

INFORME PORMENORIZADO DE ESTADO DE CONTROL INTERNO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2014

Subsistema de Control Estratégico

Avances

- Cuenta con personal idóneo, calificado y con perfil y competencias para prestar un servicio con calidad a los usuarios de la Institución. El personal de nómina se complementa con el apoyo de los procesos y subprocesos contratados con la Asociación Sindical ASOSALUD.
- La Institución cuenta con el código de ética al cual se le realizaron algunos ajustes con la participación de los funcionarios, este fue aprobado mediante Resolución 157 del 28 diciembre de 2012, dicho documento fue socializado nuevamente con el personal y se le entrego su respectivo folleto a cada uno de los funcionarios.
- Dentro del Plan de Bienestar se realizó la celebración del día de los niños, felicitaciones en día de la profesión, actividad de integración, almuerzo de fin de año, pago oportuno a los funcionarios y servidores de la Institución.
- La Institución cuenta con un Reglamento Interno de Trabajo el cual se le realizaron algunos ajustes por la parte de las directivas de la Institución y por el Comité COPASO, este fue adoptado mediante Resolución No. 090 de 2012 de Julio 30, este documento fue socializado nuevamente con el personal y se le entrego su respectivo folleto a cada uno de los funcionarios.
- El plan de salud ocupacional se realizó las diferentes actividades encaminadas a mejorar las condiciones de los funcionarios en sus puestos de trabajo, evaluando los riesgos, que pueden impedir el desarrollo de las funciones.
- 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, que resultan en los diferentes espacios comunitarios como son los COPACOS, las reuniones que se realizan en las diferentes veredas y corregimientos o la Institución también tiene su plan de gestión aprobado por la Junta Directiva y se viene cumpliendo.
- 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.
- El compromiso de la alta dirección se ha evidenciado desde el direccionamiento en los comités de Calidad y 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.
- La entidad cuenta con una estructura organizacional aprobada, con un manual de funciones aprobado según Acuerdo 104 11-2013 de diciembre 02 de 2013 que establece las responsabilidades y niveles de autoridad de cada uno de los procesos, que contribuyen al desarrollo de los objetivos institucionales.
- 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.
- Por lo anterior el Subsistema Estratégico viene direccionando la calidad de la prestación de los servicios desde la Gerencia, se ha encaminado al mejoramiento continuo, la integración del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Todo lo anterior con el objetivo de prestar mejores servicios a la comunidad.
- Para el mes de Diciembre/2014 se realizó la segunda Autoevaluación de Acreditación en la cual arroja una calificación de 1,6, superando la anterior que fue en el 2012 con una calificación de 1,4.
- Se hace seguimiento a la Ejecución y Efectividad del Plan de Mantenimiento Hospitalario, garantizando así la disponibilidad y confiabilidad de la Infraestructura, de los Equipos Biomédicos y de Cómputo.

Dificultades

- 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.
- La cultura organizacional y el clima laboral actual de la Institución afectan la productividad y el desarrollo del talento humano, es indispensable conocer la forma como los empleados perciben las situaciones laborales, satisfacción de algunos funcionarios, evidenciado en la rotación, en las quejas y reclamos de los diferentes usuarios de los servicios.
- Las actividades de inducción al personal nuevo que ingresa a la Institución, no se les da la importancia que esta tiene, y por lo tanto se presentan falencias.
- La Actual Estructura Organizacional no se considera como un aspecto de control porque no es articulado con los cargos, las funciones, las relaciones, los niveles de responsabilidad y autoridad para

dirigir y ejecutar procesos y actividades de conformidad con la Misión y Visión de la Institución.

- Se debe realizar un seguimiento periódico de los riesgos con el fin de evitar las consecuencias o materialización de los riesgos.
- Se evidencian dificultades desde el punto de vista de los indicadores tanto administrativos como asistenciales, debido a que no se tiene claridad de las metas que se deben cumplir y no hay un seguimiento.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

- Con respecto al control de gestión, 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.
- La Institución para resolver y atender a todos los usuarios las necesidades cuenta con la oficina de Atención al Usuario 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 Septiembre – Diciembre de 2014 fue del 83,75%. Esta oficina además orienta al usuario sobre derechos y deberes articulado con las políticas institucionales en el área de la salud.
- La Actualización del Estatuto de Contratación y la elaboración del Manual de Contratación, como lo establece la Resolución 5185 de 2013, ya se realizó se está a la espera de presentarlo ante la Junta Directiva para su respectiva aprobación.
- 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.

- En este periodo en el mes de Diciembre/2014, se realizó la Rendición de Cuantas a la comunidad y partes interesadas.

