

Al dar respuesta citar este número: E-DI-Cl-034

Fecha, día/ mes/ año.	12-11-2015	Hora.	14:00	Antecedente No.	Ninguno
Código Grupo Productor del documento.		Proyectado por	Adriana Muñoz Escobar		
Asunto.	INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO				
Anexos.	No	Folios.	007	Págs.	007
Archivar en la Serie o Subserie Documental con código No.					E-DI-Cl-034

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 2011

NOVIEMBRE DE 2015

MÓDULO CONTROL DE LA PLANEACIÓN Y GESTIÓN

■ ACUERDOS, PROTOCOLOS Y COMPROMISOS ÉTICOS

La entidad tiene adoptado el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno, en el aplicativo de Inducción y Reinducción que se implementó en la vigencia 2014, se incluyeron temas relacionados con estos documentos.

En el 2015 se ha adelantado la actualización del Código de Buen Gobierno.

Se realizó la socialización del Código de Ética con el fin de logar la actualización de manera participativa. En la actividad institucional del Chambonato 2015, se tomaron varios temas para reforzar con el personal de la ESE, entre ellos el Código de Ética con todos sus componentes; principios, valores, deberes y derechos de los usuarios.

Por medio de la Resolución No. 548-2015 de octubre 16 de 2015, se actualiza y adopta el nuevo código de ética de la institución

■ DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

El día 29 de enero de 2015, se envió a la Secretaría Departamental de Salud el estudio técnico y los anexos 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 para la formalización del empleo en las entidades públicas; para nuestro caso, se pretendía vincular el personal misional de la entidad. En el ejercicio de proyección se buscó la inclusión de todo el personal asistencial (profesional y auxiliar) que labora en las diferentes áreas, este documento se socializó a la Junta Directiva de la entidad, quien manifestó que si bien sería lo ideal vincular a todo el personal, financieramente no es viable para el Hospital la creación de la planta temporal en esas condiciones, máxime cuando se está cumpliendo con una matriz de medidas viabilizada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público como parte integral del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

A la fecha no se ha recibido comunicación oficial sobre este tema.

Mediante Resolución No. 019-2015 de enero 17 de 2015 se adoptó el Programa de Bienestar Social e Incentivos, también se realizaron las evaluaciones de desempeño del personal de carrera administrativa en los tiempos establecidos por la normatividad, para evaluar la vigencia 2014; a su vez se realizó la concertación de objetivos para el periodo 2015.

Mediante Resolución No. 204-2015 de abril 30 de 2015, se adoptó el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2015 en la ESE Hospital San José.

En el mes de septiembre, se realiza seguimiento a la ejecución del Programa de Bienestar Social por parte de la Oficina de Control Interno.

DEBILIDADES:

- 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

■ PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

En lo que va corrido de la vigencia 2015, se han presentado a los diferentes entes de control los informes de gestión correspondientes a la vigencia 2014:

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

El Plan de Gestión de la ESE Hospital San José, es el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, el cual tuvo un cumplimiento para la vigencia 2014 del 83,33%.

Las medidas propuestas en el PSFF son 47 en total, de las cuales 18 se establecieron para cumplir entre 6 y 12 meses, es decir en la vigencia 2014.

De las actividades realizadas en este rango de tiempo se evidencia un cumplimiento al 100% de 15 actividades. Las tres restantes están en proceso de ejecución y análisis para ajuste de las estrategias con el fin de dar cumplimiento en su totalidad.

PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO

En el tercer trimestre de 2015 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 22 se han cumplido en un 100%, lo que nos representa un 46.81% 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% de 17 actividades. Sólo queda una en proceso de ejecución y análisis para ajuste de las estrategias con el fin de dar cumplimiento en su totalidad.

El porcentaje de avance de este conjunto de medidas corresponde a un 98.9%, valor que se ha incrementado con respecto al trimestre anterior que fue de 97.94%.

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 en el tercer trimestre de 2015 corresponde a un 78.3%, mostrando un avance con respecto al trimestre anterior cuyo promedio era del 72.9%.

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 49.9%, comparado con el trimestre anterior hubo un avance del 14.4%.

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 40.2%, logrando un avance de 8.7% con respecto al trimestre anterior, donde el avance fue de 31.5%

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.

■ MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

La entidad realizó el ajuste del mapa de procesos cuando se actualizó la planeación estratégica en el año 2012; se tienen documentados los procesos asistenciales y están en proceso de documentación los administrativos.

Se documentaron los procedimientos de Rendición de Cuentas y Planes de Mejora.

De enero a abril de 2015 se han venido actualizando guías y protocolos clínicos, los cuales también han sido socializados al personal asistencial.

DEBILIDADES:

- La estructura organizacional actual, facilita la concentración de funciones en el personal administrativo.

- Si bien se evidencian avances en el proceso de contratación se requiere mayor rigurosidad en el cumplimiento de los requisitos planteados en la normatividad vigente y en los manuales de contratación e intervención.
- Se sigue evidenciando falta de documentación de procesos administrativos.
- Debilidad importante con respecto al proceso de Recursos Humanos, se requiere organización y fortalecimiento

▪ 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.

