INFORME PORMENORIZADO DE ESTADO DE CONTROL INTERNO MAYO – AGOSTO 2015

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Avances

COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

- La política del talento humano se desarrolla teniendo en cuentas el marco legal aplicable desde el Gobierno Nacional. En tal sentido la entidad cuenta con:

  ** Un manual de funciones y requisitos mínimos, adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.

  ** Formulo un plan institucional de capacitaciones para la vigencia 2015, teniendo en cuenta las necesidades de los funcionarios de la entidad.

  ** Cuenta con un programa de inducción y re-inducción, el cual especifica con claridad los temas y el procedimiento de inducción para los empleados nuevos o reinducción en el evento de presentarse cambios organizacionales, técnicos o normativos.

  ** Se tiene establecido e implementado el programa de Bienestar Social anual conforme a las directrices de los artículos 70 y 75 del Decreto 1227 de 2005, para la vigencia 2015.

- Por medio del Comité de Bienestar Social en el mes de Mayo/2015 se realizó una actividad de integración donde se celebraron difere4ntes fechas como son (día de la madre, día de los diferentes profesionales y cumpleaños)

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

- En lo referente al Direccionamiento estratégico, la Institución tiene formulado el plan de desarrollo teniendo en cuenta los lineamientos del plan de desarrollo del Municipio, necesidades de los usuarios.

- La Institución cuenta con una Oficina de Atención al Usuario, la cual se encarga de dar el trámite correspondiente a las quejas en los tiempos estipulados según el procedimiento que se tienen estandarizado, adicional se realiza la apertura de buzones de sugerencias tanto en el hospital como en los puestos de salud semanalmente, dentro de las funciones de la oficina del SIAU está la orientación sobre los derechos y deberes de los usuarios.

- La estructura organizacional de la entidad es flexible, se identifican fácilmente los niveles de responsabilidad dentro de la entidad, se cuenta con Manual de funciones socializado a todos los funcionarios.

- La entidad cuenta con indicadores, que le permiten realizar la evaluación de su gestión, los cuales se miden de manera periódica facilitando la toma oportuna de decisiones y son soporte fundamental en la presentación de informes. De igual manera los indicadores se encuentran definidos por procesos, los cuales aportan para la medición de la gestión, estos son reportados por cada líder de proceso mensualmente.

- Para este periodo la Gerencia y el grupo de Coordinadores realizaron la actualización a la plataforma estratégica

de la Institución, incluido el Mapa de Procesos, estos cambios serán socializados con todo el personal de la entidad en reunión de personal.

- Para el mes de mayo/2015, obtuvimos nuevamente la recertificación por parte de ICONTEC bajo la Norma ISO 9001-2008, es logro es muy importante para la Institución ya que son pocos los Hospitales de Nivel I que cuentan con esta certificación en calidad

- El compromiso de la alta dirección se ha evidenciado desde el direccionamiento en los comités de Calidad, Control interno, Gerencia y en todos los comités Institucionales, en la designación del representante de la alta dirección para el MECI, grupo operativo y representante de la alta dirección para la integración de los sistemas de calidad. En este momento nos encontramos certificados por el ICONTEC bajo la Norma ISO 9001-2008.

- El Hospital cuenta con un modelo de operación por procesos con 11 procesos: con dos procesos estratégicos, siete Misionales, dos de apoyo debidamente socializado y trabajado con los responsables de proceso que trabajan en forma coordinada para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- En el mes de Mayo/2015, tuvimos vista de la Contraloría Departamental de Valle del Cauca, los cuales nos auditaron la parte de contratación de la vigencia 2014.

COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

- La entidad tienen definida y adoptada la Política de Administración del Riesgo, debidamente documentada y socializada con todos los líderes de procesos, cuyo objetivo es estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad.

- En cuanto a la administración del riesgo la Institución sigue la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública, cuenta con un mapa de riesgo por procesos de toda la Institución, el cual deberá ser actualizado para esta vigencia 2015.

- Teniendo en cuenta los cambios organizacionales, normativos y el dinamismo de los riesgos, actualmente los diferentes procesos realizan la revisión para su respectiva actualización, los cuales serán tomados como base fundamental para la actualización del Mapa de Riesgos Institucional.

- La Oficina de Control Interno, realizo seguimiento a las diferentes etapas (Precontractual, Contractual y Post contractual), de los contratos suscritos por la Institución.

MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Avances

COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

- El Comité de Control Interno y el Comité de Calidad, cumple con su fin, y se encuentra activo en la entidad.