Dificultades

- Con referente al tema de aportes patronales se sigue trabajando con las diferentes EPS y Fondos de Pensiones, con el acompañamiento de asesores externos expertos en estos temas.
- Una de las debilidades más fuertes de la Institución continúa siendo la Comunicación Interna y la funcionalidad de los canales de comunicación de la Organización.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

- Para el mes de Octubre/2014, se suscribió el plan de Mejoramiento con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, el cual se derivó de la Auditoria con Enfoque Integral Modalidad Especial Red Salud – Situación Financiera Vigencia Fiscal 2013.
- Se continúa realizando las auditorías internas de calidad vigencia 2014, basado en el seguimiento al cumplimiento de los requisitos de la norma internacional de Calidad ISO 9001-2008.
- Se realizan visitas permanentes a las diferentes áreas, con el fin de detectar si existen falencias y realizar los correctivos del caso.
- El plan de auditorías contempla auditorías que por norma la oficina de Control Interno debe realizar periódicamente, auditorías realizadas a proceso internos administrativos y financieros y asistenciales, seguimiento periódicos que se realizan a los servicios asistenciales y las auditorias concurrentes a los profesionales sobre adherencia a las guías y procedimientos 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.
- La oficina de control interno realiza seguimientos periódicos al mantenimiento de MECI e informa al responsable de la implementación de MECI, con el fin de que se realizan los ajustes.
- Durante este periodo se continuó trabajando en la elaboración del diagnóstico del nuevo MECI de acuerdo a los parámetros que nos indica el nuevo manual, con el propósito de realizar los ajustes que sean necesarios en los diferentes procesos.
- En cuanto a los planes individuales se aplican a todos los servidores de la entidad que requiera de mejoramiento, para este periodo se realizó un plan de mejoramiento con un funcionario de planta.
- Se Inició el trabajo en cuanto al Diagnóstico e Implementación en el Modulo de Control de Evaluación

y Seguimiento, teniendo en cuenta cada uno de los Elementos, según la Nueva estructura del MECI.

Dificultades

- El personal de planta no es suficiente para la prestación de los servicios, teniendo que contratar los servicios por personal con un operador externo por procesos, de tal manera que se presenta dificultad en la generación de una cultura de autocontrol y de calidad, por la alta rotación de personal.
- No todos los líderes de los procesos realizan la el autocontrol institucional con su grupo de trabajo.
- Se presentan fallas que dificultan la autoevaluación debido a la falta de compromiso del personal.
- 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.
- Se presentan dificultades en las actividades de Auto control y Auto evaluación con algunas áreas, esto es producto de la rotación del personal, lo cual dificulta el compromiso de los funcionarios.
- Falta de compromiso de algunos coordinadores, por lo cual hay falencia en las áreas.
- No se tiene un programa de costos que permita obtener información más precisa y completa para la toma de decisiones respecto a la productividad.
- Es necesario Fomentar la cultura del autocontrol en cada una de las actividades realizadas por cada funcionario y promover al interior de la Entidad una cultura de Auto evaluación de control por parte de cada uno de los responsables de los procesos, de tal forma, que permita determinar la calidad y la efectividad de los controles de los mismos, con el fin de emprender acciones de mejoramiento.

Estado general del Sistema de Control Interno

- La institución se encuentra trabajando en el Programa de Auditorías para el Mejoramiento continuo de la Calidad (PAMEC), para lo cual se conformó un equipo el cual se capacito con el fin de este grupo pueda realizar auditorías internas dentro de la Institución. Por otra parte durante el primer trimestre de 2014 se realizó la vinculación en la planta de personal al Asesor de Control Interno el cual inicio labores el 01 de febrero de 2014.

Recomendaciones

- Es urgente que se termine de realizar los últimos ajustes a la página WEB.

- Fortalecer la cultura de Autoevaluación y administración del riesgo en cada uno de los procesos, que permita el control oportuno de estos.
- Que los líderes de proceso responsables en la entrega oportuna de las respuesta a los planes de mejoramiento internos que se dejan de las auditorias.
- Realizar la socialización de manera dinámica a todo el personal en Mapa de Riesgos.
- Adelantar el proceso de aprobación del nuevo Estatuto de Contratación de la Institución y Manual de Contratación, ante la Junta Directiva, esto con el fin de que sirva de instrumento de control en los procesos precontractuales y contractuales donde se pueda aplicar los principios de la contratación en las etapas pertinentes y además que permita ejercer un mayor control y transparencia de los mismos
- Se recomienda de carácter urgente el establecimiento y divulgación de las políticas de operación que rige en la Institución.
- 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 contratar todos los servicios indirectos, con precios bajos reflejados en un estudio de costos previo al análisis de conveniencia realizado por los responsables de los procesos y de acuerdo con la productividad en los casos que aplique.
- Se recomienda la actualización de las Tablas de Retención documental.
- Implementar continuamente estrategias para Fortalecer el Programa de Reinducción Institucional.
- Realizar estudio técnico de planta de personal de la ESE.
- Fortalecer los canales de comunicación Institucional y establecer puntos de control para verificar la efectividad de estos.
- Realizar un video Institucional, lo cual funcionaria como canal de comunicación interno y externo.
- Realizar actividades de capacitación, sensibilización y motivación al personal respecto al auto control.
- Actualizar el PAMEC con los Estándares de Acreditación, para la siguiente vigencia.
- Continuar con la Implementación del MECI según la nueva estructura y funcionalidad del mismo.



**E . S . E . HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!
NIT N° 890.305.496-9



SC-CER185565



CO-SC-CER185565

Elaborado por:	ANGELICA MARIA VELASQUEZ Control Interno	Fecha:	12/01/2015
----------------	---	--------	------------