



Hospital Local
Cartagena
De Indias

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

INFORME DE RETROALIMENTACIÓN AL CONCEJO DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS

JORGE EDUARDO SUÁREZ GÓMEZ
Agente Especial Interventor

MARIA CRISTINA VERGARA CAMPO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Cartagena de Indias, D.T. y C octubre de 2021



PRESENTACIÓN

En cumplimiento del Acuerdo 014 de octubre 26 de 2018, por medio del cual se establece el Reglamento Interno del Concejo de Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 40 las Oficinas de Control Interno o quién haga sus veces de la Alcaldía Mayor de Cartagena, de todas las demás dependencias y entidades descentralizadas y adscritas del Distrito de Cartagena, presentarán ante el Concejo de Cartagena, un informe donde se genere un proceso de retroalimentación para el ejercicio de control político y así fortalecer los procesos de prevención de la corrupción por parte de todos los funcionarios públicos de la administración central y descentralizada del Distrito de Cartagena.

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, dando cumplimiento a los artículos 40 y 41 del acuerdo anteriormente citado, se permite presentar informe donde se detalla la gestión de la entidad en cumplimiento de los objetivos de : a) La Protección de los recursos y la adecuada administración de los mismos, b) La garantía de eficacia y economía en todos los procesos, c) Procedimientos y operaciones realizadas por la Entidad, d) El Cumplimiento de los fines y objetivos de la Entidad, e) La correcta evaluación y seguimiento de la gestión, f) El impacto social y en los grupos de valor de cada una de las políticas , programas y acciones desarrolladas por la Entidad.

Las actividades de auditoría interna, con enfoque integral de desempeño, evaluación y seguimiento; como tercera línea de defensa están orientadas y se desarrollaron de manera independiente y objetiva para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad, alineadas con el Marco Internacional para la Práctica de Auditoría Interna y la “Guía de Auditoría Interna basada en riesgos para Entidades Públicas, versión 4 de 2020 de la Función Pública.”



HECHOS RELEVANTES

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias, creada mediante Decreto número 0421 del 29 de Junio de 2001 expedido por el alcalde mayor de Cartagena por facultades dadas por el Concejo Distrital mediante Decreto 008 del 13 de marzo del 2001, es una Empresa con Categoría Especial de Entidad Pública Descentralizada, del Orden Distrital con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita al Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS, e integrante del Sistema General de Salud sometida al régimen jurídico de la Ley 100 de 1993 y las normas que la reglamentan.

Está conformada por 43 instituciones prestadoras de servicios de primer nivel de atención denominadas unidades periféricas de atención-UPA, ubicadas en las tres localidades que conforman las tres divisiones políticas administrativa de Cartagena.

El objeto es la prestación de los servicios de salud, entendidos como servicio público a cargo del estado y como parte integral del Sistema local de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación para mantener o mejorar el estado de salud de los grupos poblacionales de Cartagena.

Con la entrada en vigencia de la Ley 1438 de 2015, se incorporan nuevos proyectos y modificaciones en el proceso de atención, lo cual exige un cambio en la operación, para el 2018, dentro del Plan de Desarrollo, se contemplan cambios y se define que la operación de la prestación de los servicios se hará a través de subredes conformadas por un Hospital, Centros de Salud y Puestos de Salud. Según la distribución geográfica de los diferentes centros de atención, la ESE se subdivide en tres subredes identificadas con el nombre del Hospital que está ubicado en cada una. Las tres subredes están conformadas de la siguiente manera:

Subred Arroz Barato: Hospital Arroz Barato, Centros de salud de Blas de Lezo, Nuevo Bosque, Pasacaballos, Socorro, San Vicente de Paul, Las Reinas y los puestos de salud de Ternera, Bosque, Nelson Mandela e Islote de San Bernardo.

Subred Canapote: Hospital Canapote, Centros de salud de Esperanza, Boquilla, Candelaria, Bocachica y los Puestos de salud de Fátima, San Pedro y Libertad, Caño del Oro, Islas del Rosario, Punta Arena, Tierra Bomba, Manzanillo, San Francisco, Daniel Lemaitre, Puerto Rey y Tierra Baja.

Subred Pozón: Hospital Pozón, Centros de salud de Olaya Herrera, Bayunca, Líbano y los puestos de salud Punta Canoa, Fredonia, Foco Rojo,



Arroyo Grande, Arroyo de Piedra, Arroyo de las Canoas, Pontezuela, Boston y Nuevo Porvenir.

1. PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS Y LA ADECUADA ADMINISTRACIÓN DE LOS MISMOS

El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que, como parte integral del fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno, las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Así mismo, en el marco de la evaluación independiente deberá señalar aquellos aspectos que consideren representan una amenaza para el cumplimiento de los objetivos de los procesos, y, por ende, los objetivos y metas institucionales, así como pronunciarse sobre la pertinencia y efectividad de los controles.

La Oficina de Control Interno en su Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, constató que la Entidad posee pólizas de seguro de responsabilidad civil derivada del ejercicio de la profesión los médicos generales, odontólogos, enfermeras determinadas de conformidad con los principios y normas que la regulan. Tiene como propósito indemnizar los perjuicios ocasionados por errores u omisiones con ocasión de la prestación de servicios de salud por los cuales la Entidad sea civilmente responsable.

1.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS Y GASTOS CORTE 30 DE AGOSTO 2021.

Comenzamos el análisis diciendo que el presupuesto inicial de Ingresos modificado por la adición de los recursos de Disponibilidad inicial, mediante resolución N° 002 de enero 7 de 2021 en la suma de \$25.223.521.478,34 cifra está que corresponde a \$4.527.258.602 del pasivo, \$7.071.294.222 a cuentas por pagar de la vigencia 2020 y \$13.624.968.655 cubrir gastos de la vigencia actual, pasando de \$68.207.033.707. a \$93.430.555.185

Analizando los reconocimientos del periodo en análisis podemos observar en la tabla 1 que la ESE ha facturado por concepto de **Ingresos Corrientes**, la suma de **\$50.084.029.896**, de los cuales **\$50.053.590.419**, corresponden a Ventas **de Servicios**, ya que el **otro** componente de los ingresos corrientes, como es Otros Ingresos Corrientes, se facturaron recursos, por valor \$30.439.477.

El valor facturado a agosto por Ingresos Corrientes corresponde al 81.50% de lo presupuestado, presentando una mayor facturación de 14.84% por encima de los estimado a agosto que sería 66.66%, esta mayor facturación



se debe más que todo a la mayor facturación en los rubros del régimen Subsidiado, el cual presenta una facturación de 84.20% es decir 17.54% por encima de la meta (66.66%); y el rubro de Régimen contributivo con una facturación de 342.63% con un 275.97% por encima de la meta.

