

INFORME EJECUTIVO ANUAL O DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno:	CHEILA ALVARADO ROJAS	Período evaluado: ENERO 2017 A DICIEMBRE DE 2017
		Fecha de elaboración: 30 DICIEMBRE 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>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 PLANEACION Y GESTION		
AVANCES		
1.1 <u>Componente Talento humano</u>		
1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos		
En la vigencia 2017 se actualizo el código de acuerdo a la metodología de la USAID; se integró con el nuevo Código de integridad.		

Quincenalmente se colocan en los buzoneos volantes donde se socializa en los diferentes servicios los derechos y deberes de los pacientes, enmarcados dentro del código de ética.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

- Se cuenta con Manual de funciones y competencias laborales.
- En la vigencia 2017 Se aplicó encuesta a líderes para identificar necesidades de capacitación.
- Se contó con plan de formación y capacitación aprobada mediante Resolución No. 016 del 03 febrero de 2017. Se dio cumplimiento en más del 80% de lo planeado.
- La previsión de Recursos humanos se hace a través de estudios de conveniencia y oportunidad de necesidades de personal por procesos.
- Se tiene establecido el formato de inducción, en el cual se especifica los temas de inducción, con el fin de dar a conocer las funciones o procesos de las diferentes áreas de la ESE y brindar información de importancia para su quehacer diario, tratándose temas como: atención al usuario, seguridad del paciente, salud laboral, gestión ambiental, vigilancia epidemiológica, facturación, glosas, almacén, mantenimiento entre otras. Esta inducción es aplicada a todos los nuevos colaboradores que ingresan al Hospital. Se realiza inducción a estudiantes de los convenios establecidos.
- Se contó con programa de incentivos el cual fue aprobado mediante Resolución del 013 de 2017.
- Se cuenta con Plan de Bienestar social aprobado mediante Resolución 016 del 03 febrero de 2017, se cuenta con documento Plan de Bienestar Social vigencia 2017 en el cual se desarrollaron actividades deportivas, de integración de la familia hospital del Sarare, actividades con hijos de los empleados, entre otros. De las actividades planteadas se llegó un cumplimiento del 70%.
- En cuanto a la evaluación de desempeño se realizó la concertación de objetivos de la mayoría de funcionarios de carrera de acuerdo con el nuevo sistema de evaluación de desempeño.
- Se tiene implementado del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual cuenta con cronograma de actividades; se da cumplimiento del cronograma propuesto para el año 2017.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes programas y proyectos

Se cuenta con misión, visión y objetivos institucionales los cuales fueron actualizados y aprobados por la junta directiva mediante acuerdo de junta 003 de 2017. Se contó con la participación de grupos de interés previo a la aprobación.

En la vigencia 2017 se elaboró el Plan de Desarrollo 2017-2019, el cual aprobado mediante acuerdo de junta 004 de 2017. En el mes de diciembre de 2016 fue socializado el Plan de Gestión del Gerente y aprobado el 11 de enero de 2017, mediante acuerdo de junta 001 de 2017.

Se elaboró, público a los Planes de Acción por procesos 2017, se realizaron seguimientos cuatrimestrales, se integró los planes de acciones con las acciones de mejoramiento del PAMEC en un solo documento. Estos se encuentran publicados en la pagina www.hospitaldelsarare.gov.co

Se tiene establecido conforme a la normatividad vigentes: el Plan de gestión integral de Residuos hospitalarios y el Plan de Seguridad vial.

1.2.2 Modelo de operación por procesos

Se tiene mapa de procesos institucional en donde se dividen en procesos de dirección, misionales y de apoyo. Están documentados la mayoría de los procesos establecidos en el mapa de procesos. En la vigencia 2017 se actualizaron y socializaron los procesos misionales (guías, manuales y protocolos de atención en salud). La documentación del sistema de Integrado de Gestión se encuentra en la intranet y puede ser consultada desde cualquier punto del Hospital. Se cuentan con actas de reunión que soportan la revisión, ajuste y divulgación de los procesos misionales.

Se tienen establecidos procesos para evaluar la satisfacción de los usuarios, con respecto a los servicios ofrecidos.

En la inducción a nuevos colaboradores se da a conocer el mapa de procesos y procesos de la entidad.

1.2.3 Estructura organizacional

Se cuenta con una estructura organizacional, 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 el marco de la información solicitada al ministerio de Salud y Supersalud se reportan indicadores de productividad, calidad, financieros, de satisfacción, indicadores trazadores etc.

Se definieron los indicadores del plan de Gestión y Plan de Desarrollo

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 algunas de 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

En la vigencia 2017, se actualizo y aprobó la política de administración del riesgo. Se cuenta con de seguridad de paciente actualizada, esta se ha socializado ampliamente y es entendida por gran parte del

área misional.

