



Belén de Umbría – Risaralda, abril 10 de 2018

Al dar respuesta citar este número:		E-DI-CI-022	
Fecha, día/ mes/ año.	10-04-2018	Hora.	10:00
Código Grupo Productor del documento.		Proyectado por	ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR
Asunto.	INFORME PORMENORIZADO AVANCE MECI LEY 1474 DE 2011		
Anexos.		Folios.	Págs.
Archivar en la Serie o Subserie Documental con código No.		E-DI-CI-022	

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 2011

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017, se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo sistema de gestión el cual se articula con el Sistema de Control Interno creado por la Ley 87 de 1993; se define entonces el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos; es por ello que el Modelo Estándar de Control Interno MECI continúa siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno cuya estructura se actualiza en articulación con MIPG.

ESTADO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO ACTUALIZADO DENTRO DEL “MIPG.”

De acuerdo a lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en la Dimensión de Control Interno se realiza la evaluación de los componentes determinando su estado de avance:

1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

1.1. ESTÁNDARES DE CONDUCTA

La entidad cuenta con el Código de Ética, el cual fue elaborado con de manera participativa por todos los colaboradores, en lo corrido de la vigencia 2018 se ha realizado la actividad de inducción al personal que ingresa nuevo a la entidad, tanto funcionarios como practicantes. Uno de los temas que se incluye es el código de ética de la institución. De esta actividad, cada persona debe presentar una evaluación, se verifica la aprobación por parte de la Asesora de Control Interno.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
COMUNICACIÓN OFICIAL

Página:	2 de 9
Código:	DC-FR-073
Fecha:	16/04/2015
Versión:	Primera

Adicionalmente en plan de mejora suscrito con el área de recursos humanos, se actualizó el compromiso de adopción del código de ética con el personal de la planta global de la entidad en el año 2017.

La ESE Hospital San José tiene también adoptado mediante Resolución No. 120-2017 el Código de Buen Gobierno.

De igual manera, se actualizó, publicó y socializó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el cual a su vez contiene la matriz de riesgos de corrupción.

1.2. TALENTO HUMANO

Se tiene previsto en el transcurso de esta vigencia, la realización de la jornada de reinducción, en la cual se socializará la interacción del Código de Ética con la política de seguridad del paciente y la estrategia de humanización.

El trámite de creación de la Planta Temporal, sigue en proceso, actualmente se están realizando ajustes solicitados por la Secretaría Departamental de Salud. En junio de 2017 se realizó la proyección de los cálculos y la aplicación de la metodología de la Justificación Técnica y Financiera para la creación de la Planta Temporal ESE Hospital San José Belén de Umbría; esto como parte del trámite estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Secretaría Departamental de Salud, para la formalización del empleo en las entidades públicas. Adicionalmente la Junta Directiva aprobó iniciar el proceso de adopción de la planta temporal y la escala salarial para llevar al Concejo Municipal.

Se realizaron las evaluaciones de desempeño del personal de carrera administrativa en los tiempos establecidos por la normatividad, para evaluar la vigencia 2017; a su vez se realizó la concertación de objetivos para el periodo 2018.

Mediante Resolución No. 693-2017 de diciembre 30 de 2017 se adoptó el Programa de Bienestar Social e Incentivos para la vigencia 2018.

Mediante Resolución No. 694-2017 de diciembre 30 de 2017, se aprobó el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2018 en la ESE Hospital San José.

OBSERVACIONES:

- La estructura organizacional actual, facilita la concentración de funciones en el personal administrativo, situación que se refleja en la debilidad importante con respecto a los procesos de Contratación y Recursos Humanos, se requiere organización y fortalecimiento.
- Se evidencia la socialización y evaluación de los principios y valores a los servidores que ingresan a la entidad.



RECOMENDACIONES:

- Se evidencia la socialización del programa de bienestar social con los integrantes del Comité de Bienestar social, más no con los colaboradores de la ESE; se sugiere realizar la socialización del mismo a los demás funcionarios.
- Programar la jornada de re-inducción para la vigencia 2018 con todos los colaboradores de la ESE.

2. COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.1. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

El mapa de riesgos de la entidad está documentado con el Manual de Administración de Riesgos CI-DA-001. Se implementó en el módulo de capacitación de la página web el curso sobre Administración de Riesgos, esto como actividad adicional para reforzar conceptos y la metodología a los líderes de proceso.

Se han realizado socializaciones personalizadas a los líderes de procesos sobre la metodología de administración de riesgos, igualmente se ha hecho acompañamiento a los líderes para lograr los mapas de riesgo por procesos; se han hecho seguimientos a los mapas de riesgos con cada uno de los líderes.

La ESE tiene actualizado y documentado el mapa de riesgos anticorrupción para la vigencia 2018, se hizo la publicación en la página web de la entidad de acuerdo al Decreto 124 de 2016.

3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

3.1. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

El Hospital tiene adoptadas políticas de operación que están enfocadas a diferentes aspectos, tales como: Calidad y Seguridad, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental, Administración de Riesgos, Privacidad y Uso de la Información Personal, Anticorrupción y Atención al Ciudadano, Políticas de Buen Gobierno.

3.2. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

3.2.2. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

La entidad realizó el ajuste del mapa de procesos entre octubre y diciembre de 2016. Igualmente se realizó caracterización de los procesos administrativos y asistenciales. En las reuniones del Comité Técnico, se socializan los indicadores de los procesos, tanto asistenciales como administrativos.



OBSERVACIONES:

- Pese a que la estructura organizacional facilita la concentración de funciones en el personal administrativo, se evidencia reasignación de tareas que permiten tener puntos de control y redistribuir actividades laborales.
- Pese a que se evidencian avances importantes en el proceso de contratación se requiere desagregar funciones en este proceso y continuar con la rigurosidad en el cumplimiento de los requisitos planteados en la normatividad vigente y en los manuales de contratación e interventoría.
- Es un gran avance haber concluido la documentación y caracterización de los procesos administrativos. Se requiere ahora la socialización a los colaboradores de cada proceso, seguimiento y socialización de indicadores.
- Debilidad con respecto al proceso de Recursos Humanos, se requiere organización y fortalecimiento

3.2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional de la entidad está plasmada tanto en el organigrama institucional como en el mapa de procesos, los cuales están definidos como procesos de Direccionamiento Estratégico, Misionales y de Apoyo.

3.2.4. INDICADORES DE GESTIÓN

Se cuenta con indicadores internos para procesos asistenciales y administrativos, a los cuales se les realiza seguimiento por parte de los líderes, en reuniones de Comité de Calidad, Comité Técnico y Comité de Sostenibilidad Contable.

En el mes de enero de 2018, se realizaron jornadas de planeación de los procesos con los líderes, se construyeron los Planes Operativos Anuales y se generaron indicadores para realizar seguimiento al cumplimiento y ejecución de actividades.

La gestión de la entidad es medida por organismos de vigilancia y control, del orden nacional, departamental y municipal, para rendir la información solicitada por ellos se tienen indicadores de la prestación del servicio, indicadores administrativos, financieros, contables y presupuestales, indicadores que están estandarizados.

3.2.5. PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

En lo corrido del año, se han presentado oportunamente a los diferentes entes de control los informes según corresponde:

- Junta Directiva
- Secretaría Departamental de Salud
- Contraloría General de Risaralda
- Departamento Administrativo de la Función Pública
- Contaduría General de la Nación
- Superintendencia de Salud

El seguimiento y calificación del Plan de Gestión de la Gerencia, fue realizado por la Junta Directiva.



El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero continúa en ejecución y fue la base para estructurar el Plan de Desarrollo 2017-2020.

A diciembre de 2017 el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, tuvo un cumplimiento acumulado de 96.81%.

PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO

En el monitoreo presentado a la Secretaría Departamental de Salud, en el cual se rinde el informe del cuarto trimestre de 2017 se evidencia el siguiente avance en el cumplimiento de medidas de nuestro programa:

MEDIDAS CUMPLIDAS EN 100%:

Las medidas propuestas en el PSFF son 47 en total, de las cuales 36 se han cumplido en un 100%, lo que nos representa un 76.6% de nuestro Programa ejecutado.

MEDIDAS ENTRE 6 Y 12 MESES:

Las medidas propuestas en el PSFF son 47 en total, de las cuales 18 se establecieron para cumplir entre 6 y 12 meses, lo que equivale a un 38,29% de las medidas.

