual en su visión general o caracterización, en forma descriptiva con sus responsables.
3. Codificar los procedimientos
4. Establecer la conformación de la estructura y presentación del manual teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Portada o carátula
- Formato y procedimiento de su actualización, Procedimiento de Actualización y/o diseño de procedimientos.
- Registro cronológico de las modificaciones que se le hagan a los procedimientos.
- Formalización interna mediante el cual se adopta el manual.
- Tabla de contenido: Introducción, objetivos; marco legal, formatos e instructivos; listados, presentación de los procedimientos.
- Glosario.
- Formatos asociados.

5. Se propone iniciar el diseño del Manual de Calidad, socializar e implementar, dentro del cual en el desarrollo del proyecto en estudio se estableció ya el instructivo para la elaboración de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), por cuanto fue prioritario para la documentación de los procedimientos inicialmente, así mismo el procedimiento para su actualización, este último en consecuencia a la dinámica propia de la administración que impone acciones como creación, cancelación y ajustes a las actividades propias de los procedimientos.

6. Promover el mejoramiento y actualización de los procedimientos a través del Comité Corporativo a crear, quien realizara la evaluación, emisión de concepto y presentación de la propuesta para su aprobación.

2.1.6.1 Comprensión de los procesos de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa

Cuadro 3. Matriz de comprensión de procesos por área funcional

ÁREA DE DIRECCIÓN			
UNIDAD FUNCIONAL:	**GERENCIA**	**PROCESOS/PROCEDIMIENTOS**	• **Formulación de políticas Institucionales** • **Plan de Desarrollo** • **Plan de Inversión** • **Gerencia de Procesos** • **Plataforma Estratégica** • **Generación y evaluación de Indicadores de Gestión**

OBSERVACIONES
• En cuanto a la Sistematización de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, se recomienda continuar su fortalecimiento, actualmente cuenta con software en las áreas de la facturación, contabilidad, tesorería, estadística. Dichos sistemas cuentan con la estructura adecuada para su funcionamiento en red, de manera que no se genere pérdida de tiempo den la digitación doble de la información.
• La Empresa cuenta actualmente con un Ingeniero de Sistemas vinculado por contrato; el cual brinda la asesoría técnica a los usuarios de los recursos informáticos, responder por la administración de los recursos existentes para garantizar el buen uso del software y equipos de cómputo de la Empresa.
• Para el proceso de toma de decisiones gerenciales es necesario contar con información sistemática, oportuna y objetiva de tipo contable, estadístico y operativo, a disposición de los responsables de cada proceso en todos y cada uno de los niveles de la Empresa, donde se genera información ajustados a la normatividad vigente de manera que se diseñen políticas, se controlen los resultados, se establezcan comparaciones entre lo programado y lo ejecutado e introduzcan los cambios necesarios para mantener el rumbo de la organización. • Teniendo en cuenta que el Gerente debe liderar el grupo corporativo, orientar la definición del plan estratégico, políticas y asumir su dirección y control para garantizar el desarrollo integral (Producción, administrativo, financiero, entre otros), enfocándolo al logro de los objetivos acordados de conformidad con las atribuciones de administración, funcionamiento y representación de la Empresa, se procedió a establecer las actividades relacionadas con el diseño de políticas mediante directrices de la Gerencia dadas al equipo directivo para la presentación de propuestas de políticas para el cumplimiento de la planeación, estrategias de acuerdo a las competencias de Ley, en el procedimiento del Plan de Desarrollo.
• Consiente la Gerencia de la importancia de un Sistema de Costos, cuyo objetivo primordial es de facilitar la toma de decisiones racionales y efectivas a través de un sistema de información que permita la identificación de variables relacionadas con el mejoramiento de los procesos de planeación, organización, dirección y control, cuyas variables de resultados medidos con indicadores de efectividad y eficiencia se recomienda continuar el fortalecimiento para la generación de los mismos cuyo insumo fundamental es el registro y cuantificación de la producción (bienes o de servicios) por centros de producción cuya fuente de datos (documentos , formatos, libros o informes) existe y cuya consolidación le permitirá medir los resultados de la gestión (no solo de los servicios de atención y facturación , sino también de cartera, cuentas por pagar, tesorería, contratación, entre otros) y establecer acciones de mejoramiento en coordinación con el responsable de planeación, calidad y de Control Interno, quienes serían usuario de la información consolidada, para lo cual se propone el **formato Indicadores , ver anexo D** e indicadores de algunas dependencias **ver Anexo E.**

OBSERVACIONES

Se recomienda la aplicación del modelo ABC para el cálculo del costo de los servicios del Hospital, el cual constituye un sistema de gestión basado en el análisis de las actividades y los costos (la distribución de los costos indirectos a través de los inductores que posibilitan la asignación de éstos con más exactitud) que permite valorar y tomar decisiones relacionados con otros objetos de costos diferentes a los productos y rastrea el consumo de los recursos que realizan los productos y permite la determinación del costo del servicio y utilizarlo en la gestión para la toma de decisiones.

- Igualmente la Gerencia debe dar importancia a la adopción de instrumentos de gestión e implementación como es el Banco de Programas y Proyectos, para la evaluación de los objetivos institucionales en cada una de sus dependencias a fin de facilitar la toma de decisiones, en consecuencia se tuvo en cuenta para la estructura propuesta y utilizada durante el desarrollo del proyecto en un área o grupo de trabajo de PLANEACIÓN, para adelantar los trámites de diseño y adopción de un programa para el montaje de los Planes de acción que constituye el Plan de Desarrollo, para su revisión periódica y evaluación de su cumplimiento, al igual que el contrato el perfil y capacitación en la información relacionadas con las actividades respectivamente. Así mismo que la Gerencia cuente con el apoyo para el manejo y coordinación de un Sistema Integral, todas las dependencias y elaboración de los diferentes indicadores de gestión y los informes correspondientes con el grupo de Apoyo Tecnológico y de Información propuesto también en el rediseño de la estructura organizacional, adscrita al área Administrativa y Financiera.

- A fin de facilitar el cumplimiento de las funciones descritas anteriormente en las funciones de las dependencias según estructura propuesta para el desarrollo del proyecto, se diseñan los siguiente procedimientos propuestos en el Área de Dirección: Gerencia y en el Área de apoyo Logístico.

PROCESO	SUBPROCESO	CÓDIGO DEL DOCUMENTO	TÍTULO DEL DOCUMENTO	VERSIÓN	DEPARTAMENTO/SECCIÓN
PLANEACIÓN	Planeación estratégica	P GE PL 01	Plataforma Estratégica	01	Dirección/Desarrollo Institucional
		I GE PL 01	Elaboración de la matriz de perfil competitivo	01	
		I GE PL 02	Elaboración de la matriz de Evaluación del Factor Externo	01	
		I GE PL 03	Elaboración de la matriz de Evaluación del Factor Interno	01	
	Planeación Institucional	P GE PL 02	Plan de Desarrollo	01	
		P GE PL 03	Plan de Inversión	01	
GESTIÓN DE APOYO TECNOLÓGICO Y DE INFORMACIÓN	Sistemas de Información	P AF SI 01	Atención a Requerimientos	01	Logística
	Evaluación de la Producción	P AF GI 03	Generación y Evaluación de Indicadores	01	

OBSERVACIONES

- El estado o situación actual o grado de evolución del proceso de planeación (Status), en cuanto a la documentación del procedimiento es Primitivo:

- No había sido objeto de levantamiento ni ningún tipo de análisis.
- No forma parte del manual de procesos.
- Carece de control.

- El estado o situación actual o grado de evolución del proceso de planeación y de gestión de apoyo tecnológico y de información (Status), en cuanto a la documentación del procedimiento de requerimiento es Primitivo:

- No había sido objeto de levantamiento ni ningún tipo de análisis.
- No forma parte del manual de procesos.
- Carece de control.

- Dentro del trabajo de campo se tuvo en cuenta en los procedimientos a documentar, el desarrollo de las actividades de no hacer referencias a actividades que tienen que ver con el contenido del manual del usuario de los diferentes sistemas utilizados en su ejecución, los cuales deben trabajar por su importancia en la administración del recurso humano (selección, inducción y reinducción, capacitación, entre otros) y dinámica.

- Para los diferentes procedimientos sistematizados las actividades tales como creación del usuario, expedición o generación del documento respectivo, anulación entre otras,, junto con la ventana del programa si fuese necesario, las indicaciones correspondientes, debe ser diseñado en cada uno de los mismos (contabilidad, tesorería, estadística, entre otros) y entregado junto con los procedimientos y funciones al personal a su vinculación, como ya se menciono anteriormente.

- Obedeciendo a la presentación o estructura del manual, se propone el procedimiento de su actualización: Creación supresión o modificación d procedimientos, para su consideración y ajuste; así como la conformación del comité de mejoramiento de procesos a adicionar a las funciones relacionadas con el mismo al comité corporativo o técnico existente en la Empresa. **Ver anexo c. Procedimiento de Actualización y/o diseño de procedimientos.**

UNIDAD FUNCIONAL:	GERENCIA	ÁREA:	ASESORÍA JURÍDICA
GRUPO	**PROCESOS/PROCEDIMIENTOS**		
Grupo de Asesoría Legal	• **Contestación de demandas** • **Contestación de acciones de tutela, derechos de petición, acciones populares y de cumplimiento.** • **Elaboración de conceptos jurídicos.** • **Proyección de actas – junta directiva.** • **Proyección y revisión de acuerdos.**		
Grupo de Contratación	• Contratación de mínima cuantía o sin formalidades plenas • Contratación a través de licitación pública • Contratación para la prestación de servicios de la Empresa • Elaboración y legalización de contratos, órdenes de compra y órdenes de prestación de servicios • Supervisión de contratos • Seguimiento a contratos		
Grupo de Control Interdisciplinario	• **Control Interno Disciplinario: Indagación preliminar, Investigación disciplinaria, formulación de cargos.**		

OBSERVACIONES
• En la propuesta de la Estructura orgánica, para el desarrollo del proyecto de la **Empresa Social del Estrado Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa,** se define la existencia de la gestión jurídica adscrita a la Gerencia. Actualmente las funciones de la misma, están bajo la responsabilidad de un Profesional – Abogado vinculado por el contrato. • Para dar cumplimiento a las funciones de carácter jurídico mediante los procesos propuestos en cada grupo de trabajo anteriormente identificados, se hace necesario su revisión, ajuste y socialización para su adopción. • Con relación a las actividades de contratación del Grupo de Contratación adscrito al área jurídica con la propuesta se presenta la coordinación, evaluación y control de las actividades de contratación (Obra, Suministros, Servicios Profesionales, entre otros) en las diferente s etapas (Precontractual, Contractual, Pos contractual)según la forma de contratación (directa, convocatoria) y teniendo en cuenta las normas legales vigentes sobre el mismo, en apoyo con los responsables de las dependencias gestoras (responsable de suministros: Recurso físico, talento humano, entre otros). • El estado o situación actual o grado de evolución de los procesos es Primitivo: • No había sido objeto de levantamiento ni ningún tipo de análisis. • No forma parte del manual de procesos.

• Carece de control.			
UNIDAD FUNCIONAL:	**GERENCIA**	**ÁREA:**	**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

PROCESOS/PROCEDIMIENTOS	• **Evaluación y control del Sistema de Control Interno**

OBSERVACIONES

- En la resolución No 100 de 2006, mediante la cual se establece el Manual Específico de Funciones y Requisitos de la Empresa, establece en la Planta de Personal y funciones dentro de la Empresa, la existencia de un jefe de Ofician de Control Interno de nivel directivo adscrito a la Gerencia. En la estructura propuesta se sugiere mantener la oficina de Control Interno bajo la responsabilidad del Jefe de Oficina vinculado por nómina.

- Para dar cumplimiento a las funciones relacionadas con Control Interno mediante el proceso propuesto e identificado se hace necesario su revisión, ajuste y socialización para su adopción.
- Para el ejercicio de sus funciones de aseguramiento de la planeación en la Empresa,; aseguramiento de los recursos, programación de resultados y evaluación de desempeño; normalización de procesos de aseguramiento de la aplicación de la normatividad legal vigente se recomienda:
- La organización de Control Interno: Elaborar el Plan Operativo Anual ;planeación anual de del control de inventarios, arqueos de caja, auditorias y otras actividades; definir indicadores de gestión de la oficina y organización del archivo técnico, legal jurídico y de control interno aplicable a la ESE, como punto de partida importante del sistema de control interno para garantizar el cumplimiento de los objetivos de manera eficiente y eficaz de la administración, que conlleve a la presentación de servicios con calidad.
- Establecimiento y socialización de los principales insumos como son el Plan Estratégico, los Manuales De Procesos Y Procedimiento; Manual de Funciones; puntos de Control o Verificación; indicadores de gestión, estándares de calidad; sistema de Información (sistematizada); Estructura o Conformación Estructural; Informes de Gestión; requerimientos de desarrollo para el Plan de desarrollo de la Empresa.

- El estado o situación actual o grado de evolución del proceso de Control Interno (status) es Primitivo:

- No había sido objeto de levantamiento ni ningún tipo de análisis.
- No forma parte del manual de procesos.
- Carece de control.

- Teniendo en cuenta el principal producto de Control Interno para la comunidad de usuarios es la garantía que la ESE presta servicios con calidad y alcanza sus objetivos de manera eficiente y eficaz, que su funcionamiento está concebido en la Ley 87 de 1993 y ahora el Modelo Estándar de Control Interno para Entidades del Estado, que los funcionarios debe ejecutar los controles que le han sido asignados y responder por sus consecuencias (autocontrol), que el comité de Control Interno se hace cargo de la planeación del sistema de control interno y de la coordinación interna de sus desarrollo; dentro del trabajo de campo se observa : Participación proactiva atendiendo a la filosofía real del control interno, que no debe ser juez y parte y que en algunos procesos se observa que está formando parte del procedimiento, como es en facturación realizando después de generada la misma para su posterior procedimiento de gestión de cobro. Se sugiere que la función de control interno debe considerar auditorias programadas y contingenciales pero no debe hacer control previo.

• Dentro del estudio en el trabajo de campo se contempla como resultado la actualización del instrumento d actualización a saber el Manual de Procesos e Indicadores fundamentales para el desarrollo de sus funciones; igualmente se propone el procedimiento de Evaluación del Sistema de Control Interno.
ÁREA DE LOGÍSTICA

UNIDAD FUNCIONAL:	**ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**	**ÁREA:**	

GRUPO	PROCESOS/PROCEDIMIENTOS
G. Talento Humano	• **Actualización y/o diseños de procesos y/o procedimientos y Funciones de Cargos.** • **Selección de Personal** • **Vinculación** • **Inducción y Entrenamiento** • **Programas de Bienestar y Mejoramiento** • **Evaluación del desempeño** • **Plan de capacitación** • **Nómina** • **Afiliaciones, Autoliquidación mensual de aportes al sistema de seguridad social de salud, pensión y riesgos profesionales.** • **Prestaciones sociales y Económicas** • **Manejo de hojas de vida** • **Coordinación de la Prestación de los servicios asistenciales**
G. Recursos Físicos, Servicios Básicos y de Mantenimiento.	• **Plan anual de compras** • **Adquisición de insumos** • **Recepción de insumos: almacén y dispensación: farmacia** • **Manejo de Inventarios** • **Inventarios físicos e inventarios individuales** • **Bajas de bienes** • **Traslado de elementos devolutivos** • **Remate de elementos** • **Programación de elementos de aseo** • **Programación y ejecución de mantenimiento preventivo** • **Mantenimiento correctivo** • **Vigilancia**

	• **Control de visitantes a la Empresa**

GRUPO	PROCESOS/PROCEDIMIENTOS
G. Recursos Financieros	• **Facturación y recaudo** • **Gestión de cobro** • **Ingresos** • **Pagos** • **Conciliación Bancaria** • **Control y manejo de cheques** • **Boletín de ingresos y egresos** • **Cruces de cuentas** • **Elaborar el presupuesto** • **Expedición del certificado de disponibilidad presupuestal CDP y CRP** • **Registro y contabilización de ingresos y egresos** • **Elaboración del Balance General y Estado de Ganancias y Pérdidas** • **Registro, generación y análisis de costos**
G. Apoyo Tecnológico y de Información	• **Plan general de Sistematización** • **Plan de capacitación** • **Diseño, seguimiento y control de sistema de computo** • **Administración de base de datos** • **Manejo de archivo clínico** • **Manejo del Patrimonio Documental** • **Estadística** • **Atención a requerimientos** • **Recepción y resolución de quejas** • **Evaluación de la satisfacción del cliente** • **Orientación al usuario** • **Ejecución de las decisiones** • **Seguimiento y evaluación a resultados**

OBSERVACIONES

- **En el desarrollo del proyecto, de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, se propuso una estructura organizacional fundamentada en las tres áreas funcionales y conformación de las unidades funcionales y dentro de éstos los grupos de trabajo o de gestión para su funcionamiento efectivo y eficiente, dentro de las cuales se hacen las siguientes observaciones:**

Inicialmente se define en la propuesta la existencia de un grupo de calidad, adscritos a la Gerencia, al cual vamos a hacer las observaciones en el área Administrativa y Financiera, por cuanto los dueños de los procedimientos relacionados en el Proceso de Calidad, están relacionados con la Gestión Financiera, específicamente el procedimiento de Facturación.
Actualmente se encuentra participando en el procedimiento de cartera, como en la respuesta a glosas el responsable o Jefe de Cartera.

Teniendo en cuenta que la auditoría de cuentas consiste en la verificación de los requisitos administrativos como clínicos y cuya verificación inicialmente se da en el procedimiento de atención en los diferentes servicios (consulta externa, urgencias y hospitalización) de ahí que dependa la eficaz y eficiente organización de las actividades de los procedimientos de facturación, se debe identificar en el desarrollo del procedimiento de facturación en las actividades de admisión de los diferentes servicios, la verificación de la identificación del paciente, la fuente de pago o autorización por parte de los responsables (caja principal de urgencias, laboratorio y rayos x: auxiliar; la caja en consulta externa: Auxiliar de Planta); el responsable de caja principal realiza el procedimiento de la recepción de la facturación de la caja de consulta externa y consolidada por servicios prestados; la cuenta de cobro para su posterior revisión de las cuentas y respectivos soportes por parte de otra auxiliar de facturación y su envío finalmente. Se recomienda en el procedimiento definido propuesto, tener en cuenta estas actividades identificadas como punto de control así como antes de que sean remitidas para su cobro, se propone igualmente en el procedimiento de facturación y cartera en las situaciones que lo amerite por los responsables de las actividades de auditoría médica (alto costo, estancias prolongadas, entre otros), dar Vo. Bo. A la cuenta durante la generación de la factura u organización de la cuenta para tener la certeza que todos os servicios prestados sean o hayan sido liquidados según el manual de procedimientos y de ésta manera tener la oportunidad de hacer las correcciones y por ende evitar que la cuenta se devuelva o glosada por las entidades aseguradoras.

Ahora como resultado fundamental de la gestión de la auditoría no es solo la identificación de las diferentes situaciones no deseadas como: no haber estado autorizado para prestar un servicio facturado, que no exista contrato, que el usuario no ameritaba clínicamente que se prestar un servicio de atención, la no pertinencia entre el diagnóstico y medicamentos, entre otros, resultado previo de la evaluación de la calidad del diligenciamiento de los registros de atención, la correlación del estado clínico del usuario con las diferentes atenciones de servicios de salud suministrados y soportados que conllevan a otro punto de control y de gestión de auditoría como en su liderazgo y promoción de un permanente mejoramiento continuo de los procesos involucrados que va desde la contratación y negociación, prestación, facturación y mejoramiento y cumplimiento de los estándares definidos alrededor de dichos procesos.

Con relación a la recepción, estudio, solución y respuesta de glosas se identifican como puntos de control y tenidas en cuenta en la descripción del procedimiento de Gestión de Cobro en las actividades de seguimiento y control de cuentas:

- **El registro de la recepción de la glosa, por el funcionario encargado de esta labor, para dejar constancia consignada con el nombre y firma, fecha y hora de recibo.**

• **Verificación de las causas para determinar a qué áreas y funcionarios debe remitirse para su solución de manera inmediata, para que el o los responsables, cuenten con el tiempo necesario para el análisis y trámite requeridos y garanticen el oportuno recaudo de cartera.** • **Dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosa, para certificar su presentación en los términos establecidos.** • **El reporte a contabilidad para que se efectúe el correspondiente registró.**			
UNIDAD FUNCIONAL:	**ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**	**ÁREA:**	

OBSERVACIONES

Las anteriores actividades consideradas de control en razón a que recaudo oportuno y costo que representa el atraso en el pago de la deuda de una cuenta por determinado tiempo (meses) atribuible a una glo.sa, se recomienda establecer una hoja de ruta del control de atención de las mismas, generando el indicador de oportunidad, así mismo generar el indicador de las causas por servicio y en forma general, que pueda socializar y garantizar soluciones con la participación de los responsables de las diferentes actividades como admisión, prestación, facturación y cartera.

Ahora para la evaluación de las normas técnicas, procedimientos y estándares de las diferentes áreas de atención de servicios, asesorías y apoyo en las diferentes recomendaciones relacionados con la auditoria clínica, se recomienda continuar el fortalecimiento del grupo de calidad en cuánto a un Auditor Médico y continuar con el Apoyo del responsable de cartera para la auditoria administrativa con el objetivo de continuar el mejoramiento de los procedimientos involucrados en la atención de los usuarios hacia la calidad.

Dentro de las funciones del Administrador - Jefe de Oficina descritas en el manual reportado (Resolución No. 100 de 2006) hace énfasis en la participación del manejo del presupuesto en conjunto con tesorería y contabilidad (elaboración, modificaciones, etc.) y la administración del talento humano, que dentro del trabajo de campo se pudo constatar además de estar realizando la supervisión e Interventoría del mantenimiento hospitalario y contratos de salud.

En cuanto a la administración del recurso humano cuenta con el apoyo de un Auxiliar de contrato para el desarrollo de las actividades operativas de los procedimientos de Nómina autoliquidaciones, cesantías, pensiones, entre otros, quien también realiza actividades auxiliares de cartera.

En la gestión de recursos financieros con relación a las actividades relacionadas con los procedimientos de tesorería de ingresos (arqueo, recibo de caja, boletín conciliaciones, entre otras) y pagos (comprobante de egreso, cheque, conciliaciones bancarias, libro de bancos, entre otras), la ESE, cuenta con la Tesorería General tal como se define en el manual de funciones reportado, para lo cual cuenta con un sistema.

Con relación a presupuesto cuenta con el apoyo de un Auxiliar de contabilidad de contrato quien realiza además la revisión de cuentas, expedición de CDP y CRP, elaboración de los informes de ejecución presupuestal entre otras en Excel.

Para dar cumplimiento al procedimiento contable la ESE cuenta con un contador vinculado mediante contrato quien con el apoyo como ya se menciono, cuenta con el apoyo del auxiliar contable.

Respecto a la administración del talento humano relacionado con los procedimientos como selección, evaluación de desempeño, capacitación, salud ocupacional, se diseñaron, así como la Interventoría a la Empresa o cooperativa contratista de los servicios contratados (básicos, mantenimiento, de personal asistencial, y administrativo de la ESE, entre otros) de responsabilidad es del Jefe de Oficina Administrador.

Dentro del trabajo de campo se identifico con relación al manejo de presupuesto el plan anual es realizado por el Jefe de Oficina – Administrador en conjunto con el contador y Gerente. Se propone que el Administrador maneje igualmente la responsabilidad del manejo financiero, con el apoya del auxiliar contable y contador, Tesorero General, Jefe de cartera y auxiliar de cartera parte operativa de la administración del talento humano (nómina, prestaciones sociales, etc.) exceptuando presupuesto (elaboración del presupuesto anual e informes) que debe ser asumido el Administrador.

UNIDAD FUNCIONAL:	**ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**	**ÁREA:**	

OBSERVACIONES

A continuación se da las observaciones a los procedimientos existentes, su ejecución y propuestos estableciendo los puntos de control para su aplicación:

Presupuesto:

- **Las directrices para la elaboración del presupuesto anual, las disposiciones generales del Presupuesto, las cuales corresponden a los lineamientos, políticas de trabajo y normatividad vigente aplicable al manejo presupuestal de la ESE son dadas por la Gerencia y Jefe de Oficina-Administrador, a cada integrante del comité corporativo o comité Técnico (conformado por los responsable de las diferentes dependencias), quienes elaboran el Proyecto de Presupuesto de su área responsable, teniendo en cuenta las directrices y la planeación de su área contemplando el cronograma de actividades, los recursos, estrategias, entre otros, de los programas, planes, proyectos en desarrollo, por finalizar y por realizar, relacionados con cada cuenta de cada rubro.**

- **En la ejecución presupuestal¡ un punto de control á tener en cuenta es que todo los actos que afecten las apropiaciones presupuestales deberán contar con certificados de disponibilidad previo y el respectivo registro suscrito por el Área Administrativa y Financiera a través del Auxiliar Contable – Presupuesto, donde conste que dichos programas o actividades están amparadas con apropiación presupuestal disponible, libre de afectación y que se dispone de los recursos necesarios para amparar el pago de los compromisos. Actualmente este procedimiento es manual, se recomienda la implementación de un software en red. Así mismo estos certificados deben incluirse en la contabilidad de la empresa, lo cual es realizado por el Auxiliar Contable. Igualmente que todo acto, contrato o documento que afecte el presupuesto de gastos de la empresa genera un pasivo presupuestal en la vigencia y requiere, para su validez y exigibilidad de pago, la afectación en la contabilidad presupuestal, La constancia del registro deberá certificarse sobre el original del documento firmado y contabilizado, en el que se indicará claramente el valor y el plazo de las prestaciones a que haya lugar, para garantizar la existencia de los recursos con los cuales se va a pagar el compromiso. Efectuando el registro, las apropiaciones afectadas deberán destinarse únicamente al pago de las obligaciones asumidas.**

- **De acuerdo a la sugerencia es de responsabilidad del Jefe de Oficina - Administrador la elaboración del presupuesto, instrumento para el cumplimiento de los planes y programas de la empresa en la respectiva vigencia fiscal, su presentación a la Junta Directiva por la Gerencia para que sea el previo concepto de la secretaria de salud y su posterior envío al Confis e inicio de su ejecución. Al igual que Controlar la ejecución presupuestal y analizar los correspondientes informes, proponer los traslados y adiciones presupuestales que se consideren necesarios y elaborar los proyectos de créditos adicionales y traslados. Su coordinación, control y evaluación de la expedición de CDP Y CRP al responsable asignado (Auxiliar contable).**

- **Debida capacitación y entrega del manual del usuario a la implementación de un modulo de presupuesto.**

Manejo de Tesorería :

- **Respecto a los ingresas y pagos es responsabilidad del Tesorero General quien realiza estas operaciones propias de los procedimientos relacionados propuestos.**

- **Los riesgos o controles a ejercer en lo relacionado con los ingresos en caja es obtener las pólizas de manejo para los funcionarios responsables, la expedición de recibos de caja en estricto orden numérico consecutivo (sistema) y dejar en ellos evidencia de revisión y aprobación sin excepción los fondos recaudados cada día deberán depositarse en bancos al día siguiente del recaudado y en las mismas especies recibidas; las copias de las consignaciones selladas por el Banco, deberán ser recibidas oportunamente para los cargos a caja y bancos y contabilización respectiva; la sección de caja deberá tener medidas de seguridad tales como restricción de acceso , caja fuerte, cajas registradoras y separación con las demás dependencias; deberán efectuarse los fondos de caja.**

OBSERVACIONES

- **En relación con los egresos o pagos se hará mediante orden de pago(propuesto para su revisión su y ajuste) que deberá contener la constancia del registro presupuestal vigente, el valor no exceda el valor del documento soparte del gasto ni de su registro presupuestal vigente, al igual que el cumplimiento de los requisitos exigidos por la empresa para la generación del comprobante de egreso y giro de cheque.**

- **Facturación y Cartera :**
- **Teniendo en cuenta que el procedimiento de facturación arranca con un CONTRATO entre la ESE y la ARS ó EPS o Secretaria y toda atención de los servicios debe**
- **considerar el contrato se hace indispensable la verificación de la identificación del usuario (datos básicos, tipo de usuario y fuente de pago o Empresa, aseguradora o entidad responsable), para ello debe gestionar y buscar el apoyo periódicamente para la actualización de las bases de .datos con las entidades correspondientes**

- **(Especialmente con la Secretaria de Salud), así mismo el requerimiento y captura de los .documentos soportes para su atención y posterior cobro de los servicios acorde con lo estipulado en la ley o en los contratas e identificación y comprobación de derechos, de ahí la importancia de la comunicación e información de los responsables de las diferentes actividades (contratación, facturación, auditoria, entre otros). Dichas actividades son realizadas por los Auxiliares ubicadas en el área de facturación y caja (consulta externa, urgencias, laboratorio y RX), quienes realizan el cobro de acuerdo con las cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación que les corresponde pagar a los usuarios y generan RIPS, hacer arqueo de la caja (medio día y finalizar jornada) y entregar al Tesorero General para hacer la consignación y las actividades relacionadas con ingresos de tesorería.**

- **Tener presente que la contabilización de facturas debidamente autorizadas, emitidas en forma consecutiva, relacionadas y totalizadas por facturación. Procesamiento de los pagos de clientes con los recibos de caja en consecutivo numérico debidamente relacionados, totalizados y aprobados por tesorería.**

- **La gestión de cartera es la continuación del proceso de facturación de los servicios prestados.**

- **Actualmente facturación cuenta con el apoyo de un Auxiliar para la organización y revisión de cuentas y entrega de radicado de cuentas a cartera por entidad y**

a contabilidad informe del total facturado por entidad en el mes.