INGRESOS DE CAPITAL: El cual está compuesto por Rendimiento financiero y cuentas por cobrar de Vigencias Anteriores, se han reconocido y recaudado \$2.063.791.393, para un porcentaje de 30.54% estando por debajo en 36.12% de la meta.

Rendimientos Financieros presentan un reconocimiento y recaudo de \$335.441.819 de los \$320.000.000 presupuestado para un porcentaje de 104.83%, por otro lado, se puede observar que por el rubro de cuentas por cobrar se ha reconocido y recaudado \$1.728.349.578, para un porcentaje de 26.85% según el estimado estando por debajo de la meta en un 39.81%.

El reconocimiento total de los ingresos que financian la operación corriente fue \$65.772.789.943 es decir sin tener en cuenta los recursos de disponibilidad inicial destinados a cuentas por pagar vigencia anterior y los recursos del pasivo, para un porcentaje de 80.38% y 77.78% con respecto al total de ingresos de los cuales se han reconocido \$77.371.342.767 de los \$93.430.555.185 del presupuesto definitivo.

En cuanto los recaudos estos presentan por Ingresos Corrientes \$47.554.369.615, de los cuales \$47.546.625.016 por concepto de **Ventas de Servicios**, ya que por otros ingresos corrientes se recaudaron \$7.744.599, presentándose un porcentaje de recaudo de Ventas de Servicios de 83.09%, para un porcentaje 16.43% por encima de lo estimado.

Ingresos de Capital presentan el mismo comportamiento en los recaudos que en los reconocimientos.

El total de recaudo que financia la operación corriente fue de \$63.243.129.663, de los \$81.832.002.362 presupuestados, para un porcentaje de recaudo de 80.38%, y los recaudos totales de ingresos ascendió a \$74.841.682.487 \$93.430.555.185, presupuestados para un porcentaje de 82.81%



ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN DE INGRESOS A AGOSTO 30 DE 2021.

Tabla

ANALISIS EJECUCION DE INGRESOS A AGOSTO30 2021						
CONCEPTO	PREPUESTO SEGÚN PSFF	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTO	RECAUDOS	TOTAL % DE EJECUCION	TOTAL % DE RECO VS PTO DEF.
DISPONIBILIDAD INICIAL CUENTAS POR PAGAR		7,071,294,222	7,071,294,222	7,071,294,222	100.00	100.00
DISPONIBILIDAD INICIAL PARA PRESUPUESTO CORRIENTE		13,624,968,655	13,624,968,655	13,624,968,655	100.00	100.00
DISPONIBILIDAD INICIAL NETO PASIVO		4,527,258,602	4,527,258,602	4,527,258,602	100.00	100.00
TOTAL DIPONIBILIDAD INICIAL		25,223,521,478	25,223,521,478	25,223,521,478	100.00	100.00
INGRESOS CORRIENTES	61,449,444,358	61,449,444,358	50,084,029,896	47,554,369,615	81.50	77.39
INGRESOS DE EXPLOTACION	60,242,463,508	60,242,463,508	50,053,590,419	47,546,625,016	83.09	78.93
VENTAS DE SERVICIOS	60,242,463,508	60,242,463,508	50,053,590,419	47,546,625,016	83.09	78.93
Regimen Contributivo	463,998,568	463,998,568	1,589,790,312	1,138,724,661	342.63	245.42
Regimen Subsidiado	56,656,699,564	56,656,699,564	47,705,048,925	46,286,258,219	84.20	81.70
Atencion a la PPNA del Distrito	1,000,382,640	1,000,382,640	619,937,279		61.97	-
Plan de Intervenciones colectivas	2,074,480,800	2,074,480,800			-	-
ECAT - Evento Catastrofico (SOAT)			97,459,901	97,459,901		
Cuotas de Recuperación			15,483,701	15,483,701		
OTROS	46,901,936.00	46,901,936.00	25,870,301	8,698,534	55.16	18.55
APORTES	-	-	-	-		
De la Nacion						
OTROS INGRESOS CORRIENTES	1,206,980,850	1,206,980,850	30,439,477	7,744,599	2.52	0.64
Convenios Docencias Asistenciales	131,344,004	131,344,004	30,439,477	7,744,599	23.18	5.90
Aportes Patronales	1,075,636,846	1,075,636,846	-	-	-	-
INGRESOS DE CAPITAL	6,757,589,349	6,757,589,349	2,063,791,393	2,063,791,393	30.54	30.54
Rendimientos Financieros	320,000,000	320,000,000	335,441,815	335,441,815	104.83	104.83
Donaciones						
Recaudo Cuentas Por Cobrar Rezago Vigencia Anterior	6,437,589,349	6,437,589,349	1,728,349,578	1,728,349,578	26.85	26.85
SUBTOTAL PRESUPUESTO CORRIENTE	68,207,033,707	81,832,002,362	65,772,789,943	63,243,129,663	80.38	77.28
TOTAL INGRESOS	68,207,033,707	93,430,555,185	77,371,342,767	74,841,682,487	82.81	80.10



ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN DE GASTOS A 30 DE AGOSTO DE 2021

ANALISIS EJECUCION DE GASTOS A AGOSTO 30 2021				
CONCEPTO	PRESUPUESTO INICIAL SEGÚN PSFF	PRESUPUESTO DEFINITIVO	TOTAL COMPROMISOS	% PORCENTAJE DE EJECUCION
FUNCIONAMIENTO	49,605,186,679	63,946,704,654	52,850,098,911	82.65
GASTOS DE PERSONAL	35,222,534,503	41,688,144,733	36,273,199,402	87.01
GASTOS GENERALES	14,116,887,869	19,242,059,921	13,599,022,164	70.67
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	265,764,307	3,016,500,000	2,977,877,344	98.72
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	17,601,847,028	17,772,901,516	12,591,028,562.59	70.84
INVERSION	1,000,000,000	1,039,930,000	15,648,500.00	1.50
TOTAL GASTOS DE OPERACIÓN CORRIENTE	68,207,033,707	82,759,536,170	65,456,775,973	79.09
COSTOS, GASTOS Y PASIVOS DEL PSFF		3,599,724,794		-
CUENTAS POR PAGAR VIGENCIA ANTERIOR		7,071,294,222	7,071,294,221.64	100.00
COSTOS Y GASTOS DEL PSFF Y CXP		10,671,019,016	7,071,294,222	66.27
V TOTAL VIGENCIA ACTUAL	68,207,033,707	82,759,536,170	65,456,775,973	79.09
TOTAL GASTOS	68,207,033,707	93,430,555,185	72,528,070,195	77.63

El presupuesto de gastos a agosto 31 de 2021 ha sido modificado por la resolución N°002 de 7 enero, la cual adiciona los recursos de Disponibilidad Inicial por \$25.223.521.478, de los cuales, \$4.527.258.602 corresponden a recursos del pasivo, \$7.071.294.222 a cuentas por pagar de la vigencia 2020 y \$13.624.968.655 para cubrir gastos de la vigencia actual, recursos estos adicionados: Gastos de Personal \$5.960.353.920, Gastos Generales \$4.702.894.554, Transferencias Corrientes \$2.750.735.693, Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios \$171.054.488 e Inversión \$39.930.000, pasando de un presupuesto inicial estimado en \$68.207.033.707 a un presupuesto definitivo de \$93 430.555.185

El presupuesto corriente de la ESEHLCI en términos generales se ha ejecutado en un 79.09%, es decir se comprometieron \$65.456.775.973, del total corriente que fue estimado en \$82.759.536.170; y del total del presupuesto se comprometieron el 77.68%.



