

Fecha, día/ mes/ año	17-04-2015	Hora	17:10	Antecedente No	
Proyectado por	ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR			Número de Pág.	10
Asunto	INFORME PORMENORIZADO MECI LEY 1474 2011				
Anexos	N/A			Folios	
Archivar en la Serie o Subserie Documental con código No				E-DI-CL-003	

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 2011

ABRIL 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. La jornada de actualización se realizará bajo el liderazgo del Comité de Coordinación de Control Interno en el año 2015.

■ 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.

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.

▪ **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.

▪ **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.

▪ **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 en proceso de actualización, se capacitó a los líderes de proceso en la metodología sugerida por el DAFP, se generaron formatos para la identificación, análisis (calificación y evaluación) y el formato del mapa consolidado.

Actualmente se cuenta con el documento Políticas de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos. Se ha fortalecido este tema en la institución con el apoyo de la Coordinación de Calidad y Salud Ocupacional porque se están involucrando conceptos de riesgos en la prestación del servicio y riesgos ocupacionales.

La ESE también tiene actualizado y documentado el mapa de riesgos anticorrupción para la vigencia 2015, se hizo la publicación en la página web de la entidad y se realizó seguimiento en el primer trimestre de la vigencia en curso.

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 lograr 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 realizaron en el primer trimestre, inspecciones de orden, aseo, limpieza, áreas locativas y verificación de uso de elementos de protección personal.

▪ **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.

También en el mes de marzo tuvimos 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.

Actualmente la entidad tiene viabilizado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Se realizó la evaluación de la ejecución del Plan de Acción de Rendición de Cuentas como producto de las sugerencias e inquietudes manifestadas por la ciudadanía en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2013, realizada en el mes de mayo de 2014, alcanzando un cumplimiento del 90%.

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.

Desde el proceso de Administración de la 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.

La Gerencia ha liderado en conjunto con el área de Sistemas de Información el avance del Sistema de Gestión Documental para fortalecer el proceso de ventanilla única y demás elementos que lo conforman.

RECOMENDACIONES GENERALES

- 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.

**Diligenciado Por: ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR
Asesora de Control Interno**

Fecha: 17/ABR/2015