- **Cartera lleva a cabo la generación de la cartera, que incluye lo que se hace desde el momento de la facturación hasta que se presenta la cuenta de cobro o consolidado al asegurador o responsable económico de la atención de usuarios.**

- **Recepción o recolección de la facturación diariamente (urgencias, consulta externa, hospitalización, Farmacia. Laboratorio, PYP, odontología entre otros), para verificación de soportes y ajustes, para ir llevando a cabo su organización (Entidad y contrato).**

- **Disposición del archivo.**

La organización por empresas como primer caso, junto con los RIPS, se aconseja que sea diaria o semanalmente para garantizar mayor oportunidad en la presentación de las cuentas y evitar la congestión y sobrecarga de trabajo a final de mes, para generar el archivo: medio magnético

Se actualiza el reporte de cartera, es decir se carga la facturación nueva por régimen por parte del jefe o Auxiliar la cartera que debe ser reportada al responsable de presupuesto (auxiliar) y contabilidad (auxiliar contable).

OBSERVACIONES

- **Elaboración y presentación de la cuenta de cobro.**

En la cuenta de cobro se debe registrar el valor total de los servicios prestados a los usuarios en un periodo de tiempo, soportado por las facturas. El responsable cartera debe verificar el cumplimiento de los plazos establecidos por cada uno de sus Clientes, de tal manera que no se generen fallas contractuales y, por ende, en la revisión y pago de las cuenta y para su gestión de cobro.

Una vez sé ha preparado la cuenta de cobro se precisa su presentación a la entidad responsable del pago, dentro de los términos pactados o establecidos y de este hecho queda constancia para alimentar los procedimientos para su seguimiento y control, por parte del Auxiliar de cartera y nómina, baja las directrices del responsable de cartera en apoyo quien realiza la gestión de cobro pre-jurídico y jurídico a través del abogado contratado.

El seguimiento y control de la cartera comprende el conocimiento preciso del estado de las cuentas por cobrar de la empresa, sin embargo con el Tesorero General se recomienda continuar o fortalecer la permanente comunicación para la identificación de las consignaciones realizadas a la ESE y junto con los extractos poder identificar quien consigna y poder descargar facturación de la cartera.

Es de los puntos de control que se presenta en toda IPS, por tanto se recomienda en la contratación establecer el reporte de la relación de facturas que están cancelando a fin de desgaste de recursos en su identificación. Actualmente algunas Empresas le envían dichos reportan a la ESE para su conocimiento.

- **seguimiento de la cartera generada.**

Otro punto de control en el seguimiento de la cartera es el conocimiento de la glosa por parte del jefe de cartera, el cual es el mismo que responde la parte técnico administrativa, radicado de la glosa la cual debe contener la relación de facturas, donde -se especifique número del documento, nombre del usuario, servicio glosado y causa de la glosa realizar su radicación á fin de hacer seguimiento y dar respuesta en el plazo establecido.

El responsable de la recepción de la glosa debe relacionar la glosa una vez recibida identificando número de contrato, numera de factura, valor de la glosa, facturado, fecha de respuesta, fecha de envío, fecha de recibido, valor aceptado, valor no aceptado.

Es importante y recomendable llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas para identificar la calidad o déficit en algunos de los productos del área asistencial y de las unidades de facturación y cartera; fallas en los procesos técnico- administrativos y técnico- científicos, susceptibles de mejoramiento; funcionarios, procesos y áreas críticas para la gestión de la Empresa.

OBSERVACIONES

Todas las glosas presentadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la Empresa, independientemente de que sean o no subsanables. La omisión en la respuesta, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencia una deficiencia administrativa en detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución.

En la respuesta deben relacionarse las glosas aceptadas, el número de la factura afectado, el valor y la denominación del servicio descontado cuando haya lugar a Correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes, Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta á las glosas, para certificar su presentación en los términos establecidos

Una vez presentada la respuesta a las glosas es necesario registrar el monto de las -aceptadas y hacer las anotaciones pertinentes en el registro consecutivo de cuentas de cobro, con el fin de establecer su valor final, descontadas las glosas, e informar a contabilidad las modificaciones realizadas en los documentos equivalentes afectados, adjuntando la nota débito o crédito correspondiente.

El responsable o Jefe de cartera analiza la cartera de la ESE mediante la clasificación de cartera por edades, para identificar el estado de las cuentas por cobrar de la empresa en el tiempo.

Es consciente de la necesidad del control de gestión de cartera el seguimiento a la evolución individual y global de las cuentas de cobro mediante los registros respectivos, los cuales deben identificar inicialmente la fecha de su presentación (Número, Valor, Fechas de presentación y límite para cada una. Período facturado, número de radicación, nombre de la empresa aseguradora y régimen), con todas las novedades que presente (fecha de recepción de las glosas, valor glosado, fecha de respuesta a las glosas, valor de glosas aceptadas, con esta información se conoce el monto real de la cartera) hasta el momento de su liquidación y/o pago (fecha de pago, valor recaudado, número(s) de cuenta(s) de cobro y/o número de radicación interna de la aseguradora cancelado) y la evaluación de la gestión de cartera que hace una medición y evaluación global del comportamiento de la cartera y su impacto en las finanzas de la empresa.

Es importante tener en cuenta el vencimiento del plazo para la presentación de las glosas, unido a la información oportuna y veraz sobre la recepción permite identificarlas y rechazarlas inmediatamente cuando se presenten por fuera de los términos establecidos, y/o enviar comunicación a las aseguradoras donde se les notifica el vencimiento del plazo y se les informa de la fecha de vencimiento para el pago oportuno de la totalidad de la cuenta de cobro presentada.

Un segundo producto generado por la fecha de presentación de la cuenta de cobro y/o la fecha límite es el la fecha de vencimiento del plazo para el pago a tiempo que un oficio de notificación y el anuncio del cobro de intereses a partir de esa fecha hasta el momento del pago.

El cruce de la información sobre el monto de la cuenta de cobro de la ESE. y el de las glosas produce el valor que debe cancelar la aseguradora en un primer pago oportuno.

La fecha de vencimiento del plazo para pago oportuno y la del pago de la obligación o en caso de no pago, la fecha actual, permite establecer el tiempo en mora, utilizado para liquidar los intereses por este concepto, clasificar la cartera por edad, y establecer. su índice de rotación.

OBSERVACIONES

- **Recuperación de cartera**

En esta fase las actividades de control es la necesidad de identificar o conocer qué cuentas de cobro se están cancelando y la fecha para determinar si existe o no cumplimiento en los plazos establecidos. Siempre que se reciba un pago se debe solicitar información relacionada con el número de cuenta de cobro o documentos equivalentes a facturas que san canceladas con el pago o consignación realizada. Sin esta información es supremamente difícil llevar un adecuado control de cartera y un sistema de información contable.

El incumplimiento de las aseguradoras en los términos de pago es~ hoy en día, una situación de común ocurrencia a la que enfrentan las IPS, que ocasiona financieras difíciles para las mismas, Vemos que en la ESE en el primer trimestre de 2006, (Decreto 2193) la cartera ascendió a $927, 513,745, la cual el 55% de la misma corresponde a una deuda hasta 60 días, un 18.8%u de de 9i a 180; de 181 a 360 días del 13.3%. Ante este hecho la institución deberán emprender las acciones legales pertinentes, que conduzcan al pago de las obligaciones por parte de las aseguradoras cuando así se requiera.

- **Representada así:**

- **Otros deudores con un porcentaje de participación del 5iÓ/ó con la suma de $469,932, 527**
- **POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (Secretarias), con el 23%, con la suma de $210,604,60i**
- **Contributivo con el 17%, con la suma de $160,505,394**

OBSERVACIONES

El incumplimiento en los pagos de dichas obligaciones, conlleva a la aplicación de acciones disciplinarias, administrativas, penales, fiscales y contractuales. La única manera de cubrir una parte de los daños y perjuicios generados por las aseguradoras que incumplen los plazos establecidos para el pago de sus obligaciones con I. P-S- es la liquidación, cabro y recaudo de los intereses causados por la mora en los pagos.

No cobrar intereses de mora, por parte de la institución se considera prevaricato por omisión y enriquecimiento ilícito en beneficio de terceros y configura negligencia en el cuidado de los intereses de la institución y de los bienes del estado si se trata de una E.S.E.

Existen elementos jurídicos para la utilización de este instrumento que no es de castigo, sino de compensación por los perjuicios generados, tiende a mantener el costo financiero del dinero que no se ha recaudado y evitar que la empresa pierda parte del valor de oportunidad del dinero.

Los intereses de mora según lo establecido en la normatividad vigente y puede ser acordados en los contratos de prestación de servicios. Cuándo la aseguradora no responde a ninguna de las gestiones de cobros realizada por la Empresa, se ve obligada a recaudar estos dineros a través de las acciones del cobro jurídico.

- **Contabilidad:**

La ESE cumple estas funciones a través del auxiliar contable y contador vinculadas a través de la contrato y para ello se cuenta con un sistema, el punto de control en este procedimiento es establecer un mecanismo de control continuo registro diario, llevando indicadores de la presentación de inconvenientes u obstáculos que hacen retardar la ejecución o dificultan el registro, transformación y generación de los productos para la toma de decisiones de la Gerencia.

Tener presente que para la obtención de los resultados de las operaciones financieras reflejadas en los Informes contables se requiere de la ejecución de la secuencia de los procedimientos establecidos, el sentido de responsabilidad de los registros del día a día, sin dejar pendientes, concientización de la contribución de lo que cada uno hace en la consecución del producto final, etc.

Se recomienda gestionar la implementación de los módulos o software faltantes como almacén y presupuesto en red con el área contable y las demás áreas que requieran a fin de facilitar la verificación de los registros, validación, ajustes y generación de los informes en forma oportuna y veraz para la toma de decisiones y no doble digitación y perdida de recursos.

- **El estado o situación actual o grado de evolución del proceso de Gestión de Recursos financieros (Status) es insatisfactorio:**

- **No había sido objeto de levantamiento ni ningún tipo de análisis (admisiones)**
- **No forma parte del manual de procesos**
- **Existe un sistema en funcionamiento en algunas áreas que facilita ciertos controles.**

OBSERVACIONES

- **En la resolución No. 100 de 2006, mediante la cual se establece el Manual específico de Funciones y Competencias laborales de la Empresa, establece en la Planta de Personal y funciones dentro de la Empresa, la existencia de un Auxiliar Administrativo de almacén y dentro del trabajo de campo se identifica al Jefe de Oficina – Administrador, responsable de la administración de los suministros en cuanto a los procedimientos de planeación y adquisición y cuenta con el apoyo operativo del almacén de un auxiliar para los procedimientos de la adquisición, recepción, almacenamiento, dispensación e informes en la farmacia.**

En la propuesta organizacional se sugiere que el Jefe de Oficina-administrador sea responsable también de la administración de los recursos físicos, servicios básicos y de mantenimiento, en cuanto a la planeación y ejecución de la planeación de suministros y servicios y de la adquisición; evaluación y control de los procedimientos de recepción, almacenamiento, distribución y/o dispensación, con el apoyo del Auxiliar de almacén y Auxiliar de Droguería: Farmacia.

En la actualidad no hay planificación de compras, estas se determinan de acuerdo a las necesidades decepcionadas por el Auxiliar- almacén y Auxiliar de Droguería y son presentadas al Jefe de oficina- Administrador para iniciar el trámite de adquisición.

Para lograr una adecuada .administración de los recursos físicos, suministro o insumos hospitalarios y la programación de necesidades para un determinado período de tiempo, ajustados al presupuesto y dentro del Plan de Desarrollo Institucional es necesario implementar el proceso de planeación de suministros.

Para el desarrollo de este proceso se hace indispensable seleccionar los medicamentos esenciales que se requieren para el desarrollo de su gestión teniendo en cuenta la eficacia, seguridad, calidad disponibilidad en el Mercado y costo de los Insumos, además de las normas del Ministerio de salud, las pautas definidas en la empresa y la utilización de un método de referencia (consumo histórico, oferta - demanda, perfil epidemiológico, estándares por actividad, etc.).

con el fin de cumplir con lo anterior se debe integrar un equipo multidisciplinario que asuma la responsabilidad de:

- **Seleccionar los insumos hospitalarios, reglamentar su aplicación y actualizarlo cada vez que las necesidades lo requieran (comité de Farmacia y Terapéutica).**

Asesorar en la toma de decisiones relacionadas con la evaluación de estudios jurídicos, técnicos y administrativos de las ofertas para la adjudicación, previo análisis de la programación de necesidades (comité de compras, el cual ya se encuentra conformado en la ESE).

A través del Jefe de oficina - Administrador se debe cumplir la función de la unidad de recursos físicos, en su planeación y adquisición.

Las actividades que constituyen el procedimiento de planeación de suministros propuesto son la:

1. **Recepción de las necesidades**
2. **verificación de promedios y existencias**
3. **Elaboración y aprobación del programa general de compras.**
4. **Definición de modalidad de compra y cronograma.**

OBSERVACIONES
Ahora la adquisición de los suministros se realizarán teniendo en cuenta el programa de necesidades y especificaciones técnicas definidas por la empresa, utilizando los instrumentos definidos para tal fin (listado básico de insumos hospitalarios, directorio de proveedores y normas de contratación) y con .entregas que permitan una rotación de inventarios adecuada. **Las actividades identificadas y propuestas básicas de este procedimiento son:** **1. Ejecución del Programa General de compras** **2. Selección de Proveedores e Invitación a cotizar** **3. Elaboración del cuadro comparativo de oferta.** **4. Evaluación de cotizaciones.** **5. Elaboración de la Orden de compra y/o contratos.** **Para garantizar que este procedimiento sea eficiente se deben considerar aspectos como la adquisición de insumos con el criterio de calidad definido y exigido por la empresa, compras a través de mecanismos de negociación con los fabricantes, distribuidores o cooperativas de Hospitales y seguimiento a los proveedores para asegurar el cumplimiento de lo pactado en el documento de compra.** **Otro aspecto clave o de control en este proceso es constatar que todas las condiciones pactadas con el proveedor queden consignadas en el documento de compra para asegurar su cumplimiento en el momento de entrega en el Almacén y Farmacia, en la ESE. (Orden de compra o contrato).** **Una de los actividades de control del funcionario responsable del almacén (auxiliar), de farmacia (auxiliar de droguería) y de la despensa (responsable de la cocina - ecónomo) es contar con los documentos de compra necesarios para que se efectúe las actividades de verificación del cumplimiento de las características administrativas y técnicas cuando así se requiera esta última durante el procedimiento de recepción y así garantizar el cumplimiento de lo pactado en los soportes de compra la contratación.**

Igualmente debe hacer el ingreso de los insumos al almacén mediante documento de Entrada o acta de recepción para farmacia, las cuales también deben tener un consecutivo, las cuales en la ESE se están llevando a cabo manualmente (comprobante de entrada a almacén)); así mismo es necesaria llevar actualizado el kárdex, el cual se está realizando en forma manual.

Otro aspecto a fortalecer en almacén y continuar en la farmacia es la organización del almacenamiento físico de los productos en estanterías. La ubicación de la mercancía en el sitio que le corresponde en forma inmediata o almacenamiento es importante en la medida de que de una mejor disposición de los elementos dentro del almacén y farmacia se logre su conservación racional, entregas en las mejores condiciones posibles y oportunas, conocimiento y control de las existencias. Tener presente que para la ubicación se deben considerar los factores de similitud (material médico quirúrgico, de odontología, de laboratorio, de aseo, de papelería, etc. Tanto en almacén como farmacia), volumen en área accesible al despacho sin obstruir las vías de acceso y demanda de elementos cuya movilización cerca del área de despacho garantizan rapidez y precisión en su movimiento.

OBSERVACIONES
Al igual que en el proceso de recepción en la distribución, despacho de los suministros o dispensación en almacén y farmacia respectivamente se debe verificar la presentación del requerimiento por el responsable del servicio a área debidamente autorizado, se debe realizar la orden de salida; actualmente la ESE expide la salida (comprobante de salida de elementos de almacén) en forma manual, en cuánto a farmacia tiene en cuenta lo que factura en el sistema por paciente, en este último no se lleva a cabo el kardex y otra actividad clave finalmente hacer la entrega de la facturación a la caja principal. **Como se puede identificar el registro en el kárdex en el almacén se lleva manualmente cuando se hace la entrada y salida y en la farmacia no se lleva, lo cual se recomienda llevar, en ambos casos y una vez sistematizado este se actualizaría automáticamente.** **Para los procedimientos definidos anteriormente se tuvo en cuenta los resultados de las entrevistas al personal dueño o involucrado en dichos procedimientos.** **Así mismo se plantean dos procedimientos de control y evaluación dé suministros que es prácticamente las actividades claves en cada uno de los procedimientos de gestión los recursos físicos, como es la ejecución de la programación, los controles de almacenamiento, entre otros, y el de evaluación y control de los servicios básicos.** **Otro aspecto de responsabilidad de este grupo propuesto (Recursos Físicos, servicios básicos y de mantenimiento) son el manejo y control de los bienes de la ESE, manejo operativo sea apoyado por el Auxiliar (almacén), en cuanto a los registros correspondientes para efectos de control y análisis, llevar el inventario permanente valorizado, discriminado individualmente y apoyar el inventario físico total o selectivo. Por tanto se propone dentro de los procedimientos la actualización y realización inventarios, bajas y el respectivo control administrativo de los inventarios de la propiedad planta y equipo en el procedimiento de control de suministros.** **Hemos venido recomendando continuar el fortalecimiento de los procedimientos mediante la sistematización, en este caso de suministros y farmacia por una parte, agiliza el procesamiento y flujo de la información que permite un proceso de toma de decisiones en base a datos en forma oportuna y veraz, Sin embargo es**

importante que dicho software contemple la:

- **Generación automática de sugerencia de pedidos (mediante los niveles mínimos de existencias) para garantizar la prestación de servicios.**
- **Elaboración automática de las órdenes de compra en base a los sugeridos.**
- **Elaboración del inventario físico.**
- **Garantizar la entrada y salida de los insumos oportunamente y mantener actualizado el kardex a fin de controlar permanentemente las existencias mediante la utilización de indicadores (nivel mínimo de existencias y punto de reorden) y por consiguiente evitar la interrupción en la prestación de los servicios y a su vez racionalizar el uso de los recursos financieros, además de servir como referencia para los procedimientos de programación de suministros.**

- **El estado o situación actual o grado de evolución del proceso de Gestión de Recursos físicos suministros (Status) es primitivo:**

- **No había sido objeto de levantamiento ni ningún tipo de análisis**
- **No forma parte del manual de procesos (esta el procedimiento de adquisición)**
- **No se aplican algunos procesos necesarios (plan de compras)**
- **carece de control**

OBSERVACIONES

Actualmente la gestión de mantenimiento está orientada a correctivos, carecen del control de la totalidad de las hojas de vida de los equipos y vehículos actualizadas entre otros, las cuales debe incluir: Descripción del equipo o vehículo, Tipo de vehículo, marca, fecha de adquisición, Especificaciones técnicas, observaciones (Fecha, responsable, tipo de mantenimiento, repuestos empleados, .costos), a fin de establecer el plan de mantenimiento preventivo y plan de compras con datos más reales, este primero no se tiene lo cual puede ocasionar interrupciones en las labores y generar mayores gastos para la ESE, igualmente al no haber información o bases de datos reales no se pueden hacer las proyecciones financieras (Presupuesto, Plan Financiero, etc. en lo relativo a los mantenimientos).

Se recomienda revisar el procedimiento y formatos propuestos para la elaboración del plan de mantenimiento preventivo y su aplicación.

Diseñar el plan de mantenimiento preventivo real previo diligenciamiento de las hojas de vida de los equipos, se busca garantizar las condiciones de operaciones óptimas confiables y seguras de los equipos y llevar los registros correspondientes de su ejecución para la toma decisiones en el formato de reporte técnico propuesto.

Así mismo es necesario llevar el control -sobre el kilometraje Vs. Combustible, mantenimientos, entre otros, para con base en el registro se establezcan datos históricos de consumo y productividad que garanticen la proyección del costo de combustible, repuestos y necesidad de mantenimientos para con datos reales proyectar en el presupuesto y plan de compras.

En vista de lo anterior la presentación de informes de gestión e indicadores de mantenimiento también se hace necesaria su implementación para la toma de decisiones.

Dado que las funciones de mantenimiento, conservación y recuperación de la infraestructura y equipos, se propone que la administración de los recursos para el funcionamiento de la ESE sean de competencia del Jefe de oficina - Administrador, se propone que estas funciones estén bajo el responsable del Grupo de Recursos Físicos, servicios Básicos y de Mantenimiento adscrito al área administrativa y financiera con personal (contrato) encargado, de la planeación ejecución, seguimiento, evaluación y control así cómo la presentación de informes a los interesados (Mantenimientos Vs, producción, etc.).

El estado o situación actual o grado de evolución del proceso de control interno (Status) es Primitivo«

- **No había sido objeto de levantamiento ni ningún tipo de análisis**
- **No forma parte del manual de procesos EXISTENTE**
- **Carece de control**

Ahora el manejo de la correspondencia se observó que inicialmente llega a la Gerencia para la revisión y distribución en cada una de las dependencias según competencia, previa radicación.

Para el manejo de la correspondencia continuar llevando el control en la Gerencia de la revisión y reparto, radicación de la correspondencia por la Secretaria de Gerencia que mediante un mecanismo permita el control de la correspondencia debida y su contestación, esta última establecer comunicación inmediata por parte de las dependencias responsables de la radicación del envío, a fin de facilitar información al interesado en la recepción del trámite del olido recibido cuando solicite información de la solicitud, igualmente evitar o disminuir la solicitud repetida de información; procedimiento de competencia del grupo de apoyo tecnológico y de Información (encargada o responsable de los procedimientos de archivo y correspondencia, sistema y estadística).

OBSERVACIONES

Cada responsable de dependencia es el encargado de coordinar la organización del archivo de la dependencia, se recomienda por necesidad o requerimiento solicitar las capacitaciones relacionadas con las normas con Entidades de educación técnica o universitaria que manejan el tema, a fin de:

- **Establecer el sitio para disposición de archivo adecuado.**
- **Implementar un formato único de Inventario documental en cada una de [as dependencias para el recibo de documentación en el archivo general, que permitirá su disposición, identificación inmediata para la consulta o préstamo cuando así se requiera.**
- **Igualmente adoptar un formato control de documentos para garantizar la custodia en el archivo general.**
- **Así mismo después de inventariar la documentación, Seleccionar y clasificar aquella que requiera -ser empastada para su conservación, codificar y disponer de acuerdo con las normas técnicas sobre la materia todos y cada uno de los documentos que tengan que ser archivados en el sitio que reúna las condiciones para su conservación, un sistema de archivo rodante a fin de minimizar el uso de espacios y facilitar la consulta, préstamo y archivo de la documentación, cumpliendo con la Ley General de Archivo.**

Como resultado del estudio se diseñaron y se propone la socialización de los procedimiento de manejo de archivo general y manejo de archivo clínico relacionados con la consulta, préstamo y archivo de documentos y mecanismos para el control, la custodia y conservación de documentos en cada de las dependencias y en el Archivo General.

Nuevamente hacemos énfasis en lo relacionado con la gestión del talento humano no es solo un enfoque hacía la operatividad de sus procedimientos (nómina, autoliquidaciones, entre otros) sino también propiciar la motivación y desarrollo profesional, personal e institucional mediante programas de inducción, de capacitación, integración y evaluación del desempeño profesional y por ende crear un proceso de mejoramiento continuo.

Dado que el factor humano es bajo todos los aspectos, el elemento más importante y delicado de la actividad empresarial. Nadie debe ignorar por lo tanto el establecimiento de perfil y experiencia entre otros para la escogencia adecuada, tarea del área administrativa a la cual debe darse primordial importancia.

Para contribuir en la buena marcha de la empresa, se diseñaron [os procedimientos de la administración del talento humano para su revisión, ajuste u adopción.

Así mismo llevar a cabo un estudio de aquellas novedades del personal que están desempeñando actividades diferentes a la denominación del Cargo para su reporte recomendaciones por las entes respectivos (Función Pública o Secretaria de Salud) para el ajuste y actualización del plan de cargos y manual especifico de funciones y laborales.

ÁREA ATENCIÓN AL USUARIO

UNIDAD FUNCIONAL:	COORDÍNACION MEDÍCA	AREA:	

GRUPO	PROCESOS/PROCEDIMIENTOS
Grupo de Hospitalización	• Atención al servicio • Hospitalización • Protocolos • Egreso: Remisión • Egreso: Efectivo • Egreso por defunción • Seguimiento y evaluación de resultados. • Pre consulta • Atención PYP • Atención de urgencias • Atención en observación
Grupo de trabajo de consulta externa: médica, enfermería	
Grupo de trabajo de Odontología	
Grupo de trabajo de urgencias	
Grupo de trabajo de Laboratorio clínico	

OBSERVACIONES

La atención del usuario en el servicio de urgencias comprende:

1. **Prestación de servicios asistenciales:**
   - **Prestación de servicios de salud de consulta y/o procedimientos de urgencias**
   - **Abrir los registros clínicos para la prestación de servicios**
   - **Registro de los servicios prestados durante la atención**
   - **Ingreso al usuario al servicio de observación- Hospitalización**
   - **Registro de los servicios prestados durante la atención**
   - **Entrega de información solicitada por el usuario y/o familiar**
2. **Egreso: Salida hacia domicilio, Remisión, Egreso por defunción, facturación de servicios, tramite de salida y orientación al traslado del usuario y familia; Traslado u hospitalización: traslado del usuario.**

En la ESE tiene establecida y da importancia al SIÁU, quien da o suministra al usuario la información básica requerida para acceder al servicio de la ESE, solicitar citas a otras ESE de nivel superior, atender quejas, solicitar autorizaciones, y colaborar en información u orientación a los usuarios para llevar a cabo todo el conjunto de procedimientos involucradas en la -atención requerida entre otras, para ello cuenta con un Auxiliar de contrato. En cuanto a la recepción (llamadas) cuenta con un Auxiliar de contrato, quien igualmente apoya en el procedimiento de información a usuarios relacionados con autorizaciones, entre otras.

OBSERVACIONES

La ESE cuenta con dos consultorios de urgencias y dos auxiliares del área de la salud (auxiliar de enfermería) y una enfermera Jefe.

Continuando con la identificación de factores claves, ahora en cuanto al responsable de facturación y caja de urgencias, RX Laboratorio (caja Principal), realiza la identificación y comprobación de derechos, punto crítico para el éxito de la facturación porque permite identificar plenamente quién es el dilecto responsable del pago de los servicios solicitados. Esta consiste en constatar:

- **contrato vigente y servicios solicitados Vs. contemplados,**
- **Vigencia del carné,**
- **Identificar el usuario en el listado o base de datos de afiliados y beneficiarios de la EPS o ARS, Secretada, respectiva, o en los listados o base de datos del SISBEN, bajo responsabilidad del Municipio o en los listados del Ministerio del Interior si es desplazado de la violencia.**
- **Detectar a tiempo si al paciente se le puede brindar el servicio o si se necesita una autorización especial de las aseguradoras o si él tiene que asumir o no el pago parcial o total del servicio.**

Si esta no se hace se corre el riesgo de perjudicar las finanzas de la empresa.

Ahora la ESE lleva a cabo la Identificación de la historia clínica con el número de la cédula de ciudadanía para los mayares de edad; el número de la tarjeta de identidad para
los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años.

El registro de los procedimientos médicos como de enfermería que se le practican al usuario y los insumos suministrados durante la atención se realizan en los formatos establecidos para tal fin.

El ingresa del paciente a observación - urgencias, genera un cobro adicional, una estancia hospitalaria que debe ser cobrada teniendo en cuenta si la persona permanece en el servicio menos de 6 horas o entre 6 y 24 horas. El registro de la fecha y hora del ingreso del paciente al servicio de observación para el posterior cobro de la estancia importante.

Otros puntos críticos al egreso del paciente son los soportes respectivos de la atención brindada para iniciar la facturación, la liquidación y cobro de los servicios de acuerdo al manual de procedimientos y tarifas establecido en la relación contractual y legislación vigente.

Otro factor clave es el recaudo, procedimiento que se activa cuando en la atención al usuario para la prestación de un servicio de salud, existe un pago del usuario a través de un recaudo inmediato, identificar al usuario, ya sea para que realice un pago parcial mediante copago (régimen subsidiado), cuota de recuperación (vinculados) o cuota moderadora (régimen contributivo) o de la cancelación total del servicio.