2. GARANTÍA DE EFICACIA Y ECONOMÍA EN LOS PROCESOS

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias, es una Empresa con Categoría Especial de Entidad Pública Descentralizada, del Orden Distrital con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita al Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS, e integrante del Sistema General de Salud sometida al régimen jurídico de la Ley 100 de 1993 y las normas que la reglamentan.

El objeto es la prestación de los servicios de salud, entendidos como servicio público a cargo del estado y como parte integral del Sistema local de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación para mantener o mejorar el estado de salud de los grupos poblacionales de Cartagena.

La ley 1438 de 2011, ordena la adopción de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad y de la organización de redes integradas de salud para la prestación de los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Entidad mediante acuerdo de junta directiva 002 de marzo 27 de 2020, actualizó el mapa de procesos.

En este mapa se observan los procesos estratégicos (direccionamiento estratégico y dirección) como procesos de evaluación y control (evaluación y control de la gestión y administración del sistema integrado de gestión), procesos misionales (atención comunitaria, atención básica, atención especializada, vigilancia en salud y docencia-servicios e investigación.) y los procesos de apoyo (gestión del talento humano, gestión de seguridad y salud en el trabajo, gestión financiera y presupuesto, gestión administrativa, gestión jurídica, gestión tecnología y sistema de información, gestión disciplinaria y atención al ciudadano.)



MAPA DE PROCESOS



3. PROCEDIMIENTOS OPERACIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS

El propósito de la auditoría interna en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias consiste en prestar servicios de aseguramiento (evaluación) y consulta (enfoque hacia la prevención) con total independencia y objetividad, con el fin de agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. La misión de la auditoría interna es mejorar y proteger el valor de la ESE HLCI, proporcionando aseguramiento, asesoría y análisis basados en riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno, debe contribuir al logro de los objetivos estratégicos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado en la evaluación y mejoramiento de los procesos de gestión de riesgos control interno y gobierno de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. La Oficina de Control Interno se adhiere a los elementos de cumplimiento obligatorio del Marco Internacional para la Práctica Profesional del Instituto de Auditores Internos, incluidos los Principios Fundamentales para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, el Código de Ética, las Normas, y la Definición de Auditoría Interna.

Actualmente, y teniendo en cuenta el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG–, se están revisando y actualizando los procedimientos.

En la entidad se está desarrollando las actividades pertinentes del proceso de formalización laboral en la ESE Cartagena de Indias el cual se ha



dividido en tres fases específicamente: Fase I Estado del arte del proceso, Fase II Medición de cargas laborales y Fase III Conclusiones y varios. En este momento se encuentra en la Fase I Estado del arte del proceso: Este proceso se ha desarrollado con el estudio técnico compuesto por el diagnóstico y propuesta general, dividido en 19 capítulos distribuidos y desarrollados en las fases de planeación, redacción, revisión y edición a los cuales se le da una escala de medición para verificar su ejecución

4. CUMPLIMIENTO DE LOS FINES Y OBJETIVOS DE LA ENTIDAD.

La Ley 1438 de 2011, tiene como objeto el Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población; la Entidad a través del Acuerdo de Junta Directiva N° 012 de Octubre 30 de 2018 actualizó la Plataforma Estratégica y la Política Integral de Gestión.

4.1. PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

Somos una entidad prestadora de servicios integrales de salud organizada como prestador primario, que mediante el enfoque de atención primaria en salud y un recurso humano competente, humano y ético, garantiza el derecho a la adecuada y segura atención en salud a la población usuaria, procurando el goce efectivo al bienestar.

VISIÓN

En el año 2030 la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, es reconocida como Prestador Primario acreditado en la prestación de los servicios de salud de baja complejidad, resultado de la implementación del modelo de gestión del riesgo soportado en la planeación, la calidad, el control y la transparencia de sus procesos.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- ❖ Desarrollar competencias del talento humano con enfoque en la gestión del riesgo del modelo de Atención Primaria en Salud.
- ❖ Mantener la fidelización de nuestros clientes a través de su satisfacción, mediante la oferta de una atención basada en evidencia científica, humanizada y de calidad.



- ❖ Desarrollar un modelo de gestión del riesgo que garantice la sostenibilidad y el desarrollo de las competencias institucionales.
- ❖ Implementar un sistema de monitoreo y evaluación de estructura, procesos y resultados que permita retroalimentar las competencias técnicas y humanas del personal de la organización.
- ❖ Controlar y mitigar el impacto del proceso de atención sobre el medio ambiente mediante una gestión orientada a la protección de entorno hospitalario.
- ❖ Mantener un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, que identifique peligros, evalúe, valore y controle los riesgos, para todos los trabajadores.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **RESPETO**
Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.”
- **HONESTIDAD**
Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.”
- **COMPROMISO**
“Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.”
- **DILIGENCIA**
Diligencia “Cumpro con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.”
- **JUSTICIA**
“Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación”

FACTORES CLAVES DEL MODELO DE GESTIÓN

LA SOLVENCIA ECONÓMICA: Que permita apoyar el desarrollo de planes programas y proyectos de fortalecimiento y crecimiento orientando esfuerzos concertados de largo plazo (Visión – Sostenibilidad - Desarrollo).



LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS: Que nos permita rescatar la confianza institucional y nos mueva a todos en el día a día a construir una institución socialmente responsable (Misión - Servicios).

UN TALENTO HUMANO COMPETENTE Y MOTIVADO: contar con un equipo humano profesional, altamente calificado, comprometido con nuestro plan de desarrollo y con una vocación de servicio que asegure un servicio cálido y una atención digna. (Valores- Organización).

UNA BUENA RELACIÓN CON LOS CLIENTES: Que nos garantice la satisfacción del usuario y nos acerque a sus verdaderas necesidades para atenderlas de manera oportuna. (Fidelidad - Reciprocidad).

5. CORRECTA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, durante el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2021 a 30 de septiembre de 2021, mantuvo como objetivo principal el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno orientando sus actividades a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993 en su Art. 2, En lo relacionado a dar cumplimiento a los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública para la evaluación y el fortalecimiento del Sistema de Control interno.

En atención al Acuerdo de Junta Directiva, 179 de Julio 27 de 2016, por medio del cual se adopta en la Entidad el Manual Especifico de Funciones y de Competencias laborales, la Oficina de Control interno en el desarrollo de sus actividades tuvo presente el propósito y las funciones esenciales de la Oficina de Control Interno.

PROPÓSITO PRINCIPAL. Asesorar, acompañar, evaluar y verificar la eficiencia y eficacia de la implementación y desarrollo de políticas, directrices y procesos para la ejecución del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, recomendar las acciones para mejorar y fomentar el desarrollo de una cultura de **Autocontrol, Autorregulación y Autogestión**, con el fin de asegurar 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 vigente dentro de las políticas trazadas y en atención a los objetivos previstos.

En atención al Decreto 1499 de 2017 El Modelo Estándar de Control Interno - MECI como herramienta de operación del Sistema de Control Interno fue actualizado en su estructura según la articulación de MIPG, con el acompañamiento de líneas de defensa. Actualmente El Modelo Estándar



de Control Interno -MECI se encuentra con los elementos necesarios para continuar fortaleciendo el Sistema de control interno basado en La Autogestión, La Autorregulación y El Autocontrol con un Sistema de asignación de responsabilidades mediante el Modelo de Líneas de Defensa. La entidad avanzó en las etapas de institucionalización dentro del nuevo Sistema de Gestión la Política de Control Interno como la Séptima (7) dimensión.

La Oficina de Control Interno actualizó los procedimientos para el desarrollo de las funciones de auditoría interna y de sus diferentes roles e incorporó e implementó instrumentos para las actividades de auditoría Interna como el Estatuto de Auditoría Interna y Código de Ética del Auditor Interno, la Carta de presentación según lineamientos de Normas Internacionales de Auditoría y el Plan de Auditoría,

Según Evaluación realizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del aplicativo FURAG II, el nivel de avance en la Política de Control Interno como Séptima (7) dimensión dentro de la implementación del nuevo modelo MIPG, para medir el grado de eficacia, eficiencia y la calidad para desarrollar la gestión, el puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 71,0.

En el año 2018 la entidad migró hacia la estructura del MECI en sus cinco (5) componentes a saber:

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

Esta nueva estructura está acompañada de una asignación de responsabilidades y roles para la gestión del Riesgo y el control que se distribuye a diferentes líderes de procesos mediante la Línea Estratégica conformada por la alta dirección y el equipo directivo, la Primera Línea de defensa conformada por los líderes de proceso, la Segunda Línea de defensa conformada por los directivos encargados del Monitoreo y la evaluación de controles para logro de objetivos y la gestión del riesgo (jefe de Oficina de Planeación ,Jefe de Talento Humano, supervisores e interventores y Comité Institucional de Gestión de Desempeño) y la Tercera Línea de Defensa conformada por la Oficina de Control Interno.

La articulación del MECI dentro del nuevo modelo de gestión MIPG la cual cuenta con una sola metodología de medición, que abarca tanto el conjunto de actividades relacionadas con la gestión como las relacionadas con el control. A continuación, se presentan los resultados



obtenido en evaluación FURAG II para la vigencia 2020, para la Política de Control Interno:

1. COMPONENTE DE AMBIENTE DE CONTROL. Índice de Desarrollo Institucional como condiciones mínimas para el ejercicio del control. El Puntaje obtenido por la Entidad fue de 71,0 puntos.

2. COMPONENTE GESTION DE RIESGO. Índice de Desarrollo Institucional como ejercicio efectuado para permitir identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales que afecten el logro de los objetivos institucionales. El Puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 82,1 puntos.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL DEL RIESGO EN LA ENTIDAD. Índice de Desarrollo Institucional, como actividades de control y mecanismos para el tratamiento a los riesgos y políticas de operación. El Puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 69,0 puntos.

4. COMPONENTE INFORMACION Y COMUNICACIONES. Índice de Desarrollo Institucional, como actividades de control para la captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de la entidad, dando respuesta a las necesidades de divulgar los resultados y mostrar las mejoras en la gestión. El Puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 65,4 puntos.

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO Y SUPERVISION CONTINUA DE LA ENTIDAD. Índice de Desarrollo Institucional, como actividades de Autoevaluación y Auditoria con el fin de valorar la efectividad del Control Interno, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de la planeación institucional, los resultados de la gestión para detectar desviaciones y generar recomendaciones que orienten las acciones de mejora en la entidad. Puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 71,9 puntos.

EL puntaje obtenido por la Entidad corresponde a **66,5** puntos. Institucionalización de Esquema de Líneas de Defensas para el Efectivo Control Interno:

EL Índice de Desarrollo Institucional, como actividades para lograr que la estructura MECI está acompañado de asignación de responsabilidades y se adaptan al Modelo de Líneas de Defensa para proporcionar de manera simple y efectiva las comunicaciones en a la gestión de riesgo y control, mediante una aclaración de funciones y deberes frente al control.

LÍNEA ESTRATÉGICA DE CONTROL. Índice de Desarrollo Institucional, como actividades desarrolladas por la Alta Dirección y el Comité Institucional de



Coordinación de Control Interno, para definir políticas de administración del riesgo y el control. El puntaje de la Entidad corresponde a 69,0 puntos.

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA. EL Índice de Desarrollo Institucional, como actividades desarrolladas por los líderes de proceso y proyectos para mantener el efectivo control interno con una gestión que identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos El puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 68,1 puntos.

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA. Índice de Desarrollo Institucional, como actividades desarrolladas por los servidores públicos que tienen responsabilidades directas frente al Monitoreo y de evaluación de los controles y la gestión del riesgo. (Jefe de Planeación, Coordinadores, Supervisores y/o Interventores). El puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 67,7 puntos.

TERCERA LÍNEA DE DEFENSA. Índice de Desarrollo Institucional, como actividades desarrolladas a cargo de las Oficina de Control Interno para proporcionar información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno, la operación de la Primera y Segunda Línea de defensa y el desarrollo del trabajo de auditoría interna con un enfoque basado en el riesgo y proporcionando aseguramiento sobre la eficacia de la gestión el puntaje obtenido por la Entidad corresponde a 90,5 puntos.

