

Fecha, día/mes/año	21-12-2013	Hora	16:00	Antecedente No	
Proyectado por	ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR	Número de Pág.			
Asunto	INFORME PORMENORIZADO MECI LEY 1474 2011				
Anexos		Folios			
Archivar en la Serie o Subserie Documental con código No	E-DI-CI-045				

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 2011

DICIEMBRE 21 DE 2013

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

AVANCES:

- Creación del cargo de Asesor de Control Interno, de libre nombramiento y remoción y por un periodo fijo de cuatro (04) años dentro de la planta de personal según Acuerdo No. 022 de noviembre 07 de 2013.
- Elaboración de cálculo de instrumentos para proyección de requerimiento de horas por servicio y personal.
- Proyección de planta temporal.
- Hallazgo de posible fraude en la institución, denuncia ante entes de control. Investigación en curso.
- Circularización de proveedores y clientes.
- Conciliación de saldos con proveedores y recuperación de saldos.
- Ajuste paulatino de la información financiera y presupuestal de la ESE.
- Inicio de revisión, ajuste y documentación de manuales de procesos y procedimientos.
- Reactivación de proceso de evaluación de desempeño liderado por la Gerente.
- Evaluación de empleados en misión.
- Elección Comité de Bienestar Social y estudio de Plan de Bienestar para la vigencia 2014
- Estabilización en la oferta de consulta médica lo que ha influido notoriamente en la disminución de quejas por parte de los usuarios.
- Reorganización de funciones del área Administrativa y Financiera.

DIFICULTADES:

- Variabilidad y falta de claridad en las normas vigentes situación que impide definir acciones, igualmente la calificación de alto riesgo de la entidad obstaculiza implementación de actividades exigidas por la normatividad, como el caso de las plantas temporales.
- Estructura organizacional facilita la concentración de funciones en el personal administrativo.
- Se evidencian falencias en el proceso de contratación, específicamente en lo que respecta a la documentación soporte de los contratos.
- Se sigue evidenciando falta de documentación de procesos administrativos.
- El proceso de inducción no se está cumpliendo satisfactoriamente.
- Retraso de actividades programadas por contingencia administrativa.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

AVANCES:

- Actualización licencia antivirus.
- Mantenimiento periódico de equipos de cómputo y equipos biomédicos, plan de metrología en funcionamiento.
- Adquisición de equipos biomédicos con recursos de presupuesto participativo que fortalecen la prestación de servicios de salud en la institución.
- Inicio de actualización, ajuste y revisión de manuales de procesos y procedimientos administrativos.
- Revisión y ajuste de los módulos contable y presupuestal como acción de mejora al proceso administrativo y financiero
- Se realizó la encuesta de satisfacción del usuario del tercer trimestre de la vigencia 2013.
- En este periodo, se evidencia un importante avance para la elaboración, validación y presentación oportuna de informes a los entes de control; fruto del esfuerzo que ha realizado el equipo contable y financiero en la revisión y ajuste de los módulos de CNT y las cifras de los estados financieros y presupuestales de la institución.
- Revisión y análisis de la pertinencia y utilidad de indicadores en Comité de Calidad con la participación de todos los jefes de procesos.
- Actualización, documentación y parametrización de contratos con EPS y Convenios de prestación de servicios con otras entidades, para garantizar la facturación adecuada y el recaudo oportuno de recursos para la entidad.
- Revisión y análisis de quejas de usuarios en el Comité de Ética Hospitalaria y Comité de Calidad.
- Se diseñaron por parte del Comité de Historias Clínicas, las plantillas para dar cumplimiento al sistema de referencia, evaluación de adherencia a guías y la aplicación de la Resolución 4505.

DIFICULTADES:

- Si bien se han realizado acciones al respecto, el avance en la parametrización el módulo de inventarios ha sido poca en esta vigencia.

- No se ha logrado la publicación y socialización de la política de administración del riesgo, actividad que ha quedado pendiente hasta tanto se actualice y socialice el mapa de riesgos.
- Debido a las restricciones presupuestales el uso de espacios de comunicación en el canal de televisión local y emisora radial local, se han visto afectados en esta vigencia.
- No se evidencia la socialización del Plan de Comunicaciones de la Entidad.
- No se evidencia suficiente socialización del funcionamiento de la Ventanilla Única y por ende la falta de cultura en el manejo de la misma por parte de los funcionarios generadores de documentación. No se evidencia realización de charlas pedagógicas con los usuarios inasistentes a las citas.
- El espacio destinado para archivo histórico es notoriamente inadecuado, toda vez que, se evidencian humedades, murciélagos, cucarachas, entre otros. De igual forma, no se utiliza estantería apropiada para el almacenamiento de archivos, esta debe ser metálica y debidamente anclada. Esta situación sólo podrá ser intervenida en la medida que se tengan recursos para realizar las inversiones pertinentes.
- Se incumple la Ley 594 de 2000. Falta capacitación al personal encargado del Manejo del Archivo
- No se evidencia la implementación de las plantillas generadas por el Comité de Historias Clínicas para dar cumplimiento al sistema de referencia, evaluación de adherencia a guías y la aplicación de la Resolución 4505.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

