

INFORME EJECUTIVO ANUAL O DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno:	CHEILA ALVARADO R.	Período evaluado: ENERO 2015 A DICIEMBRE DE 2015
		Fecha de elaboración: 26 DE FEBRERO DE 2016
<p>El presente informe fue realizado de acuerdo a los nuevos nuevos conceptos claves de la estructura de la actualización del Modelo Estándar de Control Interno, adoptado por el Decreto 943 de 2014.</p> <p>1. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</p> <p><i>1.1 Componente del Talento Humano:</i></p> <p>1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos</p> <p>1.1.2 Desarrollo del Talento Humano.</p> <p><i>1.2 Componente de Direccionamiento Estratégico:</i></p> <p>1.2.1 Planes Programas y proyectos</p> <p>1.2.2 Modelo de Operación por Procesos</p> <p>1.2.3 Estructura Organizacional</p> <p>1.2.4 Indicadores de Gestión.</p> <p>1.2.5 Políticas de Operación.</p> <p>1.3 Componente Administración del Riesgo</p> <p>2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p><i>2.1 Componente Auto Evaluación Institucional</i></p> <p><i>2.2 Componente de Auditoría Interna</i></p> <p><i>2.3 Componente Planes de Mejoramiento</i></p> <p>3. MODULO DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</p> <p>En la ESE HOSPITAL DEL SARARE el Modelo Estándar de Control Interno, se encuentra articulado a otros modelos de gestión como el Sistema Único de Habilitación, Sistema de Acreditación y NTC GP 1000. Denominándose SISTEMA INTEGRADO DE GESTION.</p> <p>El MECI concibe el control interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad, como responsables del control en el ejercicio de sus actividades; busca garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del estado, a su vez persigue la coordinación de acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo de manera oportuna, la debilidades que se presentan.</p>		
1. MODULO DE CONTROL Y PLANEACION		
AVANCES		
<p>*Se tiene documento código de ética contempla los principios y valores, se han socializado en el proceso de inducción, fondos de pantalla de los computadores, correos electrónicos de los funcionarios; también se ha socializado los principios y valores en el marco de las capacitaciones de clima laboral por parte de la ARL.</p> <p>*Se ha socializado a todos los colaboradores el Reglamento Interno de trabajo aprobado mediante</p>		

acuerdo 023 de diciembre de 2014.

*En la vigencia 2015, se realizaron las evaluaciones de desempeño anual y semestral.

*En la vigencia 2015 se actualizó el Manual de funciones y competencias laborales con áreas del conocimiento.

*Con respecto al plan de Plan de formación y Capacitación este fue aprobado para la vigencia a 2015. El cumplimiento del plan de capacitación se encuentra en un 90% de lo planteado en el documento. Este se encuentra como la medida 3 del Programa de saneamiento fiscal y financiero suscrito con el ministerio de hacienda, informe de ejecución del mismo fue enviado trimestralmente.

*Se cuenta con Plan de Bienestar social aprobado, el cual ejecuto en unas del 90% de acuerdo a lo programado.

* Se cuenta con misión, visión y objetivos institucionales y fueron socializados a los funcionarios por los diferentes canales de comunicación establecidos: redes sociales, protectores de pantalla, carteleras en los servicios, entre otros. Y a través de las emisoras locales.

*Se tiene establecido de conforme a la normatividad vigentes el Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo el cual complementa el programa de bienestar de los trabajadores.

*Se tiene establecido el procedimiento de inducción, en el cual se contemplan los temas según área de desempeño.

*Se elaboró y realizo seguimiento a los Planes de Acción, Plan de Desarrollo y Plan de Gestión.

*Dentro de la formulación de los planes de acción se tuvo en cuenta el cumplimiento de los objetivos institucionales y cumplimiento a metas del plan de desarrollo y se articuló al cumplimiento del PAMEC 2015.

*Se cuenta con mapa de procesos de conformidad con el crecimiento institucional y cambios administrativos para una mayor articulación entre procesos.

*Se tienen definidas la mayoría de las caracterizaciones de los procesos. Se encuentra documentados la mayoría de los procedimientos en los procesos especialmente los misionales. Estos se encuentran en red y pueden ser consultados desde los diferentes computadores.

