

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA**
INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)
PERÍODO ABRIL - JULIO 2018



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA
INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)
PERIODO ABRIL - JULIO 2018



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

AMBIENTE DE CONTROL	<p>ESTÁNDARES DE CONDUCTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - La ESE Hospital San José tiene también adoptado mediante Resolución No. 120-2017 el Código de Buen Gobierno. - Se realizó y publicó el seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, así como también en seguimiento a la matriz de riesgos de corrupción. - Está pendiente la armonización del código de ética y el código de integridad.
	<p>TALENTO HUMANO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El trámite de creación de la Planta Temporal, sigue en proceso, actualmente se están realizando ajustes solicitados por la Secretaría Departamental de Salud. para lograr la aprobación e iniciar con la implementación. - 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.
	<p>OBSERVACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>RECOMENDACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
	<p>EVALUACIÓN DE RIESGOS</p> <p>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. Se realizó el seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos correspondiente al primer trimestre 2018.</p>

ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA
INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)
PERÍODO ABRIL - JULIO 2018



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

ACTIVIDADES DE CONTROL	<p>PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS: 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.</p> <p>PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS 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. Se realizó la socialización de procesos y procedimientos administrativos en el segundo trimestre de 2018.</p> <p>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. - Debilidad con respecto al proceso de Recursos Humanos, se requiere organización y fortalecimiento</p> <p>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 Dirección Estratégica, Misionales y de Apoyo.</p> <p>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.</p> <p>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 marzo de 2018 el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, tuvo un cumplimiento acumulado de 98.51%.</p>

ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA
INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)
PERÍODO ABRIL - JULIO 2018



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

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	<p>Se realizó Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el 23 de junio de 2018, donde se expuso a la comunidad belumbrense la gestión de la entidad en la vigencia 2017. 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
ACTIVIDADES DE MONITOREO	<p>AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>AUDITORÍA INTERNA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Desde la Oficina de Control Interno se realizó auditoría al cumplimiento de requisitos de la contratación correspondiente a la vigencia 2017. <p>PLAN DE MEJORAMIENTO</p> <p>Se realizaron seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2017 los cuales fueron el resultado de auditorías internas de calidad y de control interno, de igual manera se realiza seguimiento trimestral al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.</p>
	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 DAFF 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.

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA
INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)
PERIODO ABRIL - JULIO 2018**



RECOMENDACIONES

Culminar la realización de los autodiagnósticos de cada dimensión por los responsables.

De acuerdo a cada resultado del autodiagnóstico, elaborar plan de acción.

Continuar con la socialización de 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 reincidencia 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.

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.

ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR
ASESORA DE CONTROL INTERNO
JULIO 10 DE 2018