



**INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE  
CONTROL INTERNO:  
Noviembre 2018 – Febrero 2019**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011

**OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN**

*Marzo del 2019*



**Alcaldía de Medellín**

Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN .....	5
2.1. 7ª Dimensión: Control Interno.....	6
3. METODOLOGIA.....	7
4. RESULTADO Noviembre 2018 – Febrero 2019 .....	7
4.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL .....	9
4.1.1. Compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público .....	9
4.1.2. Gestión Estratégica del Talento Humano (capacitación, evaluación y calidad de vida laboral) .....	9
4.1.3. Niveles de responsabilidad y autoridad.....	12
4.1.4. Estructura de procesos (esquema de operación).....	13
4.1.5. Gestión del conocimiento y la innovación .....	14
4.1.6. Comité de Coordinación de Control Interno .....	15
4.2. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.....	15
4.2.1. Política de Administración de Riesgos.....	15
4.2.2. Identificación y valoración de riesgos (Incluye oportunidades) .....	15
4.3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.....	16
4.3.1. Plan estratégico, Planes Operativos y de Acción.....	16
4.3.2. Políticas de operación y procedimientos.....	18
4.3.3. Seguimiento al desempeño de los procesos .....	18
4.4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	19
4.4.1. Comunicación interna .....	19
4.4.2. Comunicación con los públicos de valor .....	21
4.4.3. Gestión documental.....	25
4.4.4. Rendición de cuentas y transparencia.....	27
4.5. 3.5 COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO .....	27
4.6. 3.5.1 Auditoría Interna (Evaluación Independiente).....	27
4.7. Planes de mejoramiento .....	27

## 1. INTRODUCCIÓN

El informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno cuatrimestral surge en el **artículo 9 de la ley 1474 de 2011**. "El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.

Con el fin de dar cumplimiento al artículo mencionado, la Oficina de Control Interno y Evaluación de la ESE Metrosalud, a través de un ejercicio permanente de seguimiento a la gestión institucional, consolida de manera cuatrimestral el Informe Pormenorizado de Control Interno, el cual se desarrolla según el Modelo Estándar de Control Interno MECI.

El Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 el cual modifica el decreto 1083 de 2015 y en su artículo 2º establece: Artículo 2.2.23.2 Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a los que hace referencia el artículo 5º de la Ley 87 de 1993.

El Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, dentro de su 7ª dimensión (Control Interno), describe la nueva estructura del MECI, señalando que ésta nueva versión "busca una alineación a las buenas prácticas de control interno referenciadas desde el modelo COSO" y por tanto, se fundamenta en los cinco componentes que propone este estándar internacional:

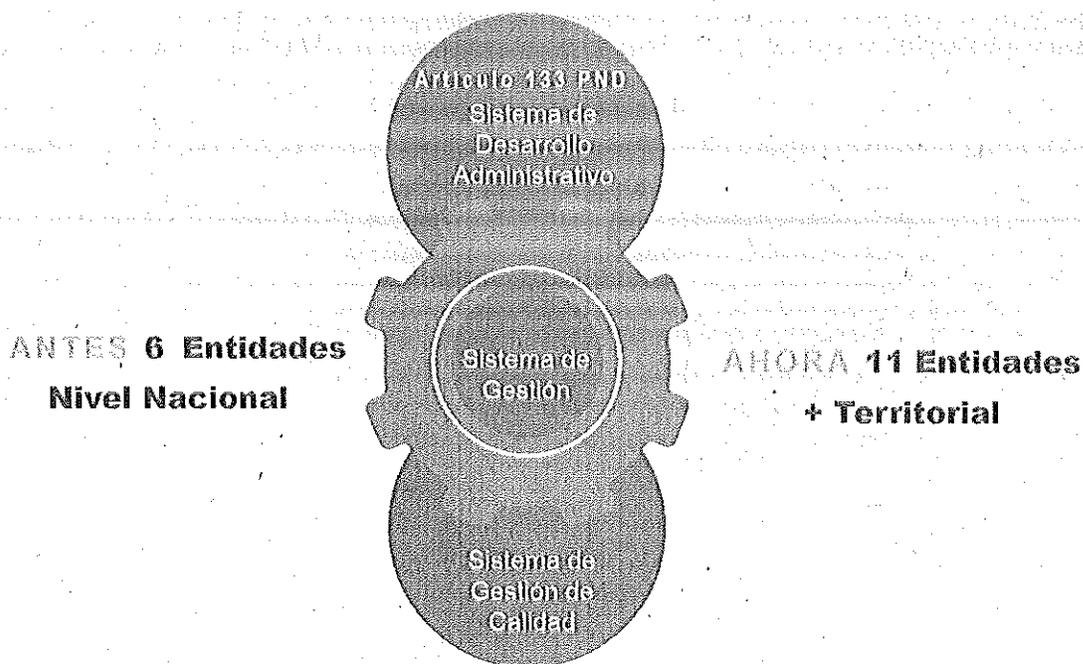
1. Ambiente de Control,
2. Administración del Riesgo,
3. Actividades de control,
4. Información y Comunicación y
5. Actividades de Monitoreo.

La Ilustración N° 1, muestra el modelo actualizado MECI, el cual contiene además, un esquema de asignación de responsabilidades y roles para el control en toda la Entidad, a través de cuatro líneas de defensa:

- Línea Estratégica: Alta Dirección y el equipo directivo.
- Primera Línea: Líderes y Gerentes Públicos
- Segunda Línea: Jefes de planeación o servidores responsables del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo
- Tercera Línea: Oficina de Control Interno



## 2. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)



MIPG se actualiza en el manual operativo V2 de agosto de 2018 en esta versión se pasa de 10 a 11 entidades incluyendo el Ministerio de Justicia y pasa de 16 políticas a 17 incluyendo la Política de Mejora Normativa.

