

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

Jefe de Control Interno,  
o quien haga sus veces:

CLAUDIA CONSUELO MOLANO MONROY

Período evaluado: JULIO A OCTUBRE 2014

Fecha de elaboración: NOVIEMBRE DE 2014

### MODULO PLANEACION Y GESTION

#### Dificultades

Se requiere mayor esfuerzo en la evaluación a la adherencia del código de ética y buen gobierno en cada uno de sus aspectos.

Seguimiento a los planes de mejoramiento que se realizan tanto al personal de planta como a contratistas.

Cumplimiento parcial a los planes de inducción, reinducción, bienestar y capacitación por incremento en el tiempo de oportunidad de la prestación del servicio.

Mayor compromiso por parte de los líderes de los procesos en la Evaluación y análisis de indicadores, para la obtención de oportunidades de mejora y proyección de planes de mejoramiento.

Revisión de la ruta de Inducción para asegurar la Inducción en el proceso sus manuales, guías y anexos respectivos.

Seguimiento y adherencia a las políticas Institucionales por parte de todos los colaboradores.

#### Avances

### TALENTO HUMANO

Se cuenta con el documento código de ética y buen gobierno, implementado en consideración a la necesidad de contar con un legado que determine las directrices para lograr una buena gestión institucional y un adecuado y agradable ambiente de trabajo y de prestación del servicio, basado en reglas de convivencia de todos los miembros de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama, el cual es producto de la construcción colectiva que se ha venido realizando con participación de los colaboradores desde al año 2004. En el cual están contemplados los principios y valores corporativos, su socialización se realiza mediante capacitación General, carteleras y boletines informativos.

En el año 2012 en el proceso de autoevaluación fue revisado y en el diagnóstico y plan de acción para la actualización MECI, este documento se encuentra en proceso de actualización, creando nuevas estrategias de socialización y adopción por parte de todos los colaboradores.

El manual de funciones y competencias laborales esta adoptado mediante acuerdo No 006 de 2005, El programa de inducción y reinducción se realiza al comienzo de cada vigencia, el correspondiente a la vigencia 2014 se encuentra en desarrollo, considerando los ajustes de acuerdo a las necesidades, para lograr la cobertura de los temas requeridos de acuerdo a las necesidades de la Institución y el Equipo de trabajo, así mismo está en desarrollo el programa de bienestar proyectado para la vigencia.

La evaluación de desempeño se realiza según el formato establecido por la CNSC, para los contratistas se desarrolla de manera semestral en formato establecido por la Institución el cual se encuentra en prueba y ajustes necesarios para obtener la información pertinente para la evaluación y Seguimiento del personal de contrato en cumplimiento de sus actividades.

## **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

La misión, visión y objetivos Institucionales se encuentran en la plataforma estratégica actualizada con el plan de desarrollo 2012-2015 y socializada a todos los colaboradores según plan de capacitación y de reinducción de la Institución.

En el Plan de Gestión están definidas las metas, estrategias y actividades de acuerdo a las perspectivas trazadas, su seguimiento se realiza mediante el cuadro comando de mando integral. Así mismo se encuentra en cumplimiento el cronograma anual de comités: Ética Hospitalaria, IAMI, COVE, Historias Clónicas, farmacia y tecnovigilancia en los que también se realiza seguimiento a los indicadores correspondientes y el avance metas.

El mapa de procesos de la Institución, se encuentra implementado, no obstante está en proceso de actualización por ajustes realizados al organigrama de la Empresa, este es socializado en reuniones quincenales de procesos y los ajustes o modificaciones son realizados por el líder de proceso junto con el equipo de trabajo según las necesidades y cambios normativos.

En el mapa de procesos está incluido el macroproceso Gestión de atención al usuario en el que está establecido el procedimiento para la atención de peticiones quejas sugerencias, estas son investigadas y analizadas en el comité de ética hospitalaria para posterior plan de mejoramiento.

Mediante acuerdo No 08 del 17 de julio de 2014 se actualizó la estructura organizacional de la Entidad

Para el seguimiento de indicadores, además del cuadro comando de indicadores del plan de gestiona se tiene el cuadro general de indicadores por cada uno de los procesos y se encuentra en proceso actualización de la ficha técnica.

Se cuenta con la política de: IAMI, Calidad, Seguridad del Paciente, Atención al Usuario, de uso y reúso y dispositivos médicos, Gestión del talento humano, salud ocupacional y seguridad, informática, Conducta y comportamiento son socializadas en la inducción y reinducción a los colaboradores también por medio del correo electrónico, se encuentran en proceso de revisión de acuerdo a los estándares de acreditación según Res 982/2014 decreto 903 de 2014, la implementación de nuevas políticas aplicadas al mejoramiento en la calidad del servicio.

## **ADMINISTRACION DEL RIESGO**

Se tiene una Política de Administración del riesgo en proceso de actualización según la última versión de Administración del riesgo del DAFP, así mismo el mapa de Riesgos por proceso se encuentra en proceso actualización, para lo cual se brindó capacitación a los líderes de procesos con el apoyo de la Escuela de Administración Pública.

Se pretende unificar esta metodología para los diferentes tipos de riesgo, tanto asistencial como administrativo y de corrupción.

### **MODULO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

#### **Dificultades**

Falta cultura de evaluación y análisis de indicadores como parte de la autoevaluación.  
Falta seguimiento al mapa de riesgos y sus controles.  
Se debe fortalecer el proceso de planes de mejoramiento

#### **Avances**

## **AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

Talleres de sensibilización en capacitación General en el tema de autocontrol y mediante tips informativos vía correo electrónico.

Reporte Mensual de indicadores por parte de los líderes de los procesos y seguimiento de actividades mediante los comités de manera mensual.

Mapa de riesgos con los controles establecidos y evaluados.

La oficina de control Interno presento los informes cuatrimestrales pormenorizados correspondientes a los meses febrero y julio así mismo se realizaron los informes de seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano en los tiempos establecidos.

Se realiza el seguimiento e informe a gerencia de las PQRS, de manera trimestral y en comité de ética Hospitalaria.

## **AUDITORIA INTERNA**

Se cuenta con el proceso de control y mejoramiento Continuo integrado con calidad que incluye el procedimiento de las auditorias, planes de mejoramiento con su anexos y formatos.

El plan de auditorías integrado MECI CALIDAD, se encuentra en desarrollo con algunos ajustes de acuerdo las necesidades, adicional a las Autoevaluaciones para la acreditación en salud.

Se establecieron planes de acción integrando las actividades de Gestión, Meci, acreditación, habilitación los cuales están en proceso de seguimiento.

El informe ejecutivo anual de Control Interno se presentó en los términos requeridos y de acuerdo a los lineamientos establecidos por el DAFP.

## **PLANES DE MEJORAMIENTO**

En el procedimiento de control y mejora se actualizo para los planes de mejoramiento con sus respectivos formatos, debidamente aprobado y socializado, sin embargo se requieren algunos ajustes que están proceso la oficina de control interno asigna consecutivos a los planes de mejoramiento para la respectivo seguimiento y cierre de los mismos.

## EJE TRANSVERSAL : INFORMACION Y COMUNICACIÓN

### Dificultades

Dificultades técnicas con la puesta en marcha del nuevo software

### Avances

Para la recolección de la información externa se tiene los buzones de sugerencias, link en página web, verbal, en la oficina de atención al usuario, las PQRS, allí recolectadas se direccionan a Gerencia a través de la oficina de atención al usuario las cuales son investigadas según el caso y evaluadas en el comité de ética Hospitalaria, para su posterior plan de mejoramiento.

Las Encuestas de satisfacción son desarrolladas en salas de espera y la oficina de atención al usuario, así mismo en las sedes periféricas. Esta información también es evaluada en comité de ética Hospitalaria, a Octubre se tiene un satisfacción del 98.10%

La Institución cuenta con tabla de retención documental desde el año 2007, los cuales se probaron mediante acuerdo 004 del 11 de Marzo del 2010, por el concejo municipal de archivos. Se adoptan mediante la resolución 175 del 26 de marzo del 2010.

De acuerdo la actualización del organigrama se requiere la actualización de las tablas de retención documental por lo que se está elaborando por etapas, identificando los cambios estructurales o funcionales de la institución, por cada proceso.

Una vez se identificadas las unidades funcionales de acuerdo al actual organigrama y manual de funciones se realizaron las entrevistas a los productores de los documentos, aplicando la encuesta a cada responsable de proceso.

Se elaboraron las tablas de retención documental de Junta directiva, Gerencia, Control Interno, comités asesores, Gestión de atención al usuario y participación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad PYP intramural, en médico asistencial, consulta odontológica en apoyo asistencial, esterilización, servicio farmacéutico, gestión de talento humano, En gestión financiera, presupuesto, contabilidad, costos, cartera y tesorería en gestión de la información esta Gestión de sistemas de información, gestión documental En gestión de ambiente y recursos físicos, esta gestión de bienes insumos y suministros.

Para las dependencias de acuerdo a su producción documental, se establecieron los valores primarios, tiempo de retención en el archivo de retención y central, para ello se tuvo en cuenta el uso o la frecuencia en la consulta, estos se encuentran en proceso de verificación para su aprobación, quedando pendiente 11 subprocesos por elaborar.

El proceso de gestión de comunicaciones pertenecía al macro proceso de direccionamiento estratégico y debido al cambio en la estructura organizacional se actualiza el mapa de procesos según resolución 010 del 23 de septiembre/2014, donde pasa a los procesos de apoyo, macroproceso gestión de Comunicaciones y Mercadeo.

El software en el que se maneja la información de recursos físicos, humanos y financieros se encuentran en proceso de cambio por actualización y adquisición de nuevos módulos y cambios normativos en mejoramiento continuo en los procesos, en la primera fase se implementarán los procesos asistenciales, facturación, historias clínicas, citas, farmacia, contabilidad, almacén, laboratorio.

## **Estado general del Sistema de Control Interno**

El Modelo En la institución ha estado en constante mantenimiento y actualización, a partir del decreto 943 de 2014 se realizó el diagnóstico y plan de acción según los lineamientos de cartilla.

## **Recomendaciones**

Se requiere mayor esfuerzo en el tema análisis y evaluación de indicadores la igual que avance en la administración de riesgos.