

Fecha, día/ mes/ año	30-12-2014	Hora	15:30	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-CI-028	

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 2011

DICIEMBRE 30 DE 2014

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

AVANCES:

- Monitoreo al avance de la implementación de medidas del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero realizado por la E.S.E. Hospital San José y seguimiento por parte Secretaría Departamental de Salud.
- Investigación en curso por parte de la Fiscalía por fraude descubierto en la institución.
- Continúa el ajuste de la información financiera y presupuestal de la ESE.
- Sostenimiento de indicadores de avance positivo de la institución con corte a septiembre 30 de 2014, según informe presentado a la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda de acuerdo al Decreto 2193 de 2004
- Revisión, ajuste y documentación de manuales de procesos y procedimientos. (actividad en ejecución)
- Realización de inducción y reinducción de personal a través de módulo de la página web.
- Socialización de metodología de Administración de Riesgos con los líderes de procesos.
- Avance en diagnóstico de actualización MECI de acuerdo al Decreto 943 de 2014
- Capacitación continuada del grupo de brigadistas de la institución en el segundo semestre de 2014.
- Ajuste de plan de cargos de la institución basado en las necesidades de la entidad y modernización de la misma
- Proyección planta temporal como inicio a la formalización del empleo y avance de estudio técnico según directrices de Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Secretaría Departamental de Salud.

E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ

Municipio de Belén de Umbria, Risaralda

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

WEB: www.hsibelen.gov.co - E-mail: hsibelen@gmail.com

DIFICULTADES:

- La estructura organizacional actual, facilita la concentración de funciones en el personal administrativo.
- Se evidencian avances en el proceso de contratación, se debe tener en cuenta que es un proceso que está siendo documentado.
- Se sigue evidenciando falta de documentación de procesos administrativos.
- Se requiere la documentación del proceso de inducción y reinducción.
- Debilidad importante con respecto al proceso de Recursos Humanos, si bien desde la Alta Dirección se han revisado estrategias para lograr la organización y fortalecimiento, éstas no se han implementado por la limitación normativa que obstaculiza la creación de cargos que permitiría la desagregación de funciones.
- En revisión proceso de posible formalización laboral, la viabilización depende del concepto que emita el Ministerio de Hacienda y Crédito Público teniendo en cuenta que la ESE se encuentra en ejecución del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
- Poca socialización del plan de emergencias de la institución.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

AVANCES:

- Mantenimiento periódico de equipos de cómputo y equipos biomédicos, plan de metrología en funcionamiento.
- Continúa la revisión y ajuste de los módulos contable y presupuestal, así como los demás módulos del software institucional, como acción de mejora al proceso administrativo y financiero
- Se realizó la encuesta de satisfacción del usuario del tercer trimestre de la vigencia 2014.
- Se evidencia nuevamente en este periodo, el 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.
- 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, análisis y respuestas de quejas de usuarios. Toma de acciones correctivas y preventivas.
- Desde el área de sistemas de información se viene realizando revisión para la actualización de las tablas de retención documental
- Inicio de ejecución de contrato de depuración del archivo de la institución C-057-2014

- Se evidencia el avance en 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.
- Intervención física de las áreas de Laboratorio Clínico y Archivo, con el fin de dar cumplimiento a normatividad vigente y requerimientos de organismos de control.
- Vinculación de personal para implementar proceso de costos de la entidad.
- Participación ciudadana en los comités y procesos que requieren veedurías.
- Acompañamiento asociación de usuarios de la entidad, revisión normativa
- Avance en acciones de mejora producto de la rendición de cuentas.
- Proyecto de evaluación de implementación de sistema de telemedicina con una EPS

DIFICULTADES:

- Si bien se han realizado acciones al respecto, el avance en la parametrización el módulo de Activos Fijos depende del resultado del avalúo.
- 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.
- La intervención del área del archivo se ejecuta en una primera fase, queda pendiente para una futura contratación de la segunda etapa de tal manera que se pueda dar un mayor alcance al objeto y la destinación de recursos para inversión.
- Pese al avance en la depuración del archivo de historias clínicas, se sigue incumpliendo la Ley 594 de 2000.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

AVANCES:

- Se cumplió con la realización de evaluaciones de Historia Clínica en el tercer ciclo de la vigencia 2014.
- Seguimiento a planes de mejoramiento institucionales y por procesos.
- Revisión y seguimiento a Planes de Acción resultantes de las Auditorías Internas de Calidad, ciclo 2014.
- Avance en la evaluación del Decreto 2193 con mejoramiento de indicadores de la vigencia 2014.
- Revisión de Hojas de Vida del Personal de Planta, generación de hallazgos, presentación de informe.
- Seguimiento a Revisión de Derechos de Petición y acciones de mejora.
- Seguimiento a documentación de acciones implementadas según matriz del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

