
 Gobernación de Norte de Santander	HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO CÚCUTA – NORTE DE SANTANDER			
	Direccionamiento Estratégico	Código DE-FCE-01	Comunicación externa	

REOLUCIÓN 0063 DEL 14-02-18

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
EN LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

ACTUALIZACIÓN MECI 2014, En la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, Teniendo en cuenta que el compromiso es: Calidad y Eficiencia en el Servicio de la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, y evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso, promueve una estructura uniforme, que debe ser adaptada a las necesidades específicas de la entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios.

El desarrollo de las actividades de implementación, actualización y fortalecimiento del modelo estándar de control interno MECI 2014 implica la participación de todos los servidores de la entidad, como responsables del control en la ejecución de sus actividades, buscando garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales, armonizando su trabajo con la coordinación de acciones, la oportunidad en la información suministrada y comunicada, anticipando y corrigiendo de manera oportuna las desviaciones de los resultados esperados.

Entre la principal novedad que trae la actualización del modelo, se encuentra que los tres subsistemas de control a los que se refería la versión anterior que se convierten en dos Módulos de Control, que sirven como unidad básica para ejecutar el control a la planeación y la gestión institucional, y a la evaluación y seguimiento. A partir de esta modificación, la información y comunicación se convierten en un eje transversal al Modelo, teniendo en cuenta que hacen parte de todas las actividades de control de la entidad. De esta manera se tiene:

1. CONTROL DE LA PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Este módulo busca agrupar los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas al igual que los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión dentro de los que se encuentran: **Talento Humano, planes, programas, procesos, indicadores, procedimientos, recursos, y administración de riesgos.**

2. CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Agrupar los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación, evaluación y seguimiento.

EJE TRANSVERSAL

Información y Comunicación. 1. De acuerdo al desarrollo de las actividades correspondientes a la actualización y fortalecimiento del modelo estándar de control interno MECI 2014; en la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO,

ACTUALIZACIÓN DEL MECI

1 MANUAL TÉCNICO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 2014, Nuestro compromiso es: Mejoramiento continuo, humanización, Calidad y Eficiencia en el Servicio ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO,

OBJETIVO

Informar a la alta dirección los avances en la planificación e implementación de la actualización del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014 en la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO,

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

En cumplimiento a las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, según la Resolución número 943 del 21 de mayo de 2014 para la realización del diagnóstico del modelo estándar de control interno conforme a la nueva estructura MECI 2014, se revisaron las actividades producto del diagnóstico, que permitirán a la A ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, dar razonable cumplimiento a los requisitos mínimos de la actualización del MECI 2014.

FASE DE CONOCIMIENTO

En esta fase, la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, identifica las dimensiones de los cambios, para que los servidores públicos conocieran de manera general la actualización del Modelo. Se capacitó al Grupo de Trabajo MECI, incluyendo a los líderes y un profesional de cada uno de los procesos institucionales. Esto se llevó a cabo a través de jornadas de capacitación, las cuales estuvieron a cargo del apoyo de Control Interno, quien presentó al grupo la estructura.

FASE DIAGNOSTICO

En esta fase la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, identificó los principales cambios surtidos en el proceso de actualización con respecto al estado del sistema en la actualidad, e integró las actividades adelantadas en cada uno de sus procesos para la fase de diagnóstico. Se evaluaron los elementos de control y sus componentes o productos mínimos requeridos para la actualización, se adaptó el formato a la necesidades particulares de la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, se realizó encuesta con el personal de planta contratado y de planta para que se determinara el conocimiento y empoderamiento de los funcionarios en cada uno de los productos mínimos de la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, . Además se elaboraron los planes de mejora producto de las auditorias.

FASE DE PLANEACIÓN

En esta fase la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, elaboró el programa de capacitación con el cronograma de las capacitaciones por servicios, realizando mayor

énfasis en los procesos donde se presentaba mayor debilidad de acuerdo a lo que arrojaron las encuestas del nivel de cumplimiento de los requisitos del MECI 2014, con el objetivo de dar seguimiento al cumplimiento de las actividades la humanización del servicio, la Calidad y Eficiencia en el Servicio de la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.

