



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA

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

Jefe de Control Interno:

CLAUDIA CONSUELO MOLANO MONROY

Periodo Evaluado:

Marzo a Junio de 2015

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

TALENTO HUMANO

Mediante acto administrativo No 884 se actualizo el código de ética y buen gobierno, donde se incluyeron las actualizaciones de la Estructura Organizacional, mapa de procesos, los derechos y deberes, las políticas Institucionales, las políticas de comunicación e información sus indicadores, divulgación seguimiento y verificación. Este fue socializado en capacitación General y se continuó con el proceso de sensibilización por capítulos mediante correo electrónico con posterior evaluación.

Para brindar una mayor objetividad en los criterios de evaluación de contratistas se realizaron cambios; se introdujo el concepto de pares, del supervisor de contrato y del líder del proceso. Se espera para su medición los siguientes criterios:

En los parámetros generales se mide:

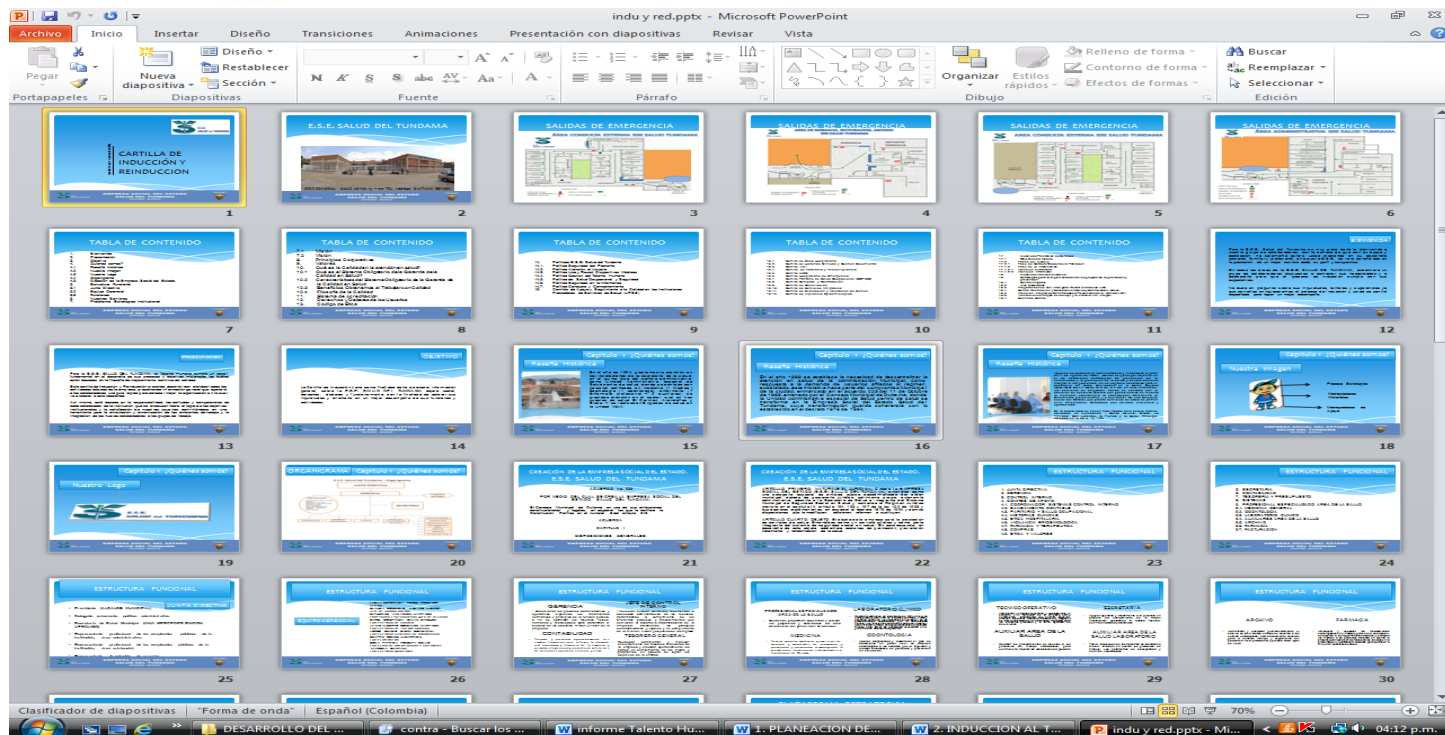
1.Cumplimiento del objeto contractual
2. Competencias generales del contratista
3. Competencias del comportamiento del contratista
4. Concepto de usuarios atendidos por el contratista
5. Acciones de mejora.