▪ 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 Científico y Comité de Sostenibilidad Contable.

La gestión de la entidad es medida por organismos de vigilancia y control, del orden nacional y departamental, 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.

▪ POLÍTICAS DE OPERACIÓN

El Hospital tiene adoptadas políticas de operación que están enfocadas a diferentes aspectos, tales como: Calidad y Seguridad, Salud Ocupacional, Gestión Ambiental, Administración de Riesgos, Privacidad y Uso de la Información Personal.

▪ ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

El mapa de riesgos de la entidad está documentado con el Manual de Administración de Riesgos CI-MP-002 y el Procedimiento Elaboración Mapa de Riesgos CI-PR-003. 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.

La ESE también tiene actualizado y documentado el mapa de riesgos anticorrupción para la vigencia 2015, CI-PR-002, se hizo la publicación en la página web de la entidad y se han realizado dos seguimientos en lo que va corrido de la vigencia.

MÓDULO AUTOEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

■ AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Desde la Coordinación de Calidad se realizó la autoevaluación en el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios y estándares de acreditación; de igual manera se realizó el seguimiento al plan de gestión gerencial, el cual tuvo una calificación de 4.04.

El día 11 de abril de 2015 se reunió la Junta Directiva de la entidad para evaluar el plan de gestión de la vigencia 2014.

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 ajustar situaciones para logra el cumplimiento de metas e indicadores.

■ AUDITORÍA INTERNA

En enero de 2015 se presentó ante la Gerencia, Comité Técnico y el Comité de Coordinación de Control Interno el plan de auditorías internas, ciclo que se comenzó en el mes de marzo de 2015 con los procesos de Rayos X y Mantenimiento. Se realizó la presentación de informes y concertación de planes de mejora según los hallazgos evidenciados. En los planes de mejora, se programa también la fecha de seguimiento a la implementación de acciones.

Como complemento a las auditorías internas se han realizado durante el año 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 programan y realizan revisiones y seguimientos a diferentes aspectos de la entidad. En lo que va corrido del año se han ejecutado los siguientes:

- Proceso de Contratación
- Disponible (Efectivo de caja y bancos)
- Proceso Sistema de Información (Estrategia Gobierno en Línea, Plan Anticorrupción, Sistema de Gestión Documental)
- Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Primer, segundo y tercer trimestre de la vigencia)

■ PLAN DE MEJORAMIENTO

Desde la Oficina de Control Interno, se culminó la documentación del procedimiento Planes de Mejora, se realizó socialización a los líderes de proceso en el Comité de Calidad realizado en el mes de marzo de 2015 y se envió a los correos electrónicos el documento.

En el mes de marzo se tuvo la visita de la Contraloría General de Risaralda para hacer seguimiento al plan de mejora concertado en 2013 como resultado de la auditoría integral realizada a la vigencia 2012. La calificación al cumplimiento de ese plan de mejora fue del 100%. En abril, recibimos el informe final del auditor en el cual se realizan algunas observaciones, las cuales fueron socializadas con el Subdirector Administrativo y se concertaron los compromisos, fechas de cumplimiento y seguimiento.

Se observan las siguientes debilidades con respecto a los planes de mejoramiento:

- Deficiencias en el proceso de verificación de implementación de acciones de mejoramiento, pese a realizarse las actividades algunas no se documentan.
- Por situaciones no programadas que requieren el tiempo de los líderes no se logra cumplir con la periodicidad en las reuniones de algunos comités.
- La centralización de funciones en la Coordinación Administrativa influye negativamente en el progreso de acciones de mejora ya evidenciadas

EJE TRANSVERSAL 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.

En el año 2012 la ESE documentó el Plan de Comunicaciones, este documento plantea varias estrategias de las cuales algunas se han implementado, el Comité de Coordinación de Control Interno con el apoyo del Área de Sistemas de Información está revisando el Plan para ajustarlo a las necesidades de la institución.

En el mes de abril de 2015 se realizó la convocatoria para la rendición anual de cuentas a través de Audiencia Pública para exponer a la comunidad belumbrense la gestión de la entidad en la vigencia 2014. Se llevó a cabo la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el día 18 de abril de 2015 y se publicaron los resultados en la página web institucional y en el link de la página de la Superintendencia de Salud.

Desde el proceso de Sistemas de Información se hizo socialización del Sistema de Gestión Documental, enfocado a la actualización de las tablas de retención documental, manejo de carpetas, transferencias de retención documental y responsabilidades de los generadores de documentos.

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 ha logrado la participación activa de los líderes de procesos para la publicación semanal de noticias.

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.

RECOMENDACIONES GENERALES

- La estructura organizacional actual, facilita la concentración de funciones en el personal administrativo, situación que se hace necesario intervenir con el fin de establecer puntos de control efectivos.
- Culminar la documentación de procesos y procedimientos del área administrativa.
- 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 E.S.E 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.