OBSERVACIONES
La atención del usuario en el servicio de hospitalización comprende: **1. La Admisión y Prestación de servicios asistenciales:** **- Ingreso al usuario al servicio de Hospitalización y apertura de la cuenta** **- Prestación el servicio de salud específico** **- Registro de los servicios prestados durante la atención** **- Entrega de información solicitada por el usuario y/o familiar** **2. Egreso: Salida hacia domicilio, Remisión, Egreso por defunción: facturación de servicios, tramite de salida y orientación al usuario y familia.** **Los puntos críticos en la atención del paciente hospitalizado en el momento de recibir al usuario es la disponibilidad de los recursos definidos para su atención, la apertura los formatos de procedimientos e insumos e iniciación de trámite .correspondiente con los usuarios no asegurados y registro en el formato correspondiente tan pronta un evento médico o de enfermería.** **Ahora dentro de la información a los usuarios y/o a sus familiares debe contemplar aspectos tales como: sus deberes y derechos, instrucciones para procedimientos** **requisitos exigidos para la prestación del servicio, cómo -se presta este -servicio, recursos de la institución para prestar el servicio, riesgos y beneficios de los servicios requeridos, cama asignada al paciente, estado del familiar hospitalizado, resultados de los procedimientos realizados y los pendientes de realizar, diagnóstico y pronóstico, costo de servicios y monto de copagos o cuotas de recuperación.** **Al igual que en el servicio de urgencias tener en cuentas las observaciones y recomendaciones al egreso del paciente acerca de los soportes, facturación y recaudo por la prestación de servicios cuyo responsable es la caja de urgencias.** **La atención del usuario en el servicio de consulta externa comprende:** **1. La Admisión** **- Entregar y recibir información del usuario.** **- Disponer los registros clínicos del usuario** **- Asignación de cita según la atención requerida por el usuario.** **- Facturar los servicios solicitados por el usuario y recaudar el valor de pago directo del usuario.** **2. Prestación de servicios asistenciales** **- Recibir al usuario en el servicio ambulatorio.** **Prestar el servicio de salud especifico** **3, Egreso** **- orientar al usuario y la familia.** **Al igual que en los demás servicios es importante la identificación y comprobación de derechos para la facturación, La disposición de los registros clínicas en forma oportuna, en esta última se propone que estadística y el manejo del archivo clínico sea de responsabilidad del Grupo de Apoyo Tecnológico y de Información.** **Actualmente la ESE cuenta con un responsable de Estadística quien cuenta con un sistema para generar la base de datos e informes de Indicadores de producción, efectividad y eficiencia y un auxiliar para el maneja del archivo clínico, la búsqueda y entrega de la HC en los diferentes consultorios para ser atendido los usuarios en** **a la devolución de la HC archivar.**

OBSERVACIONES
El servicio de Consulta Externa cuenta con un responsable para facturación y caja (consulta externa y PYP) y al igual que en los servicios de urgencias y hospitalización se lleva a cabo las actividades claves como es la identificación y comprobación de derechos de los usuarios. **El servicio de consulta médico general cuenta con tres médicos generales, la atención a la solicitud es al siguiente día (asignación de consulta diaria: 55 distribuidos según tipo de usuarios ya establecido y dejan un número determinado para consulta oportuna). Además presta servicio programada de consulta especializada en ortopedia, oftalmología, optometría, urología, otorrinolaringología, ginecología, cardiología, cirugía plástica, cirugía general y ecografista, según requerimientos para lo cual se recomienda llevar indicadores de producción y hacer comparativos con la facturación y el costo del servicio, a fin de establecer la rentabilidad para el fortalecimiento o no de los servicios.** **La ÉSE cuenta para el apoyo de consulta externa para la toma de signos vitales y devolución de HC al archivo, la identificación y registro para los diferentes programas, de PYP de dos auxiliares de enfermería, quienes llevan a cabo el programa de Riesgo cardiovascular. Para las programas de PYP cuenta con:** • **Vacunación y Planificación Familiar: Auxiliar de Enfermería.** • **citología: Promotor de Salud y un Auxiliar de contrato.** • **control de crecimiento y Desarrollo, control Prenatal: coordinador de PYP y un auxiliar** • **PAB: Auxiliar** **En Laboratorio Clínico cuenta con un Bacteriólogo de planta y uno de contrato y un Auxiliar de Laboratorio de planta apoyando la toma de muestras.** **El servicio de Odontología cuenta con dos Odontólogo y un rural de planta y un auxiliar para el apoyo de la parte operativa y consolidación de informes.** **Como en cierto modo hay programación de consulta externa (asignación para el día siguiente) se recomienda dar opciones de asignación de citas para otros días y continuar la comunicación al archivo sobre el servicio solicitado, la fecha, la hora y el consultorio donde se brindará, luego el día anterior al asignado se localizaría la historia clínica en el archivo y se enviarían o llevarían a los servidos donde se dará atención a los Usurarlos por parte del auxiliar de enfermería de consulta externa para consignación de la información pertinente de la atención recibida (médico o enfermera jefe). Esta recolección debe ser efectuada por el personal de Enfermería de consulta externa, igualmente se debe continuar o dejar constancia de quién está respondiendo por la historia cuando sale del archivo f que al retorno de la misma sea descargada y reubicada en el archivo previa digitación por estadística de la Información pertinente. En consecuencia generaría la satisfacción del usuario llevaría a incrementar la imagen institucional.** **Igualmente en esta programación propuesta del servicio solicitado, tener en cuenta dejar un promedio de citas para la atención oportuna que se presentaría teniendo en cuenta un promedio, previamente identificado información real.**

2.2 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Luego de revisar la información, de recopilarla información mediante entrevista a los responsables de su ejecución, identificación de aquellos que se llevan a cabo, así como de recomendaciones y sugerencias en la comprensión de los procesos, del conocimiento por experiencia de los procedimientos requeridos se identificaron los siguientes procedimientos que presentan dificultades o problemas o posibilidad de mejora.

- Diseñar, socialización, revisión e implementación

Cuadro 4 Lista de Procesos, Subprocesos y Procedimientos Diseñados y/o actualizados

PROCESO	SUBPROCESO	TÍTULO DEL DOCUMENTO
PLANEACIÓN	Planeación Estratégica	Plataforma estratégica
		Elaboración de la matriz de perfil competitivo
		Elaboración de la matriz, evaluación del factor externo
		Elaboración de la matriz de evaluación del factor interno.
	Planeación Institucional	Plan de desarrollo
		Plan de inversión
GESTIÓN JURÍDICA Y DE CONTRATACIÓN /COMUNES	Contratación	Contratación mínima cuantía sin formalidades plenas
		Contratación mínima cuantía con formalidades plenas
		Contratación mediante licitación pública
		Elaboración y legalización de contratos, órdenes de compra y órdenes de prestación de servicios.
		Contratación de servicios de salud
	Seguimiento a la ejecución de proyectos	Supervisión de contratos
	ASUNTOS JURÍDICOS	Proyección de actas junta directiva
		Proyección y revisión de acuerdos
		Contestar demandas
		Contestar acciones de tutela, populares y de cumplimiento.
		Emisión de conceptos jurídicos
		Proyección de respuesta a derechos de petición
		Seguimiento a contratos
		Elaboración y/o revisión de resoluciones
	Control Interno Disciplinario	Control interno disciplinario

CONTROL DE GESTIÓN	Sistema de Control	Evaluación del sistema de control interno
VENTA DE SERVICIOS	MERCADEO	Promoción de la Empresa

PROCESO	SUBPROCESO	TÍTULO DEL DOCUMENTO
CALIDAD	Evaluación de la calidad	Auditoria
	Evaluación de la calidad	SIAU
	Gestión Logística y de comunicaciones	Imagen institucional
GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS	Presupuesto	Programación, elaboración y aprobación del presupuesto
		Ejecución presupuestal de egresos
		Ejecución presupuestal de ingresos
		Modificaciones al presupuesto
	Facturación y recaudo	Facturación y recaudo
	Facturación y recaudo	Gestión de cobro
	Gestión de efectivo	Deposito de recaudos
		Control y custodia de documentos
		Constitución de inversiones temporales
	Egresos	Pagos
		Caja menor
	Contable	Registro de hechos financieros y económicos
		Generación de estados financieros
GESTION DE TALENTO HUMANO	Vinculación	Plan anual de cargos, asignaciones y necesidades
		Selección
		Vinculación de personal
		Inducción del personal
	Evaluación	Evaluación de desempeño
	Capacitación	Plan de capacitación
		Ejecución plan de capacitación
	Generación de compromisos de pago	Nómina
		Pagos a terceros
		Prestaciones sociales y económicas

	Salud ocupacional	Panorama de riesgos
		Salud ocupacional

PROCESO	SUBPROCESO	TÍTULO DEL DOCUMENTO
GESTION DE RECURSOS FÍSICOS, SERVICIOS BÁSICOS Y DE MANTENIMIENTO	Salud ocupacional	Accidentes de trabajo
	Planeación de Suministros	Selección de bienes, insumos y servicios
		Programación de bienes e insumos y servicios
	Adquisición de suministros	Adquisición de bienes e insumos y servicios
	Recepción de suministros	Recepción de bienes e insumos
	Almacenamiento	Almacenamiento
	Distribución de suministros	Despacho de bienes e insumos
	Manejo de inventario	Actualización de inventarios
		Realización de inventario físico
		Bajas
	Control administrativo	Evaluación y control de suministros
		Evaluación y control de servicios Básicos y mantenimiento
	Mantenimiento	Programación y evaluación de mantenimiento
		Atención a requerimientos de mantenimiento
GESTIÓN APOYO TECNOLÓGICO Y DE INFORMACIÓN	Sistemas de información	Atención a requerimientos
	Gestión documental	Manejo del archivo HC
	Gestión documental	Manejo de archivo General de la Nación
	Gestión documental	Manejo de correspondencia
	Evaluación de la producción	Generación y evaluación de indicadores
ATENCIÓN O	Atención en el servicio de consulta externa	Atención a consulta externa
		Protocolos
	Atención de enfermería en el servicio	Preconsulta
		Atención PYP

PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Atención en Laboratorio clínico	Atención en el servicio de Laboratorio
	Atención Odontológica	Atención en el servicio
	Atención en el servicio de urgencias	Atención de urgencias
		Atención en observación
		Protocolos
PROCESO	**SUBPROCESO**	**TÍTULO DEL DOCUMENTO**
ATENCIÓN O PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Atención servicio de hospitalización	Hospitalización
		Protocolos
	Egreso	Egreso: Remisión
		Egreso: Efectivo
		Egreso: Por defunción
	Trámites administrativos de enfermería comunes en los servicios	Programación de horarios
		Reporte de novedades
		Registros de enfermería
		Cumplimiento de órdenes médicas
		Manejo de pertenencias del usuario
		Solicitud y recepción de exámenes de laboratorio
		Dotación, uso y control de cargo de paro
		Entrega de turno
		Manejo de la unidad

2.3 PRIORIZACION DE PROCESOS

Como ya se expuso anteriormente a partir del trabajo de campo realizado en la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, y con el apoyo los funcionarios en general, sé identificaron las actividades de los procedimientos que se desarrollan en la actualidad y se identificaron aquellos procedimientos que igualmente son requeridos y que no se llevan a cabo o que si se ejecutan pero no están documentados.

2.3.1 Análisis de los procedimientos

Para realizar la revisión y el análisis de procesos existen varias técnicas. En nuestro caso, trabajaremos a nivel macro el análisis de "Opciones prioritarias", que se describe a continuación.

Para efectuar el análisis de los procedimientos, inicialmente se deben identificar y clasificar en los más relevantes que contribuyen directamente al cumplimiento de la razón de ser de la organización (MISIONALES) y aquellos que coadyuvan a tal fin (DE APOYO) y los que dan las directrices a los procedimientos misionales y de apoyo (ESTRATEGICOS).

Teniendo en cuenta el inventario de los procesos se procede a la identificación de los procesos prioritarios, evaluar de qué manera éstos inciden en el cumplimiento de los objetivos de la ESE, y seleccionar aquellos procesos que deben mejorarse, elevando su economía, eficiencia y efectividad, para ello se hace uso del análisis de "Opciones Prioritarias" la cual se constituye en una técnica fundamental para la toma de decisiones estratégicas sobre los procedimientos que adelanta la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa. Es decir, permite determinar si cada uno de los procesos se debe llevar a cabo o no y, si debe realizarse, cómo puede hacerse más eficiente, lo que resulta en un ejercicio de priorización de los procesos que realiza la Entidad. Igualmente, evita que la organización invierta tiempo y recursos en tratar de mejorar procesos que no son fundamentales para el logro de sus objetivos.

Para aplicar esta técnica se deben formular las siguientes preguntas, teniendo en cuenta el orden establecido:

Pregunta 1: ¿Se requiere que el proceso sea llevado a cabo?

Para comenzar es preciso plantearse si a la luz de las normas se requiere o no del proceso. En caso contrario deberá eliminarse.

Pregunta 2: ¿Es necesario que el proceso sea ejecutado directamente por la entidad?

En el evento de que así sea, ya sea por razones normativas, por la naturaleza del proceso, o porque no existan las condiciones para que un tercero lo provea efectivamente, éste deberá ser objeto de un mejoramiento permanente que se fundamenta en un estudio de la eficiencia.

Pregunta 3: ¿Se está llevando a cabo el mismo proceso en varias dependencias de la entidad, en otras entidades del sector, en los entes territoriales, o en otro sector?

Esta pregunta permite identificar si existe duplicidad de funciones y procesos y cuantificar los niveles de ineficiencia.

Las anteriores preguntas fueron registradas en una tabla para efectos de analizar los procesos y la toma de decisiones.

Cuadro 5. Participación porcentual de procedimientos, por área

AREA FUNCIONAL	No DE PROCEDIMIENTOS	%
DIRECCION	21	23%
LOGISTICA	46	51%
ATENCION AL USUARIO	23	26%
TOTAL	90	100%

Fuente: autores

El número de procedimientos identificados en la **ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa,** es de 90, cuya participación porcentual por área funcional se muestra en la Figura 9, siendo el área logística, con el 51% la que realiza más procedimientos, luego el área de atención al usuario con el 26% y la Dirección con el 23%.

También se observa que el 81% son procedimientos de apoyo, el 12% son misionales y el 7% estratégicos.

De los procedimientos misionales identificados el 100% son realizados por el área de atención al usuario. En cuanto a los procesos de apoyo identificados el 63% son realizados en el área logística, el 21% por la Dirección y el 16% por el área de atención al usuario, tal como se muestra en la siguiente figura.

Comparación de Procedimientos Estratégicos, Misionales y de Apoyo por área funcional

Ahora de los 90 procedimientos el 33% se requiere mantener, el 53% es necesario socializar e implementar (Dirección: Planeación; apoyo administración del talento humano: selección, vinculación, inducción, plan de capacitación; en el manejo de los recursos físicos, servicios básicos y de mantenimiento: planeación, adquisición, recepción, distribución, inventarios, control, entre otros; y continuar con el fortalecimiento en la implementación y sistematización de la gestión con el 11% (demás software necesarios como por ejemplo en recursos financieros manejo de presupuesto, suministros, farmacia, talento humano) y continuar el fortalecimiento del talento humano (Ing. Sistemas: atención a requerimientos de los diferentes software, elaboración del manual de usuarios) con el 1%.

2.3.2 Definición del Ciclo de Negocio de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.

Como resultado de la comprensión de los procedimientos de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, y conocimiento de la

estructura organizacional se propone a continuación el ciclo del negocio de la institución.

Tal como se observa el ciclo del negocio de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, identifica las operaciones administrativas y misionales, estas últimas definidas en los actos de funcionamiento de la Entidad aprobados por la Secretaría de Salud, que garantizan el cumplimiento de la razón de ser de la Empresa y su desarrollo en un sistema de equilibrio.

2.3.3 Priorización de Procesos

Teniendo en cuenta la selección de procesos para mejoramiento se procede a establecer aquellos que se consideran grandes en importancia y en oportunidades de mejoramiento desde el punto de vista del cliente interno y externo y que deben abordarse en primer lugar.

Inicialmente se asigna una calificación de 1 a 5 en las siguientes cuatro categorías:

- Importancia de los procesos

La ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa satisface los requerimientos de los clientes externos por medio de la ejecución de uno o varios procesos de la empresa. Comprender esto significa identificar los que directa o indirectamente tienen un impacto en el cliente externo y proceder a evaluar aquellos que tengan el mayor impacto sobre los requerimientos importantes del cliente externo los

cuales recibirán la calificación más alta y se consideraran como candidatos principales para el Mejoramiento de procesos.

1. Impacto en la satisfacción del cliente
2. Impacto en la satisfacción de los compradores de servicios
3. Impacto en la satisfacción del cliente interno

- Oportunidad de mejoramiento

Ningún proceso es tan perfecto que no pueda mejorarse. El mejoramiento continuo es el principio básico del Sistema de Gestión de la calidad. Sin embargo, el grado de mejoramiento posible depende del estado actual del proceso: status para clasificar aquellos procesos que deben o tienen mayores oportunidades de mejoramiento asignándoles la calificación más alta, puesto que son los principales candidatos para el mejoramiento.

La calificación 1 significa que este tiene poco impacto, y que es más difícil hacer algo con el proceso. La calificación 5 indica que es fácil cambiar el proceso o genera un gran impacto. Se totaliza las calificaciones de la cuatro categorías por cada proceso seleccionado de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, y estos totales se emplean para establecer prioridades como se indica a continuación.

Cuadro 6. Procedimientos Diseñados para socializar e implementar

	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
• **DIRECCIÓN**					
Plataforma estratégica	**3**	**4**	**4**	**6**	**14**
Elaboración de la Matriz de perfil competitivo	**3**	**4**	**4**	**6**	**14**
Elaboración de la Matriz evaluación del factor externo	**3**	**4**	**4**	**6**	**14**
Elaboración de la matriz evaluación del factor interno	**3**	**4**	**4**	**6**	**14**
Plan de desarrollo	**4**	**4**	**4**	**6**	**15**
Plan de inversión	**4**	**4**	**4**	**6**	**15**
Contratación	**3**	**3**	**4**	**4**	**14**
Supervisión	**3**	**3**	**4**	**4**	**14**
Emisión de conceptos jurídicos	**2**	**2**	**3**	**4**	**11**
Seguimientos a contratos	**3**	**3**	**3**	**4**	**13**
Imagen institucional	**4**	**4**	**4**	**3**	**15**
Evaluación de la calidad: SIAU	**4**	**4**	**4**	**3**	**15**
• **LOGÍSTICA**					
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS					
Gestión de cobro	**2**	**3**	**4**	**4**	**13**
Constitución de inversiones temporales	**2**	**2**	**3**	**4**	**11**
Caja menor	**2**	**2**	**2**	**4**	**10**
Registro de hechos económicos y financieros	**2**	**2**	**3**	**3**	**10**
Pagos: Nómina y pagos a terceros	**2**	**2**	**3**	**3**	**10**
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO					
Selección	**3**	**3**	**3**	**4**	**13**
Vinculación de personal	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**
Evaluación del personal	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**
Evaluación de desempeño	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**
Plan de capacitación	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**
Ejecución plan de capacitación	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**
Panorama de riesgo	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**
Salud ocupacional	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**
Accidentes de trabajo	**2**	**3**	**3**	**4**	**12**

	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
• **ATENCIÓN AL USUARIO**					
Registro de Enfermería	**4**	**4**	**4**	**3**	**15**
Cumplimiento de órdenes médicas	**4**	**4**	**4**	**3**	**15**
Entrega de turno	**4**	**4**	**4**	**3**	**15**
GESTIÓN DE RECURSO FÍSICO, SERVICIOS BASICOS Y DE MANTENIMIENTO.					
Selección de Bienes e Insumos y Servicios	**4**	**4**	**4**	**4**	**16**
Programación de Bienes e Insumos y Servicios	**4**	**4**	**4**	**4**	**16**
Realización de Inventario Físico	**2**	**2**	**3**	**4**	**11**
Bajas	**2**	**2**	**2**	**4**	**10**
Evaluación y control de Suministro	**3**	**3**	**3**	**4**	**13**
Evaluación y Control de Servicios Básicos y Mantenimiento	**3**	**3**	**3**	**4**	**13**
Programación de Inventarios físicos	**4**	**4**	**4**	**3**	**15**
Atención a requerimiento de mantenimiento	**4**	**4**	**4**	**3**	**15**
GESTIÓN DE INFORMACIÓN					
Manejo del archivo HC.	**4**	**3**	**4**	**4**	**15**
Manejo de Archivo General	**2**	**3**	**4**	**4**	**13**
Manejo de Correspondencia	**2**	**3**	**4**	**3**	**12**

Cuadro 7. PROCEDIMIENTOS DISEÑADOS PARA SOCIALIZAR E IMPLEMENTAR Y NECESIDAD DE FORTALECER EL TALENTO HUMANO SON:

	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
DIRECCIÓN					
• **LOGÍSTICA**					
GESTIÓN DE INFORMACIÓN					
Atención a requerimientos	**2**	**4**	**4**	**3**	**13**

Cuadro 8. SOCIALIZAR Y CONTINUAR FORTLECIMIENTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
• **LOGISTICA**					
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS					
Manejo presupuestal	2	2	3	3	10
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS, SERVICIOS BASICOS Y DE MANTENIMINETO					
Adquisición de Bienes e Insumos y servicios	4	4	4	4	16
Recepción de Bienes e Insumos	4	4	4	4	16
Almacenamiento	4	4	4	4	16
Despacho de Bienes e Insumos	4	4	4	4	16
Actualizaciones de Inventarios	2	2	2	4	10

La siguiente Matriz es un instrumento útil, que se puede construir en base a información y comprensión de los procesos y que proporcionan una visión general y clara de todos los proceso y ayuda a realizar la selección final.

Cuadro 9. Matriz priorizar PROCEDIMIENTOS DISEÑADOS PARA SOCIALIZAR E IMPLEMENTAR

		IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
	• **DIRECCIÓN**					
1	Plataforma estratégica	Medio	Alto	Alto	Medio	ALTA
	Elaboración de la Matriz de perfil competitivo	Medio	Alto	Alto	Medio	
	Elaboración de la Matriz evaluación del factor externo	Medio	Alto	Alto	Medio	
	Elaboración de la matriz evaluación del factor interno	Medio	Alto	Alto	Medio	
2	Plan de desarrollo	Alto	Alto	Alto	Medio	ALTA
3	Plan de inversión	Alto	Alto	Alto	Medio	ALTA
4	Contratación	Medio	Medio	Alto	Alto	ALTA
5	Supervisión	Medio	Medio	Alto	Alto	ALTA
6	Emisión de conceptos jurídicos	Bajo	Bajo	Medio	Alto	MEDIA
7	Seguimientos a contratos	Medio	Medio	Medio	Alto	ALTA
15	Imagen institucional	Aloto	Alto	Alto	Medio	ALTA
16	Evaluación de la calidad: SIAU	Alto	Alto	Alto	Medio	ALTA

	• **LOGÍSTICA**					
	GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS					
8	Gestión de cobro	Bajo	Medio	Alto	Alto	MEDIA
9	Constitución de inversiones temporales	Bajo	Bajo	Medio	Alto	MEDIA
10	Caja menor	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	MEDIA
27	Registro de hechos económicos y financieros	Bajo	Bajo	Medio	Medio	MEDIA
	Pagos: Nómina y pagos a terceros	Bajo	Bajo	Medio	Medio	MEDIA
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO					
11	Selección	Medio	Medio	Medio	Alto	ALTA
11	Vinculación de personal	Bajo	Medio	Medio	Alto	ALTA
11	Evaluación del personal	Bajo	Medio	Medio	Alto	ALTA
11	Evaluación de desempeño	Bajo	Medio	Medio	Alto	ALTA
11	Plan de capacitación	Bajo	Medio	Medio	Alto	ALTA
11	Ejecución plan de capacitación	Bajo	Medio	Medio	Alto	ALTA
11	Panorama de riesgo	Bajo	Medio	Medio	Alto	ALTA

		IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
11	**Salud ocupacional**	**Bajo**	**Medio**	**Medio**	**Alto**	**ALTA**
11	**Accidentes de trabajo**	**Bajo**	**Medio**	**Medio**	**Alto**	**ALTA**
	• **ATENCIÓN AL USUARIO**					
12	**Registros de enfermería**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Medio**	**ALTA**
13	**Cumplimiento de órdenes médicas**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Medio**	**ALTA**
14	**Entrega de turno**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Medio**	**ALTA**
	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS, SERVICIOS BASICOS Y DE MANTENIMIENTO					
17	**Selección de Bienes e Insumos y Servicios**	**Medio**	**Medio**	**Alto**	**Alto**	**ALTA**
	Programación de Bienes e Insumos y Servicios	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	
18	**Realización de Inventario físico**	**Bajo**	**Bajo**	**Medio**	**Alto**	
	Bajas	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**	**Alto**	
19	**Evaluación y Control de Suministro**	**Medio**	**Medio**	**Medio**	**Alto**	**ALTA**

	Evaluación y Control de Servicios Básicos y Mantenimientos	Medio	Medio	Medio	Alto	
20	Programación y Evaluación de Mantenimiento	Alto	Alto	Alto	Medio	
	Atención a requerimiento de Mantenimiento	Alto	Alto	Alto	Medio	
	GESTIÓN DE APOYO TECNOLÓGICO Y DE INFORMACIÓN					
23	Manejo del Archivo HC	Alto	Alto	Medio	Alto	ALTA
24	Manejo de Archivo General	Bajo	Bajo	Alto	Alto	ALTA
25	Manejo de Correspondencia	Bajo	Bajo	Alto	Medio	MEDIA

Cuadro 10. Matriz par priorizar procedimientos diseñados para socializar e implementar y necesidad de fortalecer el trabajo humano son:

		IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
	• LOGÍSTICA					
	GESTIÓN DE INFORMACIÓN			Alto	Medio	MEDIA
21	Atención a requerimientos	Bajo	Alto	Alto	medio	MEDIA
22	Generación y evaluación de indicadores	Bajo	Alto			

Cuadro 11. SOCIALIZAR Y CONTINUAR FORTALECIMIENTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

		IMPACTO SOBRE EL CLIENTE EXTERNO	IMPACTO EN EL COMPRADOR DEL SERVICIO	IMPACTO SOBRE EL CLIENTE INTERNO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PRIORIDAD
	• LOGÍSTICA					
	GESTIÓN DE IRECURSOS FINANCIEROS					
26	Manejo presupuestal	Medio	Medio	Alto	Alto	ALTA
	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS,		Alto			

	SERVICIOS BASICOS Y DE MANTENIMIENTO					
17	**Adquisición De Bienes E Insumos Y Servicios.**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	
	Recepción De Bienes E Insumos	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	
	Almacenamiento	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	
	Despacho de Bienes e Insumos	**Alto**	**Alto**	**Alto**	**Alto**	
	Actualización de Inventario	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**	**ALTA**

Cuadro 12. MATRIZ PARA ESTABLECER PRIORIDADES DEL PROCESO

ALTO		12,13,14,20,17,23,26,	
MEDIO		1,2,3,15,16,27,	4,5,7,8,11,19
BAJO		6,21,22,25	9,10,18,24,
	BAJO	MEDIO	ALTO

OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO

PRIORIDAD	
MÁXIMA	
ALTA	
MEDIA	
BAJA	

- PRIORIDAD ALTA

l. Registros de Enfermería

2. Selección de Bienes e Insumos y Servicios

3. Programación de Bienes e Insumos y Servicios

4. Adquisición de Bienes e insumos y servicios

5. Recepción de Bienes e Insumos

6. Almacenamiento

7. Despacho de Bienes e Insumos

8. Manejo del archivo HC

9. Cumplimiento de Órdenes Médicas

10. Entrega de turno

11. Programación y Evaluación de mantenimiento

12. Atención a Requerimiento de mantenimiento

13. Plataforma estratégica

14. Elaboración de la matriz de perfil competitivo

15. Elaboración de la matriz evaluación del factor externo

16. Elaboración de la matriz de evaluación del factor interno

17. Plan de desarrollo

18. Plan de inversión

19. Imagen Institucional

20. Evaluación de la Calidad: SIAU

21. Contratación

22. Supervisión

23. Seguimiento a contratos

24. Gestión de Cobro

25. Selección

26. Vinculación de personal

27. Inducción del personal

28. Evaluación de desempeño

29. Plan de capacitación

30. Ejecución plan de capacitación

31. Panorama de riesgos

32. Salud ocupacional

33. Accidentes de trabajo

34. Evaluación y Control de Suministros

35. Evaluación y Control de Servicios Básicos y Mantenimiento

36. Manejo presupuestal

- PRIORIDAD MEDIA

1. Emisión de conceptos jurídicos

2. Atención a Requerimientos

3. Generación y Evaluación de Indicadores

4. Manejo de Correspondencia

5. Constitución de inversiones temporales

6. Caja menor

7. Actualización de Inventarios

8. Realización de Inventario Físico

9. Bajas

10. Registro de Hechos Económicos y Financieros

11, Pagos

12. Manejo de Archivo General

2.4 DEFINIR LA CALIDAD ESPERADA EN LOS PROCESOS SELECCIONADOS

2.4.1 Marco Legal

- **Ley 87 de 1993**

Plantea la necesidad del seguimiento a los procesos, así como la verificación si las diferentes instancias están haciendo lo que les corresponde.

