

INFORME CUTRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME CUTRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno:	CHEILA ALVARADO ROJAS	Período evaluado: NOVIEMBRE 2016 A FEBRERO DE 2017
		Fecha de elaboración: 20 DE FEBRERO DE 2017
<p>El presente informe fue realizado de acuerdo a la estructura de la actualización del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, adoptado por el Decreto 943 de 2014 y se presenta el desarrollo de cada uno de sus módulos. Componentes y elementos:</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>2.1 <i>Componente Auto Evaluación Institucional</i></p> <p>2.2 <i>Componente de Auditoría Interna</i></p> <p>2.3 <i>Componente Planes de Mejoramiento</i></p> <p>3. MODULO DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</p> <p>En el HOSPITAL DEL SARARE ESE, 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>Este informe Pormenorizado se realiza como cumplimiento en la Ley 1474 de 2011 - artículo No. 9, se elabora a partir del seguimiento a la gestión institucional durante el cuatrimestre noviembre 2016 - marzo 2017</p>		
1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION		
AVANCES		
<p>1.1 <u>Componente Talento humano</u></p> <p>1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos</p> <p>Se cuenta con documento código de ética, que contempla los principios y valores institucionales, este documento fue socializado en las inducciones que se realizaron en el periodo noviembre 2016 a febrero de 2017. Se socializo en las inducciones</p>		

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

- Para el periodo evaluado de noviembre 2016 a febrero de 2017, se realizó las siguientes capacitaciones: taller de fortalecimiento de capacidades institucionales dictado por la función publica en Arauca.
- En proceso de inducción de aplico a los nuevos colaboradores que ingresaron en el periodo de noviembre 2016 a febrero de 2017.
- Dentro de las actividades desarrolladas del Plan de Bienestar social para el periodo evaluado se tienen: actividad de integración de las novenas navideñas, servicio de gimnasio.
- En cuanto a la evaluación de desempeño se realizaron la mayoría de evaluaciones de desempeño en el mes de febrero de 2017. Se proyectaron en vivo algunas de las capacitaciones dada la comisión nacional del servicio civil en el nuevo modelo de evaluación de desempeño.
- Se encuentra en actualización el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes programas y proyectos

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 realizaron la mayoría los planes de acción por proceso para la vigencia 2017, los cuales fueron publicados en la página web del hospitaldelsarare.gov.co

En el mes de enero de 2017 se aprobó el plan de gestión gerencial para la vigencia 2017-2019

Se encuentra en actualización el PAMEC (programa de mejoramiento de la calidad)

Aunque no se contó con un Plan de Gestión Gerencial aprobado, se realizó mes a mes la evaluación de los indicadores definidos en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 para cuando el gerente se encuentra en encargo y fueron enviados mes a mes a la Supersalud.

Se tiene establecido, conforme a la normatividad vigentes, el Plan de gestión integral de Residuos hospitalarios; se encuentra establecido Plan de gestión documental en más del 80%. Se tiene establecido el programa de seguridad del paciente.

1.2.2 Modelo de operación por procesos

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 los cuales se actualizan de acuerdo a los requerimientos de habilitación. 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 cuentan con actas de reunión que soportan la revisión, ajuste y divulgación de los procesos misionales (guías y protocolos de manejo).

1.2.3 Estructura organizacional

Se cuenta con una estructura organizacional apropiada que permite trabajar por procesos, donde se identifican los niveles de responsabilidad. Esta es socializada en el proceso de inducción.

Se cuenta con manual de funciones actualizado.

1.2.4 Indicadores de gestión

Se tiene definida herramienta ficha de indicadores.

En cumplimiento a la circular externa 09 de 2015 de la Supersalud, se consolidaron y analizaron los indicadores del Plan de gestión. Se realizó seguimiento mensual a estos indicadores.

En el marco de la información reportada al ministerio de Salud y Supersalud se reportan indicadores de productividad, calidad, financieros, de satisfacción, indicadores trazadores etc.

