

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: JULIO 2015 A OCTUBRE DE 2015
		Fecha de elaboración: 10 DE NOVIEMBRE DE 2015
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, se presenta informe detallado del Modelo Estándar de Control Interno MECI de acuerdo a su estructura, correspondiente al periodo JULIO A OCTUBRE DE 2015 actualizado en cumpliendo con lo estipulado en el Decreto 943 de 2014, quedando conformado por:</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 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 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.</p> <p>1.3 Componente Administración del Riesgo</p> <p>2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p><i>2.1 Componente Auto Evaluación Institucional</i> <i>2.2 Componente de Auditoría Interna</i> <i>2.3 Componente Planes de Mejoramiento</i></p> <p>3. MODULO DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</p> <p>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.</p>		
1. MODULO DE CONTROL Y PLANEACION		
AVANCES		
<p>COMPONENTE TALENTO HUMANO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se cuenta con código de ética documentado (principios y valores), en el periodo evaluado se ha realizado socialización en el proceso de inducción. ✓ En el periodo evaluado se realizaron las evaluaciones de desempeño con corte semestral. ✓ Manual de funciones y competencias laborales actualizado con áreas del conocimiento. ✓ Se cuenta con Plan de formación y Capacitación aprobado para la vigencia a 2015. El cumplimiento del plan de capacitación se encuentra como la medida 3 del Programa de saneamiento fiscal y financiero suscrito con el ministerio de hacienda, informe de ejecución del mismo se envió con corte a octubre de 2015. ✓ Se cuenta con Plan de Bienestar social aprobado, el cual se ha venido ejecutando de acuerdo a lo programado en este periodo evaluado como los homenajes a grupos de trabajo en su día e incentivar el deporte a través del 		

actividades de gimnasio, en el periodo evaluado se realizó semana de la salud laboral dirigida a los funcionarios, campeonato de futbol sala.

- ✓ Se tiene un programa de incentivos aprobado en cual se ejecuta de acuerdo a lo allí establecido.
- ✓ 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 tiene establecido el procedimiento de inducción, en el cual se contemplan los temas según área de desempeño.
- ✓ En el periodo evaluado se socializo el Reglamento interno a todos los funcionarios, copia del mismo fue enviado a los correos de los colaboradores.

COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

- ✓ Se cuenta con misión, visión y objetivos institucionales
- ✓ Se ha socializado periódicamente la Misión y política de calidad 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 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 2015.
- ✓ 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.
- ✓ Se ha socializado y actualizado parte de los procesos misionales. (guías, manuales, procedimientos y protocolos de atención)
- ✓ Se realizó en el periodo evaluado se realizó seguimiento a los mapas de riesgo definidos en los procesos.
- ✓ El Hospital cuenta con la Oficina organizada de Atención al Usuario, se está realizando la apertura de buzones de manera continua, se cuenta con proceso de evaluación y seguimiento e la satisfacción del cliente y partes interesadas.
- ✓ Se cuentan con actas de reunión que soportan la revisión, ajuste y divulgación de los procesos misionales (guías y protocolos de manejo) los funcionarios en algunos procesos misionales.
- ✓ Están documentadas las políticas de operación de los procesos en las caracterizaciones y manual de calidad.

DIFICULTADES

COMPONENTE TALENTO HUMANO

- ✓ Se debe realizar mayor socialización del código de ética.
- ✓ Aunque se realizó la actualización de manual de funciones y competencias laborales este no se ha socializado.
- ✓ En el Plan de incentivos se debe definir claramente los incentivos el procedimiento para la selección de los mejores empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción, así como para la selección y evaluación de los equipos de trabajo.
- ✓ El proceso de selección no está actualizado.
- ✓ 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.
- ✓ Se debe mejorar el proceso de inducción, haciendo más dinámico para el nuevo funcionario.

COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

- ✓ Se hace necesario actualizar la Visión del Hospital acorde con los planes programas y proyectos, ya que su alcance

ya se quedó corto en el tiempo.

