

## INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno:	CHEILA ALVARADO R.	Período evaluado: <b>NOVIEMBRE 2015 A FEBRERO 2016</b>
		Fecha de elaboración: <b>15 DE MARZO DE 2016</b>

El presente informe pormenorizado sobre el estado del control interno el Hospital se realiza de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 en su artículo 9.

El informe fue realizado de acuerdo a la estructura de la actualización del Modelo Estándar de Control Interno, adoptado por el Decreto 943 de 2014.

### 1. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

#### 1.1 *Componente del Talento Humano:*

1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano.

#### 1.2 *Componente de Direccionamiento Estratégico:*

1.2.1 Planes Programas y proyectos

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

1.2.3 Estructura Organizacional

1.2.4 Indicadores de Gestión.

1.2.5 Políticas de Operación.

#### 1.3 **Componente Administración del Riesgo**

### 2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 *Componente Auto Evaluación Institucional*

2.2 *Componente de Auditoría Interna*

2.3 *Componente Planes de Mejoramiento*

### 3. MODULO DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

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.

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.

## **1. MODULO DE CONTROL Y PLANEACION**

### **1.1 Talento humano**

Se cuenta con documento código de ética que contempla los principios y valores para los se han socializado en las inducciones realizadas en el periodo evaluado.

En los meses de enero y febrero de 2016 se realizaron las evaluaciones de desempeño de la vigencia 2015.

Dentro de las actividades del desarrollo del talento humano, en el marco de los planes de bienestar social e incentivos formulados para la vigencia 2015 en los meses de noviembre y diciembre de 2015 se realizaron las siguientes actividades:

- Actividad navideña de recibimiento de la navidad, actividad de integración con todas las áreas de hospital.
- Celebración día del medico
- Cena navideña y de fin de año a los empleados que estuvieron de turno esos días.
- Actividades de fomento de actividad física a través del gimnasio
- Seguimiento a los accidente de trabajo presentados en periodo, jornada de inmunización a los funcionarios.
- Capacitación taller de clima laboral en conjunto con la ARL Positiva, dirigido a todos los funcionarios del Hospital.

Se cuenta con un formato de inducción en el cual están los temas para la inducción para los nuevos colaboradores que ingresan al Hospital.

Dentro del periodo evaluado de noviembre 2015 a febrero 2016, no se han adoptado y/o aprobado de los planes de capacitación, bienestar y estímulos para la vigencia 2016.

### **1.2 Direccionamiento Estratégico**

Se cuenta con misión, visión y objetivos institucionales los cuales se difundieron en el periodo evaluado por emisora radial.

En el primer bimestre de 2016 se realizó la evolución del plan de desarrollo y planes de acción, los cuales fueron publicados en la página web del Hospital. De acuerdo al artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, fueron formulados y publicados en la página web los planes de acción 2016 y el presupuesto de ingresos y gastos aprobado para la vigencia 2016.

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

El plan de gestión se consolidó en el primer bimestre de 2016, quedando pendiente su presentación y aprobación por parte de la junta directiva.

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 encuentran documentados la mayoría de los procedimientos en los procesos misionales. Estos se encuentran en red y pueden ser consultados desde los diferentes computadores.

Se tiene establecido en procedimiento de evaluación de la satisfacción de los usuarios, en el mes de enero se consolidó la satisfacción del año 2015, el primer semestre obtuvo una calificación del 82% de satisfacción de los usuarios frente a un 81% en el segundo semestre de 2015.

Se tiene una estructura organizacional definida vertical de forma sencilla. En el año 2015 se realizó actualización del Manual de funciones y competencias laborales, en cuanto a la definición de las áreas básicas del conocimiento.

Se realizó la consolidación de los indicadores del Plan de gestión, los cuales fueron presentados con su respectivo análisis, así como los indicadores financieros. El perfil epidemiológico del año 2015 fue consolidado. Se consolidaron los indicadores del año en los procesos de gestión documental, contabilidad, cartera, presupuesto, gestión ambiental, vigilancia en salud pública, farmacia, indicadores de calidad y producción.

### **1.3 Administración del riesgo**

En la vigencia 2015 se realizó seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos, para este periodo evaluado no se han hecho actividades relevantes a la definición de políticas de administración de riesgos, identificación, evaluación de riesgos.

## **2. EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

### **2.1 Autoevaluación institucional**

La principal herramienta de autoevaluación se hace a través de los comités institucionales, como lo son seguridad del paciente, mortalidad, historias clínicas, infecciones, sostenibilidad contable, ambiental, conciliaciones; fueron los que en el periodo evaluado registraron actividades de seguimiento autoevaluación de los procesos, estos son espacios propicios en que los servidores de diferentes áreas interactúan con los procesos de dirección en pro de mejoramiento.

En el periodo evaluado se contó con un proceso estandarizado de auditoría concurrente y auditoría administrativa a la facturación de servicios de salud, lo que ha permitido mejorar el proceso.

## 2.2 Auditoria Interna

Dentro de las auditorías realizadas en el periodo evaluado se encuentran la consolidación y elaboración de informes a entes externos como:

- Informe ejecutivo anual del estado del Modelo Estándar de Control Interno
- Informe de control interno contable
- Informe de gestión de control interno a la Contraloría Departamental

Para la vigencia 2016 se plasmó el programa anual de auditoria, quedando pendientes su aprobación por parte del comité MECI – CALIDAD, el cual incluye los seguimientos que por Ley se deben hacer, además de las auditorias de gestión priorizadas para esta vigencia.