Se genera cada cuatro meses y anual el perfil epidemiológico. Se lleva el SIVIGILA con manejo adecuado.

1.2.5 Políticas de operación.

Dentro del manual de calidad se tienen establecidas las políticas de operación del Hospital: Política de calidad, Política de seguridad del paciente, Política de salud laboral, Políticas financieras, Política plan de comunicaciones, Política de gestión ambiental, entre otras. Sin embargo a la mayoría no han sido actualizadas y socializadas.

1.3 Componente Administración del Riesgo

1.3.1 Política de administración del riesgo

Se cuenta con política de administración del riesgo, sin embargo esta debe ser actualizada. Una de las políticas de administración del riesgo más importante es la seguridad del paciente; esta se ha socializado ampliamente y es entendida por gran parte del área misional.

1.3.2 Identificación del riesgo

Para la identificación y valoración del riesgo, fue realizada utilizando la metodología de la DAFP, considerando aspectos como: los objetivos, alcance de los procesos, las causas posibles asociadas a los factores analizados en cada uno de los procesos y la posibilidad de ocurrencia y el impacto de las evaluaciones identificadas. Sin embargo durante la vigencia 2016 no se realizó ningún ajuste o modificación al mapa de riesgos.

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 y riesgos (Tecnovigilancia, farmacovigilancia, IAAS). Los funcionarios y/o colaboradores identifican y gestionan los principales riesgos en la prestación del servicio como son de seguridad del paciente, y de una manera incipiente de farmacovigilancia, Tecnovigilancia entre otros.

1.3.3 Análisis y valoración del riesgo

El Hospital cuenta con la Oficina organizada de Atención al Usuario, se realiza la apertura de buzones de manera sistemática, se cuenta con proceso de evaluación y seguimiento a la satisfacción del cliente y partes interesadas.

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

DIFICULTADES

El documento que contempla los principios y valores de la entidad, está en proceso de actualización, ya que no se hacía desde el año 2008, por lo que se hace necesario revisar la pertinencia de los principios y valores allí establecidos conforme a los cambios del entorno y crecimiento que ha tenido la ESE en los últimos años. No se cuentan con suficientes evidencias de socialización del código de ética. Se deben buscar estrategias de socialización permanente de los principios y valores de la entidad.

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

No se encuentran actualizadas y/o documentadas y socializadas las políticas del talento humano. Las evaluaciones de desempeño no se están realizando a la totalidad de los funcionarios, se concertaron objetivos por fuera de las fechas establecidas a algunos funcionarios. Producto de las mismas no se están generando planes de mejoramiento individual. No se generó reporte de resultados de la evaluación de desempeño feb2015-ene 2016

El Plan institucional de formación y capacitación, esta de manera generalizada y no corresponde al instrumento de recolección de necesidades aplicado. No contempla proyectos de aprendizaje estructurados.

Aunque se actualizo el manual de funciones y competencias laborales este no ha asido socializado.

No se tiene establecido el programa para preparar al pre pensionado para el retiro del servicio.

No todos los empleados del Hospital cumplen y están al día con el diligenciamiento del Formulario de declaración de bienes y rentas establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública

En el marco del 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.

La plataforma estratégica ha perdido su vigencia, se hace necesario actualizar 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 no esta armonizarla con los parámetros del Sistema Único de Acreditación.

Se encuentran desactualizados los procesos de Apoyo y dirección cuya última actualización y/o versión ya tiene más de ocho años en su mayoría. Estos no se encuentran disponibles para consulta por parte del personal.

Las políticas de operación de los procesos en su gran mayoría se encuentran desactualizadas o no se han documentado.

Durante la vigencia 2016, no se contó con planes alineados con las políticas de desarrollo administrativo (Plan de desarrollo). No se cuenta con un Plan Mensualizado de caja. No se suscribieron acuerdos de gestión.

Los planes de acción por procesos no están siendo dados a conocer a todos los colaboradores del proceso, con el fin de que estos tengan claridad sobre las metas y programas que desarrolla la entidad.