Se cuenta con planes de inducción y reinducción, capacitaciones generales, reuniones de procesos y capacitaciones externas.

MES	TEMATICA
Marzo	CAPACITACIÓN GENERAL TEMAS HOSPITAL SOSTENIBLE, PAMEC, IAMI, PYP SALUD ORAL, ESQUEMA DE VACUNACIÓN, SEGREGACIÓN DE RESIDUOS, OTRAS SOPORTE VITAL BÁSICO, PANACEA, POLÍTICA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITACIÓN EN JUNTAS DIRECTIVAS. CONFERENCIA POLITICA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, APS CAPACITACION
Abril	SE REALIZARON LAS SIGUIENTES CAPACITACIONES: CAPACITACIÓN RED DE LABORATORIO, CAPACITACIÓN ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN, CAPACITACIÓN PRESENTACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN DE ACCIDENTABILIDAD, CAPACITACIÓN SALA ERA, TOMA DE MUESTRAS Y ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.
Mayo	SOCIALIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN, PRIMERA JORNADA NACIONAL DE LA ESTRATEGIA SOY GENERACIÓN MÁS SONRIENTE, CAPACITACIÓN COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL, CAPACITACIÓN BENEFICIO DE LAS CERTIFICACIONES, CAPACITACIÓN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, CAPACITACIÓN APS, CAPACITACIÓN GRUPO PIC, CAPACITACIÓN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CAPACITACIÓN INDICADORES Y MAPA DE RIESGOS, CONFERENCIA CERO PAPEL.

La Inducción y reintucción proporciona a las personas vinculadas a la institución, la información general y específica requerida para facilitar su adaptación a la Institución.

Para cumplir con esta finalidad se diseñó e implemento una cartilla de inducción y reintucción, de la cual un 100 por ciento de colaboradores ha sido capacitado.



En el programa de bienestar, se formulan y ejecutan programas de bienestar social y calidad de vida laboral, relacionados con actividades recreativas, deportivas y culturales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida del personal y la de sus familias, en el contexto de la responsabilidad social institucional.

Se realizó evaluación al grupo de colaboradores para conocer de primera mano las necesidades de capacitación y bienestar a realizar durante el año, al igual que los requerimientos de la ESE.

Actividad deportiva colaboradores y familiares
Actividades religiosas
Rally de conocimientos
Celebración Halloween
Celebración actividades hijos colaboradores
Celebración día de cumpleaños colaboradores
Celebración día de profesiones
participación en juegos inte-empresas
Actividades de integración y trabajo en grupo



En cuanto a la documentación se actualizaron los siguientes instrumentos:

1. Actualización de la política de Talento Humano y su integración con comunicaciones, socializado
2. Manual de, capacitación por competencias laborales, bienestar social y calidad de vida laboral”
3. Plan de Bienestar social se viene actualizando cada mes con nuevos requerimientos
4. Plan de Formación y capacitación
5. Plan de Capacitación
6. Plan de inducción y reinducción
7. Plan de comunicaciones
8. Plan de incentivos

Con respecto al clima laboral Se realizó la tabulación y análisis y se tiene programada su primera socialización en el Comité de Personal.