- **Ley 872 de 2003**

"Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

ARTÍCULO 4o. REQUISITOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, las entidades deben como mínimo:

PARÁGRAFO 1o. Este sistema tendrá como base fundamental el diseño de indicadores que permitan, como mínimo, medir variables de

eficiencia, de resultado y de impacto que faciliten el seguimiento por parte de los ciudadanos y de los organismos de control, los cuales estarán a disposición de los usuarios o destinatarios y serán publicados de manera permanente en las páginas electrónicas de cada una de las entidades cuando cuenten con ellas".

- Decreto. 4110 de 2004

"Articulo 3: Como mecanismo para facilitar la evaluación por parte de la alta dirección, de los ciudadanos y de los organismos de control de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad, cada entidad con fundamento en el literal h del artículo 4 de la Ley 872 de 2003, deberá diseñar un sistema de seguimiento que incluya indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad."

- Ley 909 de 2004

"Artículo 50. Acuerdos de gestión.

1. Una vez nombrado el gerente público, de manera cancelada con su superior jerárquico, determinará los objetivos a cumplir.
2. El acuerdo de gestión concretará los compromisos adoptados por el gerente público con su superior y describirá los resultados esperados en términos de cantidad y calidad. En el acuerdo de gestión se identificarán los indicadores y los medios de verificación de estos indicadores.
3. El acuerdo de gestión será evaluado por el superior jerárquico en el término máximo de tres (3) meses después de acabar el ejercicio, según el grado cumplimiento de objetivos. La evaluación se hará por escrito y se dejará constancia del grado de cumplimiento de los objetivos.

4. El Departamento Administrativo de la Función Pública apoyará a las distintas autoridades de las respectivas entidades públicas para garantizar la implantación del sistema. A tal efecto, podrá diseñar las metodologías e instrumentos que considere oportunos.

Parágrafo. Es deber de los Gerentes Públicos cumplir los acuerdos de gestión, sin que esto afecte la discrecionalidad para su retiro."

- **Decreto l227de 2005**

"Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-ley 1567 de 1998.
Artículo 102. La evaluación de la gestión gerencial se realizará con base en los acuerdos de Gestión, documentos escritos y firmados entre el superior jerárquico y el respectivo gerente público, con fundamento en los planes, programas y proyectos de la entidad para la correspondiente vigencia'".

2.4.2 Aplicación de la Metodología de Desdoblamiento de la calidad

A continuación se dará un ejemplo de los procedimientos de prioridad alta, la definición del nivel de calidad esperado a lograr en los mismos, para ello se requiere:
- Objetivo del Proceso
Determinar el objetivo del proceso de gestión de recursos físicos: suministros, pariendo de que todo proceso tiene que tener un objetivo de lo contrario se debe eliminar.

Garantizar la disponibilidad en cantidad, calidad y oportunidad de los suministros a las dependencias del hospital, al menor costo.

- Para ello es importante realizar los procedimientos: estructura operacional

1. Programación
2. Adquisición
3. Manejo de suministros: recepción, almacenamiento, control de las cantidades y condiciones de las existencias; distribuir lo solicitado por los diferentes dependencias.

- Desdoblamiento de la calidad

El o los clientes tienen unas expectativas, un buen servicio, pero que quiere decir un buen servicio, para obtener su satisfacción, para ello es necesario hacer uso del desdoblamiento o despliegue de la calidad, que es la traducción de sus deseos en características del bien y de calidad en indicadores de gestión que permitan medir su satisfacción o insatisfacción.

A continuación se presenta el ejercicio de desdoblamiento para el proceso de gestión de recursos físicos - suministros, identificado de prioridad alta.

Cuadro 13. DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD "Proceso Gestión de Recursos Físicos: Suministros

CLIENTE	DESEOS	ESPECÍFICACIONES DELL PRODUCTO	INDICADORES DE GESTÓN
Distintas dependencias: Cx, farmacia, consultorios, oficinas,…	Atienda las solicitudes de elementos: completa, calidad, oportuna.	Cantidad: Entregas completas	% de solicitudes atendidas en el tiempo determinado por la ESE. % de cantidad de entregas % de solicitudes atendidas totalmente % de solicitudes con entrega parcial
Pacientes: Ambulatorio, hospitalizado.	Gente amable a todo nivel	Sensibilidad	% reclamos por atención en el periodo
	Fácil ubicación	Información	Señalización
	Satisfagan su solicitud	Cantidad: Entregas completas	% de solicitudes atendidas en el tiempo determinado por la ESE. % de cantidad de entregas % de solicitudes atendidas totalmente % de solicitudes con entrega parcial
	La espera sea mínima	Tiempo: Demoras en la entrega de los suministros	Tiempo de ciclo entre la solicitud y el despacho o dispensación.
	Orden médica se cumpla con precisión y oportunidad.	Demanda insatisfecha	% de descripciones o formulas no atendidas para su cumplimiento. No. De medicamentos no dispensados / total de medicamentos prescritos en el periodo.
Directivas	Labor eficaz y eficiente (satisfacción con inventarios reducidos y optimización de recursos.	Eficiencia: Inventario, Consumo / Existencias, Planificación.	Costo de oportunidad financiera por sobreabastecimiento (ya sea por programación errónea o por compras ineficientes). Se recomienda calcular para los insumos clasificarlos como A por clase. Costo del inventario por

			clase de insumo Índice de rotación de inventarios. Compras al Detal para un grupo de suministros.
CLIENTE	**DESEOS**	**ESPECÍFICACIONES DEL PRODUCTO**	**INDICADORES DE GESTÓN**
Otros clientes externos			
Proveedores	Solicitud oportuna		
	Pago oportuno		
Comprador del servicio	Sede todo lo necesario para el tratamiento de sus pacientes, siguiendo requisitos acordados.	DEMANDA INSASTISFECHA	% de prescripciones o formulas no atendidas para su cumplimiento. No. de medicamentos no dispensados /total de medicamentos prescritos en el periodo.

2.5 MEDIDAS DE EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA

2.5.1 Sistema de Gestión

El Control de gestión facilita a las Directivas la toma de decisiones en forma racional y efectiva apoyado en un sistema de información que permita identificar variables relacionadas con el mejoramiento de los diferentes procesos de planeación, organización, dirección y control; obteniendo resultados medidos con indicadores de eficiencia y calidad.

Es necesario partir del hecho que la generación de indicadores de gestión tiene como insumo fundamental el registro y la cuantificación global de producción de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, por lo cual es importante identificar de acuerdo a la estructura orgánica de la empresa cuáles son sus centros de producción y de esta forma lograr combinar la información de cantidad y costo por centro de producción con indicadores de eficiencia financiera y calidad, para lograr obtener una evaluación global del logro de los objetivos propuestos, del consumo y de recursos y del impacto de la atención en la comunidad de usuarios.

Las actividades de monitoreo y control debe estar inmersa en el diado quehacer de todas las áreas de la organización y del personal administrativo y operativo, teniendo en cuenta que cada funcionario tiene responsabilidades en el proceso de captura, procesamiento, análisis, uso y circulación de la información.

Esta actividad de monitoreo y control está enmarcada dentro de la filosofía de control interno, partiendo de que los datos obtenidos se orientarán más hacia el análisis y uso de la información como apoyo a la toma de decisiones y no con un objetivo punitivo y policivo, sino por

el contrario tratando en enfocar el cumplimiento de la misión, objetivos y metas de la organización productiva, en donde permanentemente se está relacionando un monitoreo y se está fomentando la cultura de autocontrol.

El control integrado de gestión es un conjunto de principios, normas, planes, metas, estándares, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación, que la empresa adopta como una herramienta fundamental de información sistemática, objetiva y oportuna, de tipo contable, estadístico y operativo la cual se traduce en indicadores que apoyan la toma de decisiones de la Gerencia.

OBJETIVO: Proveer a todos los niveles de la Empresa de herramientas de gestión que permitan evaluar el desempeño de todas las áreas y en general de toda la organización para obtener elementos que nos muestren la eficiencia en términos de cumplimiento de metas y objetivos propuestos, eficacia en términos de mejor utilización de los recursos con la optimización de procesos y obtener calidad, logrando satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

2.5.1.1 Metodología en el control de gestión

- Identificación de factores críticas de éxito. Son aquellos que requieren ser controlados para el logro de los objetivos y las metas.

En la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, se han identificado en el diagnóstico los siguientes factores críticos de éxito:

- Estructura organizacional, a ajustar.
- Elaboración y ejecución del plan de Mantenimiento

- Falta completar las hojas de vida de los equipos de conformidad con lo que plantea catastro físico.
- Falta Plan de compras
- Continuar el fortalecimiento de la Sistematización parcial de los procedimientos y trabajo en Red.
- Falta manual del usuario (software en funcionamiento)
- Falta programa de inducción y re inducción.

Teniendo en cuenta estos factores críticos de éxito, se plantea las acciones a seguir dentro del diseñó del PAMEC para lograr mejorar estos factores.

- Definición de puntos de control. Es la identificación de los momentos específicos en el desarrollo de los procesos que a través de su verificación permiten asegurar el cumplimiento de las características de calidad, eficiencia y eficacia de los procesos.

En el diseño de procedimientos de la **ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa,** se tuvieron en cuenta los puntos de control en los diferentes pasos de los procesos.

- Definición de indicadores de gestión. Estos son la; expresión cuantitativa que permiten analizar el comportamiento y desempeño de una organización, cuya magnitud al ser comparada con el nivel de referencia o estándar podrá señalar desviaciones sobre la cual deberán tomarse acciones correctivas o preventivas según el caso.

La ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, debe adoptar indicadores adicionales de gestión para que posteriormente a su evaluación permita ir realizando ajustes sobre la marcha, complementarios a los indicadores que permiten evaluar la eficiencia técnica, financiera y de calidad propuesto en el Decreto 2193.

Para la evaluación de la prestación de los servicios, se tuvo en cuenta la producción de la **ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa,** en el primer trimestre del periodo de 2010, para la toma de decisiones, según observaciones a los indicadores que a continuación se evalúan.

Al realizar un análisis de los datos arrojados por los indicadores, hemos podido concluir:

- La utilización del recurso disponible de la consulta externa, según instrumentos médicos, no se pudo establecer por cuanto este indicador también contempla la consulta del especialista, se recomienda contabilizar la consulta general y consulta médico especialista (por especialidad) y según capacidad de oferta(horas contratadas x indicador estándar) comparado con el parámetro de evaluación (excelente:100%, Bueno 90% y 80% Aceptable) evaluar su utilización y costos de la prestación de dichos servicios para tomar decisiones de continuar o no con el servicio o fortalecer el desarrollo de estrategias de mercadeo para incrementar este indicador y por consiguiente aprovechar este recurso.

- Se observa que el recurso disponible de un (1) odontólogo en el periodo de análisis frente al calculado (procedimientos: 27) según producción diaria (procedimientos: 13) aplicando el indicador dan como resultado una utilización, del 47%, se

recomienda plantear estrategias de mercadeo para optimizar este recurso.

- En promedio el 60% de los usuarios que solicitan los servicios ambulatorios son de régimen subsidiado, el 15% población pobre no asegurada, el 17% régimen contributivo y el 8% restante corresponde a otros

Cuadro 14. Indicadores de producción promedio mensual de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa (según 4er trimestre de 2010)

AMBULATORIOS	Promedio Mes	Población Pobre NO Asegurada	Servicios NO POS,, para población afiliada al régimen subsidiado	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Otros	Indicador por horas
No. De Consulta Externa	754	157		558	13	26	4
No. De Consultas de medicina general urgente	1,341	333		470	229	308	2
No. De dosis de Biológico aplicadas	747	347		171	230	0	10
No. Controles de enfermería (atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	417	171		248	0	0	3
No. De citologías cervicovaginales	180	36		143	0	0	4

tomadas							
No. De consultas de odontología	301	90		197	10	4	3
No. De sellantes aplicados	168	0		168	0	0	12
No. De superficies obturadas (cualquier material)	150	71		78	0	1	3
No. De exodoncias (cualquier tipo)	49	22		26	0	0	3
No. De partos vaginales	21	8		9	3	0	
No. De exámenes de laboratorio	1472	221	0	883	250	117	10

Fuente: Autores.

Cuadro 15. Indicadores de eficiciencia Técnica periodo de análisis de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa (según 4er trimestre de 2010)

INDICADOR	ESE 2006
No de camas Hospitalarias	39
% ocupacional	9.4%
Egresos	242
Día estancia egreso	579
Promedio de estancia	2.4
Giro cama	6.2

Fuente:Decreto 2193 2010

- El número de egresos en promedio mensuales es de 80
- El No. de pacientes que pasan por una cama: en promedio mensua: 1. (Giro Cama) es de 2.
- El promedio día estancia: es de 0.8
- Se observa un porcentaje de ocupación del 9.4%.

Al realizar un análisis de detallado de producción Vs. costos por servicio se puede establecer que la eficiencia de la ESE en términos de productividad, para lo cual recomendamos realizar talleres de diseño y evaluación de indicadores con las observaciones dadas anteriormente para observar el desarrollo de la organización a través del tiempo y en el periodo en estudio.

Se recomienda el fortalecimiento del funcionamiento del sistema de costos que le permita a la organización conocer la utilización del recurso humano, en los diferentes servicios con la periodicidad establecida, así como los costos de los recursos utilizados (Técnicos, Humanos, Físicos, entre otros).

- **Características de los indicadores:** En la construcción de indicadores debe tenerse en cuenta: La denominación, el propósito, los niveles de referencia, la responsabilidad, los puntos de lectura, la periodicidad, el sistema de procesamiento y toma de decisiones.

Para garantizar el uso adecuado de indicadores, es necesario revisar los puntos anteriores.

- **Denominación del indicador:** Es la expresión matemática que cuantifica el estado de la característica o hecho que se quiere controlar. Ejemplo: Porcentaje ocupación de camas, gasto promedio egreso, porcentaje de historias clínicas diligenciadas, índice de modalidad.
- **Propósito de un indicador:** El. propósito de un indicador debe expresar el para qué se quiere generar ese indicador, es el lineamiento político.
- **Niveles de referencia de un indicador:** El acto de medir, se realiza a través de la comparación y ésta no podrá darse si no encontramos una referencia contra la cual contrastar el valor de un indicador. La desviación encontrada es la que realmente se convierte en el reto a resolver. Existen distintos niveles diferencia:

- **Nivel histórico.** Es un análisis que se hace del comportamiento de un indicador a través del tiempo; con esta información se puede proyectar y calcular el valor esperado. El valor histórico es clave para presupuestos y programas de producción sobre bases realistas y para ilustrar el logro en la evolución de los resultados.

- **Nivel técnico**. También llamado de diseño, el cual básicamente está vinculado a indicadores de producción, consumo de materiales o costos para la producción de servicios.

- **Nivel de requerimientos** de usuarios. Este señala pautas inmediatas de la mejora en caso de que estos sean deficientes. Si se cumplen pueden

reorientar acciones, o redefinir políticas o a incursionar en mercados más exigentes y atractivos.

- **Nivel de competencia.** Es un imperativo del mercado. El usuario optará por la mejor combinación de características, por lo cual es necesario que ésta comparación siempre sea con el mejor, para asegurar la permanencia en el mercado.

Si su organización es la mejor del mercado, exige un cambio constante de estrategias para de esta forma asegurar constantemente la ventaja competitiva; sino es la mejor del mercado requiere un plan de mejoramiento.

- **Nivel de planeación**. Por medio de la cual se fijan metas a cumplir en un período determinado.

- **Responsabilidad.** Es necesario especificar a quienes corresponde actuar en cada momento y en cada nivel de la organización, frente al resultado del indicador y su posible desviación del estándar o nivel de referencia. Si esto no se aclara, la responsabilidad de decisión queda indefinida.

- **Atributos de una medición**

- **Pertinencia.** Es necesario observar el grado de pertinencia constantemente, ya que algún indicador puede ser útil medirlo en un momento, pero transcurrido un tiempo no ser pertinente dicha medición.

- **Precisión.** Es el grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud del hecho que se quiere analizar o corroborar. Para lograr la precisión es necesario realizar los siguientes pasos:

    1. Definir característica o atributo a ser medido, responsable del registro: Quien debe recibir capacitación acerca de lo que va a registrar y la importancia de un buen registro.
    2. Elegir un instrumento con el nivel de apreciación adecuado.
    3. Asegurar que el dato dado por el instrumento de medición sea bien recogido por el funcionado encargado de hacerlo. Esto no sólo supone un buen entrenamiento de personal, sino también un clima organizacional donde exista el compromiso de todos.

- **Oportunidad.** La medición es información que permite el conocimiento de los procesos y a su vez la toma de decisiones más adecuadas, bien sea para corregir, para prevenir y tomar decisiones antes que se produzca la anormalidad.

- **Confiabilidad.** Esta característica no nos desliga de las anteriores, máxime que es un proceso no es un acto único, sino que es un proceso que se realiza permanentemente y que de la confiabilidad de la información depende la buena toma de decisiones.
- **Economía.** Se refiere a la proporcionalidad que debe existir entre los costos incurridos en la medición de una característica y el beneficio de la decisión que se soporta en los datos obtenidos.

- **Puntos de lectura e instrumentos.** ¿Cómo se obtienen y conforman los datos?, ¿con qué instrumentos se harán las medidas?, ¿en qué formato se registran los datos?, ¿quién los registra?.

La respuesta a estos interrogantes establece claramente la manera de obtener precisión, oportunidad y confiabilidad en las medidas.

- **Periodicidad.** ¿Cada cuánto se genera el indicador?, ¿cómo se presenta lecturas puntuales, promedios?

Esta debe corresponder a la naturaleza del proceso que se quiere medir.

- **Criterios para definir periodicidad.** Impacto en la medición de los factores críticos de éxito, indicadores como flujo de caja y el índice de ocupación de camas debe reportarse diariamente, variabilidad del indicador en el tiempo.

- **Sistema de información y toma de decisiones.** Este debe caracterizar que los datos obtenidos se presenten en forma oportuna, confiable y precisa para que permita una toma de decisiones racionales y efectivas. Por esto el procesamiento de los datos debe ser suficientemente ágil y rápido para de esta forma asegurar la retroalimentación adecuada a cada área de la organización. Un buen repone para tomar decisiones, debe contener no sólo el valor actual del indicador, sino su nivel de referencia.

Es importante definir para cada indicador, quién lo reporta, a quién lo reporta y cada cuánto lo reporta.

El control integrado de gestión utiliza como herramienta fundamental información sistemática, objetiva y oportuna de producción o servicios y financiera, la cual se traduce en indicadores integrados a un tablero de

gestión y puesto a disposición de la gerencia, facilita la toma de decisiones racionales y efectivas.

- **Tablero de gestión.** Para la construcción de éste, se debe definir que se quiere evaluar en función de la estructura, los procesos y los resultados de la empresa; por esto debemos identificar entonces:

1. Los indicadores claves son base en los criterios de pertinencia, confiabilidad, precisión y economía y sus patrones de comparación.
2. La periodicidad de generación de cada indicador.
3. La responsabilidad en la toma de decisiones con respecto a cada indicador; la información debe llegar a cada dependencia de acuerdo con su nivel de competencia.
4. Los datos requeridos para producir el indicador y los responsables de generarlos.
5. Los instrumentos para la captura y la consolidación de los datos.
6. El responsable de generar el indicador.

La Gerencia con base en datos, es a su vez una clave para la gestión participativa. Para medir el desempeño de la empresa bien sea en la paje de productividad, calidad y costo es necesario tener indicadores y el insumo fundamental para la generación de éstos, es el registro y la cuantificación de la producción; la organización en la **ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa,** de las áreas de producción como centros de costos, los mismos centros de producción, permite tener parámetro de las diversas áreas para la correcta evaluación de las mismas.

Además se cuenta con indicadores que pueden observarse su comportamiento histórico y durante el presente año, luego se tendría comparativo a fin de establecer un estándar que permita realizar un análisis completo, por lo cual se hace necesario establecer el

comportamiento histórico, como punto de partida para iniciar la elaboración del estándar.

2.5.2 Indicadores propuestos

Se recomienda tener en cuenta el diseño del formato propuesto para la identificación e implementación de los diferentes **Indicadores de evaluación y resultados,** igualmente evaluación de los servicios del portafolio de la ESE en cuanto a calidad y eficiencia, mediante indicadores de producción, productividad, costos y márgenes de utilidad, encuestas de satisfacción de los usuarios, evaluación de quejas y reclamos, lo cual permitirá realizar los planes de mejoramiento por área, que nos lleven a mejorar la calidad de nuestros servicios y la rentabilidad social y económica de la **ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.**

Igualmente se presenta los indicadores para el proceso de máxima prioridad.

2.5.3 Evaluación de Satisfacción

- **Servicio de Consulta Externa**
- El 40% de los consultantes corresponden a afiliados al régimen contributivo, seguido con un 30% los afiliados al régimen subsidiado, 30% vinculado.
- El 80% de los pacientes ha manifestado que utiliza los servicios de la **ESE** repetidamente, el 25% de los usuarios encuestados manifestaron que visitan la I. P.S. Centro de Salud Encino por un control, un 25% lo visitan cada año, un 24% lo visitan cada mes, un 13% lo visitan cada semana y el 13% restante lo visitan cada quince días.
- El 90% de los pacientes encuestados manifestaron que conoce el horario de los servicios de consulta medico general, odontología, vacunación, toma de citología y psicología.

- El 100% manifiesta haber observado la presencia de avisos resaltando señalización de los servicios entre otros, además los encuestados manifiesta que el tamaño y el color y tamaño de las letras son adecuados para observarlos.

- Los usuarios encuestados manifiestan en un 100% que nunca han tenido ninguna dificultad con el personal del servicio al cual asistieron.

- El 50% de los pacientes encuestados manifestaron que el tiempo de atención en la asignación de citas fue de entre 0-6 minutos, un 50% manifestaron que el tiempo fue entre 15-30 minutos.

- El 70% de los usuarios coinciden en que el tiempo de atención den el servicio de enfermería es de 13-30 minutos y el 30% restante manifiesta que está entre 0-6 minutos.
- Una vez recibida asignada la cita el 40% de los pacientes encuestados manifestaron que el tiempo de atención en el servicio de atención de enfermería: toma de signos vitales y manejo de HC fue de entre 15-30, además concluyen que el tiempo utilizado en la sala de espera es de 15-30 minutos en un 100%.
- El 85% de los usuarios de la ESE responden que el tiempo de atención en consulta médica y odontología es de 15-30 minutos.
- El 60% de los usuarios de la ESE responden que el tiempo de atención vacunación es de 0-6 minutos y el 80% de 15-30 minutos en el servicio de toma de citología. Además el 60% responde que el tiempo de atención en farmacia es de 0-6 minutos.
- El 100% de los encuestados ha expresado que el médico responde a las inquietudes referentes a su enfermedad y tratamiento.
- El 40% prefiere para cualquier información recurrir a una enfermera y el 30% al auxiliar de enfermería.
- El 100% de los usuarios de la ESE ha concluido que en los servicios de Asignación de citas, farmacia, enfermería, consulta médica, odontología

vacunación, psicología y toma de citología lo saludan amablemente, les responden cordialmente a las dudas que él pueda tener y les indican el sitio exacto a dónde dirigirse.

- En promedio la calificación de la atención recibida en los diferentes servicios es buena en un 77%

- **Servicio de Urgencias.**

- El 60% de los encuestados son de sexo femenino, el 40% son hombres, el 50% son agricultores y el 40% amas de casa y el 10% restante son docentes.

- El 40% de los usuarios encuestados pertenecen al régimen subsidiado, un 30% pertenecen al régimen contributivo y un 30% pertenecen al régimen vinculado.

- El 80 % de los usuarios manifiestan que nunca habían utilizado el servicio de urgencias.

- El 60% de los usuarios encuestados los motivo a venir al hospital por atención anterior, un 20% por iniciativa propia, un 10% fueron remetidos y el 10% restante manifestaron que por buenas referencias además el 100% concluyen que ha mejorado con el servicio recibido.

- El 50% de los usuarios manifiesta que el tiempo de atención en el servicio de agencias es largo y el otro 50% concluye que es corto.
- Los usuarios calificaron cada uno de los espacios para la atención de urgencias y se concluyo que en promedio el 78% de los usuarios califican como excelente la entrada, sala de espera, sala de observación y farmacia

en cuanto a ubicación - orden, limpieza - aseo y señalización, el 83% califican como excelente los baños en las mismos ítems, y el 97 % de los usuarios coinciden con la calificaron de excelente en los consultorios médicos.

- Los pacientes calificaron la atención recibida y la información suministrada por cada una las personas que intervienen en la atención de urgencias, el 90% de los usuarios manifestación que es excelente.

- los usuarios encuestados concluyen que el servicio recibido es bueno en un 70% sin embargo el 100% recomienda este hospital a sus familiares o amigos.

- **Servicio de Hospitalización**

En la atención de hospitalización del la ESE el usuario ha manifestado:

- El 100% de las exiliares de enfermería saluda al usuario, le responde las dudas amablemente, le indica la ubicación del baño y donde colocar las basuras.

- El 100% de los usuarios han concluido que las auxiliares de enfermería les llaman por su nombre, les explican el procedimiento que les van a practicar, les practican esos procedimientos con movimientos delicados y los dejan bien acomodados y cubiertos, además todos los usuarios concluyen que él no ha recibido maltrato verbal y físico de las auxiliares.

- El 100% de los usuarios encuestados concluye que el personal de enfermería atiende el llamado de forma inmediata así lo hagan repetidamente.

- El 60% de los usuarios califican el servicio recibido como Bueno.

2.6 PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

A continuación se propone los objetivos y acciones a seguir según factores claves de éxito identificados en el diagnóstico

Cuadro 16. MATRIZ PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

QUE (Objetivos/acciones de mejora)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Tiempo)												DONDE (Procesos, área o Ubicación)	PORQUE (Propósito)	COMO (Recursos)
		MES														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1. **Fortalecimiento de la planeación de la ESE**	Junta Directiva Gerencia Comité Corporativo													Instalaciones de la ESE		Identificar dentro del talento humano de la ESE, perfil y experiencia para el desarrollo del proyecto, en conjunto con el comité corporativo. De lo contrario contratar y establecer presupuesto de acuerdo al procedimiento del mismo.
▸ Evaluación del direccionamiento estratégico: Revisar y definir visión, misión, valores con la periodicidad requerida: anual y cuando la dinámica de la ESE lo exija (ajuste de la Estructura, servicios)															Identificar los propósitos de la ESE a seguir, permitiendo ser proactivos y no reactivos en la formulación del futuro. Base fundamental para la planeación institucional.	
▸ Formulación planes de acción:																
a. Diagnóstico de las variables internas y externas que afectan el direccionamiento de la ESE.															Determinar las metas y estrategias realizables para el logro de los objetivos institucionales.	
b. Socialización y ajuste															Difusión para el conocimiento del plan de cada área y compromiso para el seguimiento y evaluación de los mismos.	
c. Implementación															Garantizar el cumplimiento de los planes y proyectos de la ESE, a través de los indicadores establecidos para tal fin, de manera que se identifiquen las causas que originan desvíos en su cumplimiento generando la	

														T.D	
QUE (Objetivos/acciones de mejora)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Tiempo)												DONDE (Procesos, área o Ubicación)	PORQUE (Propósito)	COMO (Recursos)
1. **elaborar un estudio técnico administrativo para evaluar y diseñar la Estructura Orgánica de la ESE**	Junta Directiva Gerencia Comité Corporativo	MES												Instalaciones de la ESE	Definir la estructura que pueda garantizar el alcance de los objetivos, el desarrollo de sus funciones, la distribución racional de los recursos y toma de decisiones pertinentes de una manera más efectiva, para la puesta en marcha de los planes y programas, con la participación fundamental del talento humano, de sus aportes y conocimientos.	Identificar dentro del talento humano de la ESE, perfil y experiencia para el desarrollo del proyecto, en conjunto con el comité corporativo. De lo contrario contratar y establecer presupuesto de acuerdo al procedimiento del mismo.
		1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12			
d. Revisar el marco legal que condicionan el funcionamiento de la Ese, para el diseño de la estructura orgánica de la misma																
e. Comprensión de la situación organizacional actual: funciones básicas de las dependencias y áreas con base en el organigrama actual, Acto de aprobación existente.																
f. Evaluación y diseño de los formatos para el diseño de la estructura orgánica.																

g.	Propuesta organizacional. Definición de funciones Básicas y de gestión de las unidades funcionales que conforman las áreas.														
h.	Socialización para fortalecer la imagen institucional y sentido de pertenencia.														

