

## ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

### FORTALEZAS

- La Entidad cuenta con un Código de ética y de buen gobierno a los cuales se les realizó socialización y despliegue siendo estos publicados en la plataforma de la institución en el mes de Enero de 2013.
- Se tiene un Comité de Ética, el cual durante el año realizó diversas actividades de sensibilización al personal de la ESE (a través de carteleras, reuniones con el personal y actividades de campo), se trabajó sensibilizo y capacito en cuanto a los elementos constitutivos de un código de ética institucional, al igual que en el manejo de los conceptos denominados Principios y valores éticos.
- Se realizaron evaluaciones a los Acuerdos de Gestión, por parte de Subdirección Administrativa y Financiera y la Subdirección Científica.
- Se adoptó el Plan Anticorrupción, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011, el cual fue realizado con el acompañamiento de los líderes de proceso.
- El Plan Anticorrupción fue socializado no solo con el personal de la institución sino también con la comunidad mediante redes sociales y la emisora de la localidad.
- Se adopto el plan anti trámites que permite una mayor celeridad en la prestación de los servicios, encaminando la debida aplicación de los principios de responsabilidad, transparencia, moralidad y celeridad.
- Se firmo el pacto de humanización con todo el personal de la institución comprometidos con el servicio más humano.
- Durante el año 2013 se conto con un plan de capacitación anual el cual fue realizado de acuerdo a las necesidades de cada área de trabajo con el fin de hacer más efectivo y productivo el trabajo dando este un cumplimiento del 75,8% teniendo como meta mínima el 70%.
- Se cuenta con un plan de bienestar laboral dando este un cumplimiento del 82.6% teniendo como meta mínima el 70%.
- Se certificaron las siguientes competencias establecidas en el Plan Operativo Anual: Administración de medicamentos, Administración de Inmunobiologicos, Facilitar el Servicio al Cliente e Interactuar con el cliente.
- Se implemento el programa de inducción y re inducción al personal, el cual se lleva a cabo desde el mes de agosto de 2013.

- Se logro implementar la encuesta de clima laboral la cual quedo establecida para aplicar en Junio y Diciembre. La encuesta realizada en junio 97.71% meta mínima 70% y segundo semestre 99.38%.
- Se cuenta con un Comité de Bienestar Laboral.
- Por parte de la Oficina de Control Interno se brindo una charla acerca de la función pública, socializando el papel del Estado y la importancia del papel del servidor público.
- La misión, visión, objetivos misionales de la ESE se encuentran actualizadas de acuerdo a las necesidades internas y externas. Dichas actualizaciones se realizaron con los grupos focales y juntas de acción comunal. Por último se socializaron en un adecuado modelo de gobernabilidad que desarrolla y soporta unos compromisos éticos, y unos administradores con creencias en valores con formación y experiencia para su competencia.- Se creo el Comité de Convivencia laboral.- El estilo de dirección de la institución se fundamenta en una constante interacción con los niveles directivos, funcionales y operativos.
- La alta dirección de la ESE realiza esfuerzos importantes para que el personal de la ESE continúe introyectando lineamientos y aspectos básicos tanto del sistema de gestión de calidad, como del sistema de control interno, fortaleciendo así la alta dirección y demás servidores públicos frente al sistema de control interno.
- De manera trimestral se realiza seguimiento al nivel de cumplimiento de la planeación institucional (POAs) en sus tres grandes áreas (Directiva, logística y atención al usuario) estos resultados son socializados en reuniones del Comité de Calidad, o Técnico Científico.
- El Presupuesto es monitoreado de forma periódica a través del Comité de Sostenibilidad Contable y glosas en cuanto al tratamiento y gestión de la cartera más específicamente en la cartera de difícil cobro.
- El Nomograma de la ESE se actualiza constantemente con el fin de tener una herramienta útil y oportuna para rendición de cuentas.
- El Plan de Desarrollo Institucional que regirá para los años comprendidos entre 2012 y 2016 Se construyo de manera participativa entre Gerencia y Jefes de áreas de la entidad.- Se construyó Matriz DOFA por cada unidad funcional evaluada (Dirección y Gestión Corporativa, Atención al Usuario, y Logística).- Se realizó una priorización, con el fin de establecer una serie de estrategias para cada una de las unidades funcionales evaluadas, con el apoyo de la comunidad.
- En la página web de la institución, se publicaron los planes de acción, en el cual enmarcan metas y compromisos para el cabal logro de los objetivos propuestos en el plan de desarrollo institucional.

