

### ¿La entidad cuenta con Acta de compromiso gerencial del MECI?

R/ Si, existe un acta de compromiso No. 001 de 2008 donde la gerente de Usme con el equipo directivo manifiestan su compromiso con el MECI.

### ¿La entidad cuenta con Acta de adopción del MECI?

R/ Si, es la resolución No 176 de 2008 la cual adopta el modelo estándar de control interno para el Hospital de Usme.

### ¿Quién es la Representante de la alta dirección para el MECI?

La Dra. Sandra Patricia Benavides Zarate.

### ¿Quiénes conforman el Equipo directivo del MECI?

Gerente Dr. Liliana Paternina Macea  
Subgerente de atención Dra. Sandra Benavides  
Subgerente Administrativo Dr. Leonardo Gómez  
Jefe Oficina de Planeación Dr. Evelio Causil  
Jefe Oficina Jurídica Dr. Víctor Leyton.

### ¿Cuáles son las Funciones del Grupo directivo?

- Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del MECI.
- Dirigir y coordinar actividades del equipo MECI
- Generar y estimular la participación de los servidores públicos en su implementación.
- Participar en el diseño, implementación, desarrollo, y seguimiento del MECI.

### Cuáles son las funciones del grupo operativo?

- Adelantar el proceso de diseño e implementación del MECI bajo la orientación de la alta dirección.
- Capacitar a los servidores de la entidad sobre MECI.
- Trabajar en coordinación con los servidores de la entidad para la implementación del modelo.

### ¿Quiénes componen el grupo operativo?:

Recuerda son los gestores de MECI:

Dr. Ismael Behaime, Dr. Germán Gómez, Dra. María Fernanda Ruiz, Jefe Raife Hosman Porras, Dr. Jairo Altahona; Dr. Carlos Julio Pinto, Dra. Esmeralda Garay, Dra. Rocío Chiquillo, Dra. Nubia Celis Dra. Sandra Patricia Lizarazo, y los designados por cada uno de ellos en cada UPA, UBA y CAMI.

### ¿Cuales son las Funciones del grupo evaluador?

Este grupo estará constituido por auditores internos de calidad, deberá realizar evaluaciones, seguimiento y monitoreo permanente al grado de avance y desarrollo en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, conforme al plan de acción previamente establecido por la misma.

### ¿Quiénes componen el grupo evaluador?

Dra. Victoria Chávez; Dra. Cristina Calvo; Dra. Alexandra Valois y Dra. Sandra Reina

### ¿QUÉ ES EL CÓDIGO DE ÉTICA?

R/ El Código de ética son los valores que acordamos que debemos fortalecer para cumplir con la MISIÓN Y VISIÓN de la Entidad. Son las conductas que debemos aplicar en el día a día en el hospital.

### VALORES:

1. RESPONSABILIDAD
2. RESPETO
3. SOLIDARIDAD

### ¿Cómo se construyó el Código de Ética?

El código de ética se construyó en el evento de 3M en el cual participaron todos los procesos fecha: 6 de Marzo de 2008 igualmente se socializó en cada una de las ULG y en las capacitaciones.

### ¿Existe un Comité de Ética que promueva esta cultura en la Institución?

R/ Si, el comité lo preside la Dra. Sandra Benavides y el comité socializa esta cultura ética en todas las ULG.

### ¿Cómo contribuye desde su puesto de trabajo al código de ética?

R/ Dando cumplimiento a los valores institucionales, con mis compañeros, con los ciudadanos y sus familias.

### ¿Existe una Política de Talento Humano?.

R/ Sí, El Hospital de Usme contara con personal idóneo, capacitado y comprometido el cual estará dispuesto a cumplir con una atención integral generando confianza y reconocimiento en los servicios que ofrece el hospital.

### ¿Conoce la existencia del manual de funciones y cuales son las suyas?

R/ Estas pueden ser consultadas en la página web del hospital.

**¿Sabe usted si en el Hospital de USME existe una política de información externa-interna?**

R/ Si, La Entidad cuenta con una política única de gestión documental, la cual aplica para la información interna y externa. Esta la encuentran en el manual de identidad (favor consultarla).

**¿Existe en el Hospital de USME una política de hardware, software?**

R/ So, Son las normas que administran, optimizan, y restringan la buena utilización del software y hardware.

**¿Cual es la Política del Sistema de Información?**

Es el conjunto de directrices que nos permite controlar el flujo de la información desde la entrada, procesamiento y salida de un registro en la entidad.

**Política de comunicación organizacional.**

Es la carta de orientación y guía mediante la cual se adoptan las reglas que deberán encauzar las acciones de comunicación, dirigidas al cumplimiento de las metas del desarrollo institucional, a través de un plan de medios propuesto para mantener los estándares de calidad de la comunicación, y mejorar los medios informativos de la entidad: carteleras, página web, piezas comunicativas, entre otros.

**Política para la utilización de los medios de comunicación:**

Es entendida como el proceso de producir y compartir significados que permitan informar y actuar como agente eficaz en los mass media, a través de: el periódico Quinto Contacto, comunicados de prensa, boletines de prensa internos y externos, entre otros.

**Política de comunicación informativa:**

Permite identificar una organización fundamentada en objetivos, con altos niveles de empoderamiento y unas redes de trabajo a través de la comunicación fluida, integrante, estimulante y eficaz.

**¿Qué son los Planes de Mejoramiento Individuales y cuando se realizan?**

Son las acciones de mejoramiento en el hacer individual de cada uno de los servidores propiciando con ello el mejoramiento de los procesos y macroprocesos. Y se realizan con el funcionario que no cumpla adecuadamente con las funciones o actividades que le fueron asignadas.

**¿A qué proceso pertenezco?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis procedimientos son:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis funciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis riesgos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dentro del Mapa de procesos dónde me ubico?

\_\_\_\_\_



**SISTEMA  
de CONTROL  
INTERNO  
MECI**

Consulte esta información sobre nuestros Sistemas de Gestión de Calidad en la página web [www.eseusme.gov.co](http://www.eseusme.gov.co)