QUE (Objetivos/acciones de mejora)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Tiempo)												DONDE (Procesos, área o Ubicación)	PORQUE (Propósito)	COMO (Recursos)
		MES														
		1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12			
1. Ajuste del manual de funciones y Competencias Laborales de la ESE.[33]: según observaciones propósito principal. Fun. Esenciales, contribuciones individuales(eval. De desempeño), conocimientos básicos y esenciales y los requisitos de estudio y experiencia.	Junta Directiva Gerencia Comité Corporativo													Instalaciones de la ESE	Definir la estructura que pueda garantizar el alcance de los objetivos, el desarrollo de sus funciones, la distribución racional de los recursos y toma de decisiones pertinentes de una manera más efectiva, para la puesta en marcha de los planes y programas, con la participación fundamental del talento humano, de sus aportes y conocimientos.	Identificar dentro del talento humano de la ESE, perfil y experiencia para el desarrollo del proyecto, en conjunto con el comité corporativo. De lo contrario contratar y establecer presupuesto de acuerdo al procedimiento del mismo.
i. Revisar el marco legal que condicionan el funcionamiento de la Ese, para el diseño de instrumento de organización.[34]																
Diseñar y evaluar del formulario de análisis ocupacional.																
j. Determinar los cargos, partiendo de la comprensión de la																

estructura organizacional definida, que favorecen o condicionan el cumplimiento de su gestión.															
. k. Actualizar															

QUE (Objetivos/acciones de mejora)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Tiempo)												DONDE (Procesos, área o Ubicación)	PORQUE (Propósito)	COMO (Recursos)
		MES														
		1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12			
1. **Organización física y técnica del archivo general conforme a las directrices del Archivo General de la Nación con la aplicación de altos niveles de calidad, con los procedimientos archivísticos establecidos en la circular 001 del 2003 y demás normas reguladoras de esta materia.**	Gerencia Administración													Instalaciones de la ESE	Asegurar la adecuada organización, manejo, conservación y difusión de la información contenida en los archivos de la ESE, así como la expedición y autenticación de copias o fotocopias, garantizando la integridad física y funcional de los mismos, adoptando estrategias, técnicas y materiales que optimicen la conservación y seguridad del patrimonio documental.	Identificar dentro del talento humano de la ESE, perfil y experiencia para la organización y manejo del archivo. Teniendo en cuenta los aportes patronales al SENA, solicitar el apoyo operativo para el desarrollo del proyecto, mediante convenio o practicas con el fin de optimizar los recursos. Contratar y establecer presupuesto de acuerdo al procedimiento del mismo.
• Organización y Clasificación:																
• Foliación y Retiro de Material Abrasivo																
• Levantamiento del Formato Único de Hoja de Control.																
• Rotulación y embalaje en carpetas y cajas de archivo.																

QUE (Objetivos/acciones de mejora)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Tiempo)												DONDE (Procesos, área o Ubicación)	PORQUE (Propósito)	COMO (Recursos)
		MES														
		1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12			
1. Diseñar el plan de mantenimiento hospitalario de dotación (equipos Biomédicos y de uso industrial, uso Administrativo). **Dec. 1769 de 1994: 5% del presupuesto asignado para el mto hospitalario.** **Circular 029 de 1997 de la SUPERSALUD: vigilancia de la ejecución: anexos 1 plan, 4.** **Distribución recursos y su participación porcentual en los diferentes ítems.**	Gerencia Administración													Instalaciones de la ESE	Mantener en óptimas condiciones el funcionamiento de los equipos de la ESE a fin de evitar el paro de los servicios o un incidente adverso.	Identificar dentro del talento humano de la ESE, perfil y experiencia para la organización y manejo del archivo. Teniendo en cuenta los aportes patronales al SENA, solicitar el apoyo operativo para el desarrollo del proyecto, mediante convenio o practicas con el fin de optimizar los recursos. Contratar y establecer presupuesto de acuerdo al procedimiento del mismo.
• Levantamiento del inventario: Dx estado, verificación de existencia de manuales técnicos y operativos: adquisiciones, instructivos.																
• Elaboración de hojas de vida																
• Programación Mp, recursos (plan de compras O.P.S)																

• Desarrollo o ejecución de las actividades de Mto: registro															

QUE (Objetivos/acciones de mejora)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Tiempo)												DONDE (Procesos, área o Ubicación)	PORQUE (Propósito)	COMO (Recursos)
		MES														
		1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12			
2. **Proyecto de Mejoramiento Médico – Arquitectónico.** **Dec. 1769 de 1994: 5% del presupuesto asignado para el mto hospitalario.** **Circular 029 de 1997 de la SUPERSALUD: vigilancia de la ejecución: anexos 1 plan, 4.** **Distribución recursos y su participación porcentual en los diferentes ítems.**	Gerencia Administración													Instalaciones de la ESE	Mantener en óptimas condiciones el funcionamiento de los equipos de la ESE a fin de evitar el paro de los servicios o un incidente adverso.	Identificar dentro del talento humano de la ESE, perfil y experiencia para la organización y manejo del archivo. Teniendo en cuenta los aportes patronales al SENA, solicitar el apoyo operativo para el desarrollo del proyecto, mediante convenio o practicas con el fin de optimizar los recursos. Contratar y establecer presupuesto de acuerdo al procedimiento del mismo.
• Elaboración del proyecto: Base a la Auto-evaluación de los estándares de Habilitación de infraestructura: Dx																
• Solicitar el aval de la Secretaría de Salud Dptal. DAVC: Oficio, Planos.																

• Estudio, visita y observaciones.															
• Ajuste															
• Ejecución de la obra															
• Solicitud de Visitas a la **SSS**															

QUE (Objetivos/acciones de mejora)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Tiempo)												DONDE (Procesos, área o Ubicación)	PORQUE (Propósito)	COMO (Recursos)
		MES														
		1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12			
1. Proyecto de implementación de un sistema de costos.	Gerencia Administración													Instalaciones de la ESE	Garantizar un sistema de información gerencial basado en identificación de los costos reales de procesos, productos y servicios que permita a la empresas emprender proyectos de productividad y racionalización del gasto, incrementado los márgenes de rentabilidad.	Identificar dentro del talento humano de la ESE, perfil y experiencia para el desarrollo del proyecto. contratar y establecer presupuesto de acuerdo al procedimiento del mismo.
• Identificar las actividades																
• Identificar los conceptos de costos de las actividades																
• Determinar los generadores de costos o costo Diverso.																
• Asignar los costos a las actividades.																
• Asignar los costos de las actividades a los materiales y al producto.																
• Asignación de los costos directos a los productos.																

Tabla 23 INDICADORES MISIONALES

NORMA QUE LO REGLAMENTA	NOMBRE DEL INDICADOR	CUALIDAD DEL SGC	NUMERADOR	DENOMINADOR	VALORES OPERATIVOS	RESULTADO	META
Resolución 1446 de 2006	I,1,1OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITA EN CONSULTA MEDICA GENERAL	ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual es paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha en la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	3 211	0,01424	3 días
Resolución 1446 de 2006	I,1,4, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE URGENCIAS	ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	15 42	0,36	20 minutos
Resolución 1446 de 2006	I,1,5, OPORUNIDAD EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA	ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de Imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio.	Total de atenciones en servicios de Imagenología	3 9,5	0,32	2 días
Resolución 1446 de 2006	I,1,6, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL	ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución	2 21	0,10	5 días
Resolución 1446 de 2006	I.2.2. PROPORCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA	CALIDAD TECNICA	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados	1877 2347	80%	100%
Resolución 1446 de 2006	I,3,3, PROPORCION DE VIIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	GERENCIA DEL RIESGO	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados	0 0	-	0
Resolución 1446 de 2006	I,4,1, TASA DE SATISFACCION GLOBAL	SATISFACCION Y LEALTAD	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la ESE	Número total de pacientes encuestados por la ESE	42 100	42%	100%

A su vez, se determinó cuáles indicadores evalúan alguna o varias de las características de calidad contempladas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sólo aquellos indicadores que daban cuenta de alguna de ellas, seleccionaron como indicadores PAMEC para la institución

Para la implementación del PAMEC, producto de los resultados del estudio se recomienda el seguimiento, evaluación y control de los ajustes a fin de garantizar la efectividad y eficiencia de la gestión de la Administración, por cuanto se hace necesario trabajar en:

- Metodología efectiva para resolver problemas críticos que se presenten
- COMUNICACIÓN: intercambio de experiencias e información – retroalimentación
- EVALUACIÓN: Orientada al desarrollo - objetivos, informes de gestión e indicadores.
- Equipo directivo y ejecutivo: En gerencia de procesos - estandarización, y en el método de análisis y solución de problemas, sistemas de calificación y uso de equipos multidisciplinarios, Conceptos básicos haciendo especial énfasis en el direccionamiento estratégico y sus componentes.

Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Una vez definidos los procesos prioritarios por el Comité de Calidad, el gerente y los auditores internos de seguimiento realizaran una priorización para definir la periodicidad de revisión de los procesos y con este criterio se elabora el cronograma anual de auditorías.

La frecuencia de las auditorías internas se determina de acuerdo con el nivel de riesgo de los procesos; así, los procesos con alto riesgo normalmente se controlaran con mayor frecuencia.
Para determinar el nivel de riesgo del proceso se adoptó la metodología propuesta por el ICONTEC (Manual de Habilidades para Auditoría – David Mallen y Christine Collins).

El modelo considera 3 variables: Criticidad, repetición y estabilidad

Criticidad: Nivel de impacto que el proceso tiene en los resultados de la Organización.
Calificándolo como 1 aquellos procesos no críticos y 10 como aquellos procesos extremadamente críticos.
Estabilidad: Ausencia de problemas en un proceso 1= Inestable, 10= muy inestable

Repetición: La frecuencia con la que ocurre un proceso. Frecuente = muchas veces al día, Usual = Muchas veces al mes,
Ocasional = Algunas veces al año, Infrecuente = una vez al año o menos, o solamente en circunstancias especiales.
Con estas tres variables se determina el riesgo que tiene el proceso en la organización, de la siguiente manera: bajo, mínimo, normal, alto y extremo; así como el período de revisión que es el intervalo con base en el nivel de riesgo y que se determina en número de meses en un rango que va desde 1 a 24.
Los auditores internos de calidad son los responsables de elaborar los planes de auditoría, ejecutar y documentar las oportunidades de mejora de cada proceso, además verificar el cumplimiento de los planes de acción tendientes a intervenir las posibles desviaciones. (Ver procedimiento para la realización de auditorías internas del proceso de medición, análisis y mejora)

Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución, con base en acuerdos previamente pactados.

Estos acuerdos podrán referirse a los niveles de calidad que se van a ofrecer a los usuarios, a los instrumentos e indicadores que se van a utilizar para medir tales niveles, a los criterios, y métodos de evaluación, entre otros.
En la E.S.E Hospital Integrado San Bernardo, esta auditoría es llevada a cabo por las ARS y EPS con las cuales se tiene contrato para la atención de afiliados del Régimen Subsidiado, contributivo y por el Municipio de Turbo en el marco de la atención a la población pobre no afiliada a la seguridad social. Se ha pactado que estos entes externos
enviarán los planes de auditoría externa con ocho días de anticipación, los cuales deben detallar el objetivo, los criterios, el equipo auditor y el cronograma, de esta forma la institución garantizará que siempre habrá un auditor interno disponible para recibir la auditoria y aclarar todas las inquietudes que se vayan presentando.
TIPOS DE ACCIONES DE AUDITORÍA

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad define que la auditoria para el mejoramiento de la calidad se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones: Acciones Preventivas, Acciones Coyunturales y de Seguimiento, según la parte del ciclo de mejoramiento donde actúan.

ACCIONES PREVENTIVAS: Están definidas como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. Las acciones preventivas tienen como propósito establecer de manera explícita los criterios de la calidad deseada por la organización que serán la base para el actuar del autocontrol y de las auditorías internas.

Dentro de las acciones preventivas de la E.S.E Hospital Integrado San Bernardo se encuentran:

Estandarización, divulgación e implementación de procesos y procedimientos
Concertación, diseño, divulgación e implementación de la Declaración de derechos y deberes de los usuarios
Concertación, diseño, divulgación e implementación de la Política de Capacitación, Estímulos e Incentivos
Concertación, diseño, divulgación e implementación de la Política del buen trato
Concertación, diseño, divulgación e implementación de la Política de seguridad de los usuarios
Concertación, diseño, divulgación e implementación de la Política de confidencialidad.
Concertación, diseño, divulgación e implementación de la Política de priorización.
Concertación, diseño, divulgación e implementación de la Política de protección de los recursos físicos
Diseño e implementación del programa de uso racional de medicamentos.
Diseño e implementación del programa de apoyo, espiritual, cognitivo y emocional.
Diseño e implementación del programa de Inducción y Reinducción
Concertación, diseño, divulgación e implantación de las Guías clínicas de manejo basadas en la evidencia.
Concertación, diseño, divulgación e implantación del tablero de mando integral.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO: Están definidas como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

Dentro de esta categoría se incluyen todas las actividades de control que se realizan para valorar la ejecución de los procesos definidos como prioritarios, con

el objeto de conocer su desempeño. Estas acciones son realizadas tanto por el personal que interviene en los procesos (autocontrol), como por los grupos de auditoría interna para velar que el autocontrol se esté llevando a cabo.
Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identifican brechas de desempeño sobre las cuales la organización formula los planes de mejoramiento.
Una de las herramientas fundamentales para hacer seguimiento a los procesos prioritarios son los indicadores del sistema de gestión de calidad de la institución; para ello, se elaboró el tablero de mando integral, herramienta que permite hacer seguimiento al cumplimiento de los objetivos de cada proceso y su contribución al cumplimiento de los
Objetivos de la institución.

Dentro de las acciones de seguimiento de la E.S.E Hospital Integrado San Bernardo se encuentran:

Modelo para la Evaluación de Guías y Normas Técnicas
Modelo de Evaluación de Historia Clínica
Encuestas de Satisfacción de los Usuarios

ACCIONES COYUNTURALES: Están definidas como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia. Este tipo de acciones se consideran alertas que indican la necesidad de tomar intervenciones inmediatas de la institución. Dentro de las acciones coyunturales de la E.S.E Hospital Integrado San Bernardo se encuentra:

Los Comités Institucionales: A medida que una empresa crece, resulta más difícil que un solo directivo haga frente a todos los problemas que puedan surgir.
Una de las maneras con las que la Gerencia resuelve esta dificultad es estableciendo Comités y confiándoles problemas y cuestiones específicas que de ningún modo puedan ser atendidos eficazmente por una sola persona.

Los Comités de la E.S.E Hospital Integrado San Bernardo, están conformados por grupos interdisciplinarios y se constituyen en el medio más importante para analizar desviaciones de las tendencias de calidad y tomar las medidas que sean necesarias para acercarnos cada día más a los estándares establecidos.

La periodicidad de las reuniones y la conformación de los comités, obedecen tanto a la reglamentación vigente como al análisis exhaustivo de las necesidades propias de la institución, por ello se realizará un cronograma de reuniones anual que permita estudiar en forma regular los resultados de los procesos institucionales.

Eventos adversos: Existe un modelo de gestión de riesgos donde por etapas se identificaron los eventos adverso más frecuentes en los procesos prioritarios, se les hizo una caracterización y clasificación para definir su tratamiento y así mitigar o eliminar su impacto tanto para el usuario como para la institución.

ESTRATEGIAS PARA EL DESPLIEGUE DEL PAMEC

La E.S.E Hospital Integrado San Bernardo ha desarrollado tres tipos de estrategias, las cuales forman un conjunto de lineamientos sinérgicos que permiten orientar los esfuerzos de la organización en la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. Se presentan, a continuación, las estrategias aplicadas.

ESTRATEGIAS DE DIVULGACIÓN

La implementación y actualización que se realice al PAMEC, requiere que la institución diseñe e implemente una campaña de lanzamiento, con el fin de orientar los esfuerzos de la organización en un mismo sentido para que los responsables conozcan el contenido del PAMEC.

Se garantizará que las versiones actualizadas se encuentren disponibles mediante el Administrador de Documentos, para garantizar así el acceso oportuno a todo el personal de la institución.

ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

La resolución interna, aún pendiente de elaboración y promulgación, por la cual se reglamenta el Plan de Capacitación, Estímulos e Incentivos de la institución, contempla las siguientes modalidades de capacitación, dentro de las cuales se incluye el despliegue del PAMEC:

Inducción: Se le brindará información al empleado sobre las funciones generales del Estado y las específicas de la Entidad. Se garantiza que en esta modalidad de capacitación, el empleado que ingresa a la institución conozca el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa, del cual hacen parte el PAMEC y los programas relacionados.

Reinducción: Permite actualizar al empleado en las políticas, planes y Programas de la entidad y a la vez renovar el compromiso institucional.

Actualización: Orientada a promover nuevos conocimientos relacionados con las funciones y el oficio que desempeña. En cuanto al PAMEC, esta actualización se brindará de acuerdo al plan de capacitación anual y mediante boletín informativo bimestral de avances del Sistema de Gestión de Calidad. Igualmente, en las

reuniones de personal se incluirán capacitaciones anuales en temas relacionados con el PAMEC.

Adiestramiento: Complementa los conocimientos y desarrolla las destrezas, con el fin de que se adquieran las habilidades necesarias para adaptarse a nuevas situaciones técnicas, administrativas y sociales.

ESTRATEGIAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento elaborados para cerrar las oportunidades de mejora detectadas en las diferentes auditorias El Comité de Calidad realizará el monitoreo del funcionamiento del PAMEC en la institución y hace seguimiento a las acciones de mejoramiento realizadas y cumplimiento de planes de mejoramiento y cronogramas establecidos.

Anualmente, se realizará una jornada de trabajo en la cual se evalúa el
Impacto del PAMEC como herramienta de mejoramiento continúo y se implementarán los correctivos que sean necesarios.

MECANISMOS DE MEJORA DE PAMEC

La organización contará con un modelo de mejoramiento que busca estar presente en el día a día empresarial, para garantizar que el sistema de calidad avance ininterrumpidamente y logre cada vez mejores desempeños.

El PAMEC actúa de igual forma dentro del modelo de mejoramiento, debido a que es sensible ante cualquier cambio que se presente en las entradas del proceso de atención y por lo tanto es dinámico y garantiza su mejoramiento continuo.

ANEXO A.K. PLAN MEJORAMIENTO.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO BARBOSA	Número: 001	
	NOMBRE DEL ÁREA: RECURSOS FISICO		
	PLAN DE MEJORAMIENTO ÁREA DE ALMACENAMIENTO	Fecha Suscripcion:	01/02/2011
	FECHA DEL INFORME:	Fecha limite para la ejecución	01/08/2011
	ACTIVIDADES: Fecha de la evaluacion: 01/03/2011		

Numero consecutivo del hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción	
																	SI	NO
1	Falta estructura organizacional acorde con el tamaño de la Empresa, que identifique niveles de autoridad y facilite los procesos del área.	Debilidades en cuanto a funciones de organización del área.	Se encuentran procesos que no se llevan a cabo y lentitud en la implementación de otros por falta de personal.	Diseñar y proponer al nivel Directivo de la Empresa una estructura organizacional del área acorde con los procesos y tamaño de la Empresa.	Proponer una estructura o forma de contratación del servicio que le permita asegurar la implementación de los procesos del Area en cumplimiento de su misión.	Elaboración de una propuesta de estructura organizacional.	Propuesta	1	05/03/2011	05/08/2011	26							
2	En el MECI no se encuentran caracterizados y documentados todos los procesos del área.	Incumplimiento en el item de direccionamiento estratégico específicamente en cuanto al modelo de operación por procesos.	La falta de documentación de los procesos dificulta el seguimiento y control de los mismos, además de la identificación de los riesgos.	Aplicar las herramientas para la documentación y caracterización de procesos que se tienen en Garantía de la Calidad y MECI.	Documentar y caracterizar todos los procesos del área.	Actualización del Manual de Procesos del Area.	Documento que contenga todos los procesos del área identificados y caracterizados.	1	05/03/2011	05/04/2011	4							

3	Falta direccionamiento Estratégico del Area.	Incumplimiento en el item de direccionamiento estratégico específicamente en cuanto a planes y programas.	La ausencia de direccionamiento estratégico en el área dificulta su proyección en concordancia con el desarrollo de la Empresa.	Diseñar y proponer al nivel Directivo de la Empresa el direccionamiento estratégico del área acorde con el plan de desarrollo y plan de gestión.	Elaborar una propuesta de direccionamiento estratégico del área, partiendo de la identificación clara de sus debilidades y fortalezas.	Definir formalmente el direccionamiento estratégico del área.	Documento que contenga el direccionamiento estratégico del área.	1	05/03/2011	05/04/2011	4							
4	No se tienen planes de mantenimiento preventivo y correctivo, formalmente aprobados por el nivel directivo.	Incumplimiento en los item Direccionamiento Estratégico - Planes y Programs y de Actividades de Control específicamente en cuanto a manuales de operación.	La ausencia de planes expone al área a la constante improvisación de sus actividades y pone en riesgo a la Empresa por necesidades insatisfechas de mantenimiento de equipos e infraestructura.	Diseñar y proponer al nivel Directivo de la Empresa el plan de mantenimiento preventivo y correctivo acompañado de una propuesta económica y cronograma de actividades.	Elaborar una propuesta de plan de mantenimiento preventivo y correctivo a partir de una clara identificación de necesidades en la Empresa.	Definir formalmente los planes de mantenimiento y el costo de su ejecución por centros de costos, de tal manera que se tenga en cuenta para efectos de presupuestación de recursos.	Documento que contenga los planes de mantenimiento debidamente aprobados.	1	05/03/2011	30/07/2011	9							
5	Falta definir indicadores de gestión del área.	Incumplimiento en el item de Control de Gestión.	La ausencia de indicadores en el área imposibilita la función de control de gestión.	Una vez documentados los procesos, definir los puntos de control y los indicadores de gestión.	Identificar los indicadores de seguimiento a la gestión del área.	Definir formalmente los indicadores de eficiencia, eficacia y calidad del área.	Documento que contenga formalmente los indicadores.	1	05/03/2011	05/04/2011	4							
6	Falta Mapa de Riesgos de los Procesos del Area.	Incumplimiento en el item de Administración de Riesgos (Identificación, análisis y administración).	Riesgos sin administrar.	Realizar la actividad de reconocimiento de los riesgos, análisis y valoración de los mismos de acuerdo al Manual adoptado por la Empresa.	Poner en marcha políticas y mecanismos para administrar los riesgos del área y de sus procesos.	Definir formalmente los riesgos del área, su valoración, análisis y administración.	Documento que contiene formalmente la identificación y análisis de los riesgos del Area (y de sus procesos) y los mecanismos para su administración.	1	05/03/2011	30/07/2011	9							

7	No se realizan reuniones periódicas para evaluar el área.	Incumplimiento en el item de autoevaluación de la gestión.	El autocontrol se ve afectado por cuanto no se realizan actividades propias de revisión, documentación y seguimiento a la gestión.	Programar y realizar reuniones mensuales de seguimiento.	Realizar seguimiento a las actividades del área .	Ejecutar un cronograma de reuniones periódicas, con el lleno de formalidades para el registro de la información.	Acta mensual de cumplimiento .	6	05/03/2011	05/08/2011	26							
8	No se tienen diseñados mecanismos propios de verificación y documentación en las revisiones que se hacen o deban hacerse de las actividades.	Incumplimiento en el item de Autoevaluación del Control.	Carencia de herramientas para el seguimiento a la gestión y medición de los indicadores.	Implementar mecanismos de verificación de las actividades programadas y ejecutadas.	Realizar seguimiento a las actividades del área con herramientas formalmente establecidas.	Adoptar las herramientas para el seguimiento a las actividades.	Documento que soporta la adopción de las herramientas y el diseño de las mismas con aprobación del Area de Calidad.	1	05/03/2011	05/08/2011	26							
9	No se tienen definidos qué tipo de informes debe presentar el área ante el nivel directivo de la empresa.	Incumplimiento en el item de Información - Información Secundaria.	El área no reporta periódicamente avance de su gestión al nivel directivo y ejecutivo de la Empresa.	Realizar y presentar informe periódico de su gestión.	Definir los criterios de presentación del informe de gestión acorde con los establecidos por las áreas de calidad, planeación y y control interno.	Presentar mensualmente el informe de gestión soportado por el avance en los indicadores.	Informe mensual	5	05/03/2011	01/08/2011	22							
10	Falta documentación proceso de archivo de documentos.	Incumplimiento en los items de Actividades de Control - Procedimientos, y en el de Administración de Riesgos.	El área carece de la organización de los archivos documentales que soportan su gestión.	Aplicar normatividad vigente sobre archivos y organizar los mismos.	Organizar los archivos del área.	Definir formalmente los archivos magnéticos y documentales que el área va a gestionar.	Documento que contenga las directrices del archivo en el área.	1	05/03/2011	30/04/2011	13							

11	El POA no se ajusta totalmente al Plan de Desarrollo y de Gestión de la Empresa.	Incumplimiento en el item de direccionamiento estratégico específicamente en Planes y Programas.	El desarrollo del área no se proyecta de acuerdo a los planes de desarrollo y de gestión de la ESE.	Replantear e Implementar plan operativo del área a partir del 1 de julio de 2009.	Cumplir con los indicadores del POA del Area	Implementar gradualmente las acciones dando cumplimiento al plazo establecido para cada una registrando los avances y dificultades.	Acciones Implementadas/ Acciones Planeadas.	100%	05/03/2011	01/08/2011	22						
12	No se llevan planes de mejoramiento del área o por procesos.	Incumplimiento en el item de Control de Evaluación específicamente en Planes de Mejoramiento.	El mejoramiento continuo carece de herramientas para su dinamización.	Implementar plan de mejoramiento del área y por procesos (en caso de desviación en sus resultados).	Cumplir con el plan de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno.	Implementar gradualmente las acciones dando cumplimiento al plazo establecido para cada una.	Acciones de Mejoramiento Implementadas.	12	05/03/2011	05/08/2011	26						
TOTALES																	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO BARBOSA											Número: 001						
	NOMBRE DEL ÁREA: RECURSOSHUMANO																	
	PLAN DE MEJORAMIENTO ÁREA DE RECURSOS HUMANO											Fecha Suscripcion:	01/02/2011					
										FECHA DEL INFORME:								
	ACTIVIDADES:								Fecha de la evaluacion:		01/03/2011	Fecha limite para la ejecución	01/08/2011					
Numero consecutivo del hallazgo	**Descripción hallazgo (**No mas de 50 palabras**)**	**Causa del hallazgo**	**Efecto del hallazgo**	**Acción de mejoramiento**	**Objetivo**	**Descripción de las Metas**	**Denominación de la Unidad de medida de la Meta**	**Unidad de Medida de la Meta**	**Fecha iniciación Metas**	**Fecha terminación Metas**	**Plazo en semanas de las Meta**	**Avance físico de ejecución de las metas**	**Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas**	**Puntaje Logrado por las metas metas (Poi)**	**Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)**	**Puntaje atribuido metas vencidas**	**Efectividad de la acción**	
																	SI	NO
1	**Falta estructura organizacional acorde con el tamaño de la Empresa, que identifique niveles de autoridad y facilite los procesos del área.**	**Debilidades en cuanto a funciones de organización del área.**	**Se encuentran procesos que no se llevan a cabo y lentitud en la implementación de otros por falta de personal.**	**Diseñar y proponer al nivel Directivo de la Empresa una estructura organizacional del área acorde con los procesos y tamaño de la Empresa.**	**Proponer una estructura o forma de contratación del servicio que le permita asegurar la implementación de los procesos del Area en cumplimiento de su misión.**	**Elaboración de una propuesta de estructura organizacional.**	**Propuesta**	**1**	**01/03/2011**	**01/08/2011**	**26**							

2	En el MECI no se encuentran caracterizados y documentados todos los procesos del área.	Incumplimiento en el item de direccionamiento estratégico específicamente en cuanto al modelo de operación por procesos.	La falta de documentación de los procesos dificulta el seguimiento y control de los mismos, además de la identificación de los riesgos.	Aplicar las herramientas para la documentación y caracterización de procesos que se tienen en Garantía de la Calidad y MECI.	Documentar y caracterizar todos los procesos del área.	Actualización del Manual de Procesos del Area.	Documento que contenga todos los procesos del área identificados y caracterizados.	1	01/03/2011	30/06/2011	4							
3	Falta direccionamiento Estratégico del Area.	Incumplimiento en el item de direccionamiento estratégico específicamente en cuanto a planes y programas.	La ausencia de direccionamiento estratégico en el área dificulta su proyección en concordancia con el desarrollo de la Empresa.	Diseñar y proponer al nivel Directivo de la Empresa el direccionamiento estratégico del área acorde con el plan de desarrollo y plan de gestión.	Elaborar una propuesta de direccionamiento estratégico del área, partiendo de la identificación clara de sus debilidades y fortalezas.	Definir formalmente el direccionamiento estratégico del área.	Documento que contenga el direccionamiento estratégico del área.	1	01/03/2011	30/06/2011	4							