- Se tiene claramente definida la visión y misión al igual que los objetivos,
- Los cambios institucionales que se realizan se socializan en los Comités de Calidad y de Control Interno o a través de los medios de comunicación de la ESE (boletín externo e interno, comunicación por perifoneo y programas radiales.).
- Los planes y programas de la institución están encaminados a la satisfacción de los usuarios y permiten ser monitoreados con los indicadores establecidos por la dirección de la institución, dichos planes y programas cuentan con los recursos necesarios para su cabal cumplimiento, ya que la institución goza de una situación financiera notablemente positiva, permitiendo así un nivel operativo encaminado al desarrollo de los planes y programas, estando estos en consonancia con los principios de imparcialidad, economía, eficiencia, eficacia y publicidad.
- Se actualizaron los procesos institucionales con base al seguimiento de la certificación de calidad y la reestructuración de algunos procesos institucionales.-  
Se actualizaron los indicadores de gestión, orientados a la consolidación de información más relevante para la toma de decisiones institucionales, estos son objeto de análisis periódico a través de reuniones de comité de calidad y control interno y por tanto de ajustes para supresión o mejora en cada proceso.- Los indicadores de los diferentes procesos se cargan dependiendo la periodicidad de cada uno a una matriz digital, buscando con esto tener la información oportuna y optimizar el tiempo para la toma de decisiones y de mejora.
- En general se cuenta con una Estructura organizacional flexible que nos permite hacer cambios según necesidades como es el caso de la redistribución de responsabilidades y procedimientos a los diferentes procesos.
- Se socializan en los diferentes grupos de servicios las políticas institucionales de priorización, humanización, seguridad y calidad.
- La institución actualizo y publico el mapa de riesgos, este fue realizado con los líderes de proceso identificando así los riesgos potenciales, que impiden el cumplimiento de objetivos.- Se analizaron, valoraron y se determino el impacto, de los riesgos en las diferentes áreas, se socializo con el personal de la institución, se publico en la intranet para permitir así la retroalimentación del mismo, orientado por la oficina de control interno y calidad.- Se definieron acciones y estrategias para el continuo seguimiento y control de estos riesgos.
- Desde control interno se coordino junto con el comité de calidad, el seguimiento y valoración actual del riesgo, tendientes a determinar los principales factores generadores y enviar a la dirección y coadyuve con las acciones propuestas.
- En la intranet institucional se cuenta con un archivo donde se encuentra todo el mapa de riesgos con sus respectivas acciones preventivas para consulta y seguimiento por parte de todo el personal.

- Para el reporte de los diferentes riesgos materializados en el mes a mes, se cuenta con un archivo en la intranet donde cada líder lo alimenta y con base en esto en el comité de seguridad del paciente se hace el análisis y establecimiento de controles para los mismos.
- Con el personal se hace seguimiento a las políticas de priorización, humanización, seguridad, calidad, encaminadas a llevar a cabo los planes, programas y proyectos previamente definidos.
- Se realizó la actualización de cada uno de los procesos y procedimientos, para alinear los objetivos y mediciones con los atributos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad para esta reestructuración se inició capacitación para el personal implicado los líderes y colíderes.
- Cada uno de los comités de la institución realizó las reuniones de tendientes a la revisión, mantenimiento de los procesos, permitiendo verificar el cumplimiento de cada una de las políticas, manuales y procedimientos estableciendo compromisos, planes de mejora, y constante vigilancia en el desarrollo de los objetivos institucionales.
- Desde el área de calidad y control interno se realizaron auditorias tendiente a garantizar el adecuado funcionamiento de los procesos.
- A través del Sistema de Gestión de la Calidad cada líder y colíder de proceso gestiona sus NO conformidades reales, mediante correcciones y acciones correctivas, las cuales son monitoreadas en las reuniones del Comité de Calidad y Control interno, esta información es socializada en cada comité de calidad y durante la revisión por la dirección presentando el porcentaje de eficacia de cada proceso.
- Los Indicadores de Gestión son objeto de análisis periódico a través de reuniones de comité de calidad y control interno y por tanto de ajustes para supresión o mejora en cada proceso. Además se comenzó a utilizar la plataforma de Sistema de Gestión de Indicadores SIG.
- Se cuenta con El Manual de procedimientos de la ESE actualizado el cual está contenido en manual de calidad y también se encuentra en la red sistematizada interna que tiene la ESE, denominada Intranet.
- El Manual de procedimientos puede ser consultada por todo el personal según necesidades y permite ver la documentación institucional en su versión actual, con la trazabilidad de las versiones anteriores en la intranet de la institución.
- Cada documento que es actualizado, se socializa durante el periodo de forma paralela se monta en la red documental institucional.

