

INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME CUTRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno:	CHEILA ALVARADO ROJAS	Período evaluado: Noviembre 2017 A febrero DE 2018
		Fecha de elaboración: 12 DE MARZO DE 2018

Se realiza el presente informe en cumplimiento la Ley 1474 de 2011 - artículo 9º a los resultados resultados y conclusiones del seguimiento a la gestión institucional durante el **cuatrimestre: noviembre 2017 a febrero de 2018**. Su estructura se presenta teniendo en cuenta la integración y articulación con el Sistema de Control Interno y las Dimensiones de las cuales trata el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG:

- Primera Dimensión Talento Humano
- Segunda Dimensión Direccionamiento Estratégico
- Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado
- Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado
- Quinta Dimensión Control Interno
- Sexta Dimensión Información y Comunicación
- Séptima Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación.

En el desarrollo del MIPG El Hospital del Sarare ESE, conforme el comité de Gestión y desempeño institucional mediante Resolución de Gerencia 07ª del 18 de enero de 2018. A la fecha de corte del presente informe no se ha empezado con la implementación del MIPG.

Teniendo en cuenta lo anterior se presenta informe en la siguiente estructura MECI.

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION

AVANCES

En el periodo correspondiente a este informe noviembre de 2017 a febrero de 2018 se realizaron las siguientes actividades

Los planes institucionales de capacitación, bienestar e incentivos para la vigencia 2018 se encuentra en proceso de aprobación.

Se actualizo el código de ética el cual fue articulado al código de integridad, se realiza contrato de apoyo emocional y espiritual a usuarios y colaboradores en el cual se contempla la socialización de código de integridad.

En el mes de noviembre se gestionó y realizo sensibilización del nuevo modelo de Planeación y Gestión MIPG, con capacitador de la Función Pública.

Se cuenta con misión, visión y objetivos institucionales los cuales fueron actualizados mediante acuerdo de junta 003 de 2017. Plan de Desarrollo Instruccional mediante acuerdo de junta 004 de 2017.

En el mes de enero se realizó la elaboración de los planes de acción para la vigencia 2018, de cada uno de los procesos con que cuenta la ESE, se realizó dentro de los mismos la articulación con las actividades de los mapas de riesgo y las oportunidades de mejora identificadas en el PAMEC 2018. Obteniendo un único documento de plan de acción para los procesos. Estos fueron publicados en la página web del hospitaldelsarare.gov.co

Se cuenta con mapa de procesos, Se cuenta con 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 cuenta con algunas políticas como política de calidad, política de seguridad del paciente, política de seguridad vial. Sin embargo, a la mayoría no han sido actualizadas y socializadas.

Se actualizo la política de administración del riesgo, los mapas de riesgo se actualizaron en el mes de noviembre diciembre; siguiendo la metodología de administración del riesgo de la Función Pública, considerando 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.

Se realizó y público en página web el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2018.

DIFICULTADES

El documento que contempla los principios y valores de la entidad el cual incluye el código de Integridad, no se encuentra socializado, no se evidencia ninguna acción e socialización.

No se cuenta con políticas documentadas del proceso de Talento humano, No se reportaron todos los planes de acción de los procesos lo que no ha permitió realizar la evaluación por Dependencias a algunos procesos. NO se cuentan con procesos documentados de previsión de recursos humanos. No se realizaron en la totalidad de las evaluaciones de desempeño del periodo 01 feb 2017 a 28 enero de 2018. No se han concertado los acuerdos de gestión de los gerentes públicos 2018. A la fecha del informe faltan algunos funcionarios por concertación de objetivos para el periodo 01 feb 2018 a 31 ene 2019.

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 encuentran desactualizados la mayoría de procesos de Apoyo (administrativos) y dirección cuya última actualización corresponde a la vigencia 2008.

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

No se cuenta con un Plan Mensualizado de caja.

Se presentan falencias para la medición de los procesos, en relación a los indicadores, falta mayor seguimiento sistemático y análisis a indicadores.

