

**INFORME PORMENORIZADO DEL
ESTADO DE CONTROL INTERNO
Marzo - Junio 2017**

INTRODUCCIÓN

El propósito del Modelo Estándar de Control Interno MECI es proporcionar una serie de pautas o directrices dirigidas a controlar la planeación, gestión, evaluación y seguimiento en las entidades de la administración pública, facilitando el desarrollo del Sistema de Control Interno. Estructura, que permite ser adaptada de acuerdo con la naturaleza de las mismas, organización, tamaño y particularidades, con el fin de identificar claramente los roles y responsabilidades de quienes liderarán y participarán activamente en el proceso.

El siguiente informe permite conocer el estado actual y real de cada uno de los módulos del modelo estándar de control interno MECI.1000:2014 (actualizado mediante el decreto 943 del 2014), en la ESE Hospital San Roque de Pradera, correspondiente a la vigencia Marzo a junio de 2017, como herramienta esencial para el mejoramiento continuo de la gestión; con el propósito de determinar aspectos a mejorar, conforme a lo establecido por el departamento administrativo de la función pública DAFF.

1. MODULO CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Avances

- Se inició la actualización del código de ética.
- Se actualizó nuevamente el Manual de Funciones según Resolución 132 del 14 de junio de 2017.
- Se está realizando la capacitación a los funcionarios en convenio con la Asociación de Hospitales del Valle Asohosval y el SENA.
- Se cuenta con el programa de inducción, un manual de inducción y un formato donde queda la evidencia de la inducción del trabajador con las respectivas firmas.
- Se está realizando reinducción en la nueva normatividad de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 por los líderes de proceso.
- La entidad tiene definida su plataforma estratégica: Misión, visión objetivos institucionales, política de calidad y objetivos de calidad, la cual no ha cambiado a la fecha y se viene aplicando.
- La oficina de Calidad recopila los indicadores de los procesos, con los cuales se mide el avance o desviación de las metas propuestas.
- Se actualizaron las siguientes políticas de operación: Política de Salud ocupacional, Reglamento de higiene y Seguridad Industrial, Política Ambiental con su respectivo manual de gestión Residuos Hospitalarios.
- Se reactivaron los siguientes comités: Vigilancia Epidemiológica, Interno de Archivo, Resolución 4505 calidad del Dato, Contratación, cartera, glosas, conciliación y demandas extrajudiciales, Farmacia y Terapéutica, Seguridad del paciente, Infecciones Intrahospitalarias, Residuos Hospitalarios, Emergencias y evacuación, Paritario de seguridad y salud en el trabajo, Ética Hospitalaria, Historia Clínica, Referencia y Contrarreferencia, Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, violencia de género, Gerencia, Compras.
- Se evidencia
- Se evidencia seguimiento sistemático a la apertura del buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, por parte de la entidad, la Asociación de usuarios y la Dirección Local de Salud.
- Adecuado manejo sistemático de la ventanilla única, para el manejo de la correspondencia recibida y despachada.
- Se actualizó el inventario de bienes muebles de la entidad ajustando la realidad contable de los activos de la entidad.
- En el acuerdo No. 013 del 30 de Noviembre de 2016, se aprueba presupuesto vigencia 2017.

Dificultades

- Aún no se ha realizado encuesta para conocer las necesidades de los servidores públicos para el bienestar de él y su familia.
- No se evidencia Evaluación de desempeño y competencias laborales para servidores públicos, ni se ha concertado medición de objetivos.
- Todavía no se ha realizado la medición del clima laboral, la cual permite conocer que tan satisfecho se siente el funcionario en su área de trabajo.
- Para el primer semestre del año 2017 el porcentaje de satisfacción del usuario fue del 63% nivel muy regular, para ello se generó un plan de acción para contrarrestar la mala percepción de los usuarios frente a la institución
- Persiste falta de actualización del Reglamento Interno de trabajo, acordes con los cambios normativos vigentes.
- No se evidencia actualización de Política de Talento Humano, Política de Comunicaciones, Políticas informáticas y Política sobre Riesgos.
- A pesar de que se realiza la evaluación de la satisfacción del cliente, debe ser más efectiva la solución de raíz de la situación expuesta por el usuario.
- Con la actualización del Manual de Funciones, se crearon cargos para una adecuada operatividad de la entidad, pero aún no se actualizó la actual estructura organizacional.
- Se realiza seguimiento de indicadores mensual y trimestral, no es clara la pertinencia y utilidad de estos indicadores.
- La política de administración del Riesgo se encuentra desactualizada. Donde se evidencie los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo, igualmente resocializar el Mapa de Riesgos a todos los funcionarios de la entidad.
- Aun no se ha dado inicio a un plan de trabajo acorde con la aplicación de las Normas internacionales de Información Financiera NIIF
- En el procedimiento de Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias GIC-PR-10 no se tiene establecido las recomendaciones que pueden aportar los funcionarios de la entidad.
- Normograma institucional desactualizado debido a los cambios normativos y que afectan la prestación del servicio a nuestros usuarios.
- En la rendición de cuentas no se evidencia eventos con ciudadanía e incentivos.

2. MODULO CONTROL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Avances

- De acuerdo a la norma ISO 19011 se actualizó el procedimiento de Auditorías internas EV-PR-07 permitiendo realizar un mayor control a la gestión administrativa de la entidad.
- Fortalecimiento de las Auditorías de Gestión y Calidad, a través del Plan de Auditorías internas.
- Se modificó el Plan de Mejoramiento donde se evidencia un análisis de la causa de la no conformidad detectada y la eficacia de las actividades establecidas en el plan de mejora.