- Los Líderes de procesos, jefes de áreas, cuentan con los instrumentos que permiten aplicación de controles, mecanismos de verificación y medición; sobre los cuales se ejecutan acciones correctivas y de mejora, sin embargo se hace necesario su fortalecimiento, específicamente en temas como los indicadores, planes de acción,

e identificación y manejo de riesgos.

- La Institución ha venido trabajando en los guías, procedimientos, protocolos en los diferentes procesos, y se actualizan periódicamente según la necesidad, esta información es entregada a cada líder de proceso para su respectiva socialización y aplicación por parte de todos los funcionarios del Hospital, y que además se realiza auditorías a estos permanente verificando la adherencia a guías, protocolos y procedimientos en los proceso asistenciales, resultados que son socializados con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios al usuario.

- Se realiza control y seguimiento permanente a la producción en todos los servicios asistenciales. Se presentan los indicadores e informes a los diferentes entes de control y entidades que solicitan como Contralorías, Contaduría, Supersalud, Ministerios de Salud y protección Social, EPS entre otros en forma oportuna.

- En cuanto a la evaluación independiente, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación Independiente de acuerdo con las indicaciones y metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública para el informe que se presenta a los entes de control y realiza seguimientos periódicos al mantenimiento de MECI, que fueron presentados en los comités de calidad y control interno, los cuales hacen parte del acta de comité.

- La Institución cuenta con suficiente Direccionamiento y herramientas adecuadas que le permiten la utilización de procedimientos, indicadores y controles para conocer en todo momento el estado de su actividad y poder definir las acciones que lo orienten al cumplimiento de los objetivos institucionales que tiene la Institución.

COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

- Dentro de este componente se elaboró en la entidad el programa anual de auditoria interna del Modelo Estándar de Control interno y auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad, para la vigencia 2015, teniendo como objetivo fortalecer el sistema gestión de la calidad Norma ISO 9001:2008, MECI y normatividad vigente, contribuyendo a los mecanismos de optimización y maduración de los procesos, que permitan la satisfacción tanto del cliente interno como externo y el respectivo cronograma, iniciando su fase de ejecución en el transcurso del periodo informado. El programa de auditorías fue presentado al comité Coordinador de Control Interno para su respectiva aprobación.

- El plan de auditorías internas contempla auditorías que por norma la oficina de Control Interno debe realizar periódicamente, auditorías realizadas a proceso internos administrativos y financieros y asistenciales, seguimiento periódico que se realizan a los servicios asistenciales y se establecen las acciones de mejoramiento para la prestación del servicio al usuario con calidad. Igualmente se realizan auditorías a procesos que la oficina considera se encuentran en riesgos en alguna de sus actividades con el fin de presentar recomendaciones.

- El Control independiente se realiza con base en la programación anual, en la cual se han incluido las respectivas auditorias de control interno y las de calidad; trabajando en armonización del MECI-CALIDAD. Los resultados de las evaluaciones han permitido que la entidad desarrolle planes de mejoramiento interno, contribuyendo de esta forma a mejorar los procesos y contrarrestar las debilidades presentadas.

- Se continúa en el proceso de auditorías internas aprobado para la vigencia 2015, de las cuales se realizaron 5 auditorías que se tenían programadas para este periodo, logrando un cumplimiento del 100% a la fecha.

- La oficina de control interno, ha cumplido con los informes pormenorizados de control interno (Art. 9 Ley 1474 de 2011), dándolos a conocer a la Gerencia y siendo publicados en la página web de la institución.

- El ejercicio de las funciones de Control Interno se ha realizado en forma dinámica, participativa (como invitado) al interior de los comités establecidos institucionalmente.

- Las auditorías realizadas, los controles, los seguimientos y diferentes informes a los procesos son dados a conocer en forma oficial a la Gerencia y a los respectivos líderes de los procesos.

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

- Se cuenta con planes de mejoramiento documentados en el sistema gestión de calidad. Estos resultan de gran importancia por tratarse de acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en los sistemas de control interno y de gestión de la calidad y en la gestión de los procesos, como resultado de la autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la auditoria interna, auditorías externas, rondas de seguridad y de reportes del día a día.

- Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca para la vigencia 2014 en los diferentes procesos.

- Los hallazgos resultados de las auditorías internas se plasman en planes de mejoramiento y/o acciones correctivas, con un seguimiento hasta que se realicen los cierres de dichos hallazgos por parte del área de control interno.

- En respuesta a las observaciones de los diferentes Comités Institucionales se diseñan y elaboran planes de mejoramiento parta diferentes procesos asistenciales y administrativos.