Se presentan debilidades para la medición de la eficacia de los procesos, es necesario que los líderes de proceso revisen y generen el respectivo análisis.

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 están definidos los indicadores en todos los procesos.

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 actualizar los mapas de riesgos y realizar socialización de los mismos.

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

El soporte técnico de la empresa proveedora del software no es eficiente y oportuno.

No todos los productos del proceso contable están identificados para suministrar a las demás áreas, se presentan falencias por no tener un sistema de costos que apoyen a la calidad de la información contable.

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

AVANCES

2.1 Componente 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 y 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,

Se sigue haciendo acompañamiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, a las diferentes dependencias de la Entidad, resaltando la cultura de autocontrol.

2.2 Componente Auditoria Interna

Se elaboró y presento al comité MECI-CALIDAD el programa anual de auditorías de la ESE Hospital del Sarare. Se tiene definido el procedimiento de auditoria interna

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

- Se elaboró y se reportó Informe ejecutivo anual del estado del control interno vigencia 2015
- Se realizó la evaluación por dependencias a los procesos que presentaron plan de acción.
- Se elaboró y publico Informes cuatrimestrales de evaluación al modelo estándar de control interno.
- Se elaboró y se reportó Informe de derechos de autor
- Informe a la contraloría departamental
- Se elaboró y publico Informes de seguimiento al cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano.
- Informe seguimiento derechos de petición.
- Informe de avance al plan de mejoramiento suscrito con la Supersalud.

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

- Arqueos a caja menor,
- Acompañamiento realización de inventarios de medicamentos.
- Seguimientos a quejas y peticiones correspondiente al segundo semestre de 2.015
- Seguimiento a cuadros de turnos de farmacia, rayos x, médicos generales, quirófano
- 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 historias laborales.
- Auditoria consumo combustibles.
- Auditoria a órdenes de pago de contratos de prestación de servicios profesionales varios.
- Auditoria al programa de seguridad del paciente.
- 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 Oxigeno, 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,
- En coordinación con el área de farmacia se realizó autoevaluación a los estándares de acreditación de ambiente fisico e información.

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 2016 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 realizando este ente, una visita de verificación en noviembre donde se dieron por levantados la mayoría de hallazgos.
- Planes de mejoramiento UAESA verificación condiciones de habilitación: en el periodo evaluado se han venido adelantando el levantamiento de hallazgos realizado en visita realizada a finales del año 2015.
- Informe de cumplimiento trimestrales Plan de Saneamiento fiscal y financiero 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, julio y octubre se envió informe de avance de plan de mejoramiento, de los nueve hallazgos se levantaron 7.
- En el mes de noviembre se realizó visita por parte de la UAESA al área de farmacia, se está en ejecución el plan de mejoramiento

DIFICULTADES

No se ha fortalecido la cultura de autocontrol.

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. Los indicadores de proceso deben ser evaluados por los líderes de proceso, no se tiene evidencia.

No se han establecido los planes de mejoramiento individual. Lo anterior requiere mejorar en la Evaluación del Desempeño Laboral y en la concertación de objetivos, acuerdos y compromisos con el personal que se encuentra en Carrera Administrativa, e igualmente adoptar y aplicar mecanismos para la evaluación del personal vinculado en provisionalidad y por las diferentes modalidades de contratación.

Falta realizar mayor seguimiento al PAMEC y no se realizó la autoevaluación para la acreditación en la vigencia 2016

Persiste la falta de compromiso por parte de los líderes de algunos procesos con respecto a la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento de Auditorías. 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.

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

Información y comunicación Interna y Externa

Se tiene establecidos mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones,

peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios como son radicación en ventanilla de la oficina de Atención al Usuario, pagina web; se cuenta 11 con buzones repartidos en los diferentes servicios y sedes. Los cuales son abiertos cada 15 días y se levanta acta de apertura. Se genera informe bimensual de la información encontrada en buzones. Se da respuesta oportuna a las PQRS recibidas por los medios descritos anteriormente, por cada queja, reclamo o petición se levanta acta respectiva.