Dentro del periodo evaluado entre otros se han realizado además de los informes a entes de control las siguientes auditorias: caja menor, seguimientos a quejas y peticiones correspondiente al segundo semestre de 2015, seguimiento a estudios de conveniencia y oportunidad, evaluación de dependencias de acuerdo a los planes de acción, seguimiento a la estrategia anticorrupción.

Se realizó evaluación de plan de acción y plan de desarrollo por parte de la oficina de planeación, 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.

## 2.3 Planes de Mejoramiento

Durante la vigencia evaluada se tenía establecido plan de mejoramiento con:

- Con el INVIMA, en el área de banco de sangre, las acciones de mejoramiento planteadas en el mismo fueron ejecutadas en su gran mayoría en la vigencia evaluada.
- Planes de mejoramiento UAESA verificación condiciones de habilitación: en el periodo evaluado se han venido adelantando el levantamiento de hallazgos, los cuales serán revisados a partir de marzo.
- Cumplimiento Plan de Sanamiento fiscal y financiero en el mes de febrero se envió informe de cumplimiento con corte a 31 de diciembre de 2015. Con los resultados de cumplimiento a metas allí planteadas.
- De acuerdo a visita de la supersalud en el mes de noviembre al flujo de recursos, se envió plan de mejoramiento para aprobación por parte de la supersalud.

## 2. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Se tiene establecida el área de comunicaciones mercadeo e imagen, a través de la cual se manejan los diferentes medios de comunicación con que cuenta el Hospital para comunicarse con los usuarios (cliente externo) y los colaboradores (cliente interno)

En el mes de enero se realizó la evaluación del plan de comunicaciones de la vigencia 2015 presentando un alto grado de cumplimiento. Los medios de comunicación más importantes con que cuenta el hospital son los espacios radiales en las emisoras locales los cuales permiten llegar a los usuarios del área rural y urbana del municipio.

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

Se cuenta con mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, se realizaron en el primer bimestre de 2016 tres aperturas de buzones de las cuales se generaron las respectivas actas.

Se ha publicado la contratación en la página de la SECOP de los meses de noviembre a febrero,

A continuación se relacionan las principales acciones adelantadas por el Hospital en materia de comunicaciones:

- El mes de enero fue publicada una edición de la revista digital LA AGENDA, dirigida a cliente interno
- Divulgación de información de interés general de los colaboradores a través de correos electrónicos: se enviaron en el mes de enero 10 correos, en febrero 16
- La Institución cuenta con 11 carteleras de información para los Usuarios, 8 en la sede principal y 3 en las demás sedes de atención. Mensualmente se rotó la información de acuerdo a las necesidades de información y a los objetivos específicos de comunicación de este medio.
- Página web [www.hospitaldelsarare.gov.co](http://www.hospitaldelsarare.gov.co): se publicó la información de requerida de acuerdo a lo establecido en el art 74 de la Ley 1474 de 2011, la contratación. Se publicó información de interés general.
- Se elaboró el plan de comunicaciones para la vigencia 2016, estando pendiente su aprobación.

**Aspectos sobre los cuales la oficina de control interno recomienda revisiones y/o fortalecimiento del MECI.**

- ✓ Se debe actualizar el código de ética armonizado con el sistema único de acreditación.
- ✓ Medición de clima laboral y su respectivo plan de intervención de acuerdo a los resultados.
- ✓ Actualizar los procesos de selección e inducción.
- ✓ 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.
- ✓ Actualizar la plataforma estratégica
- ✓ Elaborar y ejecutar el programa para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.
- ✓ Actualizar los procesos y procedimientos, especialmente los procesos de apoyo ya que se encuentran desactualizados la mayoría en versión 2008.
- ✓ fortalecer la cultura de administración de riesgos .Actualización de los mapas de riesgos de los procesos. Se recomienda armonizar los mapas de riesgos con los riesgos de corrupción y riesgos de seguridad del paciente.



- ✓ Realizar la medición a través de los indicadores y generar su respectivo análisis, gran parte de los procesos no está haciendo esta medición. Utilizar la ficha del indicador definida en el SIG.
- ✓ Afianzar la cultura de autocontrol en los procesos. fortalecer los mecanismos de verificación y evaluación que permita al proceso medirse a sí mismo
- ✓ Aprobar el plan anual de auditoría
- ✓ Terminar de actualizar la página web de acuerdo a los requerimientos de la Ley de transparencia y acceso a la información.
- ✓ Actualizar los FUID (formatos único de inventario documental), muy pocas dependencias los tiene actualizado.
- ✓ Destinar espacio físico de tal manera que permita realizar las transferencias documentales de los archivos de gestión al archivo central.
- ✓ Hacer cumplimiento y seguimiento a lo estipulado en la política de cero papel
- ✓ 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).
- ✓ Seguimiento estricto al Programa de Saneamiento fiscal y Financiero.
- ✓ Documentar, socializar proceso seguimiento a indicadores.

El MECI requiere ser fortalecido especialmente en el componente de Administración de riesgos, el elemento Autoevaluación (Indicadores), planes de mejoramiento y gestión del talento humano.

**CHEILA ALEXANDRA ALVARADO**  
Asesor Control Interno