4	No se tienen planes de mantenimiento preventivo y correctivo, formalmente aprobados por el nivel directivo.	Incumplimiento en los item Direccionamiento Estratégico - Planes y Programs y de Actividades de Control específicamente en cuanto a manuales de operación.	La ausencia de planes expone al área a la constante improvisación de sus actividades y pone en riesgo a la Empresa por necesidades insatisfechas de mantenimiento de equipos e infraestructura.	Diseñar y proponer al nivel Directivo de la Empresa el plan de mantenimiento preventivo y correctivo acompañado de una propuesta económica y cronograma de actividades.	Elaborar una propuesta de plan de mantenimiento preventivo y correctivo a partir de una clara identificación de necesidades en la Empresa.	Definir formalmente los planes de mantenimiento y el costo de su ejecución por centros de costos, de tal manera que se tenga en cuenta para efectos de presupuestación de recursos.	Documento que contenga los planes de mantenimiento debidamente aprobados.	1	01/03/2011	30/06/2011	9							
5	Falta definir indicadores de gestión del área.	Incumplimiento en el item de Control de Gestión.	La ausencia de indicadores en el área imposibilita la función de control de gestión.	Una vez documentados los procesos, definir los puntos de control y los indicadores de gestión.	Identificar los indicadores de seguimiento a la gestión del área.	Definir formalmente los indicadores de eficiencia, eficacia y calidad del área.	Documento que contenga formalmente los indicadores.	1	01/03/2011	30/06/2011	4							

6	Falta Mapa de Riesgos de los Procesos del Area.	Incumplimiento en el item de Administración de Riesgos (Identificación, análisis y administración).	Riesgos sin administrar.	Realizar la actividad de reconocimiento de los riesgos, análisis y valoración de los mismos de acuerdo al Manual adoptado por la Empresa.	Poner en marcha políticas y mecanismos para administrar los riesgos del área y de sus procesos.	Definir formalmente los riesgos del área, su valoración, análisis y administración.	Documento que contiene formalmente la identificación y análisis de los riesgos del Area (y de sus procesos) y los mecanismos para su administración.	1	01/03/2011	31/04/2011	9							
7	No se realizan reuniones periódicas para evaluar el área.	Incumplimiento en el item de autoevaluación de la gestión.	El autocontrol se ve afectado por cuanto no se realizan actividades propias de revisión, documentación y seguimiento a la gestión.	Programar y realizar reuniones mensuales de seguimiento.	Realizar seguimiento a las actividades del área .	Ejecutar un cronograma de reuniones periódicas, con el lleno de formalidades para el registro de la información.	Acta mensual de cumplimiento.	6	01/03/2011	01/08/2011	26						
8	No se tienen diseñados mecanismos propios de verificación y documentación en las revisiones que se hacen o deban hacerse de las actividades.	Incumplimiento en el item de Autoevaluación del Control.	Carencia de herramientas para el seguimiento a la gestión y medición de los indicadores.	Implementar mecanismos de verificación de las actividades programadas y ejecutadas.	Realizar seguimiento a las actividades del área con herramientas formalmente establecidas.	Adoptar las herramientas para el seguimiento a las actividades.	Documento que soporta la adopción de las herramientas y el diseño de las mismas con aprobación del Area de Calidad.	1	01/03/2011	01/08/2011	26						

9	No se tienen definidos qué tipo de informes debe presentar el área ante el nivel directivo de la empresa.	Incumplimiento en el item de Información - Información Secundaria.	El área no reporta periódicamente avance de su gestión al nivel directivo y ejecutivo de la Empresa.	Realizar y presentar informe periódico de su gestión.	Definir los criterios de presentación del informe de gestión acorde con los establecidos por las áreas de calidad, planeación y y control interno.	Presentar mensualmente el informe de gestión soportado por el avance en los indicadores.	Informe mensual	5	01/03/2011	01/08/2011	22							
10	Falta documentación proceso de archivo de documentos.	Incumplimiento en los items de Actividades de Control - Procedimientos, y en el de Administración de Riesgos.	El área carece de la organización de los archivos documentales que soportan su gestión.	Aplicar normatividad vigente sobre archivos y organizar los mismos.	Organizar los archivos del área.	Definir formalmente los archivos magnéticos y documentales que el área va a gestionar.	Documento que contenga las directrices del archivo en el área.	1	01/03/2011	31/04/2011	13							
11	El POA no se ajusta totalmente al Plan de Desarrollo y de Gestión de la Empresa.	Incumplimiento en el item de direccionamiento estratégico específicamente en Planes y Programas.	El desarrollo del área no se proyecta de acuerdo a los planes de desarrollo y de gestión de la ESE.	Replantear e Implementar plan operativo del área a partir del 1 de julio de 2009.	Cumplir con los indicadores del POA del Area	Implementar gradualmente las acciones dando cumplimiento al plazo establecido para cada una registrando los avances y dificultades.	Acciones Implementadas/ Acciones Planeadas.	100%	01/03/2011	01/08/2011	22							

12	No se llevan planes de mejoramiento del área o por procesos.	Incumplimiento en el item de Control de Evaluación específicamente en Planes de Mejoramiento.	El mejoramiento continuo carece de herramientas para su dinamización.	Implementar plan de mejoramiento del área y por procesos (en caso de desviación en sus resultados).	Cumplir con el plan de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno.	Implementar gradualmente las acciones dando cumplimiento al plazo establecido para cada una.	Acciones de Mejoramiento Implementadas.	12	01/03/2011	01/08/2011	26						
TOTALES																	

ANEXO AI. INTRODUCCION AL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

Contenido

INTRODUCCION 758

1 ..... MARCO CONCEPTUAL 759

1.1 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA... 759

1.1.1 Ley 872 de 2003 761

1.1.2 Norma Técnica en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 763

1.1.3 Decreto 1011 de 2006 766

RESOLUCIONES 1043, 1445 Y 1446

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

INTRODUCCION

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la atención "PAMEC", se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social, basado en una
Autoevaluación institucional donde se establecieron los subprocesos prioritarios a mejorar, con el fin de acercar a la institución a los usuarios satisfaciendo sus necesidades y expectativas, con la propósito de generar acciones planificadas y sistemáticas en las cuales la participación de la dirección garantiza la viabilidad de las acciones de mejoramiento y de esta forma guía el proceso institucional de desarrollo hacia un objetivo corporativo de calidad.
El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la atención "PAMEC", se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social, basado en una
Autoevaluación institucional donde se establecieron los subprocesos prioritarios a mejorar, con el fin de acercar a la institución a los usuarios satisfaciendo sus necesidades y expectativas, con la propósito de generar acciones planificadas y sistemáticas en las cuales la participación de la dirección garantiza la viabilidad de las acciones de mejoramiento y de esta forma guía el proceso institucional de desarrollo hacia un objetivo corporativo de calidad.

En este contexto, la auditoría se entiende como un proceso permanente de seguimiento a un conjunto de procesos organizacionales definidos como prioritarios. PAMEC, Es la forma a través de la cual se operativiza el MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, y define el modelo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO. Busca comparar la calidad observada frente a la calidad esperada, de tal forma que se identifique la

existencia de brechas de desempeño para implementar acciones de mejoramiento que optimicen la utilización de los recursos destinados a la atención, mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población, y ofrecer al cliente los servicios que esperan y a los cuales tienen derecho.

Para la implementación del PAMEC se tomará como referencia, las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el decreto 1011 de 2006 y las guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud.

MARCO CONCEPTUAL

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

Desde el establecimiento de la Constitución Política de 1991 y en desarrollo del artículo 343, el estado Colombiano ha comenzado a diseñar una serie de normas orientadas a organizar los sistemas de evaluación y resultados de la administración pública.

En 1993 se establece el Sistema de Control Interno con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones de las entidades del sector pública, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes

Este esquema de gestión hace énfasis en:

- El establecimiento de objetivos y metas tanto generales como especificas
- La formulación de los planes operativos que sean necesarios
- La definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos
- La delimitación precisa de la autoridad y los niveles de responsabilidad

- El establecimiento de sistemas moderados de información que faciliten la gestión y el Control
- La simplificación y actualización de normas y procedimientos, entre otros elementos igualmente importantes.

Años después con el propósito de fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, se define el Sistema de Desarrollo Administrativo integrado por un conjunto de políticas, estrategias, metodologías, técnicas y mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, materiales, físicos financieros de las entidades de la Administración pública. En la formulación de políticas que oriente la implementación de este sistema la Ley 489 de 1998 establece entre varias prioridades la realización de diagnostico institucionales; loa ajustes a la organización interna de las entidades, relacionadas con la distribución de competencias de las dependencias; la estructuración de programas de mejoramiento continuo de las entidades en la áreas de gestión, en particular en las de recursos humanos, financieros, materiales, físicos y tecnológicos, así como desempeño de las funciones de planeación, organización dirección y control; y la adaptación de nuevos enfoques para mejorar la calidad de los bienes y servicios prestados, metodologías para medir la productividad del trabajo e indicadores de eficiencia y eficacia.

Para complementar este último aspecto, en diciembre de 2003 el Congreso de la republica expidió la Ley 872 por la cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad para ser desarrollado en forma obligatoria en los organismos y entidades del sector Central y del Sector Descentralizado de la Rama Ejecutiva del público y en la “Gestión administrativa necesaria para el desarrollo para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del poder Público en el orden nacional”.

Como consecuencia de esta ley y dentro de la reglamentación del Sistema de Gestión de la Calidad, el Gobierno Nacional expidió en diciembre del 2004 el Decreto 4110 del 2004 a través del cual de adopta la Norma técnica de la Calidad de Gestión pública NTCGP 1000/2004, tomando como base para su elaboración las Normas Internacionales de la serie ISO 9000 Versión 2000.

Este esquema de trabajo define los requisitos que deben cumplir los procesos y actividades que integran un sistema de gestión de calidad y hace énfasis en la necesidad de comprometer a todos los niveles de la organización con las directrices que definen la aplicación del concepto de calidad en su interior, en la aplicación de continuas revisiones y mejoramiento sobre los procesos que componen el sistema, en el desarrollo de las competencias del personal, en el establecimiento de medios para motivar el personal para mejorar la calidad, en la retroalimentación de los resultados de la percepción del cliente sobre los servicios suministrados y la identificación y entendimiento de las interacciones humanas que son necesarias en la cadena de suministro de los servicios prestados por la entidad.

Ley 872 de 2003

Crea el sistema de Gestión de la Calidad de las entidades del Estado.

El Sistema de Gestión de la Calidad, se define como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la presentación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y desarrollo de tales entidades.

Dicho sistema adopta un enfoque basado en los procesos y es obligatorio su desarrollo y puesta en funcionamiento también en las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993.

El término máximo para su desarrollo es de (4) años a partir de la expedición de la reglamentación de la norma técnica de calidad en la gestión pública.

Para su implementación se requiere:

1. Identificar los usuarios, los proveedores de insumos para su funcionamiento y determinar claramente su estructura interna, sus empleados y principales funciones.
2. Las necesidades y expectativas de los usuarios relacionados con la prestación de los servicios o cumplimiento de las funciones a cargo de la entidad, la calidad de los mismos.
3. Identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos de la entidad que resulten determinantes de la calidad, su secuencia e interacción.
4. Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurar que estos procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control.
5. Identificar y diseñar los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generen un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las calidad de los usuarios o destinatarios.
6. Documentar y describir en forma clara, completa y operativa, los procesos identificados.
7. Ejecutar los procesos propios de cada entidad de acuerdo con os procedimientos documentados.
8. Realizar el seguimiento, el análisis y la medición de estos procesos.
9. Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

El sistema de Gestión de la calidad tiene como base fundamental el diseño de indicadores de eficiencia de resultado y de impacto que faciliten el seguimiento por los interesados y tomar los correctivos del caso.

Norma Técnica en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004

Con la expedición del Decreto No. 4110 de 2004, se adopta la Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2do de la Ley 872 de 2003.
Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes, y se constituye en una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación del servicio.

La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, en la cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre si. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que se hacen parte un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación. De igual forma, el articulo 3ro del citado Decreto, establece que como mecanismo para facilitar la evaluación por parte de la alta dirección, de los ciudadanos y de los organismos de control de la aplicación del Sistema de Gestión de la calidad, cada entidad con fundamento en el literal h) del artículo 4º de la Ley 872 de 2003, deberá diseñar un sistemas de seguimiento que incluya indicadores de eficacia y efectividad.

Figura 9 MODELO DE UN SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD BASADO EN PROCESOS



Los procesos que revisten mayor importancia para los usuarios deberán estar permanentemente publicados en las páginas Web de los organismos y entidades, o en cualquier otro medio de divulgación, informando sus resultados a través de indicadores de eficacia y efectividad.

Así mismo da importancia a:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- La obtención de resultados del desempeño y la eficacia del proceso.
- La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

Los principios en los cuales se basa la gestión de la calidad y que conducen a la entidad hacia una mejora en su desempeño son:

- Enfoque hacia el cliente
- Liderazgo

- Participación activa
- Enfoque basado en los procesos
- Enfoque del sistema para la gestión
- Mejora continua
- Enfoque basado en hechos para la toma de desiciones.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios.
- Coordinación, cooperación y articulación
- Transparencia.

La norma NTCGP1000:2004, per4mite que cada organización desarrolle la mínima cantidad de documentación, operación y control eficaces de sus procesos y al implementación y mejora continua de la eficacia de su Sistema de Gestión de Calidad.

Se debe hacer énfasis en el hecho de que la norma NTCGP1000:2004, requiere un “Sistema de Gestión de la calidad documentada”, y no un “sistema de documentos”. El tipo y la extensión de la documentación dependerán de la naturaleza de los productos y procesos de la organización, del grado de formalidad de los sistemas de documentación de la capacidad de las personas para comunicarse dentro de la organización, así como de su cultura.
Además se hace énfasis en que la extensión de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad pueda deferir de una organización a otra debido a:

- El tamaño de la organización y el tipo de actividades.
- La complejidad de los procesos y sus interacciones
- La competencia del personal

La norma NTCGP1000:2004, introduce el concepto de la “mejora continua” para estimular la eficiencia de la organización, incrementar su ventaja

competitiva en el mercado y así responder mejor a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Decreto 1011 de 2006

En desarrollo del precepto constitucional establecidos en los artículos 11 49, se propone proteger la vida y garantizar la salud de la población y en los temas de la competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de calidad de la prestación del servicio, condición para garantizar la vida y la salud, se establece el Decreto 1011 de 2006 (artículos 2º, 5º y 44º) mediante el cual se organiza el sistema obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

Resoluciones 1043, 1445 y 1446

Reglamentan el decreto 1011 del Sistema Obligatorio de garantía y calidad de la Atención en Salud del sistema de salud colombiano , las resoluciones 1043,1445 y 1446.

- **Condiciones de habilitación**

La resolución 1043 de 3 de abril de 2006, establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de la salud para habilitar sus servicios he implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Su anexo técnico 1 es el “Manual único de estándares y verificación” y el anexo técnico No. 2, el manual única de procedimientos de habilitación, orienta la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores y unifica los conceptos básicos de evaluación de las condiciones tecnológicas científicos, de suficiencia patrimonial y financiera, y técnico administrativas, definidas para el sistema de habilitación de prestadores; contiene aspectos complementarios y aclaratorios a los establecidos en el Anexo Técnico No. 1, y en

un capítulo especial, lista indicadores de seguimiento a riesgo, que servirán como herramienta de medición y análisis del desempeño de cada servicio.

Así mismo, el Manual pretende garantizar la implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), según los lineamientos de auditoría expedidos por el Ministerio de Protección Social. Finalmente establece el distintivo de habilitación que se entrega a los prestadores al inscribirse en el Registro Especial y que deberá ser publicado en el lugar visible a los usuarios.

- **Funciones de la entidad acreditadora.**

La resolución 1445 del 8 de mayo de 2006, define las funciones de la entidad acreditadora. Su Anexo Técnico No. 1 establece los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación, que servirán de herramienta al acreditador para evaluar el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Salud y Entidades Administrativas de planes de beneficios; incluye además, los manuales de estándares de acreditación para las IPS ambulatorias, laboratorios clínicos, instituciones que ofrecen servicios de Imagenología e instituciones que ofrecen servicios de habilitación. En el anexo se adopta además, una escala de clasificación que permite evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación.

- **Sistema de información y monitoria**

La resolución 1446 define el Sistema de Información para la calidad y adopta los indicadores de monitoria del SOGCS. Los indicadores están sostenidos en la circular externa 30 del 19 de mayo de 2006 de la supersalud y en las fichas del anexo Técnico.

Los indicadores de gestión establecidos por la supersalud buscan monitorear la calidad de los servicios de salud, evaluando la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de dichos servicios de EPS e IPS; busca a su vez, que los usuarios del sistema conozcan a primera mano la información necesaria para orientar la decisión al escoger la IPS. Además, esta

información será determinante en la competencia, en aras de ofrecer un mejor servicio y lograr la excelencia.

La frecuencia de los reportes de los indicadores cambió de trimestral a semestral, considerando que la sensibilidad en los cambios no es muy significativa en tres meses; también se disminuye la desagregación con que exigían los indicadores, con el fin de comenzar a implementarlos de manera ordenada y progresiva, y que las entidades vigiladas tengan mayor facilidad para reportar la información. Una vez ingrese esta información y sea válida por la supersalud vía Internet, estará disponible para los usuarios en la página Web de la supersalud.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

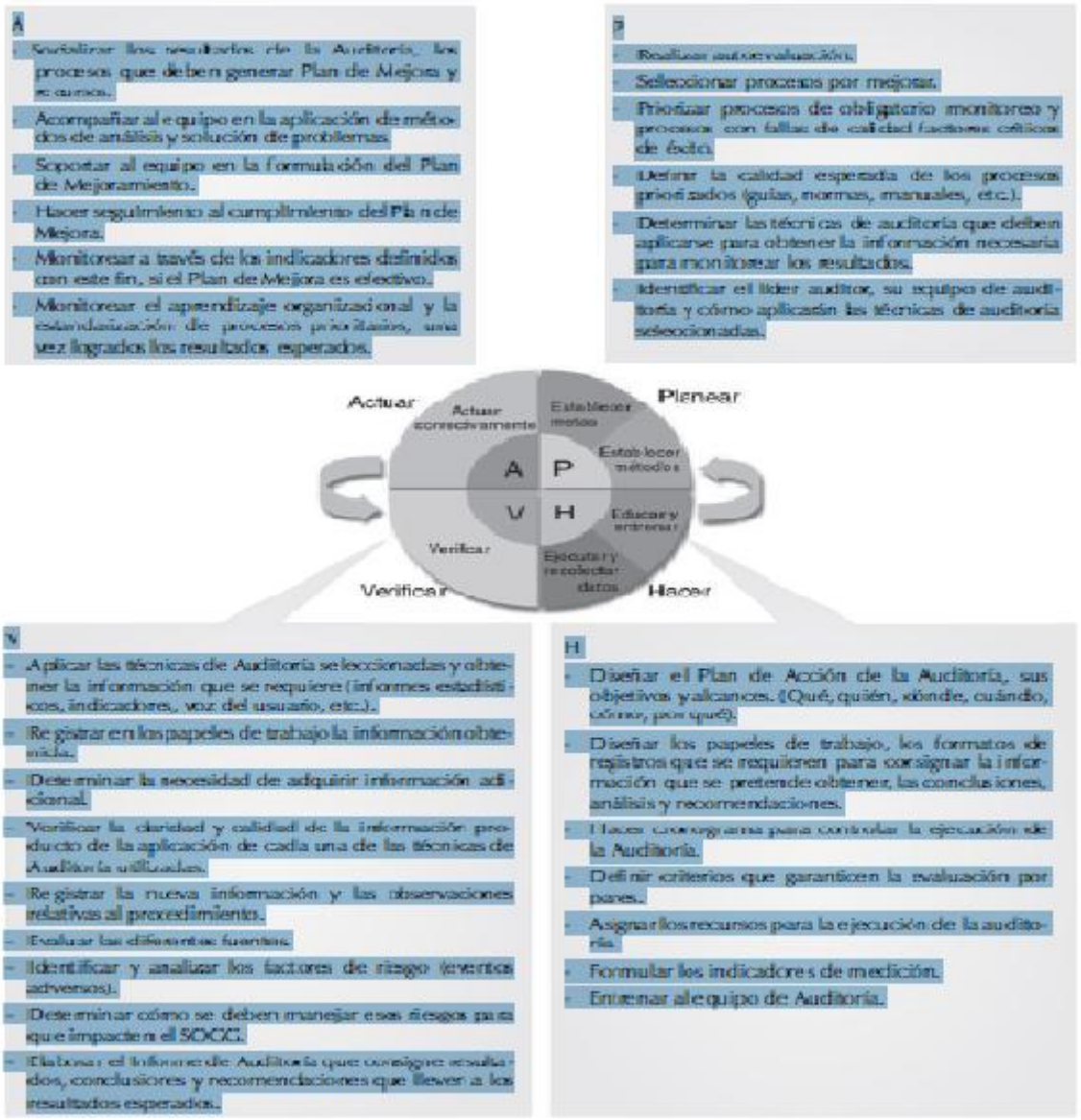
El mejoramiento continuo de la calidad, comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección, debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanentes de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

Por lo consiguiente implica una filosofía de vida laboral, personal, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, enfocados trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina.

Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la Gerencia identificar y corregir los errores debido al proceso.

La auditoria se fundamenta en la aplicación continua en el tiempo del método gerencial básico PHVA.

Figura 10 CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDOTIRIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD



El cual inicialmente el **planear (p)** se identifican las metas (qué) y define los métodos (como) alcanzar las metas; seguida a esta fase se encuentra el **Hacer (H)** que es la ejecución de los medios establecidos en la fase inicial, que parte de

la orientación, educación y entrenamiento de las personas en la forma o “como” establecidos para cumplir la meta y presentar la ejecución de lo planeado, soportada en la recolección de los datos.

La siguiente fase de **verificar (V),** comprende la verificación de los resultados, basados en los indicadores construidos, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos y finalmente el **Actuar (A),** que precisa el actuaren relación con todo el proceso.

La **Auditoria** es un proceso permanente de seguimiento a los procesos organizacionales que hayan sido definidos como prioritarios ósea aquellos donde tienen la atención directa del usuario desde que entra hasta que sale del proceso que le brindó la atención, llenando todas sus expectativas.

El propósito de la Auditoria es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr Calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, siendo conocedora de los procesos prioritarios definidos por la organización, sus objetivos de mejoramiento están centrados en el usuario, comparando la calidad observada con la calidad deseada, detectando las desviaciones que se presentan en esta comparación para emitir conclusiones y recomendaciones que impacten en el cumplimiento de los estándares para alcanzar niveles de calidad que lleven a mejorar la salud de los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio).

La Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es uno de los cuatro componentes del sistema obligatorio de Garantía y Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continúo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud –PAMEC- es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

La Auditoria en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía y calidad deberá implementarse al interior de las instituciones y entre las organizaciones, para promover que las instituciones del sector desarrollen acciones que promuevan la

aplicación del enfoque propuesto para la auditoria, la norma establece que el modelo operará en **tres niveles:** el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa.

De esta forma, el nivel óptimo en que actúa la auditoria es el **AUTOCONTROL.** Concepto que hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares

de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que la organización deposita en cada uno de sus miembros.

El segundo nivel, o **AUDITORÍA INTERNA**, conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por la misma institución, desde una instancia externa en el proceso que se audita. El propósito de la auditoría Interna es contribuir a que la institución adquiera la cultura de autocontrol.

El tercer nivel, la **AUDITORÍA EXTERNA**, es la evaluación llevada a cabo por un ente externo a la institución.

Para que el modelo de Auditoria opere en los niveles es los niveles esperados y con el enfoque deseado se debe promover en las organizaciones las acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios para fortalecer la cultura del mejoramiento continuo y de esta forma la del autocontrol.

Las acciones entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberán ser establecidas en las organizaciones; la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad reconoce tres tipos de acciones de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud de acuerdo a la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúa.

Las **ACCIONES PREVENTIVAS**, entendidas como el conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de Auditoria sobre los procesos prioritarios definidos

por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma **previa** a la **atención** de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Las **ACCIONES DE SEGUIMIENTO**, las cuales se refieren al conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de Auditoria, que deben realizar las personas y la organización **durante la prestación de los servicios**, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar su calidad. La aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día son una responsabilidad del nivel de autocontrol, en otras palabras con acciones de control principalmente con el primer orden.

Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados por la organización. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento de identificación. Con base en los resulto daos de los resultados de acciones de seguimiento se identificaran brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y se adoptaran las recomendaciones de mejoramiento pertinentes. Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la Auditoría Interna, y en el campo de la Auditoría externa se refiere al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos. Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrene permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas y errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puede detectar y corregir oportunamente y prevenir su recurrencia.

Las **ACCIONES CONYUNTURALES**, Definida como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoria que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y

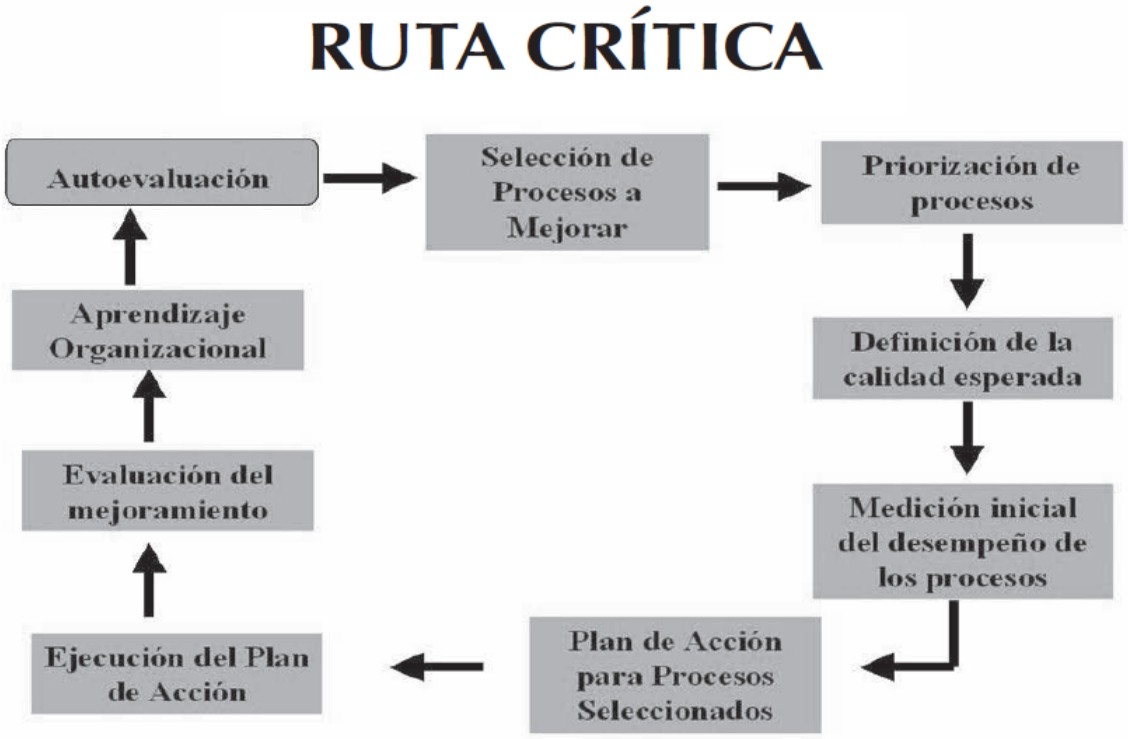
facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y la prevención de su recurrencia.

De acuerdo con la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, la Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de salud implica:

I. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
II. La comparación entre la calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normes técnicas, científicas y Administrativas.
III. La adopción por parte de las instituciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Se identifican los siguientes pasos para la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad para la atención en salud:

Figura 11 ETAPAS O RUTA CRITICA PAMEC



1. **Auto evaluación.** Es el diagnostico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tiene determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento.
2. **Selección de procesos a mejorar.** Es la generación de un listado de procesos, como resultado de una auto evaluación y que son factibles de intervenir por parte de la organización. Contendrá como mínimo los procesos de: Auto evaluación del proceso de Atención en Salud: Evaluación sistemática del proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad de los servicios recibidos; establecidos según el Decreto 1011 de 2006.
3. **Priorización de procesos** Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia o impacto que generan en la calidad de la atención de la

institución: impacto en el usuario, en el cliente interno y/o en la imagen de organización.

4. **Definición de la calidad esperada** Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr para cada uno de los procesos priorizados.
5. **Medición inicial del desempeño de los procesos.** En este paso de la ruta crítica, se debe establecer un mecanismo que permita a la institución la medición del desempeño actual de los procesos de la institución, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada; para ello se aplican procedimiento de auditoría para evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado.
6. **Plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados.** Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procesos contaran con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan corregir, superar o mejorar las fallas de calidad detectadas.

Para la formulación del plan de mejoramiento se debe identificar y definir las causas de las fallas o problemas de calidad evidenciados, definiendo las acciones que hay que realizar como parte de la intervención para el mejoramiento: Qué, cómo, cuándo, dónde y quién va a desarrollarlas; además describir por que deben realizarse estas actividades y como ejecutarlas para garantizar su cumplimiento. Se deben plantear indicadores para evaluar posteriormente los resultados y realizar seguimiento regular.

7. **Ejecución del plan de acción.** Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste.
8. **Evaluación del mejoramiento.** Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas por parte del líder o del equipo de auditoría y el seguimiento con comités (cuando aplique) a la implementación de las mejoras.

