

INFORME EJECUTIVO ANUAL O DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME CUTRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno:	CHEILA ALVARADO R.	Período evaluado: NOVIEMBRE 2014 A FEBRERO DE 2015
		Fecha de elaboración: 11 DE MARZO DE 2015
<p>El presente informe fue realizado de acuerdo a los nuevos nuevos conceptos claves de la estructura de la actualización del Modelo Estándar de Control Interno, adoptado por el Decreto 943 de 2014.</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 CONTROL Y PLANEACION		
AVANCES		
COMPONENTE TALENTO HUMANO		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se cuenta con código de ética documentado (principios y valores), el cual fue reafirmado y socializado a todos los colaboradores en el mes de diciembre de 2014, socialización del mismo se realiza en el proceso de inducción y por los diferentes medios de comunicación con que cuenta el hospital como protectores de pantalla, periódico interno agenda y redes sociales. ✓ Manual de funciones y competencias laborales: se contrató estudio de cargas laborales en el cual se elaboró y actualizo el manual de funciones y competencias laborales. ✓ Se tiene establecido de conforme a la normatividad vigentes el Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo el cual complementa el programa de bienestar de los trabajadores. ✓ Se ha socializado periódicamente la Misión y política de calidad por los diferentes canales de comunicación establecidos: redes sociales, Agenda (periódico interno), protectores de pantalla, carteleras en los servicios, entre otros. Y a través de las emisoras locales. ✓ Se encuentran elaborados los Planes de Acción, Plan de Desarrollo y Plan de Gestión. ✓ 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. ✓ Se actualizo y aprobó el nuevo mapa de procesos de conformidad con el crecimiento institucional y cambios administrativos para una mayor articulación entre procesos. ✓ Se tienen definidas todas las caracterizaciones de los procesos. ✓ Se ha socializado y actualizado gran parte de los procesos misionales. (guías, manuales, procedimientos y protocolos) ✓ Se definió y aprobó la política de administración del riesgo en donde se definió el objetivo y el alcance. ✓ Se documentó el Manual para la Administración del Riesgo. ✓ Se actualizaron los mapas de riesgos de los procesos en su mayoría de acuerdo a los lineamientos establecidos en 		

la guía de la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública

- ✓ Se cuenta con una Plataforma estratégica definida (misión, visión y objetivos institucionales)
- ✓ Se encuentra documentados la mayoría de los procedimientos en los procesos
- ✓ Se tiene documentado el mapa de procesos y se revisó y se actualizó
- ✓ Se tiene definida herramienta ficha de indicadores.
- ✓ El Hospital cuenta con la Oficina organizada de Atención al Usuario, se está realizando la apertura de buzones de manera continua
- ✓ Se cuentan con actas de reunión que soportan la revisión, ajuste y divulgación de los procesos misionales (guías y protocolos de manejo)
- ✓ Se cuentan con actas de reunión que soportan la divulgación de los procedimientos (protocolos) a los funcionarios. En el área misional.
- ✓ Se cuenta con proceso de seguimiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios y partes interesadas.
- ✓ Se realizó rendición de cuentas a la ciudadanía el 18 de junio de 2014, de acuerdo a la metodología COMPES, resultado de la misma fue publicada en página web www.hospitaldelsarare.gov.co
- ✓ Están documentadas las políticas de operación de los procesos en las caracterizaciones y manual de calidad.
- ✓ Se aprobó el nuevo estatuto de contratación de la ESE HOSPITAL DEL SARARE, mediante acuerdo de junta 005 de 2014, incluyendo en esta la administración del riesgo en la contratación.
- ✓ Se realizó y publicó en página web el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