- ✓ No se han actualizado todos los procesos los correspondientes a los procesos de apoyo de manera urgente.
- ✓ 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. Mayor utilización de la herramienta definida (ficha de indicador) para seguimiento y análisis de los indicadores, falta seguimiento de indicadores reportados a antes 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.
- ✓ Se ha podido evidenciar que aún no se encuentra fortalecida completamente la cultura de la administración de riesgos en los procesos. Definición de políticas de administración del riesgo. Falta mayor divulgación del mapa de riesgos. Falta mayores controles a los riesgos identificados en los procesos.
- ✓ Falta actualización y divulgación de las políticas de operación en 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 realizan los informes cuatrimestrales de evaluación al modelo estándar de control interno.
- ✓ Se tiene definido el procedimiento de auditoría interna.
- ✓ Se cuenta con el programa anual de auditoría. Y programa de mejoramiento de la calidad PAMEC.
- ✓ En el periodo evaluado se realizó seguimiento a todos los eventos adversos presentados a través del programa de seguridad del paciente. Quedando consignadas acciones de mejoramiento en las respectivas actas.
- ✓ Se realizó ha venido realizando el proceso de depuración contable, el comité se ha reunido periódicamente en el periodo evaluado, se ha hecho seguimiento a las acciones consignadas en las actas de comité.
- ✓ Se cuenta con un proceso estandarizado de auditoría concurrente y auditoría administrativa a la facturación de servicios de salud.
- ✓ En este periodo evaluado se realizaron auditorías a caja menor, talento humano, contratación, de menor cuantía, contratación mayor cuantía etapas precontractuales, contractuales y pos-contractual. Seguimiento a contrato de medicina especializada, entre otros. Se realizó capacitación y asesoría en la elaboración de estudios de conveniencia y oportunidad
- ✓ Se realizó los informes de auditoría de acuerdo al procedimiento establecido.

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.
- ✓ No se hacen informes de gestión por proceso.
- ✓ Mayor seguimiento y cumplimiento a las medidas adoptadas los planes de mejoramiento suscritos como es el caso del Programa de saneamiento fiscal y financiero.

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 abiertos cada 15 días y se levanta acta de apertura. En el periodo evaluado se generaron dos informes de buzones.
- ✓ En el periodo evaluado se consolido el informe satisfacción de los usuarios del primer semestre de 2015, arrojando como resultado 82% de satisfaccion.
- ✓ Se cuenta con procedimiento establecido de recepción de quejas directas, derechos de petición,
- ✓ Se cuenta con página web www.hospitaldelsarare.gov.co,
- ✓ Se encuentran aprobadas las tablas de retención documental. la institución da cumplimiento de normas archivísticas, según lo regula el acuerdo Nro. 039 de 2002; en el periodo evaluado se ha venido documentando el programa de gestión documental, de acuerdo a los requerimientos del AGN y el consejo Departamental del Archivos.
- ✓ 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 una 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. Se hace uso de espacio radial, carteleras informativas, volantes informativos de cómo acceder a los servicios que presta el Hospital.
- ✓ Se cuenta con medios de comunicación virtual, redes sociales como Facebook (cliente interno, Cliente externo), Twitter. El Facebook ha tenido muy buena acogida convirtiéndose el primer canal de comunicación.

DIFICULTADES

- ✓ No se han actualizado los formularios relacionados con tramites de los ciudadanos
- ✓ En el periodo evaluado la página www.hospitaldelsarare.gov.co , se encuentra funcionado parcialmente, se puede visualizar la contratación, algunos servicios prestados. Se hace necesario dar cumplimiento a todos los requerimientos establecidos en la Ley de Transparencia de la información.
- ✓ 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. Se ha logrado en gran medida la armonización del MECI, con NTC GP 1000. 2004 y el Decreto 1011/2006 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 módulo de evaluación y seguimiento.

RECOMENDACIONES

- Seguimiento estricto a las acciones de mejoramiento y observaciones de los Planes de Mejoramiento
- Seguimiento y cumplimiento estricto al Programa de Saneamiento fiscal y Financiero. A las acciones definidas en el mismo.
- 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, especialmente 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.
- Socialización del Plan de comunicaciones adoptado.
- 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



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1

Evolucionamos pensando en usted

Vigilado:
Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca