



Informe Pormenorizado Estado del Control Interno Julio - Octubre de 2016

**Presentado a
Gerente General
Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP**

Oficina de Control Interno

Noviembre de 2016

*“Servicios de salud con calidad y
compromiso social”*

**ESE HOSPITAL SAN JUAN DIOS EL SANTUARIO
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO
LEY 1474 DEL 2011**

Jefe de Oficina de Control Interno:
Giovanni Figueroa Jiménez

Periodo evaluado:
Julio 2016 – Octubre 2016

Fecha de elaboración:
Noviembre 2016

Introducción

Los fines del Control Interno están orientados a establecer las acciones, las políticas, los métodos, los procedimientos y mecanismos de prevención, control, evaluación y de mejoramiento continuo que permitan la autoprotección necesaria para garantizar una función transparente y eficiente en el cumplimiento de su misión y el cumplimiento de la Constitución, las leyes y demás normas (legales y técnicas) que la regulan.

El Informe Pormenorizado para la ESE Hospital San Juan Dios, se realiza con base al seguimiento de los módulos, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, al avance del Sistema de Control Interno y a los resultados de la Auditoría Integral de la Contraloría General de Antioquia

El Departamento Administrativo de la Función Pública mediante el Decreto 943 del 21 de Mayo de 2014, actualizó el Modelo Estándar de Control Interno – MECI-, con el fin de modernizar y adecuar la herramienta de control de la Administración Pública a las normas y estándares internacionales. Por lo tanto se relacionarán en el presente informe las gestiones realizadas y resultados obtenidos con especial interés en la armonización que debe existir con los instrumentos de planificación, orientaciones, estrategias y objetivos planteados a nivel nacional, departamental y local, como una forma de garantizar que se cumpla la función que fue asignada por la norma a las Empresas Sociales del Estado

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, presentamos a continuación informe pormenorizado del Estado de Control Interno, el cual contiene los avances de la Entidad en el Módulo de Planeación y Gestión, el Módulo de Evaluación y Seguimiento) y el Eje Transversal: (Información y Comunicación) del Modelo Estándar de Control Interno MECI, conforme a lo establecido en el Decreto 943 de mayo 21 de 2014

Contenido

La estructura del Modelo Estándar de Control Interno, es la siguiente:

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

- 1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.
- 1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.
- 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos
- 1.2.3 Estructura Organizacional
- 1.2.4 Indicadores de Gestión
- 1.2.5 Políticas de Operación

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

- 1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo
- 1.3.2 Identificación del Riesgo
- 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

- 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

- 2.2.1 Auditoría Interna

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

- 2.3.1 Plan de Mejoramiento

3. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (Eje Transversal).

1. Módulo de Planeación Gestión

1.1. Componente Desarrollo del Talento Humano

1.1.1. Acuerdos compromisos y protocolos éticos

El Código de ética que contiene los acuerdos, compromisos o protocolos éticos de la institución, el cual se encuentra publicado en la intranet. Se socializa en los procesos mensuales de inducción. No obstante se sugiere que se firmen los compromisos éticos como anexo a la hoja de vida en el momento de ingreso a la institución.

Se cuenta con el Plan anticorrupción que fue actualizado en el mes de abril de 2016, el cual se encuentra disponible en la página web institucional. Al Plan de acción anticorrupción se le realiza seguimiento de acuerdo a las fechas establecidas, enero, abril, agosto y a la fecha ha cumplido con las actividades establecidas.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano

Se evidencia que se adopta el plan de capacitación, sobre el cual se avanzó en su cumplimiento previsto para el 2016, desde la Oficina de Control Interno se pudo constatar evidencias de la realización de las siguientes capacitaciones y su cobertura para el periodo objeto de análisis en el presente informe.

Fecha	Capacitación	Público Objetivo
16-ago-2016	Uso y manejo de desinfectantes hospitalarios. –	Auxiliares de enfermería, Servicios Generales y Conductores.
18-ago-2016	Manejo de residuos sólidos peligrosos	Todo el Personal

Se evidencia la circular sobre la realización de la evaluación del desempeño laboral. De igual forma se constata que la entidad viene cumpliendo con esta evaluación para los funcionarios que se encuentran en carrera. Falta por implementar que sea elegido el mejor empleado de carrera administrativo.

En materia de ausentismo se realizaron las campañas enfocadas en el control del nivel de ausentismo.

La Oficina de Talento humano, realizó durante el presente periodo el proceso de inducción el día 13 de octubre de 2016, abordando temas como:

Proceso	Temática abordada
Direccionamiento Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> • Historia • Portafolio de servicios • Plataforma estratégica, misión, visión, mapa de procesos, organigrama, código de buen gobierno.
Código de Ética	<ul style="list-style-type: none"> • Código de ética: Principios, valores, Compromisos
Gestión de la Mejora Continua-Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo y políticas de calidad • Sistema Integrado de Gestión de la calidad ISO-MECI-SOGC • No conformidad
Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema y estructura de Modelo Estándar de Control Interno MECI:2014
Comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo comunicaciones • Plan de comunicaciones • Inventario de medios
Gestión Del Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Política de Talento Humano • COPASST • Seguridad y Salud en el trabajo • Comité de convivencia y acoso laboral
Gestión de Información-Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo sistemas de información • Intranet y sus componentes • Sistemas de información • Control de documentos y registros • Gestión documental
Procesos Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Protección específica y detección temprana • Política de seguridad del paciente • Estrategias AIEPI • Hospitalización • Apoyo diagnóstico y apoyo terapéutico • Consulta externa: Salud Oral, medicina, psicología, nutrición, optometría, fisioterapia • Urgencias • Violencia Sexual
Estrategia IAMI	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia IAMI • Pasos de la estrategia
Gestión del Ambiente Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo ambiente físico, infraestructura, ambiente de trabajo. • Gestión metrología: Reporte de Daño • Tecnovigilancia • Aplicación de la evaluación de la actividad de inducción

Se realiza como parte del cumplimiento del Plan de Bienestar una Integración de los empleados, la cual se llevó a cabo el día 23 de julio de 2016 con una salida a Comfama de La Estrella, denominada Día de Sol. La convocatoria se realizó articuladamente entre la Gerencia, la Oficina de Talento Humano y el Comité de Bienestar.

Se cuenta con un manual específico de funciones y competencias laborales actualizado conforme a las normas vigentes, aprobado.

Control de las declaraciones de bienes y rentas actualizado anualmente el último día del mes de marzo.

1.2. Componente Direccionamiento Estratégico

1.2.1. Planes, Programas y Proyectos.

La ESE Hospital San Juan Dios El Santuario Antioquia, cuenta con un Modelo de Planeación estructurado y definido (Proceso de planeación, Manual del usuario, Manual y Estatuto de Contratación actualizado).

Se constató que la entidad cuenta con el Plan anual de adquisiciones de bienes, obras y servicios.

Se ha avanzado en la implementación de los servicios de Hospitalización con el propósito de mejorar la prestación conforme a estándares de calidad cuya finalidad es la satisfacción de la comunidad usuaria.

1.2.2. Modelo de Operación por Procesos

En el mes de julio 2016, se aprobaron desde el Comité de Control Interno y Calidad los siguientes documentos: Manual de referencia y contrarreferencia, cateterismo o sondeo vesical, registro de atención fisioterapia, guía aseo ambulancia, guía venopunción, lista de chequeo aseo ambulancia, Guía violencia sexual. Formato lista de chequeo para atención por violencia sexual, formato de facturación servicio de odontología, formato higiene oral. De igual manera se modificaron las encuestas: satisfacción AIEPI, atención parto, control prenatal y planificación familiar.

Se continúa con el seguimiento a los Planes Operativos Anuales por cada proceso y Comités.

Se cuenta con la oficina de atención al usuario para recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos de los usuarios y se realiza control a la respuesta de estas recibidas en los términos establecido en el proceso o documento establecido por la institución

La institución cuenta con procesos documentados y estandarizados publicados en la intranet, de fácil consulta para todos los empleados de la ESE.

El Manual de procedimientos está contenido en el manual de calidad y más específicamente en la red interna "Intranet", la cual puede ser consultada por todo el personal y permite ver la documentación institucional en su versión actual, con la trazabilidad de las versiones anteriores.

El hospital ha venido siendo direccionado en el sentido de ajustar los procesos y el cumplimiento de los estándares de calidad, de cara a la auditoría del Icontec para renovar la certificación en la norma ISO 9001:2008.