DIFICULTADES

- ✓ No se ha aprobado el nuevo manual de funciones y competencias laborales
- ✓ Aunque se cuenta con formato de inducción actualizado con los temas a tratar, no se ha documentado como programa de inducción y reinducción con las políticas del mismo.
- ✓ Aunque se tiene aprobado en El Plan institucional de formación y capacitación, esta de manera generalizada y no corresponde a un planteamiento programado de las necesidades.
- ✓ A la fecha de realización de este informe no se ha completado el 100% de las evaluaciones de desempeño de los empleados de carrera.
- ✓ Existen gran cantidad de cargos que no están dentro de la planta de personal, los cuales está por contrato. Se hace necesario redefinir la planta de personal.
- ✓ No se cuenta con un manual de selección de personal conforme a la resolución 1441 de 2013 y Resolución 2003 de 2014. No se tiene una adecuada planeación del personal.
- ✓ Se hace necesario actualizar la Visión del Hospital acorde con los planes programas y proyectos, ya que su meta ya se quedó corta en el tiempo.
- ✓ Falta mayor compromiso con las metas propuestas dentro de los planes de acción ya que se presentan bajos cumplimiento en algunos procesos.
- ✓ No se han actualizado todos los procesos especialmente los procesos de apoyo. Falta socialización periódica de los mismos.
- ✓ Falta documentación de acciones correctivas formuladas a los procesos
- ✓ Se presentan debilidades para la medición de la eficacia de los procesos y el análisis y seguimiento a los indicadores definidos en los mismos.
- ✓ Falta mayor interiorización de la cultura de administración del riesgo.

- ✓ Actualización y divulgación de las políticas de operación en los procesos.
- ✓ Mayor utilización de la herramienta definida (ficha de indicador) para seguimiento y análisis de los indicadores, falta seguimiento de indicadores reportados a entes de control (tablero de control), no se llevan la totalidad de los indicadores en los procesos. No están definidos los indicadores en todos los procesos.

- ✓ Falta mayor participación de los servidores en el mejoramiento continuo de los procesos.
- ✓ No se han actualizado los procesos de apoyo. Los procesos y procedimientos no son aplicados en algunos casos conforme al documento por falta de capacitación, inducción y re inducción al recurso humano y actualización de los mismos.
- ✓

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

AVANCES

- ✓ Se Identifican los errores en algunos procesos y se toman correctivos inmediatos por parte de algunos responsables de los procesos sobre todo misionales.
- ✓ Se realizó informe anual del modelos estándar de control interno vigencia 2013
- ✓ Se realizan los informes cuatrimestrales de evaluación al modelo estándar de control interno.
- ✓ Se tiene definido el procedimiento de auditoria interna.
- ✓ Se cuenta con el programa anual de auditoria.
- ✓ Se realizó evaluación de plan de acción y plan de desarrollo a corte 31 marzo y con corte 30 septiembre.
- ✓ Se realiza seguimiento a todos los eventos adversos presentados a través del programa de seguridad del paciente.
- ✓ Se cuenta con un proceso estandarizado de auditoria concurrente y auditoria administrativa a la facturación de servicios de salud.
- ✓ En este periodo evaluado se realizaron auditorías a caja menor, Plan de gestión integral de residuos Hospitalarios, contratación de menor cuantía, contratación mayor cuantía etapas precontractual, contractual y pos-contractual. Seguimiento a contrato de alimentación, medicina especializada, entre otros.
- ✓ Se tiene planes de mejoramiento en los procesos de gestión documental, seguridad del paciente, atención al usuario, banco de sangre, farmacia.
- ✓ Se realizó auditoria de habilitación en salud en al 100% de los procesos.
- ✓ Se realizo los informes de auditoria de acuerdo al procedimiento establecido.
- ✓ En el momento se tienen planes de mejoramiento suscritos con entes de control externos como : la Contraloría Departamental, UAESA, INVIMA, Ministerio de Hacienda (Plan de saneamiento fiscal)

DIFICULTADES

- ✓ No se documentan los 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
- ✓ Falta fortalecer los mecanismos de verificación y evaluación que permita al proceso medirse a sí mismo
- ✓ No se está realizando autoevaluación a través de análisis de los indicadores por proceso; solo se hace en unos pocos procesos.
- ✓ Se tiene programa anual de auditoria.
- ✓ No se hacen informes de gestión por proceso.
- ✓ Se realizaron reuniones del comité de MECI-CALIDAD

3. EJE TRASVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

AVANCES

- ✓ Se cuenta con mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios. Se cuenta 12 con buzones repartidos en los diferentes servicios y sedes. Los cuales son avientos cada 15 días y se levanta acta de apertura.
- ✓ Se realizó las mediciones semestrales de satisfacción de los usuarios. Arrojando un nivel de satisfacción de consolidad para el año 2014 de 77.68%
- ✓ Se cuenta con procedimiento establecido de recepción de quejas directas, derechos de petición, etc. El cual se evaluó según la normatividad vigente y se generó el respectivo informe de auditoría.
- ✓ 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)