AVANCES:

- Se cumplió en 100% en la realización de evaluaciones de Historia clínica en los tres ciclos, y en el cuarto ciclo, se tomó una muestra para evaluar la adherencia a la guía de manejo de hipertensión.
- Realización de revisiones por parte de Control Interno las cuales han generado planes de mejoramiento (Actos Administrativos - Facturación Laboratorio Clínico – Contratación)
- Seguimiento a planes de mejoramiento institucionales, por procesos e individuales.
- Acompañamiento y suministro de información al grupo de auditores de la Contraloría Departamental.
- Realización de circularización a clientes y proveedores.
- Adopción del sistema tipo de evaluación de desempeño
- Elección del Comité de Ética Hospitalaria y Bienestar Social.
- Realización de encuesta de clima laboral en conjunto con la Coordinación de Calidad.
- Seguimiento a aplicación de normas de bioseguridad y disposición de desechos a todo el personal por parte de la Coordinación de Salud Ocupacional.
- Autoevaluación de estándares de acreditación.
- Avance en la evaluación del Decreto 2193 con mejoramiento de indicadores del tercer trimestre de la vigencia 2013.

DIFICULTADES:

- Deficiencias en el proceso de verificación de implementación de acciones de mejoramiento, pese a realizarse las actividades algunas no se documentan.
- Por contingencias administrativas no se ha logrado la periodicidad en las reuniones de algunos comités.
- Por dificultades presupuestales no se ha logrado el avance en algunas acciones de mejora sugeridas.
- Evaluación del Control Interno Contable muy alta en la vigencia anterior.
- Pendientes planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de los estándares de acreditación.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital San José de Belén de Umbría, continúa su implementación y en ejecución, busca fortalecer sus componentes en los diferentes procesos. Como todo sistema requiere acompañamiento y seguimiento en el desarrollo de las actividades que se proyectan para el logro de la implementación total del mismo, para ello se cuenta con el apoyo y compromiso de la alta dirección y de los jefes de procesos.

En lo que va corrido de la vigencia 2013 se evidenciaron situaciones que requirieron la actualización e implementación de procesos y procedimientos, también se identificaron falencias en los puntos de control de procesos contables, financieros, presupuestales y tesorales; los cuales han sido intervenidos y han permitido el avance de la institución en el mejoramiento de la situación de riesgo financiero. Esto ha ayudado también al mejoramiento del clima organizacional, que se evidencia en el compromiso del personal en la ejecución de actividades encaminadas a fortalecer los procesos en los cuales participan.

Algunas de las actividades programadas para el avance del Sistema de Control Interno no se pudieron llevar a cabo debido a las actividades de auditoría externa, generación de respuesta a informes, suscripción de planes de mejoramiento y seguimiento a los mismos.

RECOMENDACIONES

- Se requiere designación de un líder para el Sistema de Gestión Documental para fortalecer el proceso de ventanilla única y demás elementos del sistema.
- Fortalecer el proceso de contratación, destinando recurso humano, definir funciones claras y acompañamiento jurídico.
- Incluir en las actividades de inducción y reinducción la promoción de las políticas de operación.
- Continuar con el proceso de actualización del Mapa de Riesgos de los procesos de la E.S.E

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE
MUNICIPIO DE BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA



Página 5 de 5

- 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 relacionados.
- Realizar seguimiento a la atención prestada al ciudadano a través de las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación).
- Continuar con el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Control Interno (MECI 1000:2005) mediante el fortalecimiento de la cultura de Autocontrol, y garantizando que las actividades desarrolladas se ajusten a lo establecido por ambos sistemas.

Diligenciado Por: ADRIANA MUÑOZ ESCOBAR Coordinadora Control Interno	Fecha: 21/DIC/2013
--	----------------------------------



E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ

Municipio de Belén de Umbria, Risaralda

Dir: 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179

WEB: www.hsjbelen.gov.co - E-mail: hbelen@telecom.com.co