Se realiza la visita de renovación de la certificación en la norma ISO 9001:2008, por parte del ICONTEC, la cual se lleva a cabo del día 9 de septiembre de 2016.

Como resultado de dicha auditoria se aplazó la certificación al encontrarse una No Conformidad Mayor que consiste en que el hospital no asegura la calibración o verificación o ambos de los equipos biomédicos, a intervalos especificados o antes de su utilización.

Y como No Conformidades Menores se relacionan los siguientes hechos:

El hospital no preserva el servicio/ o partes constitutivas durante el proceso interno o para mantener la conformidad con los requisitos, puntualmente se citan asuntos como la falta de custodia en la sala de urgencias de los medicamentos que requieren control de cadena de frío (insulinas, troponinas, vacunas), (llaves al alcance de los pacientes), guardianes en la sala de vacunación para descartan sin adherirse al protocolo del manejo de guardián, sabanas extendidas en zona no adecuada la cual se facilita la contaminación, objetos personales (bolso y buzo) en estiba de recibo de medicamentos en el servicio de farmacia.

El día 26 de septiembre de 2016, la institución a través de la Oficina de Control Interno presenta el "Plan de Acción Para No Conformidades Auditoría Icontec",

con el cual se espera subsanar la No Conformidad Mayor y las menores, para lograr la renovación de la certificación.

1.2.3. Estructura Organizacional

La plataforma estratégica misión, visión, objetivos misionales son divulgados de manera permanente (intranet, pagina web, pantallas de tv, procesos de inducción. Volantes).

El 1 de septiembre, el señor Alcalde de El Santuario Luis Alexandri Ramírez, mediante decreto N° 090 del 29 de agosto de 2016, designó como nuevo gerente en propiedad de la Institución Hospitalaria de El Santuario, al Señor Alex Dubián Giraldo Cano. Esta designación se realizó después de que la Universidad de Medellín culminara con el proceso de selección a través de concurso de méritos, y en el que los aspirantes a la gerencia presentaron diferentes pruebas. Siendo el doctor Alex Giraldo Cano el primer aspirante habilitado de la lista de elegibles. El doctor Giraldo llega a asumir el cargo de Gerente, el cual venía ocupando en calidad de encargo desde enero del presente año, el doctor Leonardo Zapata Ramírez, quien asume el cargo de Subdirector Científico.

1.2.4. Indicadores de Gestión

Se cuenta con fichas de indicadores para medir el avance de planes, proyectos y programas (Cuadro de mando Integral, Balance Scored, Plataforma SIC).

Se cuenta con el SIG (Sistema Indicadores de Gestión) donde se consignan los datos necesarios para diligenciar los indicadores de cada proceso de acuerdo a su periodicidad.

Se realizó la revisión a fecha corte 12 de agosto de 2016, relacionada con la evaluación de la gestión de la vigencia de 2015 en la plataforma de Alphasig, la cual en su la malla de validación aborda indicadores del Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan de Acción e Indicadores de Calidad y Alerta Temprana, alcanzando un resultado del 90,84%, la cual se ubica en un nivel satisfactorio para la matriz de calificación de la rendición de la información de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios El Santuario.

La adherencia a los procesos y procedimientos administrativos es evaluada después de realizar las auditorías internas

1.2.5. Políticas de Operación

Se realizó actualización del Normograma de la ESE.

Está conformado el Comité de Sostenibilidad Contable y glosas el cual se reúne de forma ordinaria cada cuatro meses realizando las siguientes actividades: Seguimiento presupuesto, informe y gestión de glosas, Estados Financieros, Cartera por edades.

En el periodo analizado se vienen revisando los documentos del gestor documental acorde a la Circular 13-2016 Julio 15-2016, con el fin de eliminar aquellos que no se usan o están obsoletos.

De igual forma se ha trabajado por parte de la institución en la revisión de los documentos controlados de la intranet con el propósito de identificar aquellos que son susceptibles de actualización.

Se realizan con regularidad programas de protección específica y detección temprana (brigadas extramurales, estrategia AIEPI).

1.3. Componente Administración del Riesgo

1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo

Se viene trabajando en los ciclos de capacitaciones brindados por la empresa Auditamos SAS la revisión de Mapa de Riesgos y actualización de los riesgos por proceso, tanto desde el ciclo de capacitaciones de auditores internos, donde los líderes de cada uno de los procesos han realizado ejercicios de actualización de los factores de riesgo de cada proceso y estableciendo los controles asociados a cada uno de los riesgos.