- ✓ Se cuenta con página web www.hospitaldelsarare.gov.co, donde se publica la contratación, portafolio de servicios, plan de acción, plan de desarrollo, estados financieros y presupuestales y demás información requerida por la normatividad legal vigente.
- ✓ Se realizaron reuniones de comité de usuarios, siendo una de ellas asamblea general de la Asociación de usuarios.
- ✓ Se encuentran aprobadas las tablas de retención documental. la institución da cumplimiento de normas archivísticas, según lo regula el acuerdo Nro. 039 de 2002; el cual la organización de la memoria institucional se lleva a cabo de acuerdo a lo parametrizado en el modelo de Tablas de Retención Documental
- ✓ 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 un sistema de información integrado (Dinámica Gerencial) que permite obtener datos en tiempo real.
- ✓ Se documentó el manual de comunicaciones y política de comunicaciones
- ✓ Se cuenta con una buena infraestructura de dotación de equipos de cómputo y redes de comunicación, que permiten utilizar la intranet facilitando el acceso a la información.
- ✓ Se cuenta con oficina de atención al usuario, la cual obtuvo un resultado favorable en la calificación de las encuestas de satisfacción de los usuarios.
- ✓ Se hace uso de espacio radial, carteleras informativas, volantes informativos de cómo acceder a los servicios del Hospital.
- ✓ Se cuenta con medios de comunicación virtual, redes sociales como Facebook (cliente interno, Cliente externo), Twitter.
- ✓ Se cuenta con un canal de comunicación interno (La Agenda) con temas de interés para los funcionarios de la entidad.

DIFICULTADES

- ✓ No se han actualizado los formularios relacionados con tramites de los ciudadanos
- ✓ No se está publicando en la página Web los estados financieros mensuales periodicidad de acuerdo a lo establecido en el sistema de control interno contable.
- ✓ No se han definido los mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.
- ✓ Se encuentra en proceso la elaboración de tablas de valoración documental y documentos semiactivos.
- ✓ El software utilizado (Dinámica Gerencial) presenta falencias en la parametrización de algunos de sus módulos administrativos y asistenciales.
- ✓ No se ha venido cumpliendo con la política de cero papeles y eficiencia administrativa adoptada.
- ✓ Mayor seguimiento a las acciones preventivas y correctivas identificadas en las diferentes áreas, así como seguimientos a los planes establecidos.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con el nuevo Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 y el modelo se cumple parcialmente en sus componentes, se encuentra en mayor 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, falta por implementar algunos de estos productos de acuerdo al nuevo manual. Se debe terminar con el cierre de la implementación

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 asistenciales como administrativos, lo que ha permitido interrelación de los tres sistemas como un conjunto.

El modelo requiere ser fortalecido especialmente en el componente de Administración de riesgos, y el elemento Autoevaluación.

RECOMENDACIONES

- Terminar con la fase de seguimiento y cierre de la actualización del MECI 2014.
- Seguimiento estricto a las acciones de mejoramiento y observaciones de los Planes de Mejoramiento suscrito con los entes de control.
- Seguimiento estricto al Programa de Saneamiento fiscal y Financiero.
- Mayor seguimiento al Plan de compras a través de comité de compras. Actualización de los procesos y procedimientos definidos para la planeación de las compras.
- Documentar, socializar proceso seguimiento a indicadores.
- Aunque se encuentra documentada las políticas de operación en el manual de calidad, hace falta socializar y operativizar algunas las políticas de operación de la entidad a través de los instrumentos establecidos.
- Dar cumplimiento al nuevo manual de contratación en lo referente a la administración del riesgo del contrato.
- Se recomienda divulgar y/o socializar los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.
- Se recomienda afianzar la cultura de autoevaluación: aplicación de encuestas, talleres e informes de autoevaluación e Informes de análisis de los indicadores del proceso. 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.
- Actualización del programa de inducción y reinducción.
- Concretar la política de prevención del daño antijurídico.
- Fortalecer el Plan Institucional de Formación y Capacitación.
- Actualizar el nomograma de cada uno de los procesos.
- Socialización del Plan de comunicaciones vigencia 2014.
- Se recomienda a la oficina de Talento Humano realizar la actualización de los procesos y procedimientos del área.
- Fortalecer el elemento de Autoevaluación bajo la responsabilidad de líderes de procesos.
- Implementar la administración del riesgo en la contratación definido en el nuevo estatuto de contratación aprobado.

CHEILA ALEXANDRA ALVARADO

Asesor Control Interno