DIFICULTADES:

- 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
- El avance en la actualización del MECI, de acuerdo a los plazos del Decreto 943 de 2014 se cumplió parcialmente, debido a la cantidad de contingencias que se presentaron durante el tiempo de ejecución dado por el Decreto. El personal requerido para las actividades propuestas tiene también a su cargo la ejecución y seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital San José de Belén de Umbría, avanza en la medida que el plan de saneamiento fiscal y financiero, la proyección de la formalización laboral y las actividades propias del MECI, lo permiten para lograr la actualización del sistema bajo las directrices dadas por el Decreto 943 de 2014, convirtiéndose en condiciones que impidieron su cabal ejecución.

Las intervenciones realizadas a los diferentes procesos durante la vigencia 2013 y la vigencia 2014, han logrado fortalecer la cultura de autocontrol, que ha llevado a la depuración y ajuste de información presupuestal, contable y financiera, así como al mejoramiento del clima organizacional.

La entidad continua ejecutando el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, lo que garantiza tanto a los clientes internos y externos que la E.S.E. Hospital San José, si cumple con las medidas que se plantearon desde su interior, es viable y podrá seguir brindando servicios de salud a la comunidad de su área de influencia.

En la vigencia 2014 la Gerencia realizó un esfuerzo importante para liderar actividades que promueven el trabajo en equipo logrando con ello un buen ambiente laboral y el compromiso frente al mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, fortaleciendo la identificación y gestión de los riesgos, generando una imagen positiva de la institución en la comunidad, los funcionarios, entes de control y organismos gubernamentales.



La falta de claridad normativa con respecto a la implementación de plantas temporales y formalización del empleo, ha generado una gran incertidumbre en la entidad, debido al contexto particular de la ESE, al tener vigente la ejecución del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – DECRETO 943 DE 2014

FASE I – CONOCIMIENTO

Se realizó la socialización del documento, buscando sensibilizar al Comité de Control Interno sobre el propósito y plazo de cada fase.

FASE II – DIAGNÓSTICO

Se realizó una matriz de calificación de cada uno de los productos mínimos requeridos por el sistema para determinar el grado de cumplimiento de cada uno.

FASE III – PLANEACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN

Se realizó matriz de planeación de las actividades de acuerdo al diagnóstico, asignando responsables y fechas de cumplimiento.

FASE IV – EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Se han realizado acciones definidas en la matriz de planeación de la actualización del Modelo, se evidencia que la ejecución de algunas actividades se dificulta por la situación especial que tiene la ESE en cuanto a la ejecución del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, así como la elaboración del estudio técnico de Planta Temporal, las cuales demandan dedicación del personal responsable de las actividades de actualización del MECI.

El cúmulo de presentación de informes y vencimiento de plazos que se cruzan ha hecho que sea muy dificultoso el cumplimiento de los cronogramas.

ESTADO DE LA ACTUALIZACIÓN

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**

En la vigencia 2014 se actualizó el manual de funciones de la planta global que había sido aprobado en el año 2006. Se realizó esta actividad antes de que el DAFP expidiera el Decreto 2484 de 2014 y fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 040 del 30 de octubre de 2014. Teniendo en cuenta lo anterior se requiere actualizar el manual de funciones aplicando la nueva metodología sugerida por el DAFP antes del vencimiento del plazo dado por el decreto en mención.

Con el ánimo de formalizar el empleo en la institución, la Gerencia y su equipo de trabajo administrativo lideró el proceso de proyección del estudio técnico para la creación y adopción de una planta temporal, para vincular en ella el personal misional de la entidad. Se proyectó inicialmente 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 en este momento 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. Los miembros de la Junta Directiva solicitaron a la Gerencia, proyectar la cantidad de cargos que sería posible crear en el panorama presupuestal actual de la entidad, dando como resultado la aprobación de la creación de dos cargos temporales.

En la vigencia 2014 se elaboró, aprobó y adoptó el Programa de Bienestar Social e Incentivos, también se llevaron a cabo las evaluaciones de desempeño del personal de carrera administrativa en los tiempos establecidos por la normatividad.

▪ **PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS**

Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero es ahora la hoja de ruta de la entidad, si bien se sigue realizando el seguimiento al plan de gestión planteado por la gerencia actual para el periodo 2012 – 2015.

La ESE tiene planteada la planeación estratégica, la cual incluye misión, visión, objetivos y políticas, se actualizó en el año 2012 con la aprobación del plan de gestión de la Dra. Lida Otálvaro, gerente de la entidad; también incluyó este tema en la actividad de inducción y reinducción realizada en la vigencia 2014.