5.1 ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO SEGÚN SUS ROLES

Las siguientes actividades de gestión fueron realizadas por parte de la Oficina de Control interno con corte a 30 de septiembre de 2021, enmarcadas en los cinco roles, en los cuales direccionó sus esfuerzos, a saber:

1. Liderazgo Estratégico.
 2. Enfoque hacia la prevención.
 3. Relación con Entes de control.
 4. Evaluación de la gestión del Riesgo.
 5. Evaluación y seguimiento.
- **LIDERAZGO ESTRATEGICO:** Con el fin de contribuir de manera independiente en la consecución de los objetivos y metas propuestas la Oficina de Control Interno generó de manera oportuna, alertas y orientaciones preventivas mediante notas de carácter preventivo, sobre posibles riesgos que podrían afectar el desempeño institucional e igualmente se generaron Informes de auditoría y seguimiento, producto de los trabajos de seguimiento y auditoria realizados a los diferentes procesos y a la planeación institucional, como soporte estratégico para la toma de



decisiones en el mejoramiento de los mismos. Igualmente presentó de manera oportuna los informes ley que le corresponde emitir.

INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Informe de Control Interno Contable.	Anual	Febrero
Informe Ejecutivo anual de Control Interno.	Anual	Febrero
Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno.	Semestral	Enero- Junio
Informe Derecho de autor y software.	Anual	Marzo
Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Cuatrimestral	Enero-Mayo-Septiembre
Informe de seguimiento a las PQRSF.	Semestral	Enero-Julio
Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público.	Trimestral	Enero-Abril-Agosto
El Informe de Evaluación a la Gestión Institucional.	Continuamente, plan de auditoria.	
Informe de Evaluación y Conclusiones Audiencia Pública Rendición de Cuentas	Anual	mayo
Seguimiento a Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría Distrital de Cartagena.	Continuamente	

- **ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN:** La Oficina de Control Interno verificó que los controles asociados a las actividades de los procesos evaluados estuvieran definidos adecuadamente y se mejoraran permanentemente dentro del desarrollo de los procesos de evaluación y seguimiento, generando informes de auditoría con recomendaciones de mejora para los procesos.

Igualmente, mediante asesoría y acompañamiento en temas relacionados con el fomento de la cultura del autocontrol y generar conocimiento y sobre sensibilización sobre los temas de control interno y conceptos básicos del nuevo Modelo de Planeación y Gestión- MIPG.



Dentro del desarrollo de este rol se asistió también a los diferentes comités con voz, pero sin voto con el fin de mantenernos informados de la gestión, que adelante la entidad.

- **RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL:** La Oficina de Control Interno sirvió de enlace entre los entes de control y la entidad, con el fin de facilitar el flujo de información, realizando los procesos de seguimiento a los compromisos de los Planes de mejoramiento suscritos con entes de control, remitiendo en forma oportuna los correspondientes informes de seguimientos, al igual se hizo acompañamiento en la oportuna suscripción de planes de mejoramiento.

Para el periodo del 01 de enero al 30 de septiembre del 2021 se han presentado informes de seguimiento sobre Planes de Mejoramiento a entes de control.

- **EVALUACION DE LA GESTION DEL RIESGO:** La Oficina de Control Interno ejecutó la evaluación y el seguimiento a la gestión del riesgo de manera independiente, teniendo en cuenta el estado de madurez de la política de gestión del riesgo ,en la entidad se encuentra en un estado de implementación, por lo cual se realizó permanentemente y en forma interactiva con la administración, la evaluación para verificar la efectividad de los controles y las actividades establecidas para mitigar los riesgos de alta criticidad y asegurar la gestión adecuada de los mismos generando observaciones y sugerencias de seguimiento para la Evaluación del avance en la Política de gestión del Riesgo y mejoramiento de procesos y procedimientos.

Se identificaron los riesgos inherentes y los residuales como observamos en las siguientes tablas:

MAPA DE RIESGO INTITUCIONAL SIG			MAPA DE RIESGO CONTROL INTERNO		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021	RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	1		0%	BAJO	
MODERADO	4	MODERADO		3	
ALTO	2	ALTO		4	
EXTREMO	0	EXTREMO		1	
TOTAL	7	TOTAL		8	
MAPA DE RIESGO PLANEACION			MAPA DE RIESGO TALENTO HUMANO		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021	RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0		56%	BAJO	
MODERADO	0	MODERADO		0	
ALTO	4	ALTO		0	
EXTREMO	3	EXTREMO		0	
TOTAL	7	TOTAL		6	



MAPA DE RIESGO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	5	
MODERADO	0	
ALTO	0	
EXTREMO	0	79%
TOTAL	5	

MAPA DE RIESGO SISTEMAS		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0	
MODERADO	0	
ALTO	6	
EXTREMO	5	35%
TOTAL	11	

MAPA DE RIESGO CONTRATACION		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0	
MODERADO	2	
ALTO	0	
EXTREMO	2	75%
TOTAL	4	

MAPA DE RIESGO JURIDICA		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0	
MODERADO	1	
ALTO	0	
EXTREMO	2	33%
TOTAL	3	

MAPA DE RIESGO FACTURACION		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	1	
MODERADO	2	
ALTO	6	
EXTREMO	1	61%
TOTAL	10	

MAPA DE RIESGO CONTRATACION EPS		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0	
MODERADO	2	
ALTO	1	
EXTREMO	0	21%
TOTAL	3	

MAPA DE RIESGO FINANCIERA 1		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	1	
MODERADO	1	
ALTO	1	
EXTREMO	0	50%
TOTAL	3	

MAPA DE RIESGO FINANCIERA 2		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	4	
MODERADO	1	
ALTO	0	
EXTREMO	0	88%
TOTAL	5	

MAPA DE RIESGO CARTERA		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0	
MODERADO	3	
ALTO	0	
EXTREMO	0	67%
TOTAL	3	

MAPA DE RIESGO GESTION COMERCIAL		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	2	
MODERADO	0	
ALTO	0	
EXTREMO	2	33%
TOTAL	4	

MAPA DE RIESGO GESTION DOCUMENTAL		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	1	
MODERADO	1	
ALTO	1	
EXTREMO	0	77%
TOTAL	3	

MAPA DE RIESGO ATENCION AL CIUDADANO		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0	
MODERADO	2	
ALTO	1	
EXTREMO	0	25%
TOTAL	3	



MAPA DE RIESGO APOYO DIAGNOSTICO			MAPA DE RIESGO EVIDENCIA EPIDEMIOLOGICA		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021	RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	0		BAJO	2	
MODERADO	1		MODERADO	3	
ALTO	2		ALTO	0	
EXTREMO	4		EXTREMO	0	
TOTAL	7	58%	TOTAL	5	50%

MAPA DE RIESGO FARMACIA			MAPA DE RIESGO DOCENCIA SERVICIO		
RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021	RIESGO RESIDUAL	N°	% DE CUMPLIMIENTO CON CORTE DE JUNIO DEL 2021
BAJO	1		BAJO	3	
MODERADO	0		MODERADO	0	
ALTO	2		ALTO	1	
EXTREMO	1		EXTREMO	0	
TOTAL	4	50%	TOTAL	4	38%

- EVALUACION Y SEGUIMIENTO:** El proceso de verificación y evaluación permanente del Sistema del Control Interno para generar recomendaciones y sugerencias que contribuyan al mejoramiento y la optimización de los mismos, se desarrolló por parte de la Oficina de Control Interno mediante la planeación y desarrollo de procesos de auditoría, generando informes de auditoría y seguimiento.