 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

 MINHACIENDA

 MINTIC

 MINJUSTICIA

 DNP

 DANE

 FUNCIÓN PÚBLICA





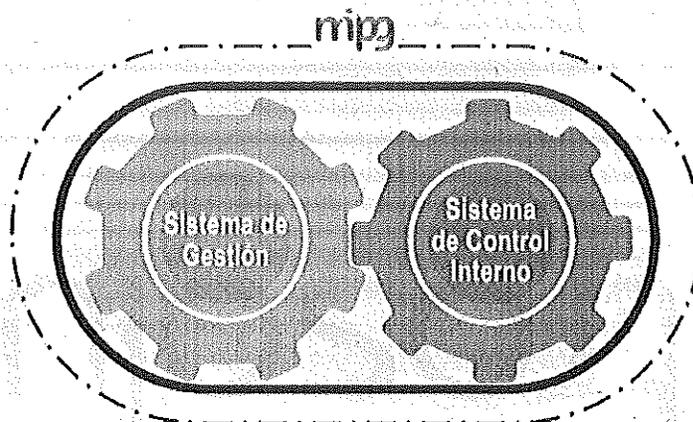




### 11 Entidades | 17 Políticas

1. Planeación Institucional
2. Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público
3. Talento Humano
4. Integridad
5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Gestión documental
11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
12. Seguridad Digital
13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento y la innovación
15. Control interno
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
17. Mejora Normativa

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema Único de Gestión se debe articular con el **Sistema de Control Interno**; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.



## 2.1. Séptima (7ª). Dimensión: Control Interno

MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

### Alcance de esta Dimensión

La séptima dimensión de MIPG, el Control Interno, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018). Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG y se desarrolla en detalle en el Manual Operativo.

El desarrollo de esta dimensión impacta las demás dimensiones de MIPG y tiene en cuenta los lineamientos de la política de:

- Control Interno

Con esta dimensión, y la implementación de la política que la integra, se logra cumplir el objetivo de MIPG "Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".

### 3. METODOLOGIA

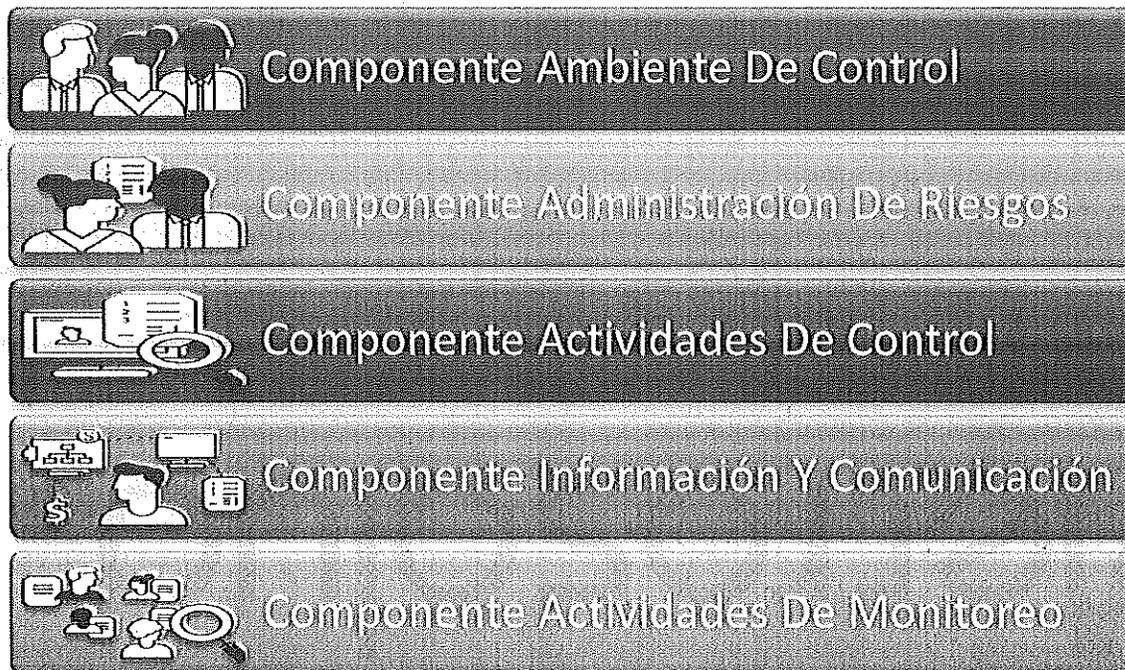
Para la elaboración del Informe Pormenorizado de Control Interno (Noviembre 2018 – Febrero 2019), el equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno y Evaluación tuvo en cuenta los siguientes insumos:

- Resultados de auditorías y seguimientos que la Oficina de Control Interno y Evaluación desarrolló dentro del periodo.
- Los Resultados de los autodiagnósticos realizados por los diferentes líderes y presentados a la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional,
- Los informes de rendición de cuentas que realizaban las diferentes dependencias cada dos meses ante el gerente.

### 4. RESULTADO Noviembre 2018 – Febrero 2019

RESULTADO DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS INSTITUCIONALES 2018			
DIMENSIÓN	POLÍTICA / ESTRATEGIA	Calificación	Resultado ponderado
1. TALENTO HUMANO	GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO	78%	5%
	GESTIÓN CÓDIGO DE INTEGRIDAD	8%	1%
2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	GESTIÓN POLÍTICA DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN	88%	6%
	GESTIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN	89%	6%
3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	GESTIÓN PRESUPUESTAL	98%	7%
	GESTIÓN POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL	45%	3%
	GESTIÓN POLÍTICA DEFENSA JURÍDICA	76%	5%
	SERVICIO AL CIUDADANO	79%	5%
	GESTIÓN TRÁMITES	66%	4%
	GESTIÓN POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	79%	5%
4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	80%	5%
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	89%	6%
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	72%	5%
	GESTIÓN POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	74%	5%
7. CONTROL INTERNO	GESTIÓN POLÍTICA DE CONTROL INTERNO	93%	6%
<b>RESULTADO TOTAL</b>			<b>74,1%</b>

Con esta información se analizaron los resultados de los diferentes componentes para hacer una descripción de los avances y oportunidades de mejora:



Estos componentes se fortalecen con la OPERATIVIDAD DE LAS TRES LÍNEAS DE DEFENSA

**LINEA ESTRATÉGICA:** Define el marco general para la gestión del riesgo y el control a cargo de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

### 1ª. Línea de Defensa

- A cargo de los Gerentes públicos y líderes de procesos o gerentes operativos de programas y proyectos de la entidad
- La gestión operacional se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.

### 2ª. Línea de Defensa

- A cargo de servidores con responsabilidades de monitoreo y evaluación de controles y riesgos: Jefes de planeación, supervisores, interventores, coordinadores de otros sistemas.
- Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente

### 3ª. Línea de Defensa

- A cargo de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quién haga sus veces
- Proporciona información sobre la efectividad del SCL, la operación de la 1ª y 2ª Línea de defensa con un enfoque basado en riesgos.

