

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, a continuación se presenta el informe del estado del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital En Roque de Pradera, en los dos módulos y el eje transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Dificultades

- El Código de Ética se encuentra en actualización.
- La entidad está tratando de equilibrarse financieramente, y por ello aún no se ha realizado la programación de actividades del Comité de Bienestar Social.
- No se ha actualizado el plan de capacitación de la vigencia 2016, el cual debe estructurarse en temas de sistema de gestión de seguridad y salud, gestión ambiental, atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo, seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo y necesidades de los funcionarios.
- Se realizó la integralidad del Mapa de Riesgos de corrupción al Institucional, en cumplimiento del Decreto 124 de 2016, Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano.
- Persiste la falta de actualización de las políticas de desarrollo Administrativo, acorde con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función pública.
- Aun no se ha adelantado el plan de trabajo para la aplicación Normas Internacionales de Información Financiera NIIF por lo que no se da cumplimiento al Resolución 414 de 2014 emanada de la Contaduría General de la Nación.
- Se debe actualizar los mapas de riesgos de los procesos institucionales.
- No se ha logrado estructurar una batería de indicadores que permitan medir el impacto de los programas y planes de Desarrollo Humano, en especial para medir y cuantificar los cambios en la cultura organizacional, mejoramiento de los niveles de competitividad de funcionarios o su incidencia en la mejora continua.
- Aun no se ha realizado revisión de los riesgos actuales, identificación de nuevos riesgos y actualización de la Política Administración de Riesgos.

Avances

- Se realizaron charlas lúdicas con la ARL Colmena para realizar integración de los funcionarios, posteriormente se realizará la medición del clima laboral.
- Se tiene establecido por procesos los procedimientos, guías, protocolos, de los procesos asistenciales, los cuales actualmente se están actualizando. Igualmente se cuenta con las caracterizaciones de proceso que se ajustan de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los usuarios.
- Se realizó plan de mejora para el cumplimiento a la Resolución 4505 y se están cumpliendo con los tiempos de envío a las diferentes EPS con quien tenemos contratados la prestación de servicios de salud.
- Se retomó el anterior Mapa de Procesos, debido a la funcionalidad de este con la actual estructura organizacional.
- Se realizó revisión al control de los documentos y registros que se manejan al interior de cada proceso, para evitar manejo de versiones obsoletas.
- Se realizó inspección constante al uso de elementos de protección personal en las diferentes áreas de trabajo encontrándose los siguientes porcentajes de uso: Área de urgencias 80%, odontología 90%, hospitalización 70% y laboratorio 85%.
- El Plan de Desarrollo Institucional proyectado para la vigencia 2012-2016 expiró el 31 de marzo de 2016; el proceso de selección de Gerente actualmente se está adelantando, una vez se posesione el Gerente que gane el concurso para la Empresa Social del Estado Hospital San Roque de Pradera, se proyectará su plan de desarrollo y por ende el plan operativo institucional por procesos que tendrá vigencia hasta el 31 de marzo de 2020. El nuevo plan de desarrollo estará enmarcado en las políticas de desarrollo administrativo, normas legales y plan de gestión, el cual debe definir metas institucionales relevantes para el desarrollo de la misión y visión de la entidad.
- Se realiza procedimiento para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

2. MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Dificultades

- Continuamos con la falencia de pocos auditores capacitados para realizar el procedimiento de auditoría interna de la entidad, los cuales deben ser certificados en ambos sistemas: Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno MECI.
- Se evidencia en un 25% falta de seguimiento por los líderes de proceso a los planes de mejora, para dar cumplimiento a los tiempos de ejecución de las acciones correctivas, preventivas o de mejora, producto de las auditorías internas.
- Se debe dar mayor cumplimiento a las fechas estipuladas del cronograma de Comités establecidos de acuerdos a las resoluciones de creación.