La evaluación y el seguimiento se desarrollaron de manera planeada y documentada en atención a las Normas Internacionales de Auditoría, obteniendo evidencias válidas y suficientes para la emisión de Informes de Auditoría identificando oportunidades de mejora, para agregar valor a los procesos en materia de Riesgos, Control y Buen Gobierno, priorizando el trabajo de auditoría a procesos de planeación estratégica a los procesos y procedimiento al igual que se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento. Para el periodo del 01 de enero al 30 de septiembre 2021 según Plan de Auditoría se desarrollaron auditorías para el componente control de gestión, para el componente control de resultados y para el componente financiero y el seguimiento de los Planes de mejoramiento.

AUDITORIAS
CARTERA
FACTURACIÓN
FINANCIERA
ATENCIÓN AL CIUDADANO
GESTIÓN DOCUMENTAL
GESTIÓN COMERCIAL



RECURSOS FISICOS- FARMACIA
PLANEACIÓN
JURIDICA Y CONTRATACIÓN
TALENTO HUMANO
AUDITORIAS ESPECIALES

6. IMPACTO SOCIAL DE LA POLITICAS, PROGRAMAS Y ACCIONES DESARROLLADAS POR LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

El presente informe muestra el seguimiento al Plan de acción de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias 2021-2021 suscrito luego de la intervención, donde se detallan los logros alcanzados los cuales impactan socialmente en la comunidad.

La E.S.E. Hospital Local de Cartagena de Indias, viene adelantando una gestión encaminada a mejorar y adecuar el estado de la infraestructura hospitalaria en sus 43 sedes, teniendo en cuenta el alto grado de deterioro y la necesidad de optimizar los espacios para una atención adecuada, en cumplimiento de habilitación y calidad del servicio.

Gestión Realizada

➤ mantenimiento preventivo y correctivo

Adecuación del centro Islas de Rosario.

- Se amplía el área en uso de 50 mt² a 110mt², con ambientes para la prestación de servicios en Odontología, vacunación, consultorio de medicina, consultorio de enfermería, toma de muestras y procedimientos. Estos ambientes no solo cumplen con las normas de habilitación, sino que garantizan una prestación de servicios más humanizados y seguros.
- Se adecuaron los espacios exteriores para dar confort, garantizar la accesibilidad a los usuarios en condición de discapacidad.
- Se interconectó el centro con el sistema de suministro de energía que existe en la isla, además de dotarlo con planta eléctrica para el sistema de emergencia, almacenamiento de agua, cuartos de residuos hospitalarios entre otros.



- En cuanto a los equipos y mobiliario hospitalario, se dotará con unidad odontológica, POCT para pruebas rápidas de laboratorio y dotación general. Adelantar este proyecto requirió de una inversión en infraestructura y dotación del orden de 320 millones de pesos.

Otros centros intervenidos

CANAPOTE CONTINGENCIA
PASACABALLOS
LIBANO
LABORATORIO Y HOSPITALIZACIÓN ARROZ BARATO

➤ Componente Técnico Científico

Los requisitos obligatorios mínimos exigidos a todos los prestadores, son los criterios que permiten garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención. De esta manera es fundamental el cumplimiento de estos requisitos para el mantenimiento de los servicios habilitados, minimizando los riesgos en el proceso de atención, evitando las sanciones y demandas por incumplimientos.

En este sentido se han adelantado las siguientes acciones:

- Restructuración del servicio de urgencias, en los centros de salud, La Candelaria, Mandela y Pasacaballos, convirtiéndolo en una consulta externa de 24 horas, con una sala de procedimientos, que tendrán un centro de referencia para la atención de los pacientes que requieran observación, garantizando el servicio de transporte asistencial de pacientes. La implementación inicia la primera semana de agosto. Adicionalmente se proyectó la atención de enfermería 24 horas, en el servicio de urgencias de los centros que servirán de referencia a estos centros, que son los centros de salud de La Esperanza y Hospital Arroz Barato.
- De manera gradual se ha ido implementando la atención integral en todos los centros de atención, en la actualidad el 70% tiene todos los ciclos de atención faltando 13 centros. Antes de la intervención solo el 25% (corregimientos y zona insular) prestaba los servicios integralmente.
- Se implementa la herramienta Al hospital y la base de datos suministrada por el Ministerio para la programación de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, con las alertas, en 22 centros ya se está aplicando la herramienta.
- Para el mejoramiento de las competencias en la atención Materno Perinatal se realizó capacitación con la Dra Ana Maria Bello (docente



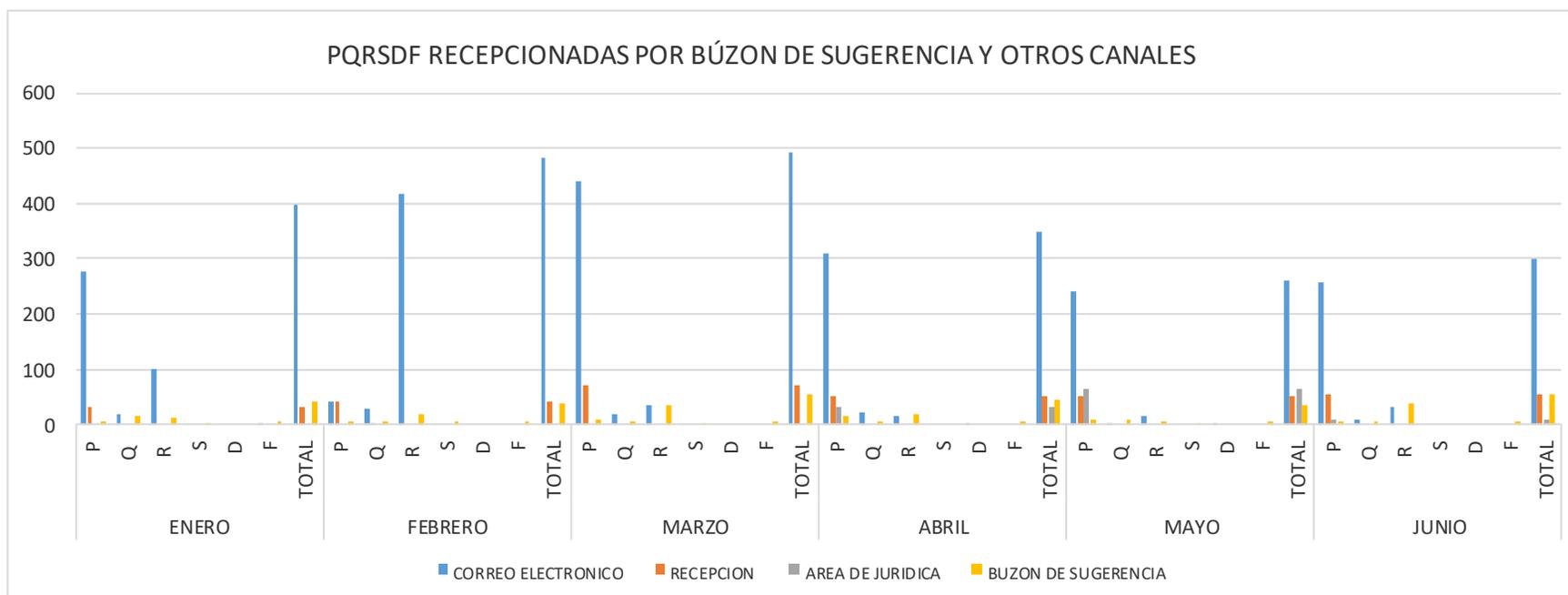
de la Universidad de Cartagena) el día 28 de julio; material que está disponible en la página web de la entidad.