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

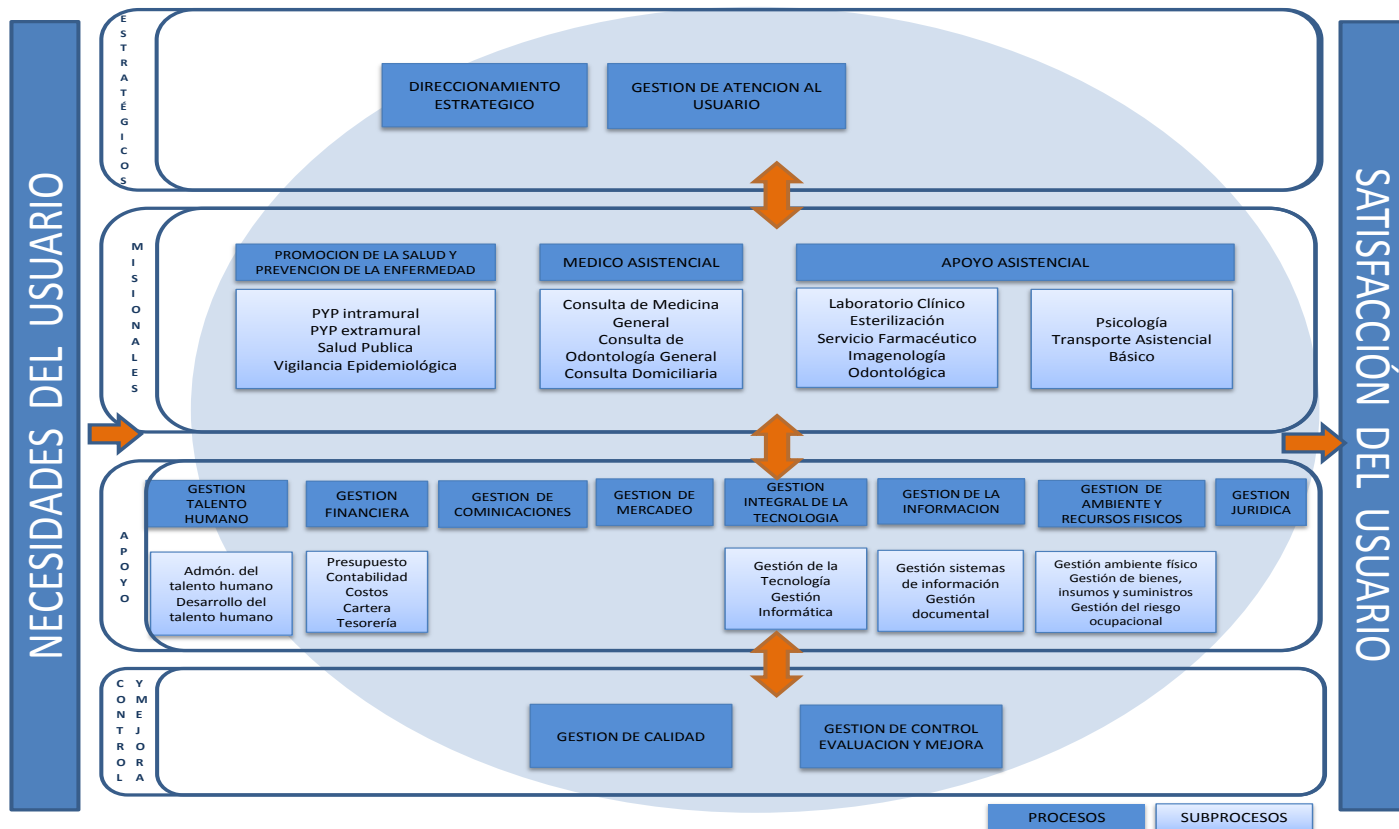
PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS

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 por procesos

A mediados del mes de Abril, se inició al Programa de Intervenciones colectivas, Donde se desarrollan actividades de Intervención con priorización de 5000 familias del área urbana con visitas domiciliarias, talleres con colegios y actividades masivas, a la fecha se tiene un avance de este del 50% aproximadamente en todas sus actividades.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS



El Mapa de procesos actualizado de acuerdo a la estructura organizacional, está en proceso de actualización en cada uno de sus subprocesos, procedimientos, guías protocolos y manuales y en aplicación a los Estándares de habilitación y acreditación en salud, de acuerdo las autoevaluaciones realizadas periódicamente. Trabajo que se realiza con los líderes de posesos y su equipo de trabajo.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Mediante acuerdo No 08 del 17 de julio de 2014 se actualizó la estructura organizacional de la Entidad, con estructura basa en procesos.

El manual de funciones así mismo fue actualizado en proceso de aprobación por parte de la junta directiva.

INDICADORES DE GESTION



Para la actual vigencia se actualizo la ficha de indicadores de cada proceso de acuerdo con la actualización del mapa de procesos. Estos son reportados por los líderes de procesos para su consolidación. El análisis de los indicadores se realiza en el respectivo comité, aun cuando es requiere mayor esfuerzo sobre todo por parte de los Proceso de apoyo y estratégicos. Para el actual periodo se presentan dificultades en el reporte debido a la implementación del nuevo software.

POLITICAS DE OPERACIÓN

Para este periodo se tienen actualizadas y socializadas las Políticas de:

1. Política de Seguridad del paciente
2. Política de Prestación y humanización del servicio
3. Política de husos y Reúso de dispositivos médicos
4. Política de Gestión de Talento Humano
5. Política de Seguridad y salud en el trabajo
6. Política de Conducto y buen Comportamiento
7. Política de Gestión de la Tecnología
8. Política de confidencialidad y seguridad en la información
9. Política de Guías de práctica clínica
10. Política de Administración del riesgo
11. Política de Calidad
12. Política de Gestión ambiental
13. política IAMI

COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

La Política de Administración de riesgos fue actualizada socializada en capacitación General, al comité de Coordinación de Control Interno, allí se definieron sus objetivos, alcances, responsables, opciones para el tratamiento y manejo del riesgo, monitoreo y medición, estrategias de sensibilización y capacitación.