1.3.2 Identificación del riesgo

En el segundo semestre de 2017 se actualizaron los mapas de riesgos de los procesos, para la identificación y valoración del riesgo, considerando los factores interno y externos que afectan a cada uno de los procesos y así se identificaron los 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

A los procesos a los cuales se les trabajo mapas de riesgos en la vigencia 2017, fueron realizados utilizando la metodología de la DAFP, considerando aspectos como: análisis de riesgo, controles existentes, valoración del riesgo, controles y mapa de riesgos.

DIFICULTADES

1. Talento humano

No se ha empezado a socializar el nuevo condigo de ética.

Para la vigencia 2017 no se realizó medición de clima laboral, no se realizaron las actividades y/o acciones de intervención a grupos críticos identificados, producto de la medición de clima laboral realizada a finales del año 2016.

Aunque se aplicó encuesta para necesidades de capacitación, El Plan institucional de formación y capacitación, está de manera generalizada y no corresponde al instrumento de recolección de necesidades aplicado. No contempla proyectos de aprendizaje estructurados.

No se encuentra actualizada la información de servidores y contratistas en el SIGEP.

No se ha documentado el Plan Estratégico del Talento humano , no existe un proceso estandarizado y documentado.

No se encuentran actualizadas y/o documentadas y socializadas las políticas del talento humano.

Las evaluaciones de desempeño para el periodo feb 2016 a enero 2017, no fueron realizadas en su totalidad Producto de las mismas no se están generando planes de mejoramiento individual. No se generó reporte de resultados de la evaluación de desempeño feb2016-ene 2017. Para el periodo feb 2017 a enero 2018 para algunos casos no se realizaron las evaluaciones semestrales.

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

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.

2. Direccionamiento Estratégico

La plataforma estratégica (misión, visión y objetivos) fue actualizada, sin embargo no se ha realizado su socialización.

Algunos procesos NO construyeron plan de acción para la vigencia 2017. 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.

No se tiene documentado y/o estandarizado el Plan anual Mensualizado de Caja.

No se tiene estandarizado un cronograma de reuniones de los diferentes comités institucionales.

La mayoría de las caracterizaciones se encuentran desactualizadas, así como la documentación de algunos procesos de apoyo, falta mayor socialización de estos procesos. Las políticas de operación de los procesos en su gran mayoría se encuentran desactualizadas o no se han documentado.

Se debe actualizar la estructura organizacional de acuerdo a los cambios en las unidades funcionales que ha tendido el hospital,

No se tienen definidos indicadores por proceso, 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.

3. Administración del riesgo

Falta mayor interiorización de la cultura de administración del riesgo. Se identificaron los riesgos pero se presenta debilidades en las acciones para su mitigación.

Falta realizar mayor socialización de los mapas de riesgos de los proceso.

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.

4. 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, en la vigencia 2017 especialmente a los supervisores de contrato en su rol.

2.2 Componente Auditoria Interna

Se elaboró y presento al comité MECI-CALIDAD el programa anual de auditorías de la ESE Hospital del Sarare de la vigencia 2017.

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 2016
- Se realizó la evaluación por dependencias a los procesos que presentaron plan de acción de la vigencia 2016
- 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 los Informes de seguimiento al cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano.
- Informe seguimiento derechos de petición.

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 y medico quirúrgicos.
- Seguimientos a quejas y peticiones correspondiente al segundo semestre de 2017
- Auditoria a órdenes de pago de los meses de noviembre, diciembre de 2017 de contrato de prestación de servicios de profesionales capacitadores del convenio interadministrativo 031 de 2017.
- Auditoria a órdenes de pago de contratos de prestación de servicios profesionales varios.
- Auditoria Plan de seguridad vial y PGIRHS
- seguimiento a mapas de riesgos definidos en la vigencia 2017.
- 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 Res 2003 de 2014 talento humano, fisioterapia urgencias, imágenes diagnósticas, laboratorio, farmacia, pabellones internación, gineco, cirugía,

UCIM, servicio al cliente, medicina especializada,

- Auditoria de cumplimiento en banco de sangre: servicio transfusional, encuestas de donantes,

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 2017 se tenía establecido plan de mejoramiento con:

- Con el INVIMA, en el área de banco de sangre servicios transfusional, se realizó plan de mejora, se cuenta con seguimiento a plan de mejora.
- Planes de mejoramiento UAESA en los siguientes temas, aplicación de protocolos convivencia social y salud mental, violencia de género,
- Planes de mejoramiento UAESA visita de inspección a control de medicamentos e insumos y dispositivos médicos, condiciones de los servicios de atención al usuario y calidad intrínseca de la IPS. Se suscribieron los planes de mejora, se realizaron seguimientos, están pendientes algunas acciones de mejora que no se han cumplido para cierre.
- Planes de mejoramiento UAESA a visita de inspección y verificación al servicio de humanización de maternas de acuerdo a la circular 016 de 2017. Se suscribió plan de mejora el cual está en ejecución.
- Planes de mejoramiento UAESA de la visita realizada a condiciones de habilitación de la sede UNAP, visita realizada en la vigencia 2016, con plan de mejora en la vigencia 2017.
- Planes de mejoramiento EPS de visitas de habilitación, se suscribieron planes de mejora

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.