FASE DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

La capacitación programada se aplicó a todas las áreas y procesos, se realizaron folletos los cuales fueron entregados a los funcionarios capacitados. Las actividades fueron priorizadas según el estado de desarrollo en la institución la encargada de brindar la capacitación fue el apoyo de control interno,

Se elaboraron las políticas de Manejo ambiental, políticas de Salud ocupacional, política de gerencia de puertas abiertas, política de tolerancia y no agresión, política de declaración de los derechos y deberes, política de comunicación pública, política de confidencialidad del usuario.

Se tuvieron en cuenta la misión, visión, políticas, políticas de humanización. El mapa d procesos.

El personal de la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, realizó planes de mejora donde se presentaron debilidades y se realizó seguimiento a los Planes de mejora para eliminar o minimizar las debilidades.

La Institución obtuvo la siguiente calificación según la escala mencionada. En elementos de Control. Acuerdos, compromisos y protocolos éticos: Un 62% Conoce el código de ética de la entidad. El 85% manifiesta que los valores institucionales han sido difundidos y comunicados en los diferentes medios de comunicación de la institución. En el desarrollo del Talento Humano: 1. El 47% del personal conoce el Manual de Funciones y competencias laborales. El 95% ha participado en las capacitaciones de la entidad. El 71% manifiesta que si se realiza inducción y reinducción al personal el 57% conoce del programa de bienestar social e incentivos de la entidad. El 76% manifiesta que si se ha evaluado el desempeño del cargo. Sobre los Planes y Programas, el 100% del personal

encuestado conoce sobre la misión, visión y objetivos institucionales. El 85% manifiestan que existe un plan estratégico aunque no se ha difundido en toda la organización y se debe realizar. Respecto al Modelo de operación, la entidad tiene identificado claramente los procesos en las área misionales pero se hace necesario que se realice a gran parte de las dependencias o áreas administrativas. el 95% de los encuestados conoce los procedimientos de la operación del proceso al cual pertenece aunque en la mayoría no están documentados. Estructura organizacional. El 90%, conoce la estructura organizacional. Indicadores de Gestión, el 80% de los encuestados manifiestan que conocen los procesos, procedimientos que cuentan con indicadores que le permiten evaluar la gestión pero se aclara que en la mayoría no están soportados ni documentados y algunos no los conocen. Políticas de operación institucional, el 23% de los encuestado conocen las políticas de operación de la institución. Administración del riesgo de la institución. El 80% de los encuestados manifiestan que realizan autoevaluación aunque se aclara que en su mayoría no están documentados. Auditoría Interna. El 76% de los encuestados conoce que la entidad cuenta con programas de auditoría Interna. Plan de Mejoramiento. El 80% de los encuestados manifestó conocer que la entidad realiza planes de mejoramiento y el 52% de los encuestados manifiesta que ha recibido capacitación sobre la elaboración de los Planes de Mejoramiento. Información y comunicación externa el 90% de los encuestados en la entidad cuenta con un mecanismo para recepcionar y responder por las PQRF de la ciudadanía. El 66% de los encuestados manifiestan que conocen que a través de la web y las redes sociales se publica información relacionada con la planeación institucional. El 90% de los encuestados conoce el Plan de comunicación de la entidad se aclara que no se evidencia que esté documentado. El 85% de los encuetados conoce que la entidad cuenta con un sistema de información para optimizar sus procesos. El RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL ESTADO GENERAL DEL SISTEMA MECI 2014 EN LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, de acuerdo a la encuesta aplicada y a la participación en los elementos de control en: ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS, DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS, MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS, ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, INDICADORES DE GESTIÓN, POLÍTICAS DE OPERACIÓN, ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL ,AUDITORÍA INTERN, PLAN DE MEJORAMIENTO INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA, INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

El cual presenta las características del Sistema de Control Interno de la Institución comparado con la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Los procesos de gestión del mejoramiento continuo y gestión de auditoría para el mejoramiento, solicitan la creación de los planes de mejoramiento que den cumplimiento a las observaciones generadas, Gestión Directiva, Gestión De Comunicación Institucional, Gestión De Talento Humano, Gestión Adquisición De Bienes Y Servicios, Gestión Integral De La Información, Gestión Financiera.

Con el propósito de articular la actualización del MECI con los demás procesos de la institución se hace necesario la implementación de los planes de mejora.

Se hace necesario fortalecer los procesos y procedimientos donde se presenta debilidad para la actualización del MECI 2014 estableciendo que existan y estén documentadas las actividades para dar cumplimiento razonable a los requisitos mínimos de la actualización del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014,

Revisar y ajustar las funciones del código de ética y buen gobierno, talento humano, Archivo, la página web, el mapa de riesgos y los riesgos por dependencias, fortalecer el comité de ética hospitalaria de los casos especiales de riesgo potencial o vulneración de los derechos de los usuarios a fin de contribuir al ejercicio de los mismos.

Gestión de Auditoría, para creación y el Mejoramiento del Equipo de Humanización, Se deben proporcionar instancias de participación para todos los colaboradores donde se dé a conocer de manera permanente aspectos éticos y se verifique su comprensión. Realizar el código de Integridad, Ajustar los principios y valores, siendo estos concertados a través de elección por parte de los colaboradores, realizando actividades que involucren la participación de los funcionarios de la entidad, de tal manera que los colaboradores de la entidad se sientan identificados con los lineamientos de carácter ético. Socializar el documento e implementar un instructivo de manejo de situaciones de comportamiento agresivo y abusivo por parte del usuario y su familia a colaboradores, y a su vez, del colaborador hacia ellos. Gestión del Mejoramiento continuo, Jefe Oficina de Sub-atención salud, existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. Realizar la divulgación y socialización del manual o instructivo con las personas que lo deben conocer, dejando evidencia de la misma. Nuestro compromiso es: humanización del servicio, minimizar el riesgo, Calidad y Eficiencia. Fortalecer el procedimiento o Manual, de PQRF, para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales. Se deben construir los procesos pendientes y documentar para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Creación. Complementar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento en forma

permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización. Consolidar la información suministradas por las áreas de la identificación de las necesidades de capacitación generales, específicas y conciliadas con las empresas contratista a. Complementar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento en forma permanente y aplicable a todos los sistemas de contratistas. Hacer seguimiento al cumplimiento del procedimiento de formación a terceros y contratistas en forma permanente. Definir los temas de evaluación de desempeño a todos los colaboradores de la entidad. Se debe a la organización garantizar la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores y terceros subcontratados. Definir los parámetros y hacer seguimiento a la evaluación del desempeño a todos los colaboradores de la Institución. Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia Gestión del Talento Humano. Se hace necesario contar con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo beneficio de las relaciones docencia de servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima. Difundir la misión institucional y el mapa de procesos a todos los colaboradores del hospital. Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia servicio, Evaluar el conocimiento y la comprensión de la misión institucional y el mapa de procesos, Consultar frecuentemente páginas WEB. Actualizar y aplicar periódicamente los cambios normativos, consultar las páginas WEB de la Comisión Nacional del Servicio Civil y la del Departamento Administrativo de la Función Pública. Establecer programa de Bienestar Social desde Talento Humano, Propiciar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios generando espacios de conocimiento, esparcimiento e Integración, así como promover el aumento de los niveles de satisfacción, eficacia y efectividad y el sentido de pertenencia de los servidores públicos con la ESE HMRS, Recopilar información de las necesidades del personal priorizar, establecer el programa y elevarlo a acto administrativo para su ejecución. Adoptar mediante acto administrativo el Plan de Incentivos. Incluir dentro del Plan de Bienestar el sistema de estímulos para los funcionarios de la Institución. Informar acerca de la planeación de la entidad a todos los colaboradores, Establecer una sección en la página web institucional denominada planeación y ejecución en la cual se cargaran los diferentes proyectos e informes de ejecución trimestralmente. Fortalecer el proceso de inducción y re-inducción del personal en formación, colaboradores y funcionarios, Junta directiva, personal directivo, proveedores y terceros. Realizar un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización. Establecer estrategias lúdicas, por pequeños grupos de funcionarios, de divulgación del