- La ESE administra y analiza la información que se origina al interior de la entidad, a través de los procedimientos establecidos para ello. por medio de los formatos y herramientas necesarias, como buzones, el análisis y las respuesta de encuestas a clientes internos y externos, medición de la oportunidad en la gestión de la información y el seguimiento a las manifestaciones mediante indicadores, etc.
- Para la información primaria la institución cuenta con un adecuado sistema de archivo, que permite un control de la correspondencia recibida como su oportuna respuesta cuando se amerite, tanto del entorno inmediato como lejano.
- En cuanto a la información secundaria la ESE administra y analiza la información que se origina al interior de la entidad, y constantemente se encuentra en la actualización de formatos y herramientas que permitan la comunicación interna.
- Se cuenta con un adecuado plan de comunicaciones, y se optimiza el uso de las redes sociales para permanente información a los usuarios y comunidad en general.
- Se cuenta con mecanismos sistemáticos que permiten mantener una adecuada comunicación con la comunidad y el público en general, estas herramientas permiten dar a conocer la gestión realizada en la institución e interactuar con la comunidad y conocer sus expectativas
- Se cuenta con diferentes Sistemas de información presupuestal, contable, administrativa, financiera, entre otros, los cuales se han venido gestionando mediante controles mínimos para garantizar la seguridad e integridad de la información.
- Se actualizó el software, con el fin de brindar una herramienta más completas y oportunas para ejercer control sobre todas las operaciones y toma decisiones.
- Implementación de la estrategia del modelo de escucha activa, con la actividad de “tinteando con el gerente”, en la cual el personal de la institución y la alta dirección interactúan con una comunicación descendente asegurando así de tener un sistema de retroalimentación asegurando que la información se percibe y asume tal como era la intención de emisor, en dicha actividad también se maneja la comunicación ascendente ya que permite a los subalternos manifestar hechos o circunstancias sobre el desempeño de sus labores.
- Se creó la red social para comunicar eventos y sucesos de interés a la comunidad más joven del municipio.
- En comunicación informativa y medios de comunicación la institución cuenta con diferentes canales para la divulgación de la información generada, la utilización de estos medios como carteleras, pantallas informativas, página web,

intranet, redes sociales, medios locales de comunicación escrita y verbal, (radio, televisión, boletín externo,) reuniones con alianza de usuarios nos permite mantener una comunicación constante y efectiva con nuestros usuarios, clientes internos y externos; el alta voz manejada diariamente por la funcionaria responsable del área de atención al usuario, (2 programas radiales, boletín externo, comunicación al interior del hospital constante ) reuniones de los diferentes comités, reuniones de personal, y reuniones con liga de usuarios.

– Se construyo la Matriz de información y comunicación como una importante herramienta de gestión ya que consolida, identifica y clasifica las fuentes de información externa e interna.

– Se cuenta con un mecanismo de comunicación electrónica donde los usuarios a través del correo manifiestan sus comentarios, las quejas, reclamos y felicitaciones por internet.

– Realización de auditorías Internas a las áreas administrativas y financieras de la ESE. Nómina y prestaciones sociales, presupuesto, Tesorería, y Contabilidad; específicamente en lo relativo a activos fijos y manejo del pasivo pensional), y en cuanto a lo Administrativo (Auditoria en áreas como Atención al Usuario, Contratación Talento Humano, Apoyo asistencial, facturación.