#### 4.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

##### 4.1.1. Compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público

Resultado del autodiagnóstico DE GESTIÓN CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Puntaje	Nivel	Color	Resultado
0 - 20	1		8,1%
21 - 40	2		
41 - 60	3		
61 - 80	4		
81 - 100	5		

La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público; el área de Talento Humano realizó el autodiagnóstico para lo cual formuló un plan de mejora con las siguientes actividades:

- Conformar equipo de trabajo responsable de la implementación del código de integridad.
- Realizar diagnóstico actual de integridad aplicando caja de herramientas definidas por el DAFP.
- Formular el código de integridad
- Formular el plan para el despliegue del código de integridad
- Sensibilizar y desplegar el código de integridad.

Es importante tener en cuenta que la entidad en periodos anteriores había documentado el Código de Ética y Buen Gobierno V5 de 2017 que esta publicado desde Noviembre de 2017 en la intranet, donde se identifican 49 Políticas, las cual están en proceso revisión.

##### 4.1.2. Gestión Estratégica del Talento Humano (capacitación, evaluación y calidad de vida laboral)

PLANTA DE CARGOS ESE METROSALUD A DICIEMBRE DE 2018

	Nº DE PLAZAS DISPONIBLES	Nº DE PLAZAS OCUPADAS	VACANTES
PLANTA ORDINARIA	1851	1752	99
PLANTA TEMPORAL	425	412	13
TOTAL	2276	2164	112

Fuente: dirección de Talento Humano

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	95%
-------------------------	-----

Tipo Nombramiento

NIVEL	CARRERA ADMINISTRATIVA	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	PERIODO FIJO	PROVISIONALES	TEMPORALES	TRABAJADORES OFICIALES	Total Tipo de Nombramiento
ASESOR	1	1					2
ASISTENCIAL	283			484	214		981
DIRECTIVO	2	13	2				17
PROFESIONAL	351	1		329	157		838
TECNICO	55			77	41		173
TRABAJADOR						154	154
Total	692	15	2	890	412	154	2165

Fuente: dirección de Talento Humano

CONSOLIDADO RELACIÓN NÚMERO DE PERSONAL RESPORTADO

NIVEL	NUMERO DE VACANTES REPORTADAS	QUEDARON EN LISTA DE ELEGIBLES	NUMERO DE VACANTES QUE PASARON	NUMERO DE SERVIDORES DE LA ESE PLANTA ORDINARIA	NUMERO DE SERVIDORES DE LA ESE DE LA PLANTA TEMPORAL	NUMERO DE SERVIDORES NUEVOS	CARGOS DESIERTOS
PROFESIONAL	352	818	308	114	28	163	44
ASISTENCIAL	421	465	340	175	25	140	81
TECNICOS	84	111	75	31	9	35	9
TOTAL	857	1394	723	320	62	338	134

**Criterios Convocatoria 426**

La ESE Metrosalud se ha ido preparando frente a la convocatoria 426 y definió los criterios para la desvinculación y retención.

- **CRITERIOS DE DESVINCULACION ORIGINADOS CONVOCATORIA 426 DE 2016- CNSC**

Los Servidores que se encontraban nombrados en provisionalidad al momento de la Oferta Pública de Empleo de 2016 de la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) y que no quedaron dentro de la Oferta de la lista de elegibles y los que no se presentaron a la convocatoria, son los que entregan la plaza al momento del nombramiento de acuerdo a la lista de elegibles.

Los Servidores que cumplen con los requisitos de edad y tiempo de semanas colizadas para pensión.

▪ **CRITERIOS DE RETENCIÓN CONVOCATORIA 426 DE 2016- CNSC**

Atendiendo a la Jurisprudencia y a la normatividad, la entidad ha tenido en cuenta los siguientes criterios de retención con el fin de proteger hasta el último momento a los Servidores que se encuentran en situaciones de Pre pensionables, embarazo, padres o madres cabeza de familia, limitados físicos, psíquicos o sensoriales.

Disponer de las vacantes existentes de acuerdo a lineamientos de la Administración.

Los Servidores que se encuentren en situación de pre pensionalidad, embarazo, licencia de maternidad y reubicados por enfermedad profesional, estos se dejarán para desvincular como última opción, agotando el listado del personal provisional vinculado a la fecha de la OPEC.

Los Servidores que son padres o madres cabeza de familia, previa declaración al momento de la OPEC, se protegerán de acuerdo al parámetro utilizado en el punto dos.

Se analizó la situación del personal en provisionalidad interina, toda vez que permitía cubrir al personal que quedó en lista de elegibles, de acuerdo al cargo para el que se nombró inicialmente al momento de la provisionalidad, es decir que dicha provisionalidad duraría hasta el momento que se terminará el encargo del titular.

Los Servidores que se encuentran en encargo y no pasaron el concurso serán devueltos a sus cargos originales con el fin de liberar los empleos que se requieren para garantizar la protección de los Servidores con las calidades anteriormente descritas, adicionalmente para cubrir la lista de

**Capacitación**

Proyecto. Desarrollo de las competencias del talento humano

Total inversión en Capacitación acumulado: (Valor horas con Factor Prestacional, inversión presupuestal, espacios \$1.224.105.186,95)

INFORME GENERAL CAPACITACION AÑO 2018			
INVERSION PRESUPUESTAL	TOTAL VALOR HORAS CAPACITACION CON FACTOR PRESTACIONAL	VALOR PROMEDIO AUDITORIO	TOTAL INVERSION CAPACITACION
68.620.196	1.154.473.513	1.011.478	1.224.105.187

La empresa realizó 87 Eventos de capacitación con una asistencia de 1.746

Servidores beneficiados: 949

Se invirtieron un total de 55.456 horas de Capacitación

Presupuesto ejecutado a diciembre 31: \$73.340.570

En este periodo se puede evidenciar que los servidores que se vincularon a la ESE Metrosalud recibieron la inducción según el procedimiento establecido. Se ha realizado Inducción Virtual y Recepción Corporativa a 157 servidores de enero a diciembre de 2018

### Gestionar el desempeño laboral

Informe institucional de medición de adherencia a la gestión del desempeño elaborado

