

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ  
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA  
AUTORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)  
PERÍODO MARZO - JUNIO 2019**



En cumplimiento de la ley 1474 de 2011 artículo 9º parágrafo 4 “*El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad...*” La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital San José de Belén de Umbría, presenta el informe pormenorizado correspondiente al periodo comprendido entre el 13 de marzo de 2019 y el 12 de junio del mismo año; se incluye en este informe el estado de avance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el estado de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno.

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ  
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA**  
**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)**  
**PERIODO MARZO - JUNIO 2019**



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

<b>AMBIENTE DE CONTROL</b>	<p><b>ESTÁNDARES DE CONDUCTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La entidad está en el proceso de transición del Código de Ética al Código de Integridad, en esta vigencia se pretende implementar la política de integridad y lograr la socialización e interiorización de los valores plasmados en el Código de Integridad de la ESE.</li> <li>- La ESE Hospital San José tiene también adoptado mediante Resolución No. 120-2017 el Código de Buen Gobierno.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><b>TALENTO HUMANO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Se realizaron las evaluaciones de desempeño del personal de carrera administrativa en los tiempos establecidos por la normatividad, para evaluar la vigencia 2018; a su vez se realizó la concertación de objetivos para el periodo 2019.</li> <li>- Mediante Resolución No. 860-2018 de diciembre 29 de 2018 se adoptó el Programa de Bienestar Social e Incentivos para la vigencia 2019.</li> <li>- Mediante Resolución No. 861-2018 de diciembre 29 de 2018, se adoptó el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2019.</li> <li>- Se realizó el cargue de las hojas de vida del personal de planta al SIGEP, está en proceso de cargue la declaración de bienes y rentas de cada funcionario.</li> </ul> <p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La estructura organizacional actual, facilita la concentración de funciones en el personal administrativo, situación que se refleja en la debilidad importante con respecto al proceso de Recursos Humanos, se requiere organización y fortalecimiento.</li> <li>- Se evidencia la socialización y evaluación de los principios y valores a los servidores que ingresan a la entidad.</li> </ul> <p><b>RECOMENDACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Socializar el Programa de Bienestar Social con el personal de la ESE.</li> <li>- Programar jornadas de re-inducción para la vigencia 2019 con todos los colaboradores de la ESE.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	<p>El mapa de riesgos de la entidad está en proceso de actualización con base en la metodología publicada por la Función Pública.</p> <p>La institución cuenta con la matriz de riesgos laborales como elemento fundamental del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>La ESE tiene actualizado y documentado el mapa de riesgos anticorrupción para la vigencia 2019, se hizo la publicación en la página web de la entidad de acuerdo al Decreto 124 de 2016.</p>

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ  
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA**  
**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)**  
**PERIODO MARZO - JUNIO 2019**



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

<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>	<p><b>PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS:</b> 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><b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b> 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 de Planeación y Gestión (antes Comité Técnico), se socializan los indicadores de los procesos, tanto asistenciales como administrativos.</p>
	<p><b>OBSERVACIONES:</b> - 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><b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b> 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.</p>
	<p><b>INDICADORES DE GESTIÓN</b> Se cuenta con indicadores internos para procesos asistenciales y administrativos, a los cuales se les realiza seguimiento por parte de los líderes, en reuniones del Comité de Planeación y Gestión y Comité de Glosas. En el mes de enero de 2019, 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. Se realizó en el mes de mayo de 2019 la evaluación de estándares de acreditación y PAMEC.</p>
	<p><b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b> 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.</p>

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ  
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA**  
**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)**  
**PERIODO MARZO - JUNIO 2019**



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

<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	<p>Se realizó Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el 15 de junio de 2019, donde se expuso a la comunidad belumbrense la gestión de la entidad en la vigencia 2018. Posterior a la Audiencia se suscribe plan de mejora y se publica en la página web institucional según lo indica la Circular Externa 008 de septiembre 14 de 2018, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.</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><b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b> 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> <p>Se ha logrado un avance importante en la documentación del Programa de Gestión Documental de la ESE, adicionalmente se han venido implementando estrategias audiovisuales para la promoción de actividades y servicios que presta la institución a la comunidad, a través de redes sociales, canal de televisión, página web y televisores ubicados en las salas de espera de la institución.</p>
	<p><b>AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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, se reforzó esta evaluación y se generaron planes de mejoramiento por procesos. Se realizó la autoevaluación de los estándares de acreditación.</li> <li>- En el Comité de Planeación y Gestión, mensualmente se socializan los indicadores de los procesos asistenciales y trimestralmente los administrativos. Esta actividad permite identificar situaciones a intervenir oportunamente para lograr las metas propuestas.</li> <li>- Se realiza el seguimiento y se consolidan los resultados del Plan Operativo Anual correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2019.</li> </ul> <p><b>AUDITORÍA INTERNA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizó en el tercer trimestre de 2018 ciclo de auditorías internas a algunos procesos misionales con el fin de verificar el cumplimiento de requisitos de habilitación según la Resolución 2003 de 2014. Se están generando planes de mejora para subsanar los hallazgos evidenciados y aprovechar las oportunidades de mejora.</li> <li>- En lo corrido 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.</li> <li>- Desde la Oficina de Control Interno se realiza auditoría de seguimiento y verificación a publicación de contratación en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP de la contratación 2019.</li> </ul> <p><b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b></p> <p>Se realizaron seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos en la vigencia 2018 y los que se han suscrito en 2019, los cuales fueron el resultado de auditorías internas de calidad y de control interno.</p>

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ  
BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA**  
**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Ley 1474 de 2011)**  
**PERIODO MARZO - JUNIO 2019**



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

ACTIVIDADES DE MONITOREO	<p><b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b></p> <p>- 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.</p> <p>- Se realizó verificación y acompañamiento a la rendición de la cuenta anual consolidada de la entidad, ante la Contraloría Departamental de Risaralda.</p> <p>- 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.</p> <p>- Se realiza seguimiento mensual a la gestión de PQR y se publica trimestralmente el informe consolidado de las mismas en la página web institucional.</p> <p>- 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.</p>
<b>RECOMENDACIONES</b>	
	<p>Culminar la realización de los autodiagnósticos de cada dimensión por los responsables, y de acuerdo a cada resultado del autodiagnóstico, elaborar el plan de acción.</p> <p>Reforzar la socialización de la caracterización y documentación de procesos y procedimientos del área administrativa y asistencial.</p> <p>Incluir en las actividades de inducción y reintroducción la promoción de las políticas de operación.</p> <p>Fortalecer la administración del riesgo en la ESE con los líderes de procesos.</p> <p>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.</p> <p>Realizar seguimiento a la atención prestada al ciudadano a través de las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación).</p> <p>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.</p> <p>Continuar con las jornadas de capacitación del equipo de brigadistas de la institución.</p> <p>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.</p>