- En el mes de agosto se habilitó el servicio de ambulancia de transporte marítimo en el centro de salud caño del Oro.
- Disminución de las quejas, con la reorganización del Call center con el fin de lograr el agendamiento y la oportunidad de la atención en la Consulta externa
- Se habilita para el ajuste de las agendas a las profesionales de enfermería que cumplen funciones de coordinación.
- Se realizó actualización del portafolio de servicios en el REPS, a la espera de la visita previa de transporte asistencial.
- Se hizo el trámite de renovación del permiso para el manejo de medicamentos de control, a la espera de emisión de documento por parte del Fondo Rotatorio de Estupefacientes de la Secretaria de Salud Departamental.
- Se recibió visita para la renovación de las licencias de funcionamiento de los equipos de imágenes diagnósticas ionizantes.
- Diseño por el área de Sistemas de herramienta DATAESE, a través de la cual se tendrá a disposición del personal profesional de enfermería, la información requerida en cada uno de los estándares de habilitación.
- Proyecto piloto de implementación del modelo en Islas del Rosario.
- Reajuste de los días de atención en la zona insular para hacer mayor presencia en puesto de salud de Islas del Rosario.

6.1 INFORME PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES 2021.

En cuanto al Consolidado de PQRSDF de enero a junio del 2021 recepcionados a través de los buzones de sugerencias ubicados en los diferentes centros de salud, el correo electrónico y en la recepción de la sede administrativa:

N° DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, Y SOLICITUDES DEL PRIMER SEMESTRE DEL 2021																																																		
		ENERO						FEBRERO						MARZO						ABRIL						MAYO						JUNIO						TOTAL DEL SEMESTRE												
IT	SEDE ADMINISTRATIVA	P	Q	R	S	D	F	TOTAL	P	Q	R	S	D	F	TOTAL	P	Q	R	S	D	F	TOTAL	P	Q	R	S	D	F	TOTAL	P	Q	R	S	D	F	TOTAL	P	Q	R	S	D	F	TOTAL	P	Q	R	S	D	F	TOTAL
1	CORREO ELECTRONICO	278	17	101	0	0	2	398	40	28	416	0	0	0	484	440	18	36	0	0	0	494	311	21	16	0	1	0	349	240	2	16	0	1	0	259	257	10	33	0	0	0	300	1069	84	569	0	1	2	2284
2	RECEPCION	33	0	0	0	0	0	33	41	1	0	0	0	42	70	0	0	0	0	0	70	51	0	0	0	0	0	51	51	0	0	0	0	0	51	53	0	0	0	0	0	53	195	1	0	0	0	0	300	
3	AREA DE JURIDICA																					33	0	0	0	0	0	33	65	0	0	0	0	0	65	8	0	0	0	0	0	8	33	0	0	0	0	0	33	
4	BUZON DE SUGERENCIA	4	14	12	3	0	7	40	7	6	17	4	0	4	38	8	7	35	2	0	4	56	15	7	19	0	0	5	46	10	10	7	1	0	6	34	6	4	39	0	0	6	55	34	34	83	9	0	20	269
TOTAL		315	31	113	3	0	9	471	88	35	433	4	0	4	564	518	25	71	2	0	4	620	410	28	35	0	1	5	479	366	12	23	1	1	6	409	324	14	72	0	0	6	416	1331	119	652	9	1	22	2959