El Mapa de Riesgos está publicado en la Intranet para su fácil consulta. Además se tienen habilitados algunos ítems para que los funcionarios reporten desde la intranet la materialización de riesgos, lo que nos permite un seguimiento continuo a dichos riesgos.

El Mapa de Riesgos de la Institución cuenta con información acerca de la Identificación del Riesgo, Descripción del Riesgo, Causas, consecuencias, efecto, tipos de Impacto, Probabilidad, Controles existente Zona de Riesgo, acciones y responsables por proceso.

1.3.2. Identificación del Riesgo

Producto de las auditorías internas se identificaron riesgos potenciales y se viene trabajando en su intervención a través del Plan de Mejoramiento.

Búsqueda activa por parte de los funcionarios en la identificación de riesgos e identificación y reportes de eventos adversos.

Como medida para identificar posibles riesgos, el día 6 de septiembre de 2016 se realiza simulacro en la ESE Hospital San Juan Dios El Santuario Antioquia con el fin de poner en práctica el Plan de emergencias y activar los comités y brigadistas que deben atender este tipo de situaciones.

1.3.3. Análisis y Valoración del Riesgo

Durante el mes de Julio se realizó registro e informe de materialización de riesgos del procedimiento de auditorías internas

Se adicionaron riesgos de corrupción al Mapa de riesgos de la ESE.

Desde el Comité de Seguridad del Paciente, se revisan, analizan y controlan los riesgos de manera mensual. En los casos que no tienen que ver con la seguridad del paciente se envían al líder del proceso para su respectivo tratamiento. Se corrobora que el Comité se encuentra operativo y con reuniones periódicas lo que garantiza la prevención del riesgo y en el caso de materialización su oportuna intervención.

Seguimiento al cumplimiento de los controles establecidos para mitigar riesgos.

Se efectuó capacitación en Riesgos y No Conformidades a todos los líderes de proceso para que haga un seguimiento más adecuado a cada uno de los riesgos y análisis a las No conformidades

Con el fin de mitigar el riesgo de daño antijurídico en materia contractual, se expidió la Resolución N° 218 del 14-oct-2016 *“Por medio de la cual se regulan las*

Garantías en los contratos que celebra la ESE. Con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato, el contratista a juicio de El Hospital constituirá a su favor garantía única que cubrirá a la institución frente a todos los hechos constitutivos de incumplimiento, tales como seriedad de la oferta, cumplimiento, calidad del servicio, calidad y correcto funcionamiento de los bienes, pago de prestaciones sociales e indemnizaciones laborales, estabilidad y calidad de la obra, buen manejo y correcta inversión del anticipo, devolución de pago anticipado, y responsabilidad civil extracontractual en los términos que se haya pactado”

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1. Componente Autoevaluación Institucional

2.1.1. Autoevaluación del Control y Gestión

El día 21 de julio de 2016, se llevó a cabo la jornada de Revisión por la Dirección. En la cual se analizaron y revisaron la consolidación de los resultados de la ESE Hospital San Juan Dios El Santuario Antioquia. Este trabajo sirvió para avanzar en la adecuación, conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión Institucional y poder emprender las acciones de mejoramiento de acuerdo a lo estipulado en los, numerales 5,6,2 y 5,6,3 de la NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008.

Se realiza el día 02 de septiembre de 2016, la reunión de preparación para la visita del ICONTEC con miras a la renovación de la certificación bajo la norma ISO-9001:2008.

El día 14 de septiembre se realiza la auditoria por parte de la EPS Savia Salud, al hospital con el fin de verificar las condiciones de prestación del servicio.

Se realiza el seguimiento a encuestas de satisfacción y documentación de planes de Mejora

Seguimiento al Plan Anticorrupción.

2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1. Auditoría Interna

En el mes de julio se consolidaron los registros y los informes de las auditorías internas de calidad.

Se revisó por parte de los líderes, los procesos y el cumplimiento de requisitos, a través del análisis de la información dispuesta en la Intranet y las herramientas del sistema.

Como acción de mejora se realizaron los talleres para el análisis de causas de las no conformidades resultado de auditorías internas de calidad.

La Oficina de Control Interno y la líder del proceso de apoyo Diagnóstico la Dra. Milena Gómez realizaron el pasado 21 de octubre de 2016 la auditoria al proveedor de servicios de laboratorio PROLAB, con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato N°16 de 2016.

Se verifica que el contrato se viene ejecutando de manera satisfactoria, con el cumplimiento de las obligaciones de prestar los servicios de apoyo diagnóstico paraclínico 24 horas del día del servicio de urgencias, análisis de muestras de laboratorio de primer, segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad, incluyendo la citología, de acuerdo con los exámenes descritos en la propuesta presentada tal como quedo establecido en el contrato.

Se inició Auditoría a proceso Stock de medicamentos del Servicio de Urgencias con el fin de identificar las causas de los desfases en la conciliación de los inventarios, con actividades como análisis del proceso y concertación de fechas de revisión y consulta con los actores que intervienen en el mismo.

Se realiza acompañamiento permanente a Comités institucionales (Dirección, Copasst, Calidad, Seguridad del Paciente, Copasst y Archivo entre otros).

Se actualizó la información de la rendición en el software Alphasig de la Contraloría Departamental de Antioquia correspondiente al periodo 2015.

2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1. Plan de Mejoramiento

Como acción de mejora propuesta anteriormente, se implementó y se socializó el Manual Estandarización de Documentos. El cual fue socializado mediante Memorando 168 de 2016, y trata el tema de codificación de documentos. Este manual se aprueba en Comité de Calidad y Control Interno el día 21-jul-2016.

Producto de las auditorías practicadas a la ESE Hospital San Juan Dios El Santuario Antioquia se han realizado los respectivos planes de mejoramiento a los cuales desde la Oficina de Control Interno se hace seguimiento, con los siguientes resultados:

Origen	Tipo auditoría	N° Hallazgos	Tipo Hallazgo	Eficacia (cumplimiento)	Efectividad	Observación
Auditoría Contraloría	Externa	12	Administrativo	100%	N/A	
Auditoría Icontec	Externa	18	Aspecto por mejorar	100%	N/A	
Auditoría interna de calidad	Interna	38	No Conformidad	100%	N/A	Corresponde a las auditorías internas de calidad del año 2015. Consulta externa (8), apoyo logístico a la asistencia (2), urgencias (3), apoyo diagnóstico (2), gestión de la información (11), talento humano y ambiente físico (7), PyP (5)
Auditoría interna de calidad	Interna	38	No Conformidad	100%	N/A	
Auditoría interna de calidad	Interna	107	No Conformidad	100%	N/A	Corresponde a las auditorías internas de calidad del año 2016.
Auditoría interna de calidad	Interna	22	Observación (riesgo)	100%	N/A	Corresponde a las auditorías internas de calidad del año 2016.
Auditoría interna de calidad	Interna	60	Aspecto por mejorar	100%	N/A	Corresponde a las auditorías internas de calidad del año 2016.
Auditoría Contraloría	Externa	12	Administrativo	97,75%		Sobre el informe final presentado en 2015, se implemento plan de mejoramiento que arroja un resultado en su cumplimiento del 97,75%
Eficacia: (N° acciones implementadas / N° acciones programadas) X 100 Efectividad: (N° acciones eficaces / N° acciones implementadas) X 100						
* Se cuenta a fecha 14-jul-2016 con el informe preliminar de la auditoría. Cuando se tenga el informe definitivo se consolidarán resultados para realizar el respectivo seguimiento.						

3. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (Eje Transversal).

El flujo de la información y la utilización de los diferentes medios de comunicación en la institución se viene dando a través del uso de diferentes canales para la divulgación de la información generada, la utilización de estos medios como carteleras, página web, intranet, redes sociales, medios locales de comunicación escrita y verbal, (radio, televisión, boletín externo,) reuniones con alianza de usuarios. Estos medios facilitan a la institución mantener una comunicación constante y efectiva con los usuarios, clientes internos y externos.

La visibilización de las ejecutorias de la institución de manera permanente a través de la página web y la promoción en actividades culturales del municipio, hace que el hospital de manera permanente esté realizando rendición de cuentas a los usuarios en lo relacionado con su actuar administrativo.

La Gerencia es citada con frecuencia a dar informes ante el Concejo Municipal, quien de esta manera hace control político y administrativo al hospital. Estas sesiones son de carácter público por lo que constituyen una forma de hacer difusión de las diferentes ejecutorias de la institución.

Se publican las ejecuciones presupuestales, los planes de acción y balances financieros y se realizaron las actividades comprendidas por este concepto en el plan anticorrupción.

Se cuenta con Contrato con la emisora de Asocomunal, frecuencia de gran cobertura en el municipio y alto rating por parte de los habitantes del Municipio de El Santuario. A través de ella se realizan campañas institucionales, se promocionan los diferentes servicios de salud, y se cuenta con un programa semanal donde se abordan diferentes temas de interés general de la comunidad en materia de salud, el cual sirve como estrategia pedagógica e interacción con los usuarios.

Se subsana durante este periodo de análisis, la carencia de Comunicador Organizacional en la institución, dado que el día 13 de agosto de 2016 inicia labores en calidad de contratista el señor Claver David Quintero Alzate, cuyo objeto del contrato consiste en prestar servicios en el liderazgo del procedimiento de Gestión de la Comunicación además de coordinar y dinamizar los procesos de comunicación interna y externa.

Se espera que con las labores adelantadas por el señor Quintero Alzate, se mejore y dinamice el flujo de comunicación en los diferentes niveles de la entidad.

RECOMENDACIONES INFORME PORMENORIZADO PERIODO JULIO-OCTUBRE DE 2016

Mejorar el entrenamiento en el puesto de trabajo y diseñar una herramienta y un control para garantizar que el personal nuevo quede bien entrenado.

Se hace necesario la implementación de controles documentales, razón por la cual se debe de analizar y la posibilidad de adquirir un software que permita la administración adecuada del flujo documental institucional y el seguimiento las comunicaciones a todo nivel.

Se debe procurar que la totalidad del personal de la institución firme el compromiso ético.

Mejorar el compromiso por parte de los lideres en lo relacionado al análisis a las No Conformidades, seguimiento y cierre de las mismas derivadas de la práctica de auditorías tanto externas como Internas, así como el tener en cuenta las observaciones dejadas de manera oportuna.

Aplicar el monitoreo continuo como herramienta de seguimiento a la efectividad de las acciones preventivas, tratamientos y controles establecidos en el mapa de riesgos.

Mejorar los indicadores de oportunidad en la respuesta de las quejas sugerencias y reclamos, con el fin de fortalecer la comunicación entre los usuarios y la entidad.

Los procesos de entrenamiento y de inducción se deberán realizar de acuerdo a lo establecido en la institución, dando prioridad a la oportunidad y pertinencia de los mismos

Se deben de foliar las hojas de vida de los funcionarios de tal manera que permitan establecer unos mecanismos de control documental.

Promover en la Comunidad la utilización de la página web, como mecanismo de interacción con la ESE para la interacción con los usuarios y el acceso a los servicios. Se observan carencias en la disposición de la información en la página, sobre la cual se verificará posteriormente el cumplimiento de la normatividad relacionada con Gobierno en Línea y Ley de Transparencia. Se insta a la institución a realizar una revisión de la misma.

Se debe de Implementar la campaña de fomento de la Cultura del Autocontrol.

Se deberá realizar el seguimiento oportuno al “Plan de Acción Para No Conformidades Auditoría Icontec” de tal manera que el mismo permita subsanar las No Conformidades dejadas por la visita auditora del Icontec, y así acceder a la renovación de dicha certificación.

Se debe mejorar la oportunidad en algunas dependencias para la socialización de toda la información relacionada con el proceso (Resultados de auditorías, no conformidades, observaciones) a todos los integrantes de la misma.

Será importante evidenciar el seguimiento a los planes de mejoramiento dejados por auditorías externas y comprometer desde el direccionamiento de la entidad a todos los niveles involucrados en las acciones de mejora, a través de sus responsables.

En el eje transversal de Comunicaciones, se deberá realizar el Plan de Comunicaciones y sus respectivas acciones que permitan fortalecer la comunicación dada la tardía incorporación de un comunicador a la entidad.

En materia de riesgos se debe de evidenciar el seguimiento de los mismos de manera periódica.

GIOVANNI FIGUEROA JIMÉNEZ
Jefe de Control Interno
ESE Hospital San Juan Dios El Santuario Antioquia