plan estratégico y del Plan operativo anual en los niveles operativos de la institución y tomar acciones de acuerdo a los resultados obtenidos. Socializar y difundir la información referente al modelo de operación por procesos. Gestión del mejoramiento Grupo de procesos Se deben generar instrumentos, eventos de difusión y actividades donde se socialice y difunda la información referente al mapa de proceso y los procedimientos de la entidad. Establecer un programa de capacitación que incluya a todos los colaboradores, se debe evaluar el entendimiento de los colaboradores. Este programa debe incluir como mínimo lo referente a las generalidades del modelo de operación por procesos, los procedimientos, los controles, la mejora y la gestión documental del mismo. Socializar y difundir la información referente a la documentación de procesos. Gestión del mejoramiento Grupo de procesos Se deben generar instrumentos, eventos de difusión y actividades donde se socialice y difunda la información referente al mapa de proceso y los procedimientos de la entidad. Establecer mecanismos por medio de los cuales se comuniquen los cambios a la documentación del modelo de operación por procesos buscando garantizar la comprensión por los colaboradores.

Evaluar la satisfacción de los clientes con los servicios ofrecidos por los procesos Gestión del mejoramiento Grupo de procesos. Se deben generar procedimientos que permitan a la ESE HMRS evaluar la satisfacción de los clientes con los servicios ofrecidos por los procesos. Establecer procedimientos para la medición de la satisfacción de los clientes por parte de los procesos, mecanismos de evaluación, instancias de participación, evaluación de la satisfacción y seguimiento. Documentar las Fichas técnicas de indicadores de proceso Gestión del mejoramiento Grupo de proceso Se deben establecer las fichas técnicas de los indicadores de procesos. Solicitar a los líderes de los procesos la elaboración de las fichas técnicas de los indicadores de los procesos, se debe propiciar en Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto. La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social. Se deja el compromiso de realizar las fichas técnicas para los indicadores de las políticas gerenciales. Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto. La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de

la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social. Fortalecer, a través de los procesos, la operativos de las políticas y socializar con el personal que debe conocer y medir los indicadores gerenciales, e iniciar la implementación de los mismos. Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto. La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social. Medir tendencias de los indicadores gerenciales y tomar acciones a partir de estos resultados. .

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

Se hace necesario documentar un manual para la elaboración, implementación y evaluación de los indicadores establecidos en el manual a través de comités primarios de cada proceso, tomando acciones pertinentes para la mejora continua. Incorporar en el Plan operativo anual los proyectos de gestión de los procesos misionales con indicadores de resultados que serán evaluados trimestralmente.

Gestión Directiva Subgerente Administrativo y Financiero. La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos. Verificar el cumplimiento de los objetivos de los procesos a través de indicadores de eficiencia. Incorporar en el Plan operativo anual los proyectos de gestión de los procesos misionales con indicadores de resultados. La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos. Seguimiento y análisis de los resultados de indicadores y toma de acciones de acuerdo a ellos. Capacitación acerca de la metodología formulada por el DAFP para la Administración del Riesgo a los responsables de los procesos del HMRS, como una política de gestión por parte de la alta dirección y cuenta con la participación y respaldo de todos los servidores públicos Capacitación personalizada a cada líder de proceso en la identificación, análisis, valoración y generación de políticas de administración del Riesgo. Se debe realizar la actualización Mapa de Riesgos para aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los mismos. Conformación de equipos de trabajo por proceso que deben realizar las

siguientes actividades: Identificación del Riesgo Análisis del Riesgo Valoración del Riesgo Políticas de Administración del Riesgo. Se debe realizar seguimiento a la Administración del Riesgo Comité de Control Interno HMRS, para Asegurar las acciones se están llevando a cabo su implementación. Adelantar revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas e informar en el Comité de Control Interno, para desarrollar propuestas de mejoramiento y tratamiento a las situaciones detectadas. Fortalecer la gestión integral del mejoramiento continuo de la calidad en el Hospital Mental Rudesindo Soto, se debe documentar el proceso para comunicar y mantener las mejoras del producto de los planes de mejoramiento fortalecer la gestión integral del mejoramiento continuo de la calidad en el HMRS, logrando la articulación de toda la organización, logrando la articulación de toda la organización. Realizar auditorías periódicas sobre las mejoras logradas.