Resultado consolidado autoevaluación de adherencia año 2018

ADHERENCIA I SEMESTRE	ADHERENCIA II SEMESTRE	% TOTAL PROMEDIO AUTO EVALUACIÓN ADHERENCIA GDL
74	80	77
72	81	76
73	81	77

Este resultado de 77% es Aceptable en la escala con enfoque de acreditación

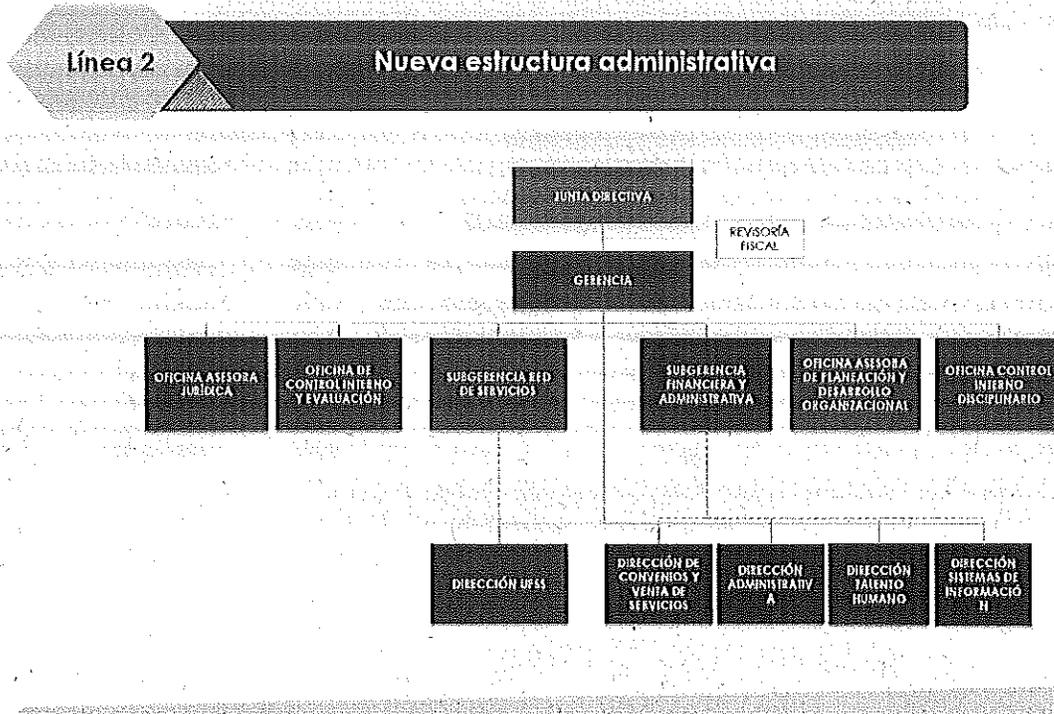
### Proyecto. Desarrollo Integral y Calidad de vida de los servidores

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada
Cobertura acumulada del componente de Calidad de Vida Laboral	3,5%	4%
Proporción de cumplimiento de las actividades del componente de Calidad de Vida Laboral	10%	10%
Cobertura del Proyecto de Humanización SS	1%	1,8%
Cobertura del Programa de Cultura Organizacional	18,3%	8%
Porcentaje de Satisfacción del Cliente Interno	84%	66,7%

La empresa ejecuto de (ENERO-DICIEMBRE) un valor de \$1.803.920.319

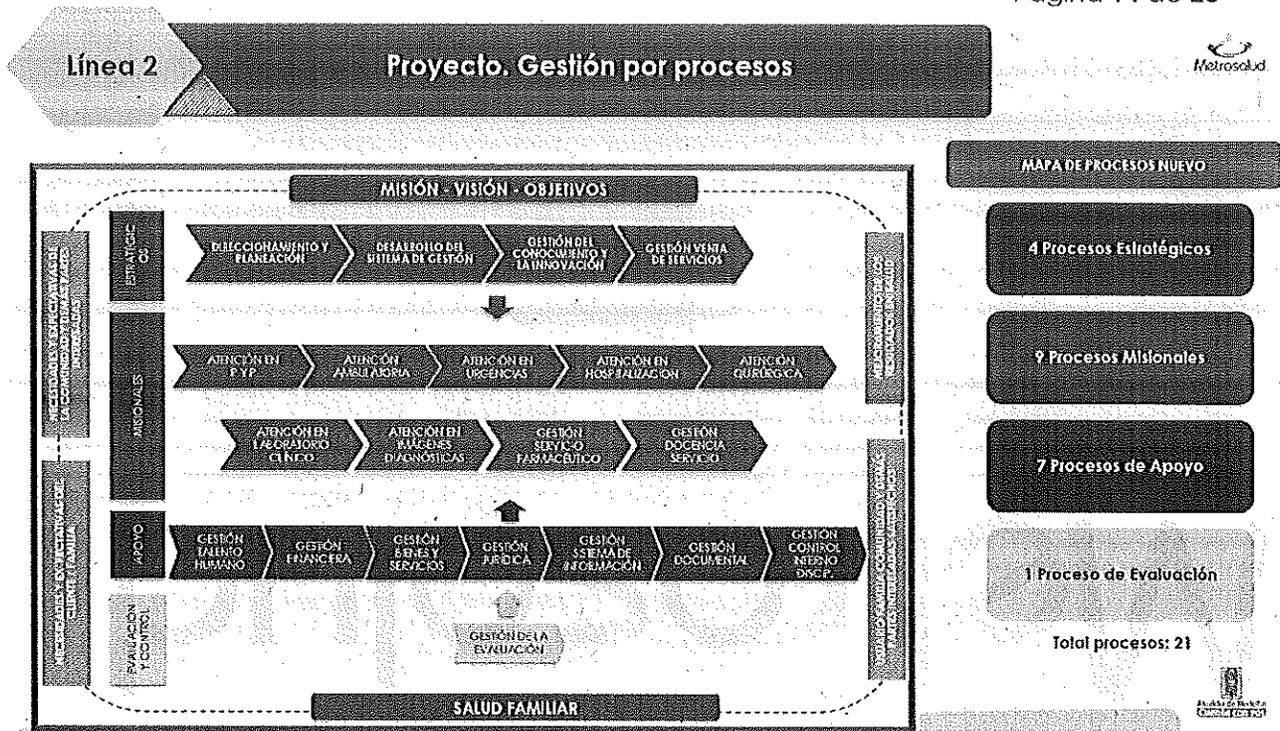
#### 4.1.3. Niveles de responsabilidad y autoridad