Dificultades

- No se evidencia cultura de autoevaluación a los funcionarios de la entidad.
- Aún no ha realizado la formación de nuevos auditores internos para realizar las auditorías internas de la entidad.
- Los planes de mejora por procesos no están subsanando la causa raíz que originan la no conformidad encontrada en las auditorías internas.
- El Hospital no tiene un documento que soporte la aplicación de encuestas de autoevaluación con sus respectivos informes de análisis. Si bien se abonan los esfuerzos por implementar controles en cada uno de los procesos, éstos no resultan del todo suficientes para la dinámica y exigencias del Sistema de Control Interno.
- No se evidencia a través de los Riesgos de cada proceso y la batería de indicadores la autoevaluación en la gestión de cada funcionario de la entidad.
- No existe actualización en capacitación de acciones correctivas y preventivas al personal involucrado y responsable de gestionar acciones.

3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACION

Avances

- Se continúa recibiendo de los usuarios sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, a través de las encuestas de satisfacción al usuario y buzones de sugerencias establecidos dentro de la entidad.
- Una de las grandes fortalezas de la institución es el manejo de la correspondencia que ingresa y sale a través de la ventanilla única, minimizando los tiempos de respuesta al usuario y/o grupos de interés
- Se estableció sistema de altavoz para llamada de usuarios por parte de los médicos de consulta externa, programas de Detección Temprana y Protección Específica, facturación de consulta externa, laboratorio y odontología.
- El Hospital dispone de la oficina Atención al Usuario encargada de resolver y atender a todos los usuarios las necesidades en cualquiera de los procesos, igualmente es la encargada de mantener y garantizar la contestación de las quejas y reclamos a los usuarios.

Dificultades

- La política de comunicación y el Plan de comunicación, se encuentran desactualizados.
- No existe el Programa de Gestión documental, sólo se cuenta con las Tablas de Retención Documental.
- No se utilizan las carteleras para brindar información a los usuarios y comunidad en general sobre la situación financiera de la entidad y otras noticias de interés que puedan afectar la prestación el servicio.
- No se está dando cumplimiento al artículo 9 de la Ley 1712 de 2014.
- No existe en la página web el link de quejas, sugerencias reclamos y denuncias de fácil acceso para todos los ciudadanos.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno de la ESE Hospital San Roque de Pradera, se encuentra formalmente establecido, pero debe fortalecerse el sistema a través de la sensibilización a los funcionarios sobre la importancia del autocontrol, autorregulación y autogestión.

Apropiarse de los elementos de control, del desarrollo de acciones concretas que propendan por el mejoramiento institucional, del diseño de metodologías integrales para la consecución de los objetivos y el cumplimiento de la misión institucional.

RECOMENDACIONES

- Realizar la inducción y reinducción a los funcionarios de la entidad.
- Implementar el programa de incentivos para los servidores públicos de la entidad.
- Realizar concertación de objetivos con los servidores públicos para dar cumplimiento a la Evaluación del desempeño.
- Actualizar y socializar el Código de Ética de la entidad a través de prácticas lúdicas que aseguren la interiorización de estos principios y valores a todos los funcionarios de la organización.
- Realizar medición del clima Laboral
- Actualizar Reglamento Interno de Trabajo
- Actualizar, adoptar y socializar las políticas de operación y de Desarrollo Administrativo de la entidad, para que se afianza la cultura organizacional.
- Retomar los cronogramas de los diferentes Comités al interior de la ESE.
- Actualizar procedimiento de Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en donde se establezca el análisis de las causas para la solución efectiva a lo expuesto por el usuario y las recomendaciones que pueden aportar los funcionarios de la entidad.
- Establecer indicadores pertinentes y útiles, los cuales se deben ajustar en términos de eficiencia, eficacia y efectividad, para una adecuada toma de decisiones.
- Actualizar la política de administración del Riesgo, donde se evidencie los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo.
- Resocializar el Mapa de Riesgos a todos los funcionarios de la entidad.
- Establecer el plan de trabajo para dar aplicabilidad a las Normas internacionales de Información Financiera NIIF
- Actualizar el normograma institucional para ajustarlo a las actuales normas vigentes.

- Implementar en la Rendición de Cuentas eventos con ciudadanía e incentivos para promocionar la cultura hacia una efectiva rendición.
- Realizar actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación para minimizar el riesgo en el quehacer institucional.
- Establecer convenio para la formación de nuevos auditores internos, los cuales deben ser certificados en ambos sistemas: Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno MECI.
- Establecer la aplicación de encuestas de autoevaluación y realizar actividades de sensibilización a través de talleres y prácticas lúdicas, para afianzar esta cultura.
- Actualizar a los funcionarios de la entidad para crear la cultura del reporte de no conformes y el responsable gestione las acciones correctivas pertinentes.
- Actualizar la política de comunicación y el Plan de comunicación, para ajustarlos a las nuevas contrataciones de la entidad y normas vigentes.
- Implementar el Programa de Gestión documental.
- A través de las carteleras se debe brindar información a los usuarios y comunidad en general sobre la situación financiera de la entidad.
- Actualizar a través de la página web la información requerida y de interés para el usuario, partes interesadas y comunidad en general, dando cumplimiento al artículo 9 de la Ley 1712 de 2014.
- Crear en la página web el link de quejas, sugerencias reclamos y denuncias, para dar cumplimiento al artículo 76 Ley 1474 de 2011.

Original Firmado
RUTH MUÑOZ DUARTE
Asesora de Control Interno