5. EJE TRASVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

AVANCES

Información y comunicación Interna y Externa

Se tiene definidos y establecidos mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios por ventanilla única de la oficina de atención a los usuarios y por buzón electrónico a través de la página web del hospital.

Se cuenta 11 con buzones repartidos en los diferentes servicios y sedes. Los cuales son abiertos cada 15 días, se levanta acta de apertura, se genera informe trimestral 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 con los implicados.

Se realiza medición de la satisfacción de los usuarios, a través de encuestas, se genera informe semestral en cual se envía a la gerencia y líderes de proceso.

Se tienen folletos sobre los derechos y deberes de los usuarios (GMC-FL-03) los cuales son colocados en los buzones de sugerencias

Se desarrolló la Audiencia de Rendición de Cuentas el día 10 de mayo de 2017, correspondiente a la Gestión 2016, 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, se cumple 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 por mejorar.

En la vigencia 2017 Se publicó la contratación en la página de la SECOP, aplicativo SIA OBSERVA.

El proceso de Gestión documental se encuentra en alto grado de desarrollo dentro de la entidad, como proceso brinda apoyo, capacitación 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 recapacito a 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. Se presentaron los informes respectivos al consejo departamental de archivo.

Se ha actualizado los trámites en la plataforma de SUIT, se actualizaron trámites registrados.

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.

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, grupos de whatsapp por proceso.

DIFICULTADES

Se generó tardíamente el informe de satisfacción de usuarios.

En la vigencia 2017 no se contó con un plan de comunicaciones establecido, con actividades y cronograma. 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.

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 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.

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.

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.

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 de sus componentes, presenta deficiencias en cuanto a la actualización de la documentación y manejo de indicadores

Con el fin de fortalecer el modelo y garantizar un mejor funcionamiento del MECI, es importante la revisión y actualización y socialización de las caracterizaciones, 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

- Socializar los planes de acción, plan de desarrollo y demás planes, con el fin de que los colaboradores conozcan hacia dónde va la entidad. y se tenga claridad sobre las metas y proyectos del Hospital.
- Dar a conocer a través de diferentes medios de comunicación la nueva plataforma estratégica del Hospital tanto a cliente interno como a cliente externo.
- Socializar el código de integridad de integridad y código de ética.
- Establecer un procedimiento documentado de Gestión del Talento humano en donde se incluya: Plan de previsión de recursos humanos, plan estratégico de recursos humanos, plan anual de vacantes, etc.
- Se recomienda actualizar el mapa de procesos y las caracterizaciones acorde a los cambios realizados en los procesos e incluir por separado los procesos de evaluación y seguimiento. Se recomienda realizar revisión y actualización de los procesos de apoyo.
- Se recomienda hacer revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores, establecer el cronograma de reporte de indicadores.
- Se recomienda realizar socialización de la política de administración del riesgo. Se debe generar conciencia en todos los funcionarios y contratistas de la Unidad sobre la importancia de dar cumplimiento a lo establecido en la Política de administración del Riesgo. Mayor divulgación de los mapas de riesgos de los procesos y divulgación del mapa de riesgos de corrupción.
- 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 poco acogida a los procesos implementados para la racionalización de trámites, Se recomienda mayor socialización y publicidad de las medidas de racionalización adoptadas y velar a por su estricto cumplimiento. En algunos casos no le dan la importancia como es el caso de entrega de resultados de laboratorio por medio electrónico.
- 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. Hacer más interactiva la página web del Hospital y terminara la implementación de la Ley de transparencia.

- En la página Web el en 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.
- Se recomienda asignar responsable del manejo de los medios y canales de comunicación, establecer plan de comunicaciones con apoyo de líderes de procesos identificando las necesidades de comunicación tanto de clientes internos como clientes externos.
- Se recomienda cultivar la comunicación virtual cliente interno y externo: página web, redes sociales como Facebook, YouTube y Twitter
- 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.
- Definir los riesgos de los contratos con los lineamientos del manual de riesgos de Colombia compra eficiente.
- 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. Actualizar y socializar procedimiento seguimiento a indicadores
- Fortalecer el Plan Institucional de Formación y Capacitación, documentar diagnóstico previo e incluir los proyectos de aprendizaje de acuerdo a la normatividad vigente.
- Mejorar la infraestructura física de la redes de comunicación (telefónica y de datos) ya que presentan alto grado de deterioro lo que ocasiona que el sistema de información se caiga con frecuencia.
- 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