- En cuanto a los planes individuales se aplican a todos los servidores de la entidad que requiera de mejoramiento, para este periodo no se han realizado.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICCION

Avances

- Se cuenta con un Manual de Comunicaciones, documentadas en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el cual fue socializado con el personal de la Institución.

- La Institución para resolver y atender a todos los usuarios las necesidades cuenta con la oficina de Atención al Usuario (SIAU) y que además en cada uno de sus puestos de salud tiene el respectivo personal que orienta al usuario de acuerdo a sus necesidades que requieran. Esta oficina se encarga de mantener y garantizar la contestación de las quejas y reclamos. Igualmente se realiza diariamente encuestas a los usuarios sobre la satisfacción en los servicios prestados en la Institución, Informe que es consolidado mensualmente para enviarlo a los diferentes entes de control que lo requieren. El porcentaje de satisfacción al usuario para el periodo Mayo - Agosto de 2015 fue del 92.25%. Esta oficina además orienta al usuario sobre derechos y deberes articulado con las políticas institucionales en el área de la salud.

- También se cuenta con el mecanismo para recibir por parte de la ciudadanía sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos, tales como atención personalizada a través de la oficina del SIAU, de manera virtual a través de la Página Web Institucional, además de contar con buzón de sugerencias dispuestos tanto en la

sede principal como en los diferentes puestos de salud.

- La institución tiene implementado y documentado en nuestro sistema de gestión de calidad un procedimiento que le permite realizar seguimiento a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos y prestación del servicio en salud que presta la entidad, en la cual se encuentran definidos tres (3) métodos para recolectar la información así:

- Las sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos, recibidas por pate de la ciudadanía son analizadas por la alta dirección convirtiéndose en un insumo importante para implementar acciones de mejoramiento.

- Se cuenta con la recepción de información a través de ventanilla única, con el fin de tener un control sobre la información que llega a la Institución de las personas y/o entidades externas, y también el control de la información que sale hacia las diferentes entidades externas por parte del Hospital.

- Se realiza publicación en la Página Web Institucional de los estados financieros de la entidad, dando cumplimiento a lineamientos normativos.

- La entidad cuenta con canales de información externos e internos, para socializar la información generada, como son correos institucionales, pagina web, buzones, carteleras, emisoras radiales del municipio, entre otros.

- De igual manera se cuenta con un procedimiento que permite realizar seguimiento a la información relativa. A la percepción del cliente externo en este caso las empresas administradoras de planes de beneficios del SGSSS con respecto al cumplimiento de sus requisitos y prestación del servicio en salud mediante la aplicación de la Encuesta de Satisfacción, la cual se realiza dos (2) veces al año.

Estado general del Sistema de Control Interno

- El Sistema de Control Interno se encuentra en una etapa de madurez y consolidación y se realizan estrategias de mantenimiento.

- Alto Compromiso de la alta Dirección con las actividades inherentes a la actualización y el sostenimiento del Sistema de Control Interno.

- El Sistema de Control Interno se ha desarrollado en forma armonizada con el Sistema de Gestión de la calidad, en cumplimiento de la normatividad vigente.

- El cumplimiento del Sistema de Control Interno, continúa en un rango óptimo de desempeño, mitigando los posibles riesgos, para lo cual se debe continuar con actividades de mantenimiento para su sostenimiento a corto, mediano y largo plazo.

Recomendaciones

- Fortalecer la cultura de Autoevaluación y administración del riesgo en cada uno de los procesos, que permita el control oportuno de estos.

- Se recomienda fortalecer mediante capacitaciones el proceso de facturación y de cartera, debido a que se evidencias muchas falencias.

- Fortalecer los canales de comunicación, para facilitar la información organizacional entre los diferentes procesos.

- Se recomienda la actualización de las Tablas de Retención documental.

- Adoptar el diseño de nuevas herramientas tecnológicas y avanzar a través de la página web y redes sociales, para optimizar la comunicación con los usuarios en forma interactiva y que permita la retroalimentación en forma más oportuna.

- Se requiere que el autocontrol no se dé como cumplimiento de papel o informes obligatorios de presentar por cada proceso, sino como una cultura prioritaria en la Institución.

- Falta reactivar el Comité de Ética, para continuar acciones que contribuyan a sensibilizar las personas en el trato humanizado en la prestación del servicio, el Comité de Ética le falta ser dinamizador en los diferentes procesos.

- Se presentan fallas que dificultan la autoevaluación debido a la falta de compromiso del personal.

Elaborado por:	**ANGELICA MARIA VELASQUEZ** **Asesor de Control Interno**	**Fecha:**	**31/08/2015**