IDENTIFICACION ANALISIS Y VALORACION DEL RIESGO

Por parte de los líderes de los procesos se encuentra en proceso de verificación, ajuste y socialización al mapa de riesgos de cada proceso, por parte de Control Interno se han realizado seguimiento a los controles.

Se presenta dificultad con algunos procesos de apoyo y estratégicos por carga laboral de los líderes de los procesos.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

Sensibilización y difusión al comité de Coordinación de control Interno y líderes de procesos, acerca del autocontrol, mediante el seguimiento y análisis de los indicadores de los procesos, Tips Informativos, Informes de seguimiento en los diferentes comités Institucionales y seguimiento al mapa de riesgos.

AUDITORIA INTERNA

El procedimiento de Auditoria fue ajustado en sus formatos, En proceso la ejecución del plan de auditorías de calidad y de control interno de igual forma se realiza seguimiento y evaluación de los procesos mediante las autoevaluaciones de acreditación que están ligadas al programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).

PLAN DE MEJORAMIENTO

Los planes de mejoramiento emanados de las auditorias de control interno, calidad, PAQRS, auditorias de historias clínicas son reportados a la oficina de control interno para su posterior seguimiento al cierre de las mismas. Se encuentra grado de dificultad en el cierre de estas por falta de verificación y seguimiento por parte de los líderes de los procesos.



EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

La apertura de buzones se realiza por parte de la oficina de SIAU y Control Interno semanalmente, las cuales son delegadas por gerencia para su investigación y posterior plan de mejoramiento, estas son analizadas en comité de ética hospitalaria.

Se realizó la rendición de cuentas vigencia 2014 el 23 de junio de 2015, con participación de los diferentes Entes Relacionados.

La tabla de retención documental fue actualizada de acuerdo al nuevo mapa de procesos y se encuentra en proceso. El programa de Gestión documental y la socialización y validación por parte de comité de archivo.

El nuevo sistema de información se encuentra en proceso de implementación.

SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación utilizados por la Institución para la difusión de la información son: página web, carteleros en cada una de las sedes, boletines, buzón de sugerencias. En el mes de abril salió a circulación el boletín Nro. 28 informando noticias relevantes del periodo, así como las políticas de Calidad, IAMI, Seguridad del paciente, lavado de manos y eventos adversos de la ESE.

En proceso de fortalecimiento la publicación de la información pública requerida mediante la ley 1712 de Marzo de 2014.

DIFICULTADES

Para el periodo por razones técnicas en la implementación del nuevo software de los sistemas de información de la Institución se tienen dificultades con el procesamiento de la información y por ende con la rendición de informes e indicadores.

- ✓ El proceso de implementación del nuevo software, generó demora en los procesos e insatisfacción de los usuarios.
- ✓ Falta de compromiso por parte de los líderes de los procesos en el reporte, análisis y lectura de indicadores.



- ✓ Desconocimiento del mapa de riesgos por parte de los grupos de trabajo de cada procesos
- ✓ Falta actualización y creación de procesos nuevos.
- ✓ Demora para el cierre de los planes de mejoramiento.
- ✓ Algunos colaboradores actúan con desinterés, omisión y rechazo ante los procesos que motivan la implementación del autocontrol, la autoevaluación, la identificación de riesgos, las acciones correctivas y preventivas y los planes de mejoramiento institucional.
- ✓ No se está realizando una adecuada evaluación al personal de contrato.

RECOMENDACIONES

- ✓ Generar cultura de consulta y aplicación de las manuales, procesos, guías, políticas, instructivos y demás documentos adoptados
- ✓ Fortalecer la elaboración y oportunidad en la entrega de los planes de mejora que se originen de las auditorías internas realizadas a los diferentes procesos
- ✓ Fortalecer la elaboración de planes de mejoramiento individual.
- ✓ Mantener la página web actualizada.
- ✓ Socialización y difusión del mapa de riesgos y sus controles
- ✓ Estructurar la evaluación herramienta par evaluación a contratista
- ✓ Fortalecer la difusión y sensibilización del autocontrol mediante los diferentes mecanismos que contiene el MECI.

CLAUDIA CONSUELO MOLANO MONROY

Jefe de Control Interno