9. **Aprendizaje organizacional.** Comprende la retroalimentación al interior de la organización de la experiencia, la socialización de los avances, la capacitación orientada a contribuir en la cimentación interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto, la estandarización de los procesos. Lo que se pretende entonces es, garantizar la atención en salud de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a través del mejoramiento continuo y fortalecimiento institucional.

ANEXO A.M CARACTERIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Empresa Social del Estado
Hospital Integrado
SAN BERNARDO
Barbosa

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ESE HOSPITAL INTEGRADO

SAN BERNARDO DE BARBOSA

2010

GESTIÓN FINANCIERA

1.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Programa, elaboración y aprobación de presupuesto
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para la programación, elaboración y aprobación del presupuesto anual.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el Área administrativa y Financiera, a través del responsable del presupuesto cada vez que se generen compromisos que afecten apropiaciones presupuestales de la ESE comprende desde la solicitud de la disponibilidad o registro presupuestal hasta la emisión del certificado de Disponibilidad Presupuestal o Registro Presupuestal, según el caso.
RESPONSABLE	Administrador

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE QUE EJECUTA	SALIDA	CLIENTE	DOCUMENTO
Jefe de Área	- Parámetros y políticas de proyección. - Plan de cargos - Relación de Personal de Contratos - Plan de Compras	- Proyecto de presupuesto por área - Revisión y ajustes - Proyección de Ingresos y egresos	Administración	Presupuesto	Hospital Integrado San Bernardo	Presupuesto General
Gerencia-Comité Corporativo	- Plan de desarrollo institucional	- Legalización de Presupuesto: Presentación, Junta Directiva, Secretaria de Salud, CONFIS. - Recepción de Presupuesto	Responsable de Área	Presupuesto por Área	Hospital Integrado San Bernardo	Presupuesto Individual.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE QUE EJECUTA	SALIDA	CLIENTE	DOCUMENTO
		para su implementación.				

Nº	TAREAS	RESPONSABLES		PROVEEDORES	PUNTO DE CONTROL	REGISTROS	CLIENTES
		AREA	CARGO				
1.	Realizar oficio en donde se solicita a cada uno de los responsables de las áreas de la ESE la proyección de presupuesto para el siguiente año.	Administración de documentos	Auxiliar administrativo (recursos físicos)	Jefes de área	Administrador. Revisión y firma	Oficio de proyección del presupuesto	Hospital integrado san bernardo
2.	Entrega de oficio a los responsables de cada una de las áreas de la	Administración de documentos	Secretaria general	Jefes de área	Administrador. Plazo de	Oficio de proyección del	Hospital integrado san

	ESE durante los primeros días de septiembre, y se establecen unos plazos determinados para la entrega de la proyección del presupuesto				entrega determinado .	presupuesto	bernardo
3.	Elaborar el Proyecto de Presupuesto de la dependencia de su responsabilidad, teniendo en cuenta las directrices, el cronograma de actividades, los recursos, estrategias, programas, planes, proyectos en desarrollo y proyectos por realizar.	Administración de documentos	Administrador	jefe de área	Administrador Pazo de entrega establecido.	Proyecto de presupuesto	Hospital integrado san bernardo
4	• Recepción los Proyectos		ADMINISTRACIÓN Y JEFE DE	ÁREA DE CONTABILIDA		FORMATO DE	SECRETARIO

	de presupuesto de cada una de las dependencias y procede a: - Analizar la información. - Unificar y hacer los respectivos ajustes al presupuesto teniendo en cuenta las metas y los objetivos establecidos, así como la evaluación del comportamiento de ingresos y egresos de vigencias anteriores. - Realizar las	ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	ÁREA.	D		INVENTARIO FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DEVOLUTIVOS OFICIO DE INFORMACIÓN	GENERAL Y FINANCIERO

	observaciones del caso para los respectivos ajustes por los responsables. - Se realiza reunión con el gerente con el fin de dar a conocer el proyecto de presupuestos y observaciones						
5.	• Elaborar citación a cada uno de los responsables de área a reunión, cuyo objeto es comunicar los ajustes y las decisiones tomadas en	Administración de documentos	Secretaria	Secretaria general		Asistencia a la citación.	Hospital integrado san Bernardo

	relación con la Proyección del Presupuesto anual.						
6.	• Revisa, analiza y da visto bueno al proyecto de presupuesto anual, si existe correcciones informa al Gerente y al responsable del presupuesto para que se realicen las modificaciones del caso.	Administración de documentos	Administrador	Contabilidad		Proyecto presupuesto anual	Hospital integrado san bernardo
7.	• Recibe el presupuesto, hace las modificaciones necesarias si se requieren. •	Administración de documentos	Administrador	Contabilidad.	Administrador	Presupuesto junto con modificaciones.	Hospital integrado san Bernardo
8.	• Entrega el proyecto de presupuesto a la Gerencia para su aprobación y envió a la	Administración de documentos	Administrador	Contabilidad	Gerente		Hospital integrado san Bernardo

	secretaria de salud para su estudio y emisión de concepto técnico de aprobación y posterior presentación ante la Junta, por la Gerencia.						
9.	• Estudia el proyecto de presupuesto. • Analiza y debate las partidas del presupuesto y se justifican cada uno de los rubros y aprueba mediante acuerdos el presupuesto, de lo contrario realiza las recomendaciones para su ajuste.	Administración de documentos	Junta directiva	Gerente		Presupuesto anual	Hospital integrado san Bernardo
10.	• Procede a: - Realizar	Administración de documentos	Gerente	Junta directiva		Presupuesto anual final	Hospital integrado

	correcciones del caso si las hay y se presenta al Gerente el proyecto final del presupuesto, para su envió a la Junta para ser aprobado por sus miembros. - Envía el presupuesto aprobado a la Secretaria para la emisión del concepto técnico definitivo, una vez aprobado el Presupuesto al						san Bernardo

	CONFIS para su refrendación. - Saca fotocopias y entrega al gerente y Administrado, para su conocimiento. - Abre los respectivos libros de Disponibilidad, registros y pagos, con cada uno de los rubros adoptados en el presupuesto anual para la nueva vigencia.						

SALIDA DEL PROCEDIMIENTO	PRESUPUESTO ANUAL

DOCUMENTOS ASOCIADOS	
INTERNOS	**EXTERNOS**
PRESUPUESTO	

2.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Ejecución presupuestal de gastos CDP y RP
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad a seguir para realizar la expedición del certificado de Disponibilidad presupuestal con el fin de dar cumplimiento a la Proyección del Presupuesto para la vigencia correspondiente.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el Área Administrativa y Financiera, a través del responsable de Presupuesto cada vez que se generan compromisos que afectan las apropiaciones presupuestales de la ESE Comprende desde la solicitud de la disponibilidad o registro presupuestal hasta la emisión del Certificado de Disponibilidad presupuestal o Registro presupuestal, según el caso.
RESPONSABLE	El Administrador es responsable de verificar de Disponibilidad Presupuestal, con el fin de emitir el respectivo concepto sobre la autorización del gasto y dependiendo de ello expedir el Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes de la ejecución presupuestal. • Realizar la Revisión de documento • Planear la expedición, la aprobación de documentos. • Generar el informe de saldo de apropiaciones. • Tener apropiación, Disponibilidad, compromiso, y compromiso presupuestal.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE QUE EJECUTA	SALIDA	CLIENTE	DOCUMENTO
Responsable de la dependencia Gestora	- Solicitud de disponibilidad. - Solicitud de compromiso. Soportes. - Solicitud de Giro. Soportes.	- Revisión de la documentación. - Expedición. - Disponibilidad, Compromiso Presupuestal, Giro u orden de pago - Aprobación. - Generación de informes de saldos de apropiaciones.	- Responsable de la Dependencia Gestora - Administración: Área Administrativa y Financiera: Contabilidad y Tesorería.	▪ Disponibilidad ▪ Compromiso ▪ Giro ▪ Registro hecho Económicos y Financiero ▪ Pagos.	Hospital Integrado San Bernardo	Presupuesto de Egreso.

Nº	TAREAS	RESPONSABLES		PROVEEDORES	PUNTO DE CONTROL	REGISTROS	CLIENTES
		AREA	CARGO				
1.	**Certificación de Disponibilidad Presupuestal:** Solicita Certificación de Disponibilidad presupuestal indicando el objeto del compromiso que se pretende adquirir y el valor aproximado previamente autorizado por el ordenador del Gasto.	Administrativa y financiera	Dependencias gestoras	Jefes de área	Administrador	Certificado de disponibilidad presupuestal.	Hospital integrado san Bernardo
2.	**Atiende la solicitud y procede a:** - Verificar la existencia de apropiación presupuestal disponible y libre de afectación para la asunción de compromisos - Estudia la solicitud y	Administrativa y financiera	Administrador Contabilidad	Administrador	Contabilidad		Hospital integrado san Bernardo

	emite el respectivo concepto sobre autorización del gasto. - Informa los motivos de la negación de la disponibilidad al interesado, si no es autorizado el gasto, de lo contrario, expide el certificado de Disponibilidad Presupuestal F VAF A FI 01 en original y copia. - Contabiliza nuevo saldo teniendo en cuenta el registro del Certificado de Disponibilidad						

	Presupuestal consecutivo de Certificados. - Entrega original al responsable de la dependencia interesada y archiva copia.						
3.	**<u>Registro Presupuestal:</u>** Atiende la solicitud para la expedición del Registro presupuestal. La cual previamente requiere la autorización del Gerente y en coordinación con el auxiliar de contabilidad procede a: - Elabora el Registro presupuestal F AF FI 02 en original y						

	copia. - Verifica el registro del Certificado de Registro Presupuestal en el Control del Presupuesto y control del consecutivo de Certificados. - Entrega original al responsable de la dependencia interesada y archivar copia						

SALIDA DEL PROCEDIMIENTO	PRESUPUESTO DE GASTO

DOCUMENTOS ASOCIADOS	
INTERNOS	**EXTERNOS**
PRESUPUESTO DE GASTOS	

3.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Informes Presupuestales
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para realizar el registro de los recaudos y reconocimientos en el presupuesto de ingresos y generar la ejecución presupuestal de ingresos y generar la ejecución presupuestal de ingresos y egresos con el fin de controlar y garantizar el cumplimiento de las metas establecidas en el Presupuesto Anual Vigente de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa y garantizar la generación y presentación de los informes requeridos por la ESE y por entidades externas.
ALCANCE	Este procedimiento cada vez que el responsable de Presupuesto requiere actualizar el registro de los recaudos y reconocimientos de ingresos, elaborar la ejecución presupuestal de ingresos, egresos y reservas y en la periodicidad establecida garantizar la generación y presentación de informes a entes de control. Comprende desde la recolección de la información y los soportes necesarios para la actualización de la ejecución de ingresos, elaboración de la ejecución Presupuestal de ingresos y egresos y demás informes requeridos por los entes externos, hasta la distribución, envío y archivo de la misma.
RESPONSABLE	El Administrador del Área administrativa y financiera es responsable de realizar la actualización del presupuesto de ingresos y mensualmente la ejecución del presupuesto de ingresos y egresos de la ESE.

PLANEAR
• Identifica, describir y estandarizar las actividades para realizar el registro de recaudo, Reconocimiento del plan de ingresos. • Generar la Ejecución presupuestal de ingresos y egresos con el objetivo de cumplimiento de metas. • Revisión y registro de recaudos, reconocimientos y ajustes s/glosas aceptadas • Elaborar informes mensuales y trimestrales a las entidades externas. • Generar el informe a entes de control. • Realizar liquidación del presupuesto. • Elaborar informe de cierre anual y apertura de vigencia de presupuesto nueva vigencia.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE QUE EJECUTA	SALIDA	CLIENTE	DOCUMENTO
Administración Área Administrativa y financiera : Tesorería y Cuentas por cobrar	Ingresos	- Revisión y clasificación: origen de fondos vs soportes. - Revisión y registro de recaudos, reconocimientos y ajustes s/glosas aceptadas. - Cruce de saldos y generación de informes.	Gerencia y administración Área Administrativa y financiera: presupuesto	- Ejecución PPTAL de ingresos - Comparativo gestión presupuestal,	Hospital Integrado san Bernardo	Presupuesto de ingresos y egresos

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE QUE EJECUTA	SALIDA	CLIENTE	DOCUMENTO
				ejecución PPTAL de ingresos y egresos e informes.		

Administración Área Administrativa y financiera : Cuentas por cobrar	- Reconocimiento - Informe de Glosas Aceptadas	- Comparativo gestión presupuestal, ejecución PPTAL d ingresos y egresos e informe comparativo de comportamientos de la misma.	Entes de control y vigilancia: Contraloría Municipal, Banco de la República, DANE, Contaduría.	Informes en Formatos establecidos.	Hospital integrado san Bernardo	Informe presupuesto ingresos y egresos

		- Elaborar informes mensuales y trimestrales las entidades externas. - Realizar el cierre anual: relación de cxp constituidas y de RIPSRVAS y sus saldos.				
Administración Área Administrativa y financiera : Presupuesto	- Saldos de apropiaciones del periodo al cierre del mismo	- Cancelar las RIPSRVAS certificadas existentes; reintegrar al código PTAL el saldo de las RIPSRVAS de la vigencia actual que no va a ser objeto de ejecución. - Elaborar informe de cierre anual del de la vigencia actual.	Gerencia y administración. Área Administrativa y financiera: presupuesto	Relación de cuentas por pagas constituidas, RIPSRVAS y saldos e informes cierre anual presupuesto de la vigencia	Hospital Integrado San Bernardo	Informe final del Presupuesto de ingresos y egresos.

		- Apertura de presupuesto nueva vigencia		actual.		

Nº	TAREAS	RESPONSABLES		PROVEEDORES	PUNTO DE CONTROL	REGISTROS	CLIENTES
		AREA	CARGO				
1.	**<u>Registro de recaudo y reconocimiento en el presupuesto de ingresos.</u>** Recibe, verifica y registra consecutivo, fecha e información teniendo en cuenta el soporte, valor en cada uno de los rubros según corresponda a : - Reconocimientos: Relación de facturas de cuentas por cobrar. - Recaudos: Informe y soporte de ingresos de Tesorería. Recibe informes de glosas cuando la facturación es	Administrativa y financiera	Tesorero y Auxiliar Contable.	Contabilidad	Administrador	Registro de recaudo en el presupuesto de ingresos.	Hospital integrado san Bernardo

	glosada por el cliente y aceptada por el ESE como glosas y procede a realizar el ajuste respectivo en el presupuesto.						

SALIDA DEL PROCEDIMIENTO	PRESUPUESTO DE GASTO

DOCUMENTOS ASOCIADOS	
INTERNOS	**EXTERNOS**
PRESUPUESTO DE GASTOS	

4.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Modificación al Presupuesto
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para realizar modificaciones al presupuesto relacionadas con las solicitudes de adición o traslado al presupuesto vigente.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado en el Área Administrativa y financiera a través del responsable de Presupuesto, cada vez que se requieren realizar ajustes al presupuesto. Comprende desde la solicitud de adición o traslado presupuestal, hasta que se registra la modificación realizada y se archiva el acto administrativo que autoriza la modificación.
RESPONSABLE	El funcionario responsable del presupuesto del Área Administrativa y Financiera es responsable de recibir, analizar y tramitar las solicitudes relacionadas con ajustes a los diferentes rubros del presupuesto vigente.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Realiza el análisis y la revisión del comportamiento presupuestal • Identifica las necesidades, sugerencias y modificaciones de adición al presupuesto. • Realizar los ajustes necesarios y las aprobaciones por el gerente o junta directiva mediante acto administrativo.

5.

PROCESO	Gestión Financiera y Administrativa.
PROCEDIMIENTO	Facturación y Recaudo
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para admisionar correctamente a los usuarios que se dirigen a los servicios de consulta externa, de urgencias y de hospitalización, liquidar la cuenta de los usuarios y realizar la respectiva factura teniendo en cuenta las tarifas establecidas en cada convenio o contrato de manera que se garantice la facturación del servicio.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera a través del responsable asignado (admisión, facturación y recaudo) cada vez que el usuario solicita atención en los diferentes servicios a fin de garantizar que la información del usuario sea la correcta, garantizar la liquidación, facturación y la entrega oportuna de facturas a las empresas clientes y evitar la devolución de facturas y glosas por soportes incompletos y falta de soportes. Comprende desde la solicitud de atención del servicio hasta el recaudo del valor correspondiente.
RESPONSABLE	Los encargados de que el procedimiento se lleve a cabo eficientemente son los dueños del mismo, de las áreas involucradas en él: Facturación y Caja, Admisiones, Archivos Clínicos.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

6.

PROCESO	Gestión Financiera y Administrativa.
PROCEDIMIENTO	Gestión de Cobro
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para llevar a cabo la revisión, preparación, entrega oportuna y correcta, de las cuentas de cobro por la venta del servicio de salud de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, así como el control y gestión de las mismas.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera a través del responsable asignado (facturación y cartera) cada vez que deba entregar las cuentas dentro del plazo mínimo establecido después de la fecha de elaboración de la factura y en las fechas establecidas por convenio o contrato por las empresas-clientes, garantizando la identificación de facturas que requieren auditoria y por consiguiente evitar devoluciones o glosas por las empresas: clientes y mantener información confiable y oportuna en lo referencia a la facturación y cartera indispensable para la efectividad en la gestión de cobro.
RESPONSABLE	Los encargados de que el procedimiento se lleve a cabo eficientemente son los dueños del mismo, de las áreas involucradas en él: Facturación, Auditoria y Cartera.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

7.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Control a Depósito de cuentas.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad a segur para el Depósito de Recaudos a fine mantener actual de mantener actualizado la información de dineros recibidos y consignados oportunamente en las cuentas de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, y realización de los controles cruzados entre los responsables de las diferentes áreas involucradas para mantener con exactitud y veracidad los registros de los ingresos.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera, cada vez que reciba consignación e información de las dependencias o entidades bancarias a fin de generar el control a depósitos de cuentas en forma oportuna y veraz del reflejo de los ingresos de la ESE. Comprende desde la recepción de los informes y/o consignaciones a cuentas de las ESE por bancos procedentes de las mismas o dependencias generadoras respectivamente; hasta la verificación y cuadre de cuentas de valores consignados y registrados en el control.
RESPONSABLE	El responsable de Tesorería es responsable de recepción, clasificación e ingresos en el control a deposito de cuentas de los recaudos y su verificación frente a las consignaciones e informe mensual del control a depósito de cuentas de los recaudos efectuados por la ESE y archivos de la documentación.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

8.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Control y Custodia de Documentos
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad a seguir para el control y custodia de los documentos, títulos valores que por sus características deben ser mantenidos en caja de seguridad para evitar el uso indebido o el fraude de ellos o la omisión de las acciones que menoscaben las finanzas.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera por el tesorero cada vez que reciba documentos varios necesarios y generados en los procedimientos de su responsabilidad y documentos recibidos en garantía.
RESPONSABLE	El Tesorero es responsable de garantizar la eficiencia y eficacia en custodia y protección adecuada de los documentos.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

9.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Constitución de inversiones Temporales
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad orientadas a buscar el máximo rendimiento de los recursos financieros de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, invertidos en títulos valores, nacionales o del exterior, de renta fija o variable, acciones y bonos entre otros, mediante la adquisición o venta.
ALCANCE	Este procedimiento aplica a la autorización de la Gerencia el Área Administrativa y Financiera para la constitución de la inversión temporal de capital de la ESE.
RESPONSABLE	El Gerente toma la decisión de constituir o no las inversiones temporales de capital de la ESE previo conocimiento de las observaciones y recomendaciones del Administrador, responsable del Área Administrativa y Financiera, quien responde por la custodia de los títulos valores de la ESE, verificación de la correcta y completa información del título valor enviado por la Entidad Financiera y finalmente es responsable de constituir la inversión temporal.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

10.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Elaboración y tramites de órdenes de pago
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir por la elaboración de órdenes de pago generadas por los compromisos adquiridos por la ESE.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera, cada vez que reciba un pago. Comprende desde que se recibe de la dependencia gestora la documentación necesaria para la elaboración de la orden de pago, hasta la emisión de la misma.
RESPONSABLE	El Tesorero es el responsable de la elaboración de la orden de pago y es responsable de la ejecución del procedimiento.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

11.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Manejo de caja menor.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para el Reglamento de la constitución para cada vigencia fiscal la caja menor mediante resolución suscrita por el orden del ordenador del Gasto y garantizar la disponibilidad de caja menor y la legalización durante el plazo establecido verificando el cumplimiento de los requisitos.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera, cada vez que se maneja y responde por todas las salidas de dinero de la caja menor, correspondiente a lo establecido en la resolución de la Constitución. Comprende desde la constitución hasta la recepción del fondo para la caja menor por parte del administrador encargado de, hasta el reembolso del mismo.
RESPONSABLE	El responsable el Administrador garantizar la eficiencia y la eficacia del procedimiento y porque se cumpla adecuadamente y oportunamente el registro y procedimiento del mismo.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

12.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Registro de Hechos económicos y Financieros.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir ara que se identifiquen, clasifiquen, registren, evalúen y revelen los hechos financieros, económicos y sociales, derivados en el desarrollo de la misión de la ESE.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera, cada vez que ocurran hechos económicos, financieros o sociales que conllevan a su reflejo en los Estados Financieros, de acuerdo con el Plan único de Cuentas.
RESPONSABLE	La ejecución de las actividades es responsabilidades del Auxiliar de Contabilidad, quien es la persona responsable por que se cumpla adecuada y oportunamente el registro y procedimiento del mismo.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

13.

PROCESO	Gestión Financiera
PROCEDIMIENTO	Generación de Informes.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad a seguir al cierre mensual y anual a fin de verificar y consolidar el informe final de cuentas reflejados en los informes contables (Balance General, Estado de Perdidas y Ganancias, …) que permitan medir las variaciones del Patrimonio y determinar las Ganancias o perdidas
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera a través del responsable de Contabilidad en forma mensual y anual una vez terminada de registrar las operaciones del periodo. Comprende desde la revisión de las operaciones hasta la entrega de informes a la Gerencia.
RESPONSABLE	La ejecución de las actividades es responsabilidad del contador quien es la persona responsable por que se cumpla adecuada y oportunamente el registro y procedimiento del mismo.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

TALENTO HUMANO

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Salud Ocupacional.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad a seguir para la implementación de salud ocupacional en la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, es decir la conformación del comité paritario de salud ocupacional, coordinar y gestionar el cronograma de actividades programadas en el año por las ARS y EPS, efectuar la gestión de dotación de elementos de seguridad y protección, organización de la semana de salud ocupacional, elaboración y presentación de informes acerca de las actividades y servicios del programa de salud ocupacional, evaluación y control de las actividades desarrolladles en salud ocupacional por parte de COOPASO, actualización del reglamento de Higiene y Seguridad.
ALCANCE	Este procedimiento es realizado por el Área Administrativa y Financiera, cada vez que deba llevar a cabo las actividades relacionadas con salud ocupacional. Comprende desde la conformación del COOPASO hasta la presentación de informes acerca de las actividades y servicios del programa de salud ocupacional.
RESPONSABLE	El administrador es el responsable de la eficiencia y el cumplimiento de este procedimiento, en apoyo con el COOPASO y la secretaria. El administrador es responsable de la identificación de las necesidades, de la solicitud de elementos de protección y suministro para botiquines, y de garantizar el proceso de cargue de extintores de la ESE; la secretaria da la entrega de la entrega de la dotación a los funcionarios. El administrador es el responsable de asignar e personal que debe asistir a cada uno de las actividades programadas por las diferentes entidades y efectuar un seguimiento a aquellos funcionarios que requieran tratamiento especial. El administrador es responsable de la elaboración de la propuesta sobre las actividades y charlas a desarrollar en la semana de salud ocupacional y de elaborar cronograma final de actividades; la secretaria es responsable de envía las propuesta a las ARP y EPS y divulgar el cronograma final de actividades. La secretaria es responsable de recoger la información relacionada con la información sobre el desarrollo de las actividades programas de salu ocupacional en el transcurso del año vigente, para la realización de los informes respectivos por el administrador para su presentación al COOPASO. El Comité Paritario es responsable de evaluar, controlar y dar sugerencias a las actividades programadas por la sección de salud ocupacional, así como a los resultados obtenidos de las

	mismas

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

2.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Plan Anual de Cargos y Asignaciones Básicas
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad a seguir para la elaboración del plan de cargos de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera anual mente o cada vez que sea modificada la planta de personal por modificaciones de cargos (Homologación, Codificación) según Normatividad supresión de cargos entre otros. Comprende desde la proyección de las asignaciones y/o necesidades de modificación según corresponda hasta la presentación del Plan Anual de Cargos aprobados por la Junta Previo concepto de la Secretaria de Salud para la inclusión en el presupuesto Anual.
RESPONSABLE	El administrador es el responsable de la eficiencia y el cumplimiento de este procedimiento, en apoyo con la secretaria

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato.

• Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

3.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Selección de Personal.
OBJETIVO	Describir y estandarizar los pasos a seguir en la selección del personal, de acuerdo con los parámetros previamente determinados, con el fin de identificar y evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes que satisfacen las necesidades de los cargos requeridos por la ESE Hospital Integrado de Barbosa.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera cada vez que debe llevar a cabo el proceso de selección de personal requerido por el Hospital Integrado San Bernardo para el cumplimiento de sus funciones; comprende desde detecta la vacante o necesidad de personal en algún área (Basado en un estudio técnico) hasta la selección del personal mediante acto administrativo según selección realizada por la comisión nacional del servicio civil.
RESPONSABLE	El administrador es el responsable de presentar las necesidades o vacantes a proveer (estudio técnico), el a para la autorización e inicio de cada una de las fases del proceso de selección de acuerdo a los parámetros establecidos por la comisión Nacional del servicio Civil decreto 1227 de 2005.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección.

• Plan estratégico.

4.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Vinculación de Personal
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para la vinculación del personal con el fin de legalizar el ingreso a la ESE y la inscripción en el registro público de la carrera administrativa.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera cada vez que se debe llevar a cabo la vinculación de personal. Comprende desde el momento en el que se recepciona la documentación del personal para el desempeño del cargo hasta que se legaliza el ingreso, traslado o ascenso del personal en la ESE
RESPONSABLE	El administrador es el responsable de efectuar todas las actividades requeridas para legalizar el ingreso , traslado o asenso del personal de la ESE.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

5.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Inducción del Personal.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades del programa de inducción, encaminado a trasmitir información, desarrollar habilidades y destrezas, y dar una formación política sobre los objetivos y propósitos de la ESE al nuevo funcionario, logrando asa una integración entre e nuevo personal y la institución.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera cada vez que sea vinculado un nuevo funcionario o se ha realizado un transadlo o ascenso de personal en la ESE, con el fin de orientar e impulsar la realización de las actividades que son propias del cargo a desempeñar. Comprende desde la programación de las actividades de inducción y entrenamiento hasta archivar en la hoja de vida la evaluación inicial realizada al nuevo funcionario.
RESPONSABLE	El administrador es el responsable de liderar el proceso de inducción o Reinducción del nuevo personal dando la orientación general requerida. El responsable de la dependencia y el superior inmediato son responsables de realizar la inducción especifica.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

6.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Evaluación del Desempeño.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividad es a seguir para la realización de la evaluación del desempeño de los funcionarios de la ESE Hospital Integrado san Bernardo de Barbosa con el fin de lograr y fundamentar un juicio objetivo sobre su conducta laboral y sus aportes al cumplimiento de las metas institucionales.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera a través de los responsables con personal a cargo, cada vez que se requiere la evaluación del desempeño del personal la cual se realiza en forma parcial (dos evaluaciones al año), cuando hay ingreso o ascenso de nuevo personal o cuando se presenten situaciones que requieran que se evalúen y califiquen las laborares ejecutadas por un funcionario de la ESE. Comprende desde que se establecen los parámetros para levar a cabo la evaluación hasta que se archiva en la hoja de vida del funcionario los resultados de la evaluación.
RESPONSABLE	El Área administrativa y financiera es responsable de la adopción de los instrumentos de evaluación y calificación y presentarlos a la comisión Nacional de Servicio Civil para su aprobación. Los Jefes y responsables de área con personal a cargo de la ESE son responsables de llevar a cabo la evaluación de los mismos y de efectuar la retroalimentación y concertación de objetivos. El administrador es el responsable de liderar este procedimiento.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

7.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Elaboración del Plan de capacitación.
OBJETIVO	Describir y estandarizar los pasos a seguir en la elaboración del plan de capacitación integrando los intereses y motivaciones del individuo con las metas y objetivos de la ESE Hospital Integrado San Bernardo con el fin de actualizar el conocimiento, solucionar problemas e innovar las área respectivas de la institución.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera para el desarrollo y desempeño de los funcionarios y colaboradores de la ESE, teniendo en cuenta las exigencias de la dinámica Gerencial. Comprende desde la identificación de necesidades de capacitación, hasta la elaboración y aprobación del plan de capacitación e inclusión del presupuesto del año.
RESPONSABLE	El administrador es responsable de recibir, analizar y consolidar las necesidades de la capacitación, solicitar las propuestas y elaborar el plan de capacitación. El Gerente de la ESE es quien aprueba el plan, previa revisión del administrador.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

8.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Ejecución del Plan de capacitación.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para llevar a cabo la ejecución y seguimiento del Plan de Capacitación para la toma de decisiones que complementen y refuercen nuevos planes, a fin de determinar la dirección y naturaleza del rendimiento como resultado de experiencias positivas y benéficas que conlleven a los funcionarios en todos los niveles de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, a desarrollar rápidamente sus conocimientos y aquellas actitudes y habilidades que los beneficiarán así como a la institución.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera, con el apoyo de la secretaria cada vez que debe realizar la divulgación, ejecución, evaluación y seguimiento al plan de capacitación. Comprende desde la difusión del plan de capacitación, hasta la elaboración del informe general del plan y su ejecución.
RESPONSABLE	El administrador es responsable de liderar y ejecutar el procedimiento.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

9.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Liquidación de Nomina
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para la liquidación mensual de la nomina, con el fin de tener un registro oportuno de las novedades que se presenten y garantizar el pago oportuno a los funcionarios.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera, con el apoyo del funcionario asignado a la gerencia cada vez que deba realizar la liquidación de la nomina. Comprende desde la revisión y registro de las novedades ocurridas durante el mes a liquidar, hasta la consignación en el Banco del valor a pagar a los funcionarios de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.
RESPONSABLE	El administrador es responsable de consolidar, revisar y registrar las novedades ocurridas durante el mes que finaliza para la posterior liquidación de la nomina y pago a los funcionarios de la ESE.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

10.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Pagos a terceros
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir para tramitar los pagos obligatorios, que debe realizar la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, sobre su nómina mensual a entidades como Seguro Social, EPS, ARP, AFP, Cajas de Compensación Familiar, SENA, ICBF, entre otros; y descuentos autorizados (préstamos, libranzas, embargos, entre otros).
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera mensualmente a terceros. Comprende desde que obtiene o se liquida el valor a pagar a la entidad respectiva teniendo en cuenta el registro de las novedades presentadas, hasta que se archiva copia la del egreso.
RESPONSABLE	El administrador es responsable de recibir o liquidar el valor a pagar a las respectivas entidades y generar el documento soporte para el posterior trámite de pago.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

11.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Liquidación de Prestaciones Sociales.
OBJETIVO	Describir y estandarizar los pasos necesarios para la liquidación de las prestaciones sociales a los funcionarios de la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera cada vez que se debe realizar la liquidación de las prestaciones sociales. Comprende desde la liquidación del valor correspondiente a la respectiva prestación, hasta la generación de la Disponibilidad y el registro Presupuestal.
RESPONSABLE	El auxiliar de nomina es responsable de liquidar en la periodicidad establecida, el valor de las prestaciones sociales.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

12.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Elaboración del Panorama de Riesgos.
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir en la elaboración del panorama de riesgos de la ESE Hospital Integrado san Bernardo de Barbosa.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera cada vez que debe elaborar el panorama de riesgos de la ESE. Comprende desde el momento de la recepción de la orden para la elaboración del panorama, hasta la presentación del informe al Comité Paritario.
RESPONSABLE	El administrador es responsable del cumplimiento de éste procedimiento, de llevar a cabo, las visitas necesarias a las diferentes dependencias de la ESE y con base en esto se elabora el Panorama de Riesgos, el cual, es enviado al COPASO para su revisión y aprobación.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

13.

