

Fecha, día/ mes/ año	13-04-2015	Hora	17:10	Antecedente No	
Proyectado por	ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR			Número de Págs.	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-006				

## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 2011

ABRIL DE 2016

### MÓDULO CONTROL DE LA PLANEACIÓN Y GESTIÓN

#### ■ ACUERDOS, PROTOCOLOS Y COMPROMISOS ÉTICOS

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.

La entidad actualizó y adoptó el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno, en la vigencia 2015.

Se realizó la socialización del Código de Ética con el fin de lograr la actualización de manera participativa. En la actividad institucional del Chambonato 2015, se escogieron 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.

#### ■ 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. 019-2016 de enero 06 de 2016 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 2015; a su vez se realizó la concertación de objetivos para el periodo 2016.

Mediante Resolución No. 021-2016 de enero 06 de 2016, se adoptó el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2015 en la ESE Hospital San José.

#### 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 2016, se han presentado a los diferentes entes de control los informes de gestión correspondientes a la vigencia 2015:

- 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 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 2015 del 72.5% Las medidas propuestas en el PSFF son 47 en total

#### PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO

En el primero monitoreo presentado a la Secretaría Departamental de Salud, en el cual se rinde hasta el cuarto 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 23 se han cumplido en un 100%, lo que nos representa un 48.94% 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 99.94%, valor que se ha incrementado con respecto al trimestre anterior que fue de 98.9%.

#### **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 cuarto trimestre de 2015 corresponde a un 81.1%, mostrando un avance con respecto al trimestre anterior cuyo promedio era del 78.3%.

#### **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%.

#### **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 42.5%, logrando un avance de 2.3% con respecto al trimestre anterior, donde el avance fue de 40.2%

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 se ha avanzado en la documentación de los administrativos.

#### **DEBILIDADES:**

- La estructura organizacional actual, facilita la concentración de funciones en el personal administrativo.
- Se evidencian avances importantes en el proceso de contratación se requiere continuar con la rigurosidad en el cumplimiento de los requisitos planteados en la normatividad vigente y en los manuales de contratación e interventoría.
- Se sigue evidenciando falta de documentación de procesos administrativos.
- Debilidad 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. Estamos a la espera de la elección del nuevo gerente para actualizar la estructura organizacional y redefinir los procesos para incluir los de evaluación.

**▪ 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.

En el mes de enero de 2016, 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 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, 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.

**▪ 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 2016, CI-PR-002, se hizo la publicación en la página web de la entidad y se actualizó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de acuerdo al Decreto 124 de 2016.

## **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 4.24.

El día 15 de abril de 2016 está programada reunión de Junta Directiva de la entidad para evaluar el plan de gestión de la vigencia 2015.

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 2016 se presentó ante la Gerencia, Comité Técnico y el Comité de Coordinación de Control Interno el plan de auditorías internas, y auditorías de Control Interno.

Se han realizado en el primer trimestre del 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.

En el primer trimestre de 2016 se realizó seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Al cuarto trimestre de 2015)

### **■ PLAN DE MEJORAMIENTO**

Desde la Oficina de Control Interno, se actualizó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, también el Proceso de Rendición de Cuentas.

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

## **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 personal del Área de Sistemas de Información está revisando el Plan para ajustarlo a las necesidades de la institución.

En el mes de marzo de 2016 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 2015. Se llevó a cabo la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el día 19 de marzo de 2016 y se publicaron los resultados en la página web institucional y en el link de la página 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 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.

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

**Fecha: 13-ABR-2016**