Se debe incluir la asignación de recursos necesarios para la ejecución de las acciones, medidas de seguimiento, indicadores de cumplimiento y seguimiento de la mejora en los cuales se establecen las especificaciones de satisfacción y confiabilidad. Establecer mecanismos a través de los cuales el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos Gestión del mejoramiento continuo SIAU Para la sección de Peticiones, Quejas y Reclamos de la página web institucional, se debe habilitar un enlace de ayuda en donde se detallen las características, requisitos y plazos de respuesta de cada tipo de solicitud de acuerdo con lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, así mismo, se debe habilitar un mecanismo a través del cual el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.

Publicar los Estados Financieros, presupuestos de ingresos, gastos y sus ejecuciones en la página web, En cumplimiento a lo establecido por Gobierno en Línea, se debe publicar el presupuesto en ejercicio que corresponde al aprobado de acuerdo con las normas vigentes aplicables por tipo de entidad. Se debe publicar los Estados Financieros, presupuestos de ingresos y gastos y sus ejecuciones al menos trimestralmente. El Ingeniero de Sistemas, abrirá en la página web una sección denominada "Estados financieros, presupuestos y finanzas" en la cual se publicarán los Estados Financieros, presupuestos, gastos y su ejecución al menos trimestralmente. Actualizar los documentos del sistema de gestión de calidad en la intranet, en lo posible la consulta de los documentos del sistema de gestión de calidad y el archivo, lo cual es de importancia para el funcionamiento de la ESE HMRS. Actualizar los documentos del modelo de operación por procesos en la intranet para la consulta de los mismos, se debe evaluar periódicamente el estado de actualización de los documentos en la intranet. Publicar formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos. Se deben publicarse en

la página web los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos. Establecer una sección de trámites de los ciudadanos en la cual se pueda publicar dicha información, la misma debe ser enviada por las diferentes áreas y procesos involucrados con atención a los usuarios, familiares y público en general. Se debe realizar el proceso y documentar la para planificación de la gestión de la información en la organización; este proceso se debe documentar, implementar y evaluar, en un plan de gerencia de la información que incluye: los mecanismos que garanticen razonablemente la satisfacción de la calidad y seguridad de la información y medición de las solicitudes de información. Creación del procedimiento o instructivo de PQRF, para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales. Se debe realizar el proceso para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Creación del procedimiento o instructivo de PQR para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales. Se debe Actualizar la política de comunicación con los usuarios internos y externos. Actualizar la política de comunicación con los usuarios, la cual debe contener como mínimo la matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria. Documentar y socializar el mecanismo de consolidación e integración de la información asistencial y administrativa de la entidad, que unifique el procedimiento y medir la gestión de cumplimiento. El Decreto 2193 del 2004, es un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia. Definir el proceso institucional de captación, consolidación y análisis de la información. Documentar y socializar el mecanismo de consolidación e integración de la información asistencial y administrativa de la entidad, que unifique el procedimiento y medir la gestión de cumplimiento. Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa de acuerdo a los parámetros del 2193. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia. Socializar el proceso de flujo de la información. Actualizar el proceso de gestión documental para articular los procedimientos de Gestión Documental con el área de Desarrollo Institucional, realizar la revisión de procedimientos de Gestión documental, debe satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos, incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal. Se debe documentar el uso de los sistemas de información, continuar con la elaboración e implementación de las tablas de retención documental, la actualización e implementación de la página web institucional, acorde a la normatividad y directrices establecidas para dar cumplimiento a las necesidades, misión, visión y objetivos de la ESE Hospital Mental Rudesindo Sotos. Se hace necesario Incluir en los programas de inducción, re-inducción y capacitación el uso de los recursos disponibles (sistemas de información). Se busca con