PROCESO	Talento Humano
PROCEDIMIENTO	Accidente de Trabajo
OBJETIVO	Describir y estandarizar las actividades a seguir en el momento en que se presente un accidente de trabajo.
ALCANCE	Este procedimiento es aplicado por el área Administrativa y Financiera cada vez que se presente un accidente de trabajo. Comprende desde que se informa la ocurrencia del accidente; hasta la reincorporación laboral del funcionario.
RESPONSABLE	El administrador debe garantizar la eficiencia en el cumplimiento de éste procedimiento y seguir el proceso de rehabilitación del funcionario accidentado, la secretaria es responsable de tramitar los documentos necesarios ante la administradora de Riesgos Profesionales.

PLANEAR
• Identificar las necesidades y solicitudes. • Identificar las necesidades y solicitudes de presupuestos y proyectos por área • Planear las compras, determinando el Tipo y modalidad del contrato. • Políticas y Objetivos de proyección. • Plan estratégico.

MANUAL DE COMUNICACIÓN

COMPONENTE DE COMUNICACIÓN PÚBLICA

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

BARBOSA SANTANDER 2010

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS ENFOCADOS A LOS EJES TEMÁTICOS **827**

1.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL 827

1.1.1 Receptividad. *827*
1.1.2. Actitud de servicio. *827*
1.1.3. Visión compartida:. *828*
1.1.4. Trabajo colaborativo: *828*

1.2 COMUNICACIÓN INFORMATIVA 828

1.2.1 Sistematización de la Información: *829*
1.2.2 Socialización de la Información: *829*

1.3 RENDICIÓN DE CUENTAS A LA SOCIEDAD 829

1.3.1 Precepto Constitucional de la Publicidad: *830*
1.3.2 Concepto Comunicativo del Posicionamiento *830*

2. ESTRATEGIAS **831**

2.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL 831

2.1.1 Receptividad: *831*
2.1.2. Actitud de servicio: *831*
2.1.3. Visión compartida: *832*
2.1.4. Trabajo colaborativo: *832*

2.2 COMUNICAION INFORMATIVA..... 832

2.2.1 Sistematización de la Información: 832
2.2.2 Socialización de la Información:..... 832

3. POLÍTICAS **..... 833**

3.1 PRIMERA POLÍTICA: "CARÁCTER ESTRATÉGICO DE LA COMUNICACIÓN"..... 833

3.2. SEGUNDA POLÍTICA: "LA COMUNICACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CONFIANZA"..... 834

3.3 TERCERA POLÍTICA: "PLAN DE COMUNICACIONES"..... 835

3.4 CUARTA POLÍTICA: "LA INFORMACIÓN ES UN BIEN COLECTIVO"..... 836

3.5. QUINTA POLÍTICA: "COMUNICACIÓN CON LOS CONTRATISTAS Y PROVEEDORES"
..... 837

3.6. SEXTA POLÍTICA: "VOCERIAS INSTITUCIONALES" 838

3.7. SÉPTIMA POLÍTICA: "COMUNICACIÓN CON LA CIUDADANIA"..... 839

1. OBJETIVOS ENFOCADOS A LOS EJES TEMÁTICOS

1.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

Esta hace parte del engranaje de toda Organización o Entidad que reconoce que la “Comunicación Organizacional” es el Eje dinamizador de las acciones individuales y colectivas que buscan la integración y el fortalecimiento de la institución. Así mismo la Comunicación Organizacional, busca garantizar la organicidad y coherencia de las entidades desde el punto desde el punto de vista de la adecuada articulación de sus principios y acciones.

1.1.1 Receptividad: El objetivo es permitir a las entidades desplegar toda una serie de estrategias y mecanismos que estén al alcance de las comunidades a través de acciones explícitas que permitan establecer contacto directo con la comunidad.

1.1.2. Actitud de servicio: El objetivo va dirigido para que los funcionarios laboren de manera desinteresada y con el interés de prestar un buen servicio a la comunidad de modo que el ambiente donde se labora inspire confianza y que las personas que requieran alguna clase de servicio encuentren apoyo y amabilidad por parte de los funcionarios que actúan como representantes de la entidad. Así mismo debe existir una actitud de cortesía que permita a la persona que utilice los servicios de total confianza.

1.1.3. Visión compartida: Cuando se comparte una visión, esta se desarrolla con mejores resultados y genera más compromisos que a lo largo del tiempo deja entrever una identificación que genera mejores resultados que los esperados. Así mismo la Visión Compartida hace referencia a aquellos elementos orientadores de contenido y no formales que en términos no solamente éticos sino desde otras perspectivas pedagógicas y administrativos, pueden convertirse en lugares de reconocimiento donde sea posible adelantar acuerdos organizacionales.

1.1.4. Trabajo colaborativo: Mediante un trabajo mutuo y compartido en donde la comunicación sea el punto de partida las Entidades del Estado deben establecer modelos internos de trabajo organizacional participativo. Igualmente el objetivo es desarrollar competencias en los funcionarios sobre el trabajo colaborativo, teniendo el Plan Estratégico de la Capacitación como punto de referencia.
La interrelación en los procesos institucionales, caracterizada por el trabajo colaborativo, mejora la sinergia entre las diferentes dependencias y la calidad de los servicios de la gestión fiscalizadora.

1.2 COMUNICACIÓN INFORMATIVA

Este campo de acción busca garantizar que todas las entidades, logren encontrar mecanismos de información que lleguen directamente a la sociedad y puedan expresar un relato entendible, de manera que desde cualquier punto de vista sea de fácil percepción. La Comunicación Informativa se convierte en un elemento de control, que debe garantizar que la información del Hospital Integrado San Bernardo referente a su funcionamiento, gestión y resultados; sea conocida de forma profunda y clara hacia los diferentes grupos de la sociedad que desean conocer sobre el trabajo de supervisión y control que realizan a los recursos del estado.

1.2.1 Sistematización de la Información: Teniendo como punto de referencia que el Control, debe ser un proceso cristalino y abierto a toda la sociedad, el objetivo de la sistematización de la información es contar con una Red informativa que genere claridad en el ejercicio del Control; por cuanto la eficacia en la información fortalece la transparencia y permite tener al ciudadano informado del trabajo de control y fiscalización que se ejerce en al interior de las instituciones del orden departamental y municipal. Es por ello que la sistematización de la información enfatiza que las entidades deben definir e implementar procedimientos y procedimientos de información, que permita dar a conocer el trabajo realizado y que la sociedad que esta alrededor de la entidad entienda y conozca sobre el perfil misional del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa

1.2.2 Socialización de la Información: El objetivo de la Socialización de la Información es lograr que se "comparta" o se dinamice la participación de la sociedad por medio de diversos canales de información que logren fortalecer la entidad como una Institución que garantiza a los entes de Control Municipal cumplimiento y aplicación de las normas, procesos y procedimientos que garantizan la objetividad en los diferentes procesos.

1.3 RENDICIÓN DE CUENTAS A LA SOCIEDAD

La Rendición de Cuentas a la Sociedad va de la mano con la Comunicación Informativa desde la Comunicación Organizacional, fundada en la aplicación del precepto constitucional de la publicidad que precisa que la rendición de cuentas a la sociedad es adicional a la rendición de cuentas a los Organismos de Control, como lo establece la Ley.

Por este motivo la rendición de Cuentas o la presentación de informes periódicos a la comunidad, tiene como propósito dar a conocer los logros alcanzados en el desarrollo del Plan Estratégico, tanto en los aspectos misionales como de apoyo a la comunidad. Por esto El Hospital Integrado San Bernardo implementa el programa de rendición de cuentas a la sociedad que posibilita la información oportuna de los resultados más importantes de la gestión del Hospital.

1.3.1 Precepto Constitucional de la Publicidad: El Precepto Constitucional de la Publicidad tiene como propósito dinamizar la participación ciudadana de modo que exista difusión al público interno y externo sobre la misión institucional y sobre los avances del mismo. Igualmente, la publicidad hace referencia a compartir la información que existe al interior con el exterior y de otra parte permite fortalecer el Programa de Rendición de Cuentas que debe ir articulado con el Programa Institucional que informa al público interno y externo sobre el trabajo de inspección realizado. El desarrollo del Programa Institucional, permite que la ESE Hospital Integrado San Bernardo se posicione institucionalmente y genere seguridad y confianza de los procesos que se adelantan. Así mismo se puede apoyar este Programa desarrollando propuestas alternas en medios escritos, radiales que posean terminologías sencillas y claras a fin de que logren llegar a toda la comunidad.

Por consiguiente los procesos de comunicación que se planteen deben ir articulados con estrategias publicitarias que lleguen directo al público, de modo que se garantice la divulgación y amplia circulación.

1.3.2 Concepto Comunicativo del Posicionamiento

El hablar de posicionamiento hace referencia a la visibilidad de la gestión realizada y esta se muestra entregando un trabajo coherente con la misión y visión del Hospital Integrado San Bernardo.

La comunicación hacia el exterior debe estar enfocada a hacer visible la gestión es decir mostrar cómo se está trabajando en el Hospital Integrado San Bernardo y los resultados obtenidos. Igualmente la comunicación tiene que ver con hacer visibles a cada uno de las personas quienes son responsables del trabajo de cada una de las áreas y de los resultados obtenidos.

El objetivo final del Posicionamiento Comunicativo es divulgar la información del Hospital Integrado San Bernardo sobre su funcionamiento, gestión y resultados, en forma eficiente y oportuna hacia los diferentes grupos de interés externo.

2. ESTRATEGIAS

2.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

2.1.1 Receptividad:

Estrategia: A través de diferentes mecanismos de diálogo se definirán políticas de escucha que serán el punto de referencia para establecer los elementos que definan los proyectos y planes a ejecutar en el Hospital Integrado San Bernardo

2.1.2. Actitud de servicio:

Estrategia: Por medio de programas de capacitación los funcionarios deben entender que debe existir un ambiente propositivo y proactivo que se logra solo si existe por parte del funcionario un trato amable y de respeto hacia los demás incluyendo a sus compañeros de trabajo en el ESE Hospital Integrado San Bernardo.

2.1.3. Visión compartida:

Estrategia: Mediante procesos de identificación interna y externa se podrán organizar estrategias comunicativas que permitan una conversación con sentido compartido que genere capacidad de diálogo y arroje excelentes resultados, por cuanto el mejoramiento de la calidad de vida de los residentes en Barbosa y zonas aledañas es nuestra gran finalidad.

2.1.4. Trabajo colaborativo:

Estrategia: Mediante campañas que involucren a un buen número de funcionarios sobre el compromiso con el Hospital y sobre su visión y Misión, se logra garantizar la calidad del Control y de esta manera se le cumple a la ciudad y a la comunidad.

2.2 COMUNICACIÓN INFORMATIVA

2.2.1 Sistematización de la Información:

Estrategia: Mediante el diseño e implementación de una amplia campaña de información sobre el trabajo que se adelanta y sobre sus resultados, se logra cumplir con la misión institucional que establece evaluar si la gestión de los sujetos de control, servidores públicos y particulares, han ejecutado conforme a las normas legales y los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad del Hospital Integrado San Bernardo.

2.2.2 Socialización de la Información:

Estrategia: El compartir la información fortalece la transparencia, para ello se hace necesario crear estrategias sencillas y efectivas que posicionen la imagen institucional del .Hospital

3. POLITICAS

3.1 PRIMERA POLITICA: "CARÁCTER ESTRATÉGICO DE LA COMUNICACIÓN"

El actual Plan Estratégico de Comunicaciones del Hospital Integrado San Bernardo, tiene como propósito institucionalizar la comunicación como un proceso estratégico transversal a su estructura organizacional, a sus prácticas informativas y a la manera como da cumplimiento al principio constitucional de publicidad y de Rendición de Cuentas a la sociedad. Este proceso de Comunicaciones es el eje organizacional estratégico de cualquier institución por cuanto permite cumplir con los objetivos y dar a conocer a la sociedad los resultados que se obtienen.

Así mismo el objetivo del Hospital Integrado San Bernardo, es permitir el logro de los fines misionales y la transparencia de su gestión, que se da a conocer por medio de diferentes procesos comunicativos de carácter estratégico orientados a fortalecer la participación ciudadana y la disposición organizacional para la apertura, la interlocución y la visibilidad. Por ello, las acciones comunicativas se realizaran de acuerdo con los parámetros que establezcan los procesos de comunicación y el Plan de Comunicaciones de la entidad.

Criterios:

2 El proceso de comunicación debe convertirse en un amplio mecanismo interno y externo que permita crear condiciones para la participación seria y responsable de los funcionarios y colaboradores que participan de la gestión y ejecución de las acciones tendientes al logro de los objetivos misionales.

3 El punto de partida técnico para lograr un buen resultado es la formulación del Plan Estratégico de Comunicaciones, que tiene como propósito brindar información de entrada sobre la situación de la comunicación en el Hospital Integrado San Bernardo referida a los tres grandes campos (comunicación organizacional, comunicación informativa y de Rendición de Cuentas).

6 Los Jefes y Directivos deberán mantener en forma constante y sistemática estrategias de comunicación internas y externas, para logar el logro de los objetivos misionales. Igualmente deberán generar estrategias de identidad cultural y acciones comunicativas que permitan hacer efectivas las políticas de comunicación del Hospital Integrado San Bernardo.

7 La Gestión Comunicacional del Hospital Integrado San Bernardo, debe ir enfocada de forma directa a posicionar la identidad corporativa y hacia la proyección de la Imagen Institucional.

8 Con el propósito de implementar el Plan Estratégico de Comunicaciones, se permitirán expedir actos administrativos a fin de proveer de recursos para implementar dichas estrategias.

3.2. SEGUNDA POLITICA: "LA COMUNICACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CONFIANZA"

La Gestión Comunicacional estará enfocada a la construcción de confianza hacia el Hospital Integrado San Bernardo en todos los públicos a través del fortalecimiento de la apertura, el diálogo y la visibilidad.

La Comunicación del Hospital Integrado San Bernardo, con los públicos internos y externos se realizará de acuerdo con los parámetros que defina el Plan de Comunicaciones,

Criterios:

6 El diálogo, la transparencia y la visibilización de las actuaciones que desarrolla el Hospital Integrado San Bernardo sobre la administración de los bienes y la gestión pública, son aspectos que generaran confianza en la comunidad.

7 La Rendición de Cuentas a la sociedad estará enmarcada en el sano propósito de la transparencia y la publicidad de los actos del administrador público, serán dados a conocer por los diferentes mecanismos de comunicación, de modo que se genere confianza y credibilidad.

8 La difusión y publicación de los resultados de la labor de inspección serán dados a conocer a la sociedad, con el fin de promover la participación y generar con ello relaciones de confianza y credibilidad.

9 Los mensajes que emitan las diferentes dependencias del Hospital Integrado San Bernardo, mantendrán coherencia con los postulados, y planteamientos estratégicos.

10 Defender y vigilar que el manejo de los recursos se haga con transparencia son dos de los aspectos relevantes para generar confianza en cada una de las actuaciones que realice en Ente Auditor.

3.3 TERCERA POLÍTICA: "PLAN DE COMUNICACIONES"

El Hospital Integrado San Bernardo tendrá como punto de referencia el "Plan de Comunicaciones", establecido para los públicos externos e internos.

El presente Plan de Comunicaciones, tiene como objetivo institucionalizar la comunicación en el Hospital Integrado San Bernardo, de modo que exista confianza por parte de la comunidad en la forma como se desarrollan los procesos internos, organizaciones y las prácticas informativas y la manera como se da cumplimiento al principio establecido que es la Rendición de Cuentas a la sociedad.

Criterios:

2 En el Hospital Integrado San Bernardo se formulará el Plan de Comunicaciones que establecerá los lineamientos, estrategias y procedimientos de la entidad en sus relaciones con los diferentes públicos con los que interactúa, a partir de las Políticas de Comunicación adoptadas por la misma.

3 En el Hospital Integrado San Bernardo existirá una Oficina de comunicaciones responsable de formular y coordinar el Plan de Comunicaciones; pero su ejecución se hará desde las diferentes áreas o dependencias según sus necesidades y proyectos comunicacionales y específicos.

4 Deberá existir un Comité de Comunicaciones encargado de adoptar, vigilar y evaluar el cumplimiento del Plan de Comunicaciones. Dicho Subcomité estará integrado por el Señor Gerente y por los encargados de las dependencias con atención al público interno y externo.

5 Las Entidades descentralizadas diseñaran sus propios Planes de Comunicaciones enmarcados en las Políticas de Comunicación adoptados por esta Directiva, considerando las necesidades propias de su naturaleza jurídica

3.4 CUARTA POLITICA: "LA INFORMACIÓN ES UN BIEN COLECTIVO"

Fomentar los trabajos que resulten de los procesos de información y darlos a conocer en todos los niveles, son aspectos de los procesos internos que debe desarrollar El Hospital Integrado San Bernardo, para lograr la difusión de la información de interés para los funcionarios. Esta debe ser de carácter permanente a través de los diferentes medios y espacios establecidos para ello y estará consignada en actas, memorias y formatos.

Siendo así, la información se convierte en un bien colectivo indispensable para el conocimiento de los procesos internos y la realización del trabajo, en El Hospital Integrado San Bernardo. Por consiguiente, se fomentará su producción y circulación fluida en todos los niveles, mediante la ejecución de un programa que garantice su adecuada socialización y retroalimentación de la información.

El Hospital Integrado San Bernardo dispondrá de todos los medios y espacios para difundir oficialmente y de manera oportuna toda la información que se desprenda de las diferentes dependencias y de los equipos auditores de manera oportuna, de modo que se puede erradicar la distorsión y los comentarios que no cuentan con ninguna clase de validez. De esta manera se fortalecerá el trabajo en equipo a través de un adecuado manejo de los recursos y métodos, y una clara definición de directrices, con lo cual se favorecerá la producción del conocimiento asociado al cumplimiento de la misión y permitirá dar a conocer los resultados de las Auditorias, para efectos de socializar la información ante la comunidad y los mismos funcionarios.

3.5. QUINTA POLITICA: "COMUNICACIÓN CON LOS CONTRATISTAS Y PROVEEDORES"

La igualdad, imparcialidad y transparencia son aspectos que deben enmarcar la Comunicación con los contratistas y proveedores del Hospital Integrado San Bernardo de modo que exista confianza entre el ente y la comunidad que les permita confiar sobre las actuaciones de la Entidad.

Criterios:

2 Se debe dar estricto cumplimiento al Decreto, que hace referencia a la normatividad de El Hospital Integrado San Bernardo, en donde se debe divulgar

en forma amplia y oportuna a través de todos los medios masivos de más amplia circulación, todas la información referente a las licitaciones y contrataciones.

3 Existe igualmente otro aspecto relevante en la comunicación con Contratistas y proveedores y es el contacto personal y directo con un área específica, que permite desarrollar un mejor desarrollo de lo institucional con la comunidad que finalmente orienta y satisface al ciudadano.

4 La información necesaria para la presentación de las diferentes propuestas y el desarrollo del principio de la selección objetiva, será dados a todos los contratistas sin distingo alguno.

5 Mediante los medios de Comunicación existentes de mayor circulación en el municipio se deberá comunicar a los oferentes y/o proponentes las razones técnicas, económicas y legales que conducen a la toma de decisiones de los procesos en lo referente lo extramural.

3.6. SEXTA POLÍTICA: "VOCERIAS INSTITUCIONALES"

El Hospital Integrado San Bernardo tendrá como vocero oficial de la información y de las noticias generadas en la institución ante los medios de comunicación al señor Gerente, quien es la cabeza visible o en su deferencia a la persona que delegue el Gerente. Así mismo es de recalcar que dichos pronunciamientos deben reflejar los valores, principios y misión de la entidad.

Criterios:

6 El Gerente deberá aprobar y autorizar los Boletines Oficiales de la Institución que se enviaran a los diferentes medios de Comunicación y comunidad en general.

7 Los pronunciamientos de carácter institucional, deben estar de acuerdo con la misión y visión de la organización, además se deben citar las fuentes originales de la información.

8 Toda comunicación deberá ser aprobada y autorizada por el Gerente.

9 Hablando de temas referentes a las Finanzas, Participación Ciudadana y Medio Ambiente entre otros, el señor Gerente tiene la potestad de delegar a un funcionario capacitado y conocedor del tema para que haga las declaraciones o rinda una entrevista ya sea a la comunidad o a los medios de comunicación.

10 Refiriéndose a comunicaciones de carácter interno y del manejo de personal, este compete al Secretario General del Hospital Integrado San Bernardo.

3.7. SEPTIMA POLÍTICA: "COMUNICACIÓN CON LA CIUDADANIA"

El acercamiento que realice El Hospital Integrado San Bernardo con la ciudadanía se hará en el marco del entendimiento de la administración pública como un servicio hacia la ciudadanía y en el ejercicio de los principios de transparencia que deben tener los actos de los servidores públicos.

Debe existir una Comunicación directa con la Ciudadanía, en donde se les informe sobre planes y programas. Así mismo a través de la Pedagogía Ciudadana, la sociedad en general y los miembros de las diferentes comunidades tendrán

interacción permanente con El Hospital Integrado San Bernardo y otras entidades públicas con el propósito de generar credibilidad y confianza en el cumplimiento de la misión institucional.

Criterios:

4 La Pedagogía Ciudadana sobre control se convierte en al principal herramienta para la permanente difusión y comprensión de las normas y el que hacer de la organización.

5 Mediante Foros, Talleres y Programas de Capacitación, los ciudadanos conocerán aspectos relevantes del manejo del Hospital Integrado San Bernardo, mediante la Oficina de SIAU, capacitará a líderes comunitarios y organizaciones civiles sobre los programas y planes. Para el desarrollo de estas capacitaciones se tendrá en cuenta las solicitudes de la comunidad, hechas a la entidad.

6 Con el apoyo de la Administración Municipal, se dictaran talleres de sensibilización en instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad, con el propósito de inculcar en la población estudiantil el interés por los asuntos de actividades extramurales.

7 Con el propósito de fortalecer el proceso de pedagogía ciudadana, El Hospital Integrado San Bernardo realizará constantemente textos pedagógicos, cuyos contenidos serán suministrados por las diferentes dependencias de la entidad.

ANEXO AO. MAPA DE PROCESOS HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO



GESTIÓN FINANCIERA

- APROBACIÓN Y ELABORACIÓN DE PRESUPUESTO
- EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS CDP Y RP
- INFORMES PRESUPUESTALES
- MODIFICACIÓN DE PRESUPUESTO
- ASIGNACIÓN Y FACTURACIÓN Y RECAUDO
- GESTIÓN DE COBRO
- DEPOSITO DE RECAUDOS
- CONTROL Y CUSTODIA DE DOCUMENTACIÓN
- CONSTITUCIÓN DE INVERSIONES TEMPORALES
- PAGOS
- CONSTITUCIÓN CONTROL Y REEMBOLSO DE CAJA MENOR
- REGISTRO DE HECHOS FINANCIEROS Y ECONÓMICOS
- GENERACIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS

MANTENIMIENTO Y RECUSOS BASICOS

- SELECCIÓN DE BIENES INSUMOS Y SERVICIOS
- PROGRAMACIÓN DE BIENES
- PROGRAMACIÓN DE ,MANTENIMIENTO
- ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
- ATENCIÓN A REQUERIMIENTOS DE MANTENIMIENTO
- RECEPCIÓN DE BIENES E INSUMOS Y SERVICIOS
- ALMACENAMIENTO
- DESPACHO DE BIENES Y SERVICIOS
- ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIO
- REALIZACIÓN DE INVENTARIO FÍSICO
- BAJAS A ELEMENTOS DEVOLUTIVOS
- EVALUACIÓN Y CONTROL DE SUMINISTROS
- EVALUACIÓN Y CONTROL A LOS SERVICIOS BÁSICOS Y MANTENIMIENTO

GESTIÓN DE INFORMACION

- IMAGEN INSTITUCIONAL
- ATENCIÓN A REQUERIMIENTOS DE SISTEMAS
- MANEJO DE CORRESPONDENCIA
- MANEJO DEL ARCHIVO GENERAL
- SIAU

- MANEJO DE ARCHIVO CLÍNICO
- GENERACIÓN Y EVALUACIÓN DE INDICADORES

PLANEACION ESTRATEGICA

- PLATAFORMA ESTRATÉGICA
- PLAN DE DESARROLLO
- PLAN DE INVERSION PROYECTOS
- SUPERVICION E INTERVENTORIA

CONTRATACION

- MINIMA CUANTIA SIN FORMALIDADES PLENAS
- MINIMA CUANTIA CON FORMALIDADES PLENAS
- LICITACIÓN PUBLICA
- DE SERVICIO DE LA IPS
- SUPERVICION E INTERVENTORIA

ASESORIA JURIDICA

- ELABORACION Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
- DEMANDAS
- ACCIONES DE TUTELAS POPULARES Y DE CUMPLIMIENTO
- DETECHOS DE PETICIÓN
- ACTOS ADMINISTRATIVOS
- SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

CONTROL DE GESTION

- AUDITORIA DE AREAS
- MERCADEO

PRESTACION DELSERVICIO

- URGENCIA:
  - PRECONSULTA
  - ATENCIION PY P
  - ATENCION MEDICA
  - OBSERVACION
  - PROTOCOLOS DE URGENCIAS

CONSULTA EXTERNA

- ATENCION DE CONSULTA
- PROTOCOLOS

LABORATORIO CLINICO

- ATENCION DE LABORATORIO CLINICO

- ODONTOLOGIA
- ATENCION A ODONTOLOGIA

HOSPITALIZACION

- ATENCION EN HOSPITALIZACION
- PROTOCOLOS

TRAMITES ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERIA

- PREGRAMACION DE HORARIOS
- NOVEDADES
- REGISTROS DE ENFERMEDADES
- CUMPLIMIJENTO DE ORDENES MEDICAS
- MANEJO DE PERTENCNECIA S DEL USUARIO
- SOLICITUD Y RECEPCION DE EXAMENES MEDICOS
- DPTACION Y USO Y CONTROL DEL CARRO DE PARO
- ENTREGA DE TURNO