*Se ha socializado y actualizado parte de los procesos misionales. (guías, manuales, procedimientos y protocolos de atención)

*Se realizó en el periodo se realizó seguimiento a los mapas de riesgo definidos en los procesos.

*El Hospital cuenta con la Oficina organizada de Atención al Usuario, se está realizando la apertura de buzones de manera continua, se cuenta con proceso de evaluación y seguimiento e la satisfacción del cliente y partes interesadas.

*Se cuentan con actas de reunión que soportan la revisión, ajuste y divulgación de los procesos misionales (guías y protocolos de manejo) los funcionarios en algunos procesos misionales.

*Se tiene definida herramienta ficha de indicadores.

*Están documentadas las políticas de operación de los procesos en las caracterizaciones y manual de calidad.

Se realizó y público en página web el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

DIFICULTADES

*Se debe actualizar el código de ética armonizado con el sistema único de acreditación.

*Se requiere mayor socialización del manual de funciones y competencias laborales.

*No se realizó en la vigencia 2015 medición de clima laboral.

* No se ejecutó el programa para preparar al pre pensionado para el retiro del servicio.

*En el Plan de incentivos no se realizó reconocimiento a los mejores empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción, así como para la selección y evaluación de los equipos de trabajo conforme lo determina la Ley.

*Aunque se cuenta con formato y proceso de inducción actualizado con los temas a tratar, es necesario estructurar el programa y/o plan de inducción y reinducción con revisión periódica y evaluación del proceso

semestral u anual.

*Existen gran cantidad de cargos que no están dentro de la planta de personal, que se encuentran por contrato. Se hace necesario redefinir la planta de personal.

*Se hace necesario actualizar la toda la plataforma estratégica del Hospital acorde con los planes programas y proyectos, ya que su meta ya se quedó corta en el tiempo. Y armonizarla con los parámetros del Sistema Unico de Acreditación.

*No se ha documentado el Plan de Previsión de Recursos humanos

*Falta documentar algunos procesos y procedimientos, se hace necesario actualizar y socializar los procesos de apoyo y dirección cuya última versión ya tiene más de cinco años.

*Se presentan debilidades para la medición de la eficacia de los procesos y el análisis y seguimiento a los indicadores definidos en los mismos. Falta mayor utilización de la herramienta definida (ficha de indicador) para seguimiento y análisis de los indicadores, falta mayor seguimiento de indicadores reportados a entes de control (tablero de control), no se llevan la totalidad de los indicadores en los procesos. No están definidos los indicadores en todos los procesos.

*Aunque se tiene aprobado y se ejecutó en su gran mayoría El Plan institucional de formación y capacitación, el mismo esta de manera generalizada y no corresponde al instrumento de recolección necesidades aplicado. No contempla proyectos de aprendizaje estructurados.

*Falta documentación de acciones correctivas formuladas a los procesos

*Falta mayor interiorización de la cultura de administración del riesgo. Se identifican los riesgos pero se presenta debilidades en las acciones para su mitigación. Se debe armonizar los mapas de riesgos con los riesgos de corrupción y riesgos de seguridad del paciente.

*Falta mayor participación de los servidores en el mejoramiento continuo de los procesos.

*Falta implementar los acuerdos de gestión por proceso.

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

AVANCES

*Se definió y aprobó el plan anual de auditorias

*Se realizó y reporto el informe ejecutivo anual del modelo estándar de control interno vigencia 2014

*Se realizaron los 4 informes cuatrimestrales de evaluación al modelo estándar de control interno.

*Se tiene definido el procedimiento de auditoria interna.

*Se realizó evaluación de plan de acción y plan de desarrollo por parte de la oficina de planeación, se realizó la evaluación por dependencias por parte de la oficina de control interno como seguimiento a los planes de acción 2014.

*se realizo seguimiento al PAMEC 2015.

*Se efectuó seguimiento a todos los eventos adversos presentados a través del programa de seguridad del paciente, se definieron acciones de mejora en formato establecido.

*Se cuenta con un proceso estandarizado de auditoria concurrente y auditoria administrativa a la facturación de servicios de salud, lo que ha permitido mejorar el proceso.

*En este periodo evaluado se realizaron auditorías a caja menor, Plan de gestión integral de residuos Hospitalarios, contratación de menor cuantía, contratación mayor cuantía etapas precontractual, contractual y pos-contractual. Seguimiento a contrato de alimentación, medicina especializada, entre otros.