De las actividades realizadas en este rango de tiempo se evidencia un cumplimiento al 100% del total de las mismas.

MEDIDAS PARA CUMPLIR EN 24 MESES:

Las medidas propuestas para cumplir en 24 meses, son 9 lo que equivale a un 19.15% de las medidas.

El promedio de avance de este conjunto de medidas con corte al segundo trimestre de 2017 corresponde a un 100%

MEDIDAS PARA CUMPLIR EN 36 MESES:

Las medidas propuestas para cumplir en 36 meses, son 5 lo que equivale a un 10.64% de las medidas.

El promedio de avance de este conjunto de medidas corresponde a un 95%, donde no se evidencia avance con respecto al trimestre anterior que fue del 95%.

MEDIDAS PARA CUMPLIR EN 48 MESES:

Las medidas propuestas para cumplir en 48 meses, son 15 lo que equivale a un 31.91% de las medidas.

El promedio de avance de este conjunto de medidas corresponde a un 92% logrando un avance de 6.65% con respecto al trimestre anterior, donde el avance fue de 85.35%.

Es importante recalcar que algunas medidas dependen de factores externos, como son la voluntad de las EPS del régimen subsidiado para la liquidación de contratos; así como de los fondos de pensiones y las EPS para transferir los recursos de las actas de conciliación de aportes patronales ya firmadas.



PONDERACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

TIEMPO	CANTIDAD DE MEDIDAS	PONDERACIÓN	CUMPLIMIENTO	PONDERACIÓN
12 MESES	18	38.30%	100%	38.30%
24 MESES	9	19.15%	100%	19.15%
36 MESES	5	10.64%	95%	10.11%
48 MESES	15	31.91%	92%	29.25%
TOTALES	47	100.00%		96.81%

4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El Plan de Comunicaciones contempla entre otros aspectos Información Primaria para promover la comunicación interna, comunicación externa para informar a la comunidad, clientes externos y partes interesadas, también los insumos y medios requeridos para la comunicación pública.

Algunas de las estrategias ya implementadas son la intranet, página web, carteleras, audiencias de rendición de cuentas, correos electrónicos institucionales. El gerente ha asistido a reuniones periódicas con la Asociación de Usuarios de Salud de la entidad y con los Presidentes de las Juntas de Acción Comunal del Municipio.

También se han aprovechado los espacios brindados por la Alcaldía Municipal para participar en programas radiales.

En el año 2012 la ESE documentó el Plan de Comunicaciones, este documento plantea varias estrategias de las cuales algunas se han implementado, el personal del Área de Sistemas de Información está revisando el Plan para ajustarlo a las necesidades de la institución con base en las nuevas directrices impartidas por el Ministerio Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia MINTIC.

Se realizó Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el 06 de mayo de 2017, donde se expuso a la comunidad belumbrense la gestión de la entidad en la vigencia 2016.

Posterior a la Audiencia se suscribe plan de mejora y se envía informe a la Superintendencia Nacional de Salud.

Se publicó en la página web institucional el video de la rendición de cuentas.

Se programó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia 2017, para el día 19 de mayo de 2018. Ya se surtió el trámite de publicación de la programación en la página web de la Superintendencia de Salud.

Con el equipo de trabajo del proceso de Sistemas de Información se ha venido avanzando en el mejoramiento de la página web institucional logrando una imagen más dinámica y moderna, actualización de contenidos; ajuste, prueba y puesta en



marcha de módulos de capacitación, cuadros de turnos, programación de actividades, actas de reuniones.

Se han ajustado y mejorado los módulos de asignación de citas, trámites, quejas y reclamos; además se logró la implementación en la página web del módulo para el reporte de eventos adversos.

Se adoptó un modelo adicional de solicitud de citas para garantizar el acceso de toda la población a los servicios ofrecidos por el Hospital en medicina general y odontología; se realiza a través de internet, se dispuso de un punto virtual en las instalaciones de la ESE, se capacitó a todo el personal para que puedan apoyar a los usuarios en la solicitud de las citas. También se tiene una App desde la cual se puede acceder al módulo desde cualquier celular que tenga acceso a internet. El compromiso de la entidad es llamar a cada usuario que quede registrado en lista de espera para asignarle su cita.

