

## INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno:	CHEILA ALVARADO R.	Período evaluado: MARZO 2016 A JUNIO 2016
		Fecha de elaboración: 20 DE JUNIO DE 2016

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

Se aprobó el plan de bienestar social, plan de incentivos para la vigencia 2016, es de resaltar que este fue presentado posterior a la fechas establecidas del 30 de marzo de 2016

Dentro de las actividades del desarrollo del talento humano, en el marco de los planes de bienestar sociales e incentivos y programa de salud laboral, formulados para la vigencia 2016 en los meses de marzo a junio de 2016 se realizaron las siguientes actividades:

- Día de integración en el marco del día de la enfermera
- Exaltación de la mujer hospital del Sarare en el marco del día de la mujer
- 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.
- Medición clima laboral
- Concertación por parte de comité de bienestar de las actividades a realizar en la vigencia 2016.
- Planeación e inicio de las actividades del programa PILO (programa de lesiones osteomusculares ) a auxiliares de enfermería

Dentro de las capacitaciones realizadas en el primer semestre de 2016 tenemos:

- Del área salud laboral: separación de residuos hospitalarios, enfermedades comunes ausentismo, accidentalidad,
- Del área de seguridad del paciente, se socializo y evaluó la capacitación una encuesta de conocimientos posteriores a la capacitación programada y la adherencia del programa de seguridad del paciente. Es de resaltar el cumplimiento a metodología desarrollas en esta capacitación y lo exitoso de la capacitación demostrada en la encuesta de adherencia del 94.1% de aceptación.
- Gestión documental: TRD y manejo archivístico.

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

## 1.2 Direccionamiento Estratégico

En los primeros meses del año, los procesos formularon sus planes de acción para la presente vigencia. 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 misión, visión y objetivos institucionales pero esta debe ser actualizada acorde con el avance que ha tenido y la normatividad vigente de acreditación y otros sistemas.

De acuerdo al artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 se publicaron en la página web las modificaciones presupuesto de ingresos y gastos aprobados para la vigencia 2016.

Se presentó informe de ejecución del Plan de Gestión 2015 a la junta a la junta directiva en el mes de marzo de e 2016, y fue aprobado mediante acuerdo de junta 005 de 2016. Aunque no existe un acuerdo de gestión o Plan de gestión aprobado para la vigencia 2016; se han enviado a la Supersalud el resultado de los indicadores del 743 de 2013 por medio del cual se definen los indicadores del plan de gestión de la empresas sociales del estado.

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 gran parte 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, la satisfacción de los usuarios durante el primer semestre fue 86.01% subió un 4% frente al 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. Quedando pendiente la actualización de la funciones de cada uno de los cargos las cuales, no corresponden con el avance tecnológico del entorno y normativo.

Se realizaron las reuniones para la consolidación del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano el cual fue aprobado en las fechas establecidas.

Se han consolidado y enviado los indicadores de calidad y producción del decreto 2193 de 2004,

### **1.3 Administración del riesgo**

En la vigencia 2016 no se ha realizado la actualización de los mapas de riesgo. Solo se realizó la identificación de los riesgos de corrupción identificados en el primer componente de Plan Anticorrupción y atención al ciudadano. Se tiene establecido y operando el programa de seguridad del paciente en donde se identifican los riesgos de la atención en salud de los diferentes servicios. (Seguridad del paciente), se tiene establecido y operando el procedimiento de notificación de eventos adversos, se tiene establecida la política de seguridad del paciente, se ha capacitado y evaluado en temas de seguridad (Tecnovigilancia, farmacovigilancia, IAAS)

## **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 auditoria concurrente y auditoria 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 seguimiento derechos de petición
- Informe de avance al plan de mejoramiento suscrito con la Supersalud.

Se presentó al Comité MECI-CALIDAD para su aprobación el programa anual de auditoria para la vigencia 2016.

Dentro del periodo evaluado entre otros se han realizado además de los informes a entes de control las siguientes auditorias:

- Arqueos a caja menor,
- seguimientos a quejas y peticiones correspondiente al segundo semestre de 2015 auditoria 01

- seguimiento a cuadros de turnos de farmacia, rayos x, médicos generales, quirófano auditora 02
- auditoria a órdenes de pago de los meses de noviembre, diciembre de 2015 de contrato de prestación de servicios de profesionales en el procesamiento y lectura de estudios de patologías. Auditoria 03
- Auditoria a órdenes de pago de contratos de prestación de servicios profesionales varios. Auditoria 04
- Auditoria al programa de seguridad del paciente. Auditoria 05
- Seguimiento a órdenes de pago del contrato de servicios profesionales de medicina especializada.
- Seguimiento archivos de gestión sobre manejo de TRD.
- Seguimiento a estudios de conveniencia y oportunidad.

Auditorías realizadas por el área de calidad:

- Revisión cumplimiento requisitos de habilitación procesos prioritarios Imágenes Diagnosticas, Toma de Temperaturas ambientales y Cadena de Frio en el servicio de Farmacia, Central de Oxígeno, Bodega de Almacén, Banco de Sangre y Almacenamiento de Residuos Hospitalarios en los formatos institucionales del mes de marzo de 2016, seguimiento a las encuestas de Donantes del primer Trimestre del 2016, seguimiento a las encuestas de Donantes del Segundo Trimestre del 2016,
- cumplimiento de los Estándares de Habilitación según la Resolución 2003 de 2014 en el servicio de Odontología, servicio de Farmacia, servicio de Brigadas o Jornadas de salud (Atención en unidad móvil terrestre) , laboratorio, radiología e imágenes diagnósticas,
- 

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, a través de visitas de variación.
- Informe de cumplimiento Plan de Saneamiento fiscal y financiero del primer trimestre de 2016, el 05 de mayo de 2016 se envió informe de cumplimiento a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca.
- Informe de cumplimiento del Plan de mejoramiento suscrito con la Supersalud sobre el flujo de recursos, en el mes de mayo se envió informe de plan de mejoramiento correspondiente al primer trimestre de 2016.

## 2. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

En 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 informar a los usuarios (cliente externo) y los colaboradores (cliente interno)

Se realizó evaluación del cumplimiento del plan de comunicaciones del primer semestre de 2016, reflejando alto cumplimiento en lo planeado. Se destaca el programa radial TUSALUD AL DIA, en donde se llega a la mayoría de población de influencia del Hospital,

Otros medios de comunicación utilizado son: redes sociales como Facebook (cliente interno, Cliente externo), Twitter y la página web.

Se cuenta con mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, se realizaron en el primer semestre de 2016 aperturas de buzones cada 15 días, de las cuales se generaron las respectivas actas y la contestación directa a usuarios que dejaron sus datos.

Se ha publicado la contratación en la página de la SECOP la contratación.

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 de manera urgente actualizar y/o identificar los riesgos en los procesos y formular las políticas de administración de los mismos.
- ✓ De acuerdo a la auditoria realizadas a la PQRS la mayor motivo de queja más frecuente con 29% es demora en la atención de medicina especializada; esto debido a la baja en la



oferta de citas para pediatría entre otras especialidades por lo que se recomienda hacer seguimiento a este tema.

- ✓ Se debe actualizar el código de ética armonizado con el sistema único de acreditación.
- ✓ Medición de clima laboral realizar las actividades planteadas en el informe de la ARL.
- ✓ 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 auditoria
- ✓ 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