Falta documentación de acciones correctivas formuladas a los procesos. Falta mayor participación de los servidores en el mejoramiento continuo de los procesos.

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

La principal herramienta de autoevaluación se hace a través de los comités institucionales, como comité de archivos, comité de historias clínicas, seguridad del paciente, en el periodo evaluado registraron actividades de seguimiento y autoevaluación de los procesos.

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.

En el mes de enero e elaboró y presento al comité MECI-CALIDAD el programa anual de auditorías de la ESE Hospital del Sarare vigencia 2018, el cual fue aprobado.

En el periodo reportado noviembre 2017 a febrero 2018 se realizaron los siguientes informes y evaluaciones:

- Se elaboró y se reportó Informe ejecutivo anual del estado del control interno vigencia 2017
- Se realizó la evaluación por dependencias a los procesos que contaban con plan de acción.
- Informe a la contraloría departamental: informe de gestión de la oficina de control interno e informe del estado del sistema de control interno.
- Se elaboró y publico Informes de seguimiento al cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2017.
- Informe seguimiento a PQRS segundo semestre de 2017.

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

- Arqueos a caja menor.
- Seguimiento a FUID trimestral.
- Acompañamiento realización de inventarios de medicamentos en los meses de noviembre y agosto.
- Seguimiento a órdenes de pago del contrato de servicios profesionales de medicina especializada.
- Seguimiento a estudios de conveniencia y oportunidad enero de 2018

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.

DIFICULTADES

No se tiene documentados los planes de mejoramiento en los procesos, solo unos pocos. Mayor seguimiento a las acciones preventivas y correctivas identificadas en las diferentes áreas, así como seguimientos a los planes establecidos

Falta fortalecer los mecanismos de verificación y evaluación, fortalecer el manejo en el seguimiento y análisis de indicadores.

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.

3. EJE TRASVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

AVANCES

Información y comunicación Interna y Externa

Se tiene establecidos mecanismos para la recepción PQRS, se consolido la encuesta de satisfacción de los usuarios del segundo semestre de 2017. 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 grado medio con los requerimientos de la Ley de Transparencia y acceso a la información. Se ha publicado la contratación aplicativo SIA OBSERVA de los meses de noviembre, diciembre de 2017 y enero de 2018.

Se cuenta con la ventanilla única de correspondencia y Oficina de atención al usuario. 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 facilitando el acceso a la información

Se cuenta con un sistema de información integrado (Dinámica Gerencial) que permite obtener datos en tiempo real.

DIFICULTADES

No se publican en la página Web la totalidad de los requerimientos de la Ley de transparencia y acceso a la información. No se tienen publicados y actualizados en la página web los trámites existentes en el Hospital.

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.

Las redes de comunicación (red de datos) –presentan fallas, algunas están dañadas. De acuerdo a los cambios en infraestructura realizado.

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

De debe actualizar el Plan de Comunicaciones institucional.

RECOMENDACIONES

- Socializar el código de ética y buen gobierno.
- Realizar la socialización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)
- Asignar los responsables de desarrollar las herramientas del autodiagnóstico del MIPG
- Realizar los Planes del bienestar, capacitación y estímulos de conformidad con las normas, ya que estos son formulados sin tener en cuenta la totalidad de los requerimientos de norma.
- Fomentar el análisis periódico de indicadores, estructurar herramienta de reporte de indicadores. Actualizar, revisar y/o ajustar los indicadores de los procesos identificados en el Mapa de Procesos de la entidad y realizar mediciones a los mismos.
- Formular y actualizar el Plan de Comunicaciones
- Actualizar las apolíticas de operación de los procesos
- Actualizar la página web del hospital con los requerimientos faltantes de la Ley de transparencia y acceso a la información.
- Terminar la concertación de objetivos de las evaluaciones de desempeño.
- Fortalecer el elemento de Autoevaluación bajo la responsabilidad de líderes de procesos.
- Mejorar la infraestructura física de la red 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 las vigencias anteriores

CHEILA ALEXANDRA ALVARADO
Asesor Control Interno