ello, Satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal. Se debe documentar y capacitar en el uso de los sistemas de información. Incluir en el Plan de Gerencia de la Información los parámetros de calidad (requerimientos del cliente), seguridad y el uso de los recursos disponibles, incluyendo aplicaciones, información, Fortalecer la interventoría de contratos y elaborar el Manual de Interventoría. mediante la conformación de un equipo interdisciplinario que incluya una representación de los procesos gestión de talento humano, gestión financiera, gestión de adquisición de bienes y servicios, y gestión de auditoría para el mejoramiento, en conjunto con talento humano, cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar: Socializar el manual de interventoría institucional, Fortalecer en el equipo de salud especialmente en el ámbito médico, la política de humanización, minimización del riesgo y la política de atención centrada en el usuario para garantizar su cumplimiento. La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Se debe asegurar que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes. Socializar las políticas de humanización, minimización de riesgos y atención centrada en el usuario. Complementar y ajustar los perfiles de cargo de todas las áreas de la ESE Hospital Mental Rudesindo, Soto, y del personal en formación. El Líder del proceso de Gestión del Mejoramiento continuo y el líder del proceso de Gestión del Talento Humano; se debe verificar y documentar las competencias. La Subgerencia de Servicio de Salud, como líder del proceso debe realizar y Fortalecer la planeación, implementación, del proceso de Gestión de investigaciones y docencia. Los procesos deben estar estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.

La información referente a la implementación y seguimiento encontrada en la fase de Planeación se revisó a la fecha y en algunos itens de los hallazgos se continúa en periodo de construcción, implementación y divulgación. En otros procesos se a realizado planes de mejoramiento. En relación a esta primera revisión se deben realizar los ajustes necesarios para lograr fortalecer continuamente el sistema de control interno en la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto, ejecutando las actividades pendientes. El resultado general de la fase de ejecución y seguimiento de la actualización es la ejecución de los ajustes necesarios para lograr implementar la actualización del modelo Estándar De Control Interno, para El Estado Colombiano MECI 2014, en la ESE HMRS.

AVANCES Y TAREAS EN LA IMPLEMENTACIÓN

Continuar en la divulgación del código de ética. Realizar el Manual de interventoría institucional y socializarlo. Revisar y socializar las políticas de humanización y atención centrada en el usuario; Se ejecutaron jornadas de capacitación en los servicios sobre la implementación del MECI 2014 y las debilidades que se han presentado. Continuar con las directrices de realizar las tablas de retención de documentos y la adaptación del archivo a la normatividad vigente, Documentar los procesos y procedimientos que conforman el plan de gerencia de la información que incluye: los mecanismos que garanticen razonablemente la satisfacción de la calidad y seguridad de la información y medición de las solicitudes de información; lineamientos de gerencia de la información institucional con el fin de estandarizar la información y dar respuesta efectiva hacia los diferentes clientes internos y externos identificados en la institución, Este documento es aplica para el direccionamiento de los procesos de información que se gesten al interior y exterior de la Institución. Documentar el proceso para comunicar y mantener las mejoras producto de los planes de mejoramiento. facilitar su implementación a través de una metodología única que permita la participación de todos los colaboradores de la entidad de forma organizada y armónica. Este manual se convierte en un instrumento administrativo que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, organización y procedimientos a seguir para la implementación del sistema único de acreditación en la E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto; así como las instrucciones que se consideren necesarias para la ejecución del trabajo por parte de cada uno de los integrantes que conforman el grupo de planeación y liderazgo. Difundir la misión institucional, el mapa de procesos, riesgos, documentar los procesos y procedimientos de la ESE HMRS, socializar los objetivos, metas, políticas, misión y visión institucional y el modelo de operación por procesos, por parte de Gestión del Talento Humano. Las actividades correspondientes a la fase de cierre se articularon con las actividades de planeación, para implementar la actualización y los logros alcanzados.

[Original firmado](#)

EDUARDO SALIM CHAHIN RUEDA

Gerente