Avances

- La entidad tiene establecidos y reporta a las correspondientes entidades los informes contenidos en el decreto 2193 de 2004, Circular Única No. 049 de 2008 de la Supersalud, Circular No. 056 de 2009 de la Supersalud (alerta temprana), circular 014 del 31 de julio de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud correspondiente a flujo de recursos, Circular 030 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud trazabilidad de las facturas y se está trabajando en el reporte de la Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud, la cual establece indicadores para el monitoreo de la calidad.
- En el proceso de Inducción se recalca la importancia del autocontrol y autoevaluación de cada funcionario en el desarrollo de su proceso, adoptando correctivos de mejora si es necesario.
- Se proyectó y presentó al Departamento Administrativo de la Función Pública el informe ejecutivo anual de control Interno vigencia 2015, el cual obtuvo una calificación de madurez de 72.1/100.
- La oficina Asesora de control interno presta asesoría y acompañamiento en la construcción de planes de mejoramiento.

3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACION

Dificultades

- No se evidencia actualización de la política de comunicaciones junto con la matriz y guía de comunicaciones y el proceso de comunicación organizacional, con el objetivo de dar a conocer nuestros servicios a la comunidad.
- Aun no se dispone de citófonos para la llamada de usuarios a la facturación de consulta externa, laboratorio, odontología y facturación de urgencias.
- Sigue incumplimiento al 100% los artículos 9 y 11 de la Ley 1712 de 2014 en cuanto a algunos ítems en la página web.

Avances

- La institución cuenta con mecanismos para recibir por parte de la ciudadanía sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, como son correos electrónicos, información obtenida a través de las encuestas de satisfacción al usuario y buzones de sugerencias.
- Se está realizando boletín informativo a la comunidad pradereña, a través del programa de comunicaciones de la Alcaldía municipal.
- Se dan a conocer los servicios que brinda la institución, a través de la emisora Local Cañaveral Estéreo.
- La entidad da cumplimiento a las tablas de Retención documental establecidas en la Ley 594 de 2000.
- La correspondencia que ingresa y sale de la institución se realiza a través de la ventanilla única, la cual garantiza evitar contratiempos con la correspondencia recibida y la respuesta al usuario y/o grupos de interés.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control interno de la ESE Hospital San Roque de Pradera, se encuentra formalmente establecido. Se tomó como base el cumplimiento de los objetivos y principios fundamentados en la existencia de los diferentes módulos, componentes y elementos; evidenciando el cumplimiento de cada uno de ellos, en el logro de los objetivos de la institución.

Se deben buscar mecanismos proactivos que permitan a cada uno de los servidores públicos realizar el ejercicio del autocontrol en sus puestos de trabajo, con el fin de detectar las desviaciones que puedan obstaculizar el desarrollo de sus funciones, como parte fundamental y eje principal de la correcta implementación y fortalecimiento continuo y permanente del Sistema de Control Interno.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que en la construcción del nuevo plan de desarrollo institucional, el Hospital dedique el tiempo suficiente para ello, asegurando que se dispongan los recursos humanos y físicos que permitan que se desarrolle con la seriedad y el tiempo suficiente, y que el resultado del mismo sea una planeación acorde a las necesidades de los usuarios y la organización.
- Se deben realizar charlas y capacitaciones para interiorizar la cultura del autocontrol, donde debe estar comprometida la alta dirección y todos los servidores de la entidad, lo que conlleva al mejoramiento continuo de la organización.
- Actualizar los contenidos de la página web de la entidad.
- Retomar el plan de trabajo para la implementación de las normas Internacionales de Información Financiera NIIF.
- Implementar medidas para el cumplimiento de las metas establecidas en los planes de mejoramiento de los procesos y planes operativos.
- Ajuste metodológico para la administración del riesgo y programación de ajustes en la identificación y valoración de los mismos.
- Elaborar planes de capacitación para todo el personal con base en el servicio al cliente y calidad.
- Efectuar la medición del clima organizacional para los funcionarios de la entidad.
- Revisión del cumplimiento de publicaciones en la página WEB, respecto a la Ley 1712 /2014. Se observa documentación incompleta y no todos los procesos incluidos

Original Firmado
RUTH MUÑOZ DUARTE
Asesora de Control Interno