Se documentó el plan de comunicaciones y política de comunicaciones, en éste se definen las estrategias en materia de comunicación y divulgación de información, que se desarrollan para apoyar el logro de los objetivos institucionales y por procesos. Se realizó evaluación del cumplimiento del plan de comunicaciones cada tres meses durante el 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 y permite la comunicación en doble vía.

Se realiza medición de la satisfacción de los usuarios, mensualmente se aplican promedio de 74 a 100 encuestas, Semestralmente se consolidan y se genera el respectivo informe.

Se tienen folletos sobre los derechos y deberes de los usuarios (GMC-FL-03).

Se realizó rendición de cuentas día 03 de mayo de 2016, se desarrolló la Audiencia de Rendición de Cuentas correspondiente a la Gestión 2015, en el auditorio Jorge Prieto Chamucero en la Sede del Sindicato de ANTHOC, 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 y enviado a la Supersalud el cual tuvo como objetivo establecer un espacio de diálogo claro y sencillo con la ciudadanía y dar a conocer la gestión ejecutada en la ESE.

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 se actualizo en la vigencia 2016 cumpliendo el alto grado con los requerimientos de la Ley de Transparencia y acceso a la información. (La contratación, link pqrs, 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, aplicativo SIA OBSERVA.

El proceso de Gestión documental de la entidad ha brindado apoyo y asesoría a las dependencias en el manejo documental y de archivo, observando mejoras en los procesos

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 capacito al 90% de los líderes de proceso en la guía de elaboración de documentos y parámetros del modelo archivístico de TRD. Se ha realizado las auditorías a los archivos de gestión de los procesos manejo FUID, manejo básico de archivos bajo TRD. En la vigencia 2016 se documentó el Programa gestión Documental Hospital, fue presentado al comité de Archivos los adelantos realizados, se elaboraron los programas específicos; quedando pendiente el PINAR (Plan Institucional de Archivos). El respectivo Informe fue presentado al consejo departamental de archivo según comunicación 084 del 23 de diciembre de 2016.

Sistema de información y Comunicación

Se cuenta con la ventanilla única de correspondencia y Oficina de atención al usuario. En donde se lleva

seguimiento por parte de estas dependencias a la oportuna contestación a través de formato establecido. Se realizaron las auditorias de seguimiento.

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 infraestructura de dotación de equipos de cómputo, 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.

En la vigencia 2016 se contó con dependencia 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 produjo y transmitió el programa TU SALUD AL DÍA en las emisoras locales se iniciaron en el mes de Marzo a agosto. Lunes miércoles y viernes, en donde se divulgaron los servicios del hospital y la forma de acceder a ellos, así como la prevención y promoción de la salud.

Se cuenta con canales de comunicación cliente externo: espacio radial, carteleras informativas, volantes informativos de cómo acceder a los servicios del Hospital, rendición de cuentas y reuniones con asociación de usuarios.

Se cuenta con canales de comunicación cliente interno: correo electrónico, fondos de pantalla, carteleras, grupos de whatsapp por proceso, revista virtual la AGENDA, circulares informativas.

Se cuenta con medios de comunicación virtual cliente interno y externo: página web, redes sociales como Facebook, YouTube y Twitter.

DIFICULTADES

No se publican en la página Web los estados financieros mensuales, de acuerdo a lo establecido en el sistema de control interno contable.

No se ha actualizado los trámites en la plataforma de SUIT.

No se tiene publicado en la página web los trámites existentes en el Hospital, incluyendo la normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos.

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

El software utilizado (Dinámica Gerencial) presenta falencias en la parametrización de algunos de sus módulos administrativos y asistenciales, lo que genera reprocesos.

No todos los procesos cuentan con FUID actualizado.

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

Las redes de comunicación – equipos internos presentan fallas, algunas están dañadas. De acuerdo a los cambios en infraestructura realizados, no todas las áreas cuentan con extensiones para comunicarse entre sí con otras áreas, se encuentran dañadas en gran parte. Especialmente el área de talento humano.