En el presente periodo de evaluación se realizaron algunos cambios a la Estructura Organizacional; quedando así:



#### 4.1.4. Estructura de procesos (esquema de operación)

A finales del año 2018 la gerencia presentó a la junta directiva la Propuesta para modificar la estructura de procesos quedando así:



#### 4.1.5. Gestión del conocimiento y la innovación

##### Proyecto: Desarrollo de Redes del Conocimiento

Con la estrategia de los despliegues institucionales la empresa realizó 22 actividades de Despliegue y evaluación de conocimiento en temas institucionales en los siguientes temas:

- PLAN DE ACCIÓN 2018
- GESTION DEL DESEMPEÑO LABORAL
- PLAN ANTICORRUPCION
- CÓDIGO ÚNICO DISCIPLINARIO
- DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y ESCUCHA ACTIVA
- MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
- PLAN DE COMUNICACIONES
- PAMEC - GESTIÓN CICLOS DE MEJORAMIENTO
- HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- SARLAFT
- SIGO
- DERECHO DE PETICIÓN
- SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
- PLAN DE EMERGENCIAS

- FARMACO Y TECNOVIGILANCIA
- GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS
- GESTIÓN POR PROCESOS
- SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
- GESTIÓN DE RIESGOS
- ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
- CULTURA ORGANIZACIONAL

#### 4.1.6. Comité de Coordinación de Control Interno

El Comité de Coordinación de Control Interno, se actualizó con la resolución 1419 del 19 de diciembre de 2018 y realizó seis (6) reuniones durante la vigencia 2018.

En el AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN POLÍTICA DE CONTROL INTERNO se identificó un cumplimiento del 92,7%, encontrando que los elementos que registran más oportunidades de mejora son:

- Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control con el 74%
- Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) con el 77,5%.
- Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) con el 84%

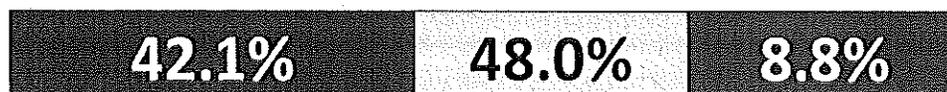
#### 4.2. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

##### 4.2.1. Política de Administración de Riesgos

La Política de Riesgos de la ESE Metrosalud, fue actualizada, revisada y aprobada por el Comité de Coordinación de Control Interno y ha sido debidamente difundida a través de la Intranet y otros medios institucionales.

##### 4.2.2. Identificación y valoración de riesgos (Incluye oportunidades)

CUMPLIMIENTO ACUMULADO PIR 2018:



Unidad Administrativa	Cumplimiento
Of. Asesora Jurídica	80%
Gerencia	56%
Grupo Apoyo Comunicaciones	62%

Unidad Administrativa	Cumplimiento
Control Interno Disciplinario	50%
Control Interno y evaluación	74%
Dirección Administrativa	96%
Dirección Sistemas de Información	33%*
Convenios y venta servicios	79%
Planeación y Desarrollo Organizacional	67%
Subgerencia Administrativa y Financiera	83%
Sub Red de Servicios	44%*
Talento Humano	42%

Unidad Administrativa	Cumplimiento
UPSS Belen	62.1%
UPSS Castilla	57.8%
UPSS Doce Octubre	57.9%
UPSS Manrique	61.7%
UPSS Nuevo Occidente	46.5%
UPSS San Antonio	50.4%
UPSS San Cristóbal	51.7%
UPSS San Javier	65.2%
UPSS Santa Cruz	53.4%
UPSS Buenos Aires	29.2%

### 4.3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

#### 4.3.1. Plan estratégico, Planes Operativos y de Acción

De acuerdo al informe de seguimiento al Plan de Gestión se encuentra que en el año 2018 alcanzó una calificación de 4,05 que lo cataloga como satisfactorio.

Cumplimiento del Plan de Acción 2018

Dependencia	% Cump. PAA2018	% Cump. Tablero Indicadores	% Cump. Por dependencia
Subgerencia de Red	97,91%	83,87%	90,89%
Subgerencia Administrativa y Financiera	97,49%	89,17%	93,33%
Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	94,11%	85,36%	89,73%
Oficina de Mercadeo y Negocios Institucionales	98,85%	87,24%	93,05%
Oficina Jurídica	99,04%	87,22%	93,13%
Oficina de Procesos Disciplinarios	98,82%	87,72%	93,27%
Dirección de Talento Humano	99,31%	88,82%	94,07%
Dirección de Sistemas de Información	96,72%	88,36%	92,54%
Dirección Administrativa	98,85%	88,52%	93,69%
Grupo de comunicaciones	99,04%	86,77%	92,91%
Oficina de Control Interno y Evaluación	99,38%	86,70%	93,04%
<b>Cumplimiento Global Plan Empresa</b>	<b>96,90%</b>	<b>90,45%</b>	<b>93,68%</b>

UPSS	% Cump. PAA2018	% Cump. Tablero indicadores	% Cump. Por UPSS
UPSS Belén	99,25%	85,34%	92,30%
UPSS Buenos Aires	100,00%	86,11%	93,06%
UPSS Castilla	97,41%	86,52%	91,97%
UPSS Doce de Octubre	100,00%	86,01%	93,01%
UPSS Manrique	99,59%	87,76%	93,68%
UPSS Nuevo Occidente	99,58%	83,96%	91,77%
UPSS San Antonio de Prado	98,22%	83,54%	90,88%
UPSS San Cristobal	97,16%	83,51%	90,34%
UPSS San Javier	98,22%	86,83%	92,53%
UPSS Santa Cruz	98,48%	87,02%	92,75%

Plan Operativo Anual de Inversiones ejecución año 2018

Detalle Rubro	Inicial 2018	Definitivo 2018	Ejecución por compromisos	Ejecución por pago + obligaciones		
<b>Línea 1</b>	<b>4.022.271.500</b>	<b>3.608.788.730</b>	<b>3.342.504.292</b>	<b>92,6%</b>	<b>2.982.782.224</b>	<b>82,7%</b>
Fortalecimiento de la prestación de Servicios de la Red de Metrosalud	4.022.271.500	3.608.788.730	3.342.504.292	92,6%	2.982.782.224	82,7%
<b>Línea 2</b>	<b>81.330.900</b>	<b>114.240.000</b>	<b>114.240.000</b>	<b>100,0%</b>	<b>114.240.000</b>	<b>100,0%</b>
Fortalecimiento del Desarrollo Organizacional (Incluye el proyecto de fortalecimiento de la cultura organizacional)	81.330.900	114.240.000	114.240.000	100,0%	114.240.000	100,0%
<b>Línea 3</b>	<b>2.168.722.269</b>	<b>27.243.893.673</b>	<b>27.001.137.764</b>	<b>99,1%</b>	<b>26.807.316.806</b>	<b>98,4%</b>
Implementación NIF	70.000.000	0	0	0,0%	0	0,0%
Reposición UH Buenos Aires	916.620.790	24.972.399.283	24.972.399.283	100,0%	24.782.218.692	99,2%
Dotación de la red Hospitalaria	1.182.101.479	2.271.494.390	2.028.738.481	89,3%	2.025.098.114	89,2%
<b>Línea 4</b>	<b>1.101.800.000</b>	<b>1.703.012.939</b>	<b>1.637.142.233</b>	<b>96,1%</b>	<b>1.635.991.401</b>	<b>96,1%</b>
Gestión de la Tecnología y la Información	971.800.000	1.615.146.400	1.564.084.871	96,8%	1.564.084.871	96,8%
Desarrollo de Redes del Conocimiento	30.000.000	16.000.000	3.500.000	21,9%	3.500.000	21,9%
Gestión de la Comunicación Organizacional	100.000.000	71.866.539	69.557.362	96,8%	68.406.530	95,2%
<b>Línea 5</b>	<b>2.190.636.683</b>	<b>1.966.813.938</b>	<b>1.949.165.214</b>	<b>99,1%</b>	<b>1.939.338.929</b>	<b>98,6%</b>
Formación y Capacitación del Talento Humano	127.327.149	85.754.848	73.340.570	85,5%	66.253.105	77,3%
Desarrollo Integral y calidad de vida de los servidores	2.063.309.534	1.881.059.090	1.875.824.644	99,7%	1.873.085.824	99,6%
<b>Total Gastos de Inversión</b>	<b>9.664.761.352</b>	<b>34.636.749.280</b>	<b>34.044.189.503</b>	<b>98,3%</b>	<b>33.479.669.360</b>	<b>96,7%</b>

#### 4.3.2. Políticas de operación y procedimientos

Todas las Políticas de Operación de la Entidad, son plasmadas y difundidas a través de Normas Internas, Procedimientos y Manuales. Estos documentos están en permanente cambio de acuerdo a las necesidades particulares de los procesos y los requerimientos de normativa legal y técnica.

Para este periodo de evaluación, se realizaron numerosas modificaciones a los documentos relacionados a las políticas de operación (procedimientos, normas y formatos), toda vez que Proyecto Gestión por procesos se identificó un logro importante centrado en el fortalecimiento de la cultura de gestión por procesos a través de la estandarización de 57 documentos que responden al nuevo mapa de procesos aprobado por la Junta Directiva.

#### 4.3.3. Seguimiento al desempeño de los procesos

Los jefes de las diferentes áreas o dependencias realizaron cada dos meses la rendición del los indicadores del plan de acción donde se mide el cumplimiento de las metas con el siguiente resultado:

% Cumplimiento Tablero de Indicadores por Unidad Administrativa	% Cumplimiento B3 Acumulado
Gerencia	100,00%
Subgerencia de Red	83,76%
Subgerencia Administrativa y Financiera	88,98%
Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	85,11%
Oficina de Mercadeo y Negocios Institucionales	87,01%
Oficina Jurídica	86,99%
Oficina de Procesos Disciplinarios	87,50%
Dirección de Talento Humano	88,61%
Dirección de Sistemas de Información	88,16%
Dirección Administrativa	88,34%
Grupo de comunicaciones	86,53%
Oficina de Control Interno y Evaluación	86,45%

#### 4.4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

##### 4.4.1. Comunicación Interna

La Oficina de Comunicaciones, buscando fortalecer la comunicación interna dentro de la Entidad, realizó numerosas actividades en el año 2018.

El cumplimiento del programa 8: Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación fue del 86,5% y el plan de comunicaciones se cumplió en un 90,37%.

Proyecto. Comunicación organizacional para el mejoramiento

Tablero de indicadores:

Nombre Indicador	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Nivel de satisfacción con la comunicación Interna	75%	76%	100%
Oportunidad en la atención de solicitudes de comunicación organizacional	85%	90%	100%
% de adherencia a la lista de chequeo gerencia de la información Ronda de Seguridad Comité de Gerencia	85%	80%	94%

Nombre indicador	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Evaluación de conocimiento de los despliegues y de la comunicación organizacional	90%	86%	96%
% Cumplimiento Componente 5 Transparencia y Acceso a la Información	85%	64%	75%
% De cumplimiento de las estrategias de IEC implementadas	100%	75%	75%
Oportunidad en la atención a medios y manifestaciones por redes sociales	95%	77%	81%

Proyecto. Desarrollo de redes del conocimiento

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Nivel de conocimiento de la comunicación institucional	80%	68%	85%
Cobertura medios de comunicación institucionales	80%	67,6%	84,5%
Cumplimiento ejecución Plan de Comunicaciones	95%	85,9	90,3%
			86,62%

Nivel conocimiento de la comunicación institucional

Pregunta	Respuestas correctas	% respuestas correctas
De acuerdo con información publicada en el boletín L@tidos, el resultado de medición de percepción de la gestión ética de Metrosalud fue de:	1.351	85%
Durante el mes de noviembre se realizaron las elecciones del representante de los servidores ante el Comité de Convivencia y de los representantes de la Asociación de Usuarios	401	25%
Los Mailmaster de la Oficina de Control Interno Disciplinario en el último bimestre fueron acerca de:	1.095	69%

Pregunta	Respuestas correctas	% respuestas correctas
De acuerdo con información publicada en los Mailmaster, el horario de visitas en hospitalización es:	1.446	91%
En octubre se envió un Mailmaster para promover el uso del Sevenet ¿qué contenía este mensaje?	1.214	76%
<b>Calificación final</b>		<b>68%</b>

En la vigencia se identifican los siguientes logros

- La formulación de un Modelo de comunicación efectiva que establece los lineamientos para la comunicación interna, externa y la comunicación entre personal asistencial, paciente y familia. Ruta de trabajo alineado con cultura y humanización y acorde con estándares de acreditación.
- La adherencia gradual a la dinámica de los despliegues y guiones de información.
- Reemplazo de la señalización vieja: falta mucho pero ya empezamos.
- Adquisición de la herramienta de correo masivo.
- Mejor manejo y aprovechamiento plataforma Moodle.
- Cambio de cargo de auxiliar a técnico comunicaciones.

#### 4.4.2. Comunicación con los públicos de valor

##### Atención de PQRS y Satisfacción de los grupos de valor

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, se tuvieron en cuenta las fuentes de información generadas a través de los diferentes medios utilizados por la Entidad para recibir las quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y peticiones, a saber: Buzones de sugerencias en los puntos de la red, página web, línea de atención, aplicativo SAFIX.

La ESE Metrosalud en cumplimiento de sus responsabilidades frente al proceso SIAU, desarrollo el procedimiento de escucha activa el cual orienta con los siguientes procedimientos:

- IN1422010114 APLICACION ENCUESTA A SATISFACCIÓN V1 2014
- PR142301 ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN USUARIO V2 2013.
- PR1420101 DEFINIR ESPACIOS MECANISMOS PARTICIPACIÓN SOCIAL USUARIO Y FAMILIA V2 2013
- PR142201 ESCUCHA ACTIVA V5 2017.pdf

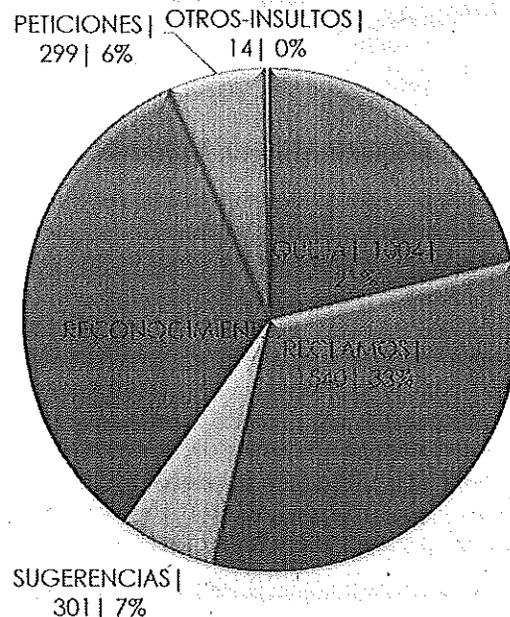
Con estos procedimientos se busca dar respuesta de manera oportuna a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

Para la ejecución de lo anterior, la oficina de Atención al Usuario cuenta con trabajadoras sociales en todas las unidades hospitalarias y puntos de atención al usuario.

En la entidad se registraron en el aplicativo durante el año 2018 un total de 5.876 manifestaciones, de éstas 1.146 son orientaciones las cuales son excluidas del informe porque este criterio no está contemplado en la norma y lo que hace es distorsionar la información, pues en informes anteriores se había planteado que las "Orientaciones" no deben ser reportadas en el aplicativo; por esa razón para el análisis se excluyen quedando un total de 4.730 manifestaciones que son clasificadas según los criterios que establece la ley.

TIPO DE MANIFESTACIÓN	Nº	%
QUEJA	1.004	21,2%
RECLAMOS	1.540	32,6%
SUGERENCIAS	301	6,4%
RECONOCIMIENTOS	1.572	33,2%
PETICIONES	299	6,3%
OTROS-INSULTOS	14	0,3%
<b>TOTALES</b>	<b>4.730</b>	<b>100%</b>

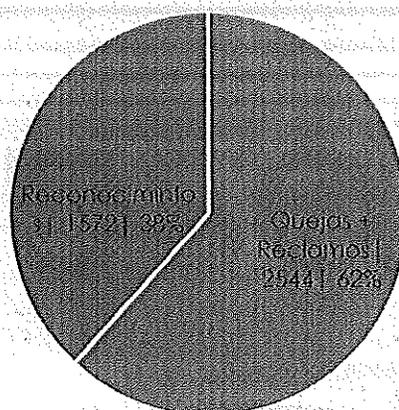
TIPO DE MANIFESTACIÓN - AÑO 2018



Es importante resaltar que los usuarios realizaron 1172 reconocimientos a los servidores y la institución en general, exaltando la labor que se desarrolla.

Comparando las quejas más los reclamos reportados frente a los reconocimientos nos da la siguiente relación:

Comparativo (Quejas, Reclamos) Vs Reconocimientos



Cuadro comparativo por Unidad.

Criterio	Sacatin	Buenos Aires	Belen	Castilla	12 de Octubre	Manrique	Nuevo Occidente	San Cristóbal	San Javier	San Antonio	Santa Cruz
Nº de Quejas 2018	2	40	23	83	83	208	56	38	128	96	148
Nº de Reclamos 2018	296	81	18	172	213	262	41	66	123	80	84
Nº de quejas Relacionadas con el Trato Recibido	2	17	14	57	56	142	39	26	84	13	61
% Quejas Relacionadas con el Trato Recibido	100%	43%	61%	69%	67%	68%	70%	68%	66%	14%	41%
Nº de Quejas Sin Respuesta	1	5	5	0	0	1	5	4	0	0	1
Nº de Reclamos Sin Respuesta	6	1	1	0	0	3	2	2	0	0	1

Comunicación Externa

El área de comunicaciones realizó una serie de actividades, orientadas a fortalecer la comunicación con los diferentes grupos de interés relacionados a la Entidad, se encuentran:

- Mejoramiento de las carteleras



- Se mejoró el diseño en la página web y se publican las diferentes noticias para que la comunidad se mantenga informada.



#### 4.4.3. Gestión documental

##### Proyecto. Fortalecimiento de la gestión documental

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Informe de volumen actual y proyección de crecimiento de documentos a digitalizar elaborado	2	2	100%
TRD Actualizada	100%	100%	100%
TVD Actualizada	100%	100%	100%
Plan Institucional de Archivos Programa de Gestión Documental	9	5.2	57%
Archivos físicos de la entidad dotados	1	1	100%
Proceso y/o procedimiento de gestión documental redefinido	1	1	100%

El responsable del procedimiento de Gestión Documental viene adelantando acciones a fin de mejorar y corregir los incumplimientos reportados a través de las auditorías y seguimientos realizados en periodos anteriores.

ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS ARCHIVISTICOS PARA LA ESE METROSALUD  
Cumplimiento de Ley 594 de 2000 - Decreto 2609 de 2012 – Decreto 1080 de 2015.

Los Instrumentos Archivísticos son herramientas con propósitos específicos, que tienen por objeto apoyar el adecuado desarrollo e implementación de la gestión documental y la función archivística en la ESE Metrosalud.

Instrumentos Archivísticos:

- Plan Institucional de Archivos – PINAR
- Programa de Gestión Documental – PGD
- Tablas de Retención Documental – TRD
- Tablas de Valoración Documental – TVD
- Cuadro de clasificación documental – CCD
- Banco terminológico de series y subseries
- Tablas de control de acceso – TCA
- Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos - MGDEA

Ejecutado 2018: Eliminación de series contables y financieros.

3 toneladas para ARECICLAR con certificado de destrucción de la información.

Se liberaron 8 módulos en Guayabal y se trasladaron 740 cajas del archivo Sacatín a Central. Logrando descongestionar el 3er piso.

Guayabal Nuevamente al 95%

**PRESUPUESTO DEL PROYECTO: PAGO ÚNICA VEZ: PROYECTO CON PERSONAL EN MISION (OUTSOURCING) EN LAS 4 SEDES**

SERVICIO	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
ORGANIZACIÓN CON PERSONAL EN MISION	Personal en la ejecución de las tareas de Depuración, Empaque y levantamiento de información: incluido equipo de cómputo.	\$ 2.800.000		\$ 296.800.000
INSUMOS-ETIQUETAS	Etiquetas única para cada Caja y Unidad documental por bolsa o carpeta	\$ 20	747.390	\$ 14.947.800
INSUMOS-CAJAS X-300	Caja X-300 para re-empaque de las Historias clínicas.	\$ 3.800	6.769	\$ 25.722.634
TRANSPORTE – Traslado inicial	Traslado desde la sede hasta las instalaciones de Alarchivo Sabaneta: Capacidad de 350 cajas por viaje.	\$ 440.000	19	\$ 8.360.000
<b>VALOR PROYECCION UNICA VEZ PROCESO DE ORGANIZACIÓN ANTES DE IVA</b>				<b>\$ 345.830.434</b>

**SERVICIO ALMACENAMIENTO ANUAL**

SERVICIO DE ALMACENAMIENTO Y CUSTODIA	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL AÑO
ALMACENAMIENTO Y CUSTODIA CAJAS REFERENCIA X-300	Almacenamiento de caja X-300	\$ 560	6.769	\$ 3.790.704
<b>TOTAL PROYECTADO ANUAL EN ALMACENAMIENTO ANTES IVA</b>				<b>\$ 45.488.448</b>

<b>VALOR TOTAL PROYECCION ANTES DE IVA</b>	<b>\$ 391.318.882</b>
--	-----------------------

<b>VALOR TOTAL PROYECCION IVA INCLUIDO</b>	<b>\$ 466.669.470</b>
--	-----------------------

#### 4.4.4. Rendición de cuentas y transparencia

La Rendición Pública de Cuentas en la ESE Metrosalud, se realiza siguiendo las directrices establecidas en el Manual de Rendición de Cuentas de la Entidad. De esta forma, para el ejercicio de la rendición pública de cuentas correspondiente al período.

#### 4.5. 3.5 COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO

##### 4.6. 3.5.1 Auditoría Interna (Evaluación Independiente)

A continuación se relacionan las actividades de seguimiento y auditoría que realizó la Oficina de Control Interno y evaluación en el período Noviembre 2018 – febrero 2019

1. Evaluación del MECI
2. Evaluación anual control interno contable
3. Verificar Comité de Conciliación estudios para acción de repetición
4. Evaluación SG- SST
5. Egreso Del Usuario - PR130101
6. Evaluación MIPG
7. Evaluación a la gestión de las dependencias
8. Auditoría Fiscal y Financiera alcance 2011 y 2012
9. Auditoría Especial Evolución recursos involucrados en las glosas
10. Auditoría Especial contratación de personal administrativo y administración de salarios
11. Auditoría Fiscal y Financiera a la ESE Metrosalud vigencia 2015
12. Auditoría Regular vigencia 2015
13. Auditoría Regular vigencia 2016
14. Auditoría Regular Evaluación componente control financiero vigencia 2017
15. Auditoría Regular vigencia 2017
16. Evaluación anual control interno contable
17. Seguimiento del Informe intermedio Control Interno Contable y anual 2017
18. Seguimiento a PQRS
19. Seguimiento y control plan anticorrupción (Decreto 2641/2012)
20. Evaluación de las Cajas Menores

#### 4.7. Planes de mejoramiento

En el seguimiento a los planes de mejora de la contraloría se observó que de 117 acciones formuladas se han cerrado 103 que representan un 88%

Informes Contraloría Pendientes de Cierre	Acciones Planteadas	Acciones Cerradas	Acciones Pendientes	% Cumplimiento
Auditoría Fiscal Y Financiera a La Ese Metrosalud 2012 Alcance 2011	33	32	1	97%
Auditoría Especial Evaluación Recursos Involucrados En Las Glosas 2013	8	8	0	100%
Auditoría Especial Contratación de Personal Administrativo Y Administración De Salarios 2014	10	8	2	80%
Auditoría Fiscal Y Financiera a La Ese Metrosalud 2015	10	7	3	70%
Auditoría Regular, Vigencia 2015	20	18	2	90%
Auditoría Regular Vigencia 2016	13	9	4	69%
Auditoría Regular Evaluación Componente Control Financiero 2017	8	7	1	88%
Auditoría Regular Vigencia 2017	15	14	1	93%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>103</b>	<b>14</b>	<b>88%</b>

Al respecto es importante resaltar que en la rendición de cuentas que se le hace al gerente se generan unos compromisos que se plasman como planes de mejora y a los cuales se le hace seguimiento periódico.



**NICOLÁS ALBEIRO DUQUE CANO**

Jefe oficina de Control Interno y Evaluación