*en la vigencia 2015 Se realizaron las auditorias de cumplimiento a requisitos de habilitación en salud en al 100% de los procesos. Generando los respectivos planes de mejora.

*Se realizó los informes de auditoría de acuerdo al procedimiento establecido.

*En el momento se tienen planes de mejoramiento suscritos con entes de control externos como: UAESA, INVIMA, Ministerio de Hacienda (Plan de saneamiento fiscal), Supe salud, se han realizado los respectivos planes de mejora.

DIFICULTADES

- *No se han establecido los planes de mejoramiento individual.
- *No se documentaron algunos planes de mejoramiento de los procesos, y por ende no se evidencia el seguimiento a los mismos. Falta afianzar la cultura de la documentación de planes de mejoramiento.
- *Falta fortalecer los mecanismos de verificación y evaluación que permita al proceso medirse a sí mismo
- *No se está realizando la autoevaluación a través de análisis de los indicadores por proceso; solo se hace en unos pocos procesos y por lo general a indicadores de ley.
- *Deficiencias en el seguimiento programado y periódico a los diferentes planes programas y proyectos y planes de mejoramiento. Mayor seguimiento a las acciones preventivas y correctivas identificadas en las diferentes áreas, así como seguimientos a los planes establecidos.

3. EJE TRASVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

AVANCES

- *se tiene definida y aprobada política y plan de comunicaciones
- *Se realizó rendición de cuentas a la ciudadanía el 15 de abril de 2015, en el auditorio de la cámara de comercio de Piedemonte de acuerdo a la metodología COMPES, se invitaron y asistieron diferentes grupos de interés; informe de la misma fue publicada en página web www.hospitaldelsarare.gov.co
- *Se cuenta con mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios. Se cuenta 12 con buzones repartidos en los diferentes servicios y sedes. Los cuales son avientos cada 15 días y se levanta acta de apertura.
- *Se realizó medición semestral de satisfacción de los usuarios.
- *Se cuenta con procedimiento establecido de recepción de quejas directas, derechos de petición, etc. El cual se evaluó según la normatividad vigente y se generó el respectivo informe de auditoría.
- *Se cuenta con mecanismos de consulta para la obtención de la información requerida para la gestión de la entidad (acceso a internet mediante canal dedicado)
- *El Hospital cuenta con página web www.hospitaldelsarare.gov.co, la cual para el segundo semestre de 2015 se ha venido actualizado de acuerdo a los requerimientos de la Ley de transparencia de la información (la contratación, portafolio de servicios, plan de acción, plan de desarrollo, estados financieros y presupuestales y demás información requerida por la normatividad legal vigente). Quedan pendientes algunos aspectos.
- *Se ha publicado la contratación en la página de la SECOP.
- *Están aprobadas las tablas de retención documental. La institución da cumplimiento de normas archivísticas, según lo regula el acuerdo Nro. 039 de 2002; La organización de la memoria institucional se lleva a cabo de acuerdo a lo parametrizado en el modelo de Tablas de Retención Documental. Se plan de capacitación de gestión archivística las cuales se ejecutaron según lo programado
- *Se tiene fácil acceso a manuales, actos administrativos y otros documentos necesarios para la gestión de los procesos. Se encuentra en red por medio de carpeta compartida. Se cuenta con una buena infraestructura de dotación de equipos de cómputo y redes de comunicación, que permiten utilizar la intranet facilitando el acceso a la información
- *Se cuenta con un sistema de información integrado (Dinámica Gerencial) que permite obtener datos en tiempo real.
- *Se documentó el manual de comunicaciones y política de comunicaciones, se elaboró informe de ejecución del mismo.
- *Se transmitió el programa Tu Salud al Día en las emisoras locales se iniciaron en el mes de Marzo a agosto.
- *Se cuenta con oficina de atención al usuario, la cual obtuvo un resultado favorable en la calificación de las encuestas de satisfacción de los usuarios.
- *se cuenta con canales de comunicación cliente externo: espacio radial, cartelera informativas, volantes informativos de cómo acceder a los servicios del Hospital y redes sociales.
- *se cuenta con canales de comunicación cliente interno: redes sociales, correo electrónico, fondos de



pantalla, carteleras, circulares informativas.

*Se cuenta con medios de comunicación virtual, redes sociales como Facebook (cliente interno, Cliente externo), Twitter.