En el PGD (Programa de gestión documental) falta la elaboración y aprobación del Plan Institucional de Archivos PINAR...

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

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

A partir de las políticas fijadas en materia de Comunicación la entidad debe establecer la matriz de comunicación, mecanismos internos y externos para socializar la información generada, esto es, rediseñar un Plan de Medios de Comunicación.

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 aceptablemente en su mayoría de sus componentes, se encuentra en 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.

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 misionales como de apoyo (administrativos), lo que ha permitido interrelación de los tres sistemas como un conjunto.

Con el fin de fortalecer el modelo y garantizar un mejor funcionamiento del MECI, es importante que los funcionarios continúen con el mantenimiento del Sistema en todos los aspectos que esto implica, tales como: Revisión y actualización de la documentación, análisis de la información, definición y reporte de resultados de indicadores y administración de riesgos, así como el fomento de la cultura de autocontrol en el desarrollo de cada una de las actividades ejecutadas. Actividades que presentan menor grado de cumplimiento.

RECOMENDACIONES

- Actualizar el condigo de ética, buscar estrategias de socialización permanentes que permitan su interiorización.
- Actualizar las políticas de operaciones de la ESE, socializarlas y realizar seguimiento a su cumplimiento
- Durante el seguimiento efectuado al Plan de anticorrupción y Atención al ciudadano se observó que no se evidencia la gestión realizada por el comité Antitrámites de la Entidad, no hay avance en la actualización del SUIT y no se ha terminado de implementar la estrategia de Gobierno en Línea.
- Se recomienda realizar la caracterización de usuarios de la entidad para lograr un mejor diseño e implementación de servicios basándose en las necesidades de quienes lo requieran, ya sea persona natural o jurídica.
- Es importante continuar adelantando las actividades para la armonización de los procesos relacionados con el acceso a la información pública, así como los procedimientos para el ejercicio y garantía para su consulta por los diferentes usuarios, de acuerdo con lo establecido en Ley 1712 de 2014 "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública" reglamentada parcialmente por el Decreto 103 de 2015.
- En la página Web el enlace de trámites y servicios, no es claro no proporciona de manera inmediata un listado con el nombre de cada trámite o servicio y los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.
- La entidad debe fortalecer la cultura del autocontrol dando aplicabilidad a los principios de autogestión y autorregulación, al igual que el elemento planes de mejoramiento individuales.
- Se recomienda divulgar el plan de capacitación, bienestar e incentivos.
- Elaborar y ejecutar el programa para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.
- 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.
- 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.
- Actualizar y socializar procedimiento seguimiento a indicadores.
- Definir los riesgos de los contratos con los lineamientos del manual de riesgos de Colombia compra eficiente.
- En cuanto a los mapas de riesgo, han sido formulados, hace falta la actualización ya que fueron formulados en el año 2015 y aun no se han realizado las revisiones pertinentes. Se recomienda divulgar y/o socializar los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad. Actualizar el manual de administración del riesgo y política, articularlo con el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano
- 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. Crear cultura de análisis y reporte de indicadores.
- Fortalecer el Plan Institucional de Formación y Capacitación, documentar diagnóstico previo e incluir los proyectos de aprendizaje de acuerdo a la normatividad vigente.
- Fortalecer el elemento de Autoevaluación bajo la responsabilidad de líderes de procesos.
- Mejorar la infraestructura física de la redes de comunicación ya que presentan alto grado de deterioro y no se cuenta con suficiente espacio físico que garantice condiciones medio ambientales.
- Realizar auditoria constante para la identificación de faltantes y sobrantes de inventarios y establecer responsabilidades.
- Terminar la depuración de activos fijos y saneamiento de aportes, procesos que fueron iniciados en la vigencia 2016.
- Aprobar las políticas contables documentadas y socializarlas

CHEILA ALEXANDRA ALVARADO

Asesor Control Interno