En el primer trimestre se realizaron jornadas de socialización de los canales de acceso que tienen los usuarios para la solicitud de las citas, esto se socializó con los integrantes de la Asociación de Usuarios el uso de la App.

5. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO

5.1. AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Con la coordinación de la Subdirección Científica se realizó la autoevaluación en el cumplimiento de requisitos de habilitación de los procesos misionales, a través de auditorías internas, a finales de 2017, se reforzó esta evaluación y se generaron planes de mejoramiento por procesos. Se realizó la autoevaluación de los estándares de acreditación.

El Comité de Sostenibilidad contable realiza autoevaluación trimestral al socializar los informes del Decreto 2193 previo a la sustentación ante la Secretaría Departamental de Salud, se realiza esta actividad también con el fin de identificar situaciones que requieran intervención y que permitan tomar medidas oportunas para lograr el cumplimiento de metas e indicadores.

AUDITORÍA INTERNA

Se realizó en diciembre de 2017 un ciclo de auditorías internas a los procesos misionales con el fin de verificar el cumplimiento de requisitos de habilitación según la Resolución 2003 de 2014. Se generaron planes de mejora para subsanar los hallazgos evidenciados y aprovechar las oportunidades de mejora.

En el primer trimestre del año se han realizado inspecciones de orden, aseo, limpieza, áreas locativas y verificación de uso de elementos de protección personal por parte de la Profesional de Salud Ocupacional.



PLAN DE MEJORAMIENTO

Se realiza seguimiento a planes de mejoramiento que actualmente se encuentran vigentes. También se realiza seguimiento trimestral al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

5.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

La Oficina de Control Interno ha realizado auditorías a publicación oportuna de contratos en el SECOP y SIA Observa, de las cuales se han generado planes de mejora.

Se ha realizado seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero correspondiente al último trimestre de la vigencia 2017, evidenciando avance en el cumplimiento de las medidas plasmadas.

Se realizó verificación y acompañamiento a la rendición de la cuenta anual consolidada de la entidad, ante la Contraloría Departamental de Risaralda.

Aplicación del diagnóstico a los elementos del MECI conforme a los lineamientos estipulados por el DAFP mediante el aplicativo FURAG II el cual fue enviado en forma oportuna según la evidencia de reporte.

Se viene realizando la revisión y estudio del manual operativo de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG -con el fin de conocer más detalladamente los lineamientos del nuevo modelo y facilitar la formulación de las acciones para su socialización.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Socializar la caracterización y documentación de procesos y procedimientos del área administrativa y asistencial.
- Continuar con el fortalecimiento del proceso de contratación, para lograr una estructuración clara, documentada y socializada.
- Incluir en las actividades de inducción y reinducción la promoción de las políticas de operación.
- Fortalecer la administración del riesgo en la ESE con los líderes de procesos.
- Adoptar, implementar y mejorar los lineamientos necesarios para el control de los archivos de gestión y archivo general de la Entidad, lo que incluye Tablas de Retención Documental (TRD) y apropiación de los procedimientos requeridos por el sistema de gestión documental.
- Realizar seguimiento a la atención prestada al ciudadano a través de las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación).
- Garantizar la difusión del plan de emergencias de la institución, generando a través del liderazgo de los jefes de proceso el compromiso de todos los funcionarios para su conocimiento y práctica.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA
COMUNICACIÓN OFICIAL

Página:	9 de 9
Código:	DC-FR-073
Fecha:	16/04/2015
Versión:	Primera

- Continuar con las jornadas de capacitación del equipo de brigadistas de la institución.
- Lograr la implementación de la planta temporal de la ESE, lograr redistribución de funciones en el área administrativa en los procesos de recursos humanos y contratación y avanzar en la formalización del empleo de acuerdo a la normatividad vigente.

Elaborado Por: ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR
Asesora de Control Interno

Fecha: 10-ABR-2018

Elaboró: Adriana Muñoz Escobar
Aprobó: N/A
Fecha: 10-04-2018
Archivo: .. documentos\correspondencia\
Con Copia: Dr. Jhon Fredy Montoya Velásquez - Gerente