*En la vigencia 2015 se actualizaron los tramites de los ciudadanos para acceder a los servicios, en la plataforma de GOBIERNO EN LINEA

DIFICULTADES

*No se está publicando en la página Web los estados financieros mensuales periodicidad de acuerdo a lo establecido en el sistema de control interno contable.

*Gran parte del segundo semestre de 2015, no se contó con página web www.hospitaldelsare.gov.co ya que estuvo en mantenimiento y/o actualización, solo se publicó la contratación en este lapso de tiempo.

*No se han definido los mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.

*Se encuentra en proceso la elaboración de tablas de valoración documental y documentos semiactivos.

*El software utilizado (Dinámica Gerencial) presenta falencias en la parametrización de algunos de sus módulos administrativos y asistenciales.

*No todos los procesos cuentan con FUID inventariado.

*No se han realizado el 100% de las transferencias documentales por falta de espacio físico.

*El PGD (Programa de gestión documental) está en etapa de elaboración en lo correspondiente a los programas específicos.

*Terminar de implementar la Ley de Transparencia y acceso de la Información

*De acuerdo a los cambios en infraestructura realizados no todas las áreas cuentan con extensiones para comunicarse entre sí con otras áreas.

*No se ha venido cumpliendo con la política de cero papeles y eficiencia administrativa adoptada.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 y el modelo se cumple parcialmente en sus componentes, se encuentra en mayor medida documentado pero presenta deficiencias en cuanto a la actualización de la documentación o a la continuidad sistemática de su cumplimiento, falta mayor interiorización a los productos mínimos definidos ya documentados, falta por implementar algunos de estos productos de acuerdo al nuevo manual. Se debe terminar con el cierre de la implementación

Se ha logrado en gran medida la armonización del MECI, con NTC GP 1000. 2004 y el Decreto 2011/2006 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, logrando en forma integral asesoramiento y seguimiento a los procesos tanto asistenciales como administrativos, lo que ha permitido interrelación de los tres sistemas como un conjunto.

El modelo requiere ser fortalecido especialmente en el componente de Administración de riesgos, el elemento Autoevaluación y gestión del talento humano, indicadores.

RECOMENDACIONES

*Incluir dentro del código de ética lineamientos tendientes a prevenir riesgos de la corrupción.

*Se recomienda incluir en el plan de capacitación bienestar mayor capacitación al personal de área misional, con personal experto externo.

*Se recomienda divulgar el plan de capacitación, bienestar e incentivos.

*Realizar medición de clima laboral y medir la efectividad de las medidas realizadas sobre mejoramiento del clima laboral.

*Elaborar y ejecutar el programa para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.



- *Actualizar el manual de administración del riesgo y articularlo con el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano.
- *Realizar medición a la efectividad de los canales de comunicación establecidos. Dejar un registro de la periodicidad con la que se revisa la eficiencia, eficacia y efectividad de la estrategia de comunicación interna (incluyendo política, plan y canales de comunicación).
- *Establecer evaluaciones de desempeño para el personal en provisión así como para el personal de contrato.
- *Realizar evaluaciones de cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas (Información, diálogo e incentivos).
- *Elaborar un plan de mejoramiento documentado como resultado de la evaluación de la estrategia de rendición de cuentas
- *Ajustar continuamente los indicadores diseñados para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, de acuerdo con las correcciones y mejoras que se presenten en los procesos.
- *Seguimiento estricto al Programa de Saneamiento fiscal y Financiero.
- *Mayor seguimiento al Plan de compras a través de comité de compras. Actualización de los procesos y procedimientos definidos para la planeación de las compras.
- *Documentar, socializar proceso seguimiento a indicadores.
- *Definir los riesgos de los contratos con los lineamientos del manual de riesgos de Colombia compra eficiente.
- *Se recomienda divulgar y/o socializar los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.
- * Fortalecer la cultura de medición y mejoramiento continuo a través de indicadores, en todos y cada uno de los procesos con el fin de determinar desviaciones de los objetivos planteados y tomar correctivos.
- *Fortalecer el Plan Institucional de Formación y Capacitación.
- *Fortalecer el elemento de Autoevaluación bajo la responsabilidad de líderes de procesos.

CHEILA ALEXANDRA ALVARADO
Asesor Control Interno