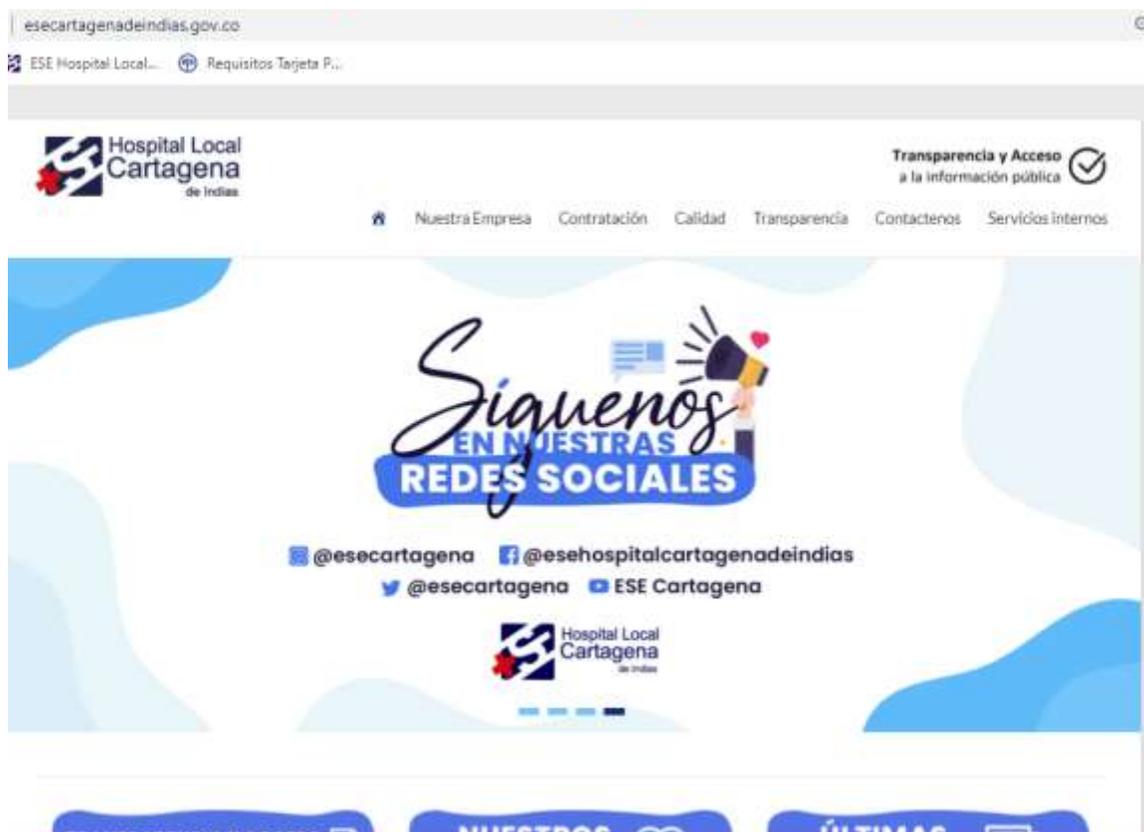




Durante el primer semestre del 2021 se recibieron en total 2.959 PQRSDF a través del correo institucional, página web, buzón de sugerencia, de forma presencial en la oficina de atención al ciudadano. Adicionalmente para este informe se tuvo en cuenta la información suministrada por el área jurídica de la entidad donde llegan los derechos de peticiones, acción de tutela entre otros. Es importante recalcar que en el primer semestre no se tuvo en cuenta esta información y que se integra como acción de mejora del área como parte del control integral a la atención al cliente interno y externo de la entidad.

Se verificó en la página web oficial de la entidad que cuenta con el link correspondiente para contactos con el ciudadano. En esta encontramos información de la sede administrativa (dirección, teléfonos correos electrónicos y horarios de atención) centros de atención (dirección, teléfono y horarios de atención), Buzón de PQRS y notificaciones judiciales.

Lo anterior en cumplimiento de la ley de transparencia y acceso a la información pública. Esta oficina de igual manera realizó seguimiento al índice de transparencia y acceso a la información ITA mecanismo desarrollado por la procuraduría general.





1. Mecanismos de contacto

⇒ Mecanismos para la atención al ciudadano y localizaciones físicas, dependencias, horarios / días de atención al público.

– Georeferenciación.

⇒ Correo institucional.

⇒ Correo electrónico para notificaciones judiciales.

⇒ Políticas de Seguridad de la Información del sitio web y protección de datos personales.

⇒ Módulo PQRSD.

⇒ Correspondencia virtual.

The screenshot shows the contact form on the Hospital Local Cartagena de Indias website. At the top left is the hospital's logo. To the right is a navigation menu with links for 'Nuestra Empresa', 'Contratación', 'Calidad', and 'Tr'. The main heading of the form is 'Contactenos'. Below this are four input fields, each with a label and an example value:

- Label: 'Su nombre*'
Example: 'Juana Gonzalez'
- Label: 'Su número de identificación (diligencie solo si es para solicitar servicios médicos)'
Example: '1047123456'
- Label: 'Su Telefono*'
Example: '301-1234567'
- Label: 'Su Correo*'
Example: 'juana@gmail.com'

NUEVOS CANALES DE ATENCIÓN

A partir del mes de junio de la presente vigencia se implementaron dos nuevos canales de atención. Esto con el fin de fortalecer los canales de comunicación con los ciudadanos como lo estipula la normatividad.



- **CHAT INSTITUCIONAL**

Este es un medio que funciona desde la página Web institucional y es atendido por un funcionario de la Oficina de Atención al Ciudadano, con esto se busca brindar atención inmediata y personalizada en línea al usuario. A continuación, se relaciona las gráficas del uso y satisfacción de los usuarios con este medio de atención.



- **CITAS WEB**

Este es un canal que de igual manera funciona dentro de un módulo en la página WEB con el que se busca brindar alternativas a los usuarios para agendar de manera autónoma su cita.

6.2 INFORME DE EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS.

La ESE Hospital Local de Cartagena de Indias, en cumplimiento del artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 el cual establece que Todas las entidades y organismos de la Administración Pública tienen la obligación de desarrollar su gestión acorde con los principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública. Para ello podrán realizar todas las acciones necesarias con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública. Se llevó a cabo Audiencia Pública de Rendición de Cuenta el día 29 de marzo de 2021, con el fin de informar a la ciudadanía en cuanto a la gestión de la entidad; facilitar y garantizar el



ejercicio del control social; y generar transparencia y condiciones de confianza.

La Oficina de Control Interno en el proceso de evaluación y conclusiones verifico el cumplimiento del cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas. La etapa de evaluación del evento como parte de un proceso de implementación, retoma importancia en las entidades para darse cuenta de los aciertos y desaciertos en torno a lo que se planeó, es verificar que tanto se ha alcanzado en relación con aquello que se deseó en un momento inicial. Significa valorar uno mismo la capacidad con la que se cuenta para avanzar y mejorar, así como también la calidad del trabajo con el que se realizó.

Se pudo constatar que el evento fue visualizado 3.717 personas de manera virtual a través de la plataforma de ZOOM se conectaron 65 y de la plataforma de FACEBOOK LIVE se conectaron 3.652 personas. De lo cual cabe resaltar que gracias a las estadísticas de Facebook se pudo evidenciar que el mayor publico conectado fueron mujeres con un 70.5% y hombres con un 29.5%.

También se evidencio que, en cuanto a rango de edades, el público el mayor público conectado estaba entre los 13 y 17 años siguiéndole los que están entre 55 y 64. Y la mayor visualización de la rendición de cuenta fue a través de la app de Facebook d ellos celulares, ya que a través de las computadoras solo se evidenciaron 2.

Por otra parte, donde más hubo audiencia fue en el departamento de Bolívar con 3206 dispositivos conectados, seguido del departamento del Atlántico con 422 dispositivos.





Evidencia del evento:



En la audiencia de rendición de cuentas se abordaron los siguientes temas:

Subgerencia científica.

- Distribución de la población de usuarios de la ESE HLCI.
- Portafolio de servicios ofertados.
- Perfil epidemiológico.
- Consulta externa.
- Salud oral.
- Urgencia.
- Promoción y prevención.
- Apoyo diagnóstico.
- Sistema de información al usuario.

Subgerencia administrativa.

- Situación financiera ESE HLCI.
- Contratación, facturación y cuentas médicas.
- Cartera.

MARÍA CRISTINA VERGARA CAMPO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE Hospital Local Cartagena de Indias