Los líderes de procesos generaron los planes de acción de sus áreas, basados en las necesidades de los servicios, los requisitos de habilitación, los estándares de acreditación y el programa de seguridad del paciente.

La entidad participó con proyectos para acceder a recursos de presupuesto participativo correspondientes a las vigencias 2013 y 2014 para ejecutar en el 2015, logrando la mayor votación en el municipio, se lograron recursos para dotación de equipo extramural y para la construcción del auditorio para la realización de actividad física de los grupos de adultos mayores y de crónicos organizados en la entidad.



Se realiza proceso de seguimiento desde la Coordinación de Calidad, Coordinación de Salud Ocupacional y Oficina de Control Interno; se acuerdan planes de mejora cuando aplica e igualmente se realiza seguimiento. Trimestralmente se aplica la encuesta de satisfacción del cliente externo en diferentes servicios para evaluar y tomar acciones de acuerdo a los resultados obtenidos.

▪ **MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS**

La entidad realizó el ajuste del mapa de procesos cuando se actualizó la planeación estratégica; se tienen documentados los procesos asistenciales y están en proceso de documentación los administrativos. El mapa de procesos se socializó también en la actividad de inducción y reinducción.

Durante esta vigencia se actualizaron guías y protocolos clínicos, los cuales fueron socializados al personal asistencial.

La ESE cuenta con indicadores tanto para sus procesos asistenciales como 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.

Los líderes documentan las reuniones realizadas y los temas tratados como soporte de las revisiones y ajustes que se hacen a los procesos, como complemento de las caracterizaciones, procedimientos, protocolos y guías.

▪ **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; en la actividad de inducción y reinducción se socializaron y también se tienen publicadas en la página web institucional y están incluidas en la planeación estratégica de la ESE.

- **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 el cual fue actualizado en marzo de 2014. En el mes de noviembre se inició el proceso de consolidación del mapa de riesgos de cada área para tener el Mapa de Riesgos Institucional. 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 documentado el mapa de riesgos anticorrupción y durante la vigencia 2014 se implementaron acciones con el fin de intervenir los riesgos identificados.

MÓDULO AUTOEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- **AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

Desde la Coordinación de Calidad se lideran procesos de autoevaluación en el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios y estándares de acreditación; de igual manera se realiza el seguimiento al plan de gestión gerencial.

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.

La Oficina de Control Interno, también hace actividades de autoevaluación al realizar revisiones a temas específicos de la entidad, revisiones que quedan debidamente documentadas con metodología, cronograma, papeles de trabajo, presentación de informes, sugerencias y plan de mejora.

- **AUDITORÍA INTERNA**

Al comienzo de la vigencia 2014 se presentó ante la Gerencia y el Comité de Coordinación de Control Interno el plan de auditorías internas, el cual se ejecutó en el mes de enero, se realizó la presentación de informes, entrega a líderes de procesos para la concertación de los planes de acción según los hallazgos evidenciados. Se realizó seguimiento a esta actividad.

Como complemento a las auditorías internas se realizan 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 inició la documentación del procedimiento Planes de Mejora, el cual inicia con la presentación del Informe de Auditoría por parte de los Auditores

a los Líderes de Procesos, el cual incluye los hallazgos, observaciones u oportunidades de mejora, originadas en las diferentes fuentes de mejoramiento y finaliza con la presentación por parte de la Oficina de Control Interno y Oficina de Calidad, del consolidado de los resultados del seguimiento al Plan de Mejoramiento en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comité de Calidad, para tomar acciones si hay lugar a ello. El objetivo es definir la metodología que determine la forma en que se realizarán y se actualizarán los planes de mejoramiento con el fin de definir las acciones preventivas, correctivas y de mejora como producto de los hallazgos y no conformidades identificadas en las auditorías internas, y otros métodos de verificación y evaluación que se llevan a cabo en la entidad.

Los planes de mejoramiento que se suscriben con entes de control externo, se realizan de acuerdo a la metodología que cada uno tiene implementado.

Actualmente la entidad tiene suscritos con entes externos Plan de Mejoramiento con la Contraloría Departamental de Risaralda y Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Adicionalmente está documentado y en ejecución el 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.

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.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Culminar la actualización del Sistema de Control Interno armonizado con el Sistema de Gestión de Calidad, mediante el fortalecimiento de la cultura de Autocontrol, y garantizando que las actividades desarrolladas se ajusten a lo establecido por ambos sistemas.
- Lograr la desagregación de funciones del área administrativa, de tal forma que se tenga el proceso de recursos humanos implementado, actualizado, controlado y fortalecido.
- Designar un líder para el Sistema de Gestión Documental para fortalecer el proceso de ventanilla única y demás elementos del sistema.

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



- 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: 30/DIC/2014



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: hsjbelen@gmail.com