– Se adopto el formato de autoevaluación y autogestión. La oficina de control interno realizo la socialización de estos y de igual forma fueron entregados a cada uno de los funcionarios de la entidad.

– Se posee una oficina de control interno que cuenta con el respaldo y compromiso de la alta dirección para el desarrollo de manera imparcial e independiente la vigilancia y seguimiento de dicho modelo.

– La institución posee un adecuado sistema de control interno que permite evaluar permanentemente el cumplimiento de los objetivos y propósitos de la entidad, detecta fortalezas y debilidades al igual que un permanente seguimiento al actuar administrativo acorde con los principios de la función pública.

– En algunas áreas se encuentran documentados los planes de mejoramiento por procesos de acuerdo a las observaciones realizadas por la oficina de control interno.

– La entidad viene dando cumplimiento a los planes de mejoramiento institucionales (Contraloría General de Antioquia)

– Los planes de mejoramiento funcional, se vienen adelantando al interior de la institución, mediante los comités y el seguimiento que periódicamente la institución hace a sus procesos en el comité técnico científico y la revisión por la dirección.

- La oficina de control interno realiza seguimiento periódico a los planes de mejora individual, igualmente se vienen solicitando planes de mejora, encaminados a reorientar o definir procesos objetos de hallazgos.

## **DEBILIDADES**

- No existe un sistema adecuado de control de acceso y salida del personal vinculado laboralmente a la institución.
- Falta un oportuno, eficiente y eficaz procedimiento de evaluación del personal, de tal forma que se puedan documentar Planes de Mejora Individual, a partir de las debilidades encontradas en las citadas evaluaciones.
- No se da cumplimiento al Decreto 2232 de 1995 en cuanto a actualización de bienes y rentas de los empleados de la ESE.
- No se realizó estudio técnico de puestos y cargas laborales, que se tenía pensado realizar en el año 2013.
- No se estableció formato de evaluación de desempeño para las personas diferentes a las de carrera, (provisionalidad, y los que están por cooperativa).
- No se ha establecido plan de incentivos para el personal.
- Dificultad en los diferentes comités de la institución en cuanto a la retroalimentación de las decisiones allí tomadas ya que la información generalmente se queda en los miembros o asistentes a dichos comités.
- Falta de mayor compromiso de los líderes en cuanto al cumplimiento de los Planes de mejoramiento por auditorías internas, en cuanto a la gestión y cumplimiento de las actividades trazadas en cada uno de los mismos.
- Con respecto a la autoevaluación de la gestión, a través del seguimiento realizado a los planes de acción se detectaron algunos incumplimientos a los compromisos y avances.
- Se debe seguir trabajando en el fortalecimiento del componente Administración del Riesgo, pues aunque durante el periodo se trabajó e identificó la metodología de administración de riesgos en la ESE, y actualizó Mapa de riesgos institucional, es necesario la retroalimentación constante y acompañamiento por el comité de calidad y control interno.- No se hizo seguimiento y control a los riesgos de algunas áreas de la ESE.- Falta de compromiso de algunos líderes de cada proceso frente a la cultura del autocontrol y de la Autoevaluación del control,
- Aun persisten las debilidades en lo relacionado con la obtención, centralización, uso, custodia y análisis de bases de datos y estadísticas institucionales

- Dificultades para procesar y establecer el adecuado control de la información debido al cambio en la ubicación de la misma y de cada proceso en la red institucional.
- Falta más autocontrol del personal para realizar los reportes de los riesgos en la intranet.
- Dificultades en la entrega oportuna de los respectivos planes de mejoramiento después de realizados los procesos de auditoría y determinados los hallazgos.
- Se detecta que muchos funcionarios desempeñan sus labores desconociendo la existencia de procesos, procedimientos, manuales, directrices, contratos entre otros. Dichas situaciones, necesarios para un adecuado desempeño de sus funciones.
- Se detectaron algunos incumplimientos reiterativos en el reporte de los indicadores de gestión.
- Se evidencia algunas barreras de comunicación interna que impiden un fluido proceso en los diferentes procesos tales como: barreras psicológicas (temor a hablar, y expresar las ideas y pensamientos). Barrera física (Asociadas a distancias y horarios).