

# INFORME PORMENORIZADO CONTROL INTERNO (Marzo – Junio 2015)

“En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011”



## 1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION

### COMPONENTE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

#### *Acuerdos compromisos y protocolos éticos*

➤ Se cuenta con un Comité de Ética, el cual realiza de forma periódica:

1. **Análisis de casos orientados al cumplimiento del Código de Ética Institucional** realizando actividades como:

-Informe de atención al usuario de quejas de incumplimiento del código de ética institucional y principios deontológicos

-Analizar quejas y determinar el cumplimiento del Código de ética Institucional

-Aplicar instrumento para análisis de la queja.

2. **Análisis de encuesta de atención al usuario:**

- Informe de atención del usuario de satisfacción del usuario por servicios

-Análisis de la encuesta de satisfacción

-Envío oficio a áreas que en la encuesta de satisfacción el usuario manifieste trato inadecuado

3. **Promover Código de ética:**

-En el proceso de inducción al personal nuevo, se da a conocer el código de ética, y se firma el compromiso ético.

Se realizan otras actividades como:

- Entrega de volantes con plataforma Estratégica.
- Política de humanización actualizada y divulgada.
- Seguimiento al Plan de Acción del Plan Anticorrupción.
- Seguimiento Plan de Accion de Etica
- Actualización del Mapa de Riesgos Anticorrupción

#### ***Desarrollo del Talento Humano***

- ✓ Evaluación de desempeño a empleados de carrera año 2014 y concertación de objetivos 2015.
- ✓ Aplicar y evaluar el proceso de certificación de competencias: Solicitud al Sena sobre competencias que van a certificar en 2015.  
Se realizo procesos de certificación en: Dispensar medicamentos.  
Esterilización: Está en proceso.
- ✓ Elaborar diagnóstico de necesidades, documentar y ejecutar el plan de capacitación y el plan de inducción y reinducción de la ESE: Cronograma de capacitaciones de acuerdo a necesidades por cada área de trabajo con un porcentaje de cumplimiento a la fecha de un **XXX**
- ✓ Celebración de cumpleaños de los empleados de manera trimestral.
- ✓ Documentar el instructivo para la realización de la encuesta de clima organizacional.
- ✓ Capacitaciones y salidas de integración con los empleados

Capacitación al personal

<b>CAPACITACION</b>	<b>Número de personas capacitadas</b>
Control interno-Videoconferencia	1
Código verde Manejo de paciente agitado	23
Curso de Seguridad Alimentaria y Nutricional	1
Curso Código Rojo	23
XX Curso de actualización en cáncer Estado actual del diagnostico oportuno y tratamiento del cáncer en Colombia	2
II Simposio nacional XIV departamental en VIH y TB	2
Taller taquiarritmias	8
Actualización en medicina legal	10
Socialización de los lineamientos técnicos nacionales sobre el derecho fundamental a la IVE,	1
Capacitación en telemedicina	3
Jornada de medicina interna	9
Electrocardiografía :EKG de bolsillo	9
Plan de beneficios del magisterio	1
Curso de primer respondiente	1
Excel avanzado Nivel 2	20
Capacitación juntas directivas	8
Gestión Metrología	1

## **COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

- Seguimiento a los Planes Operativos Anuales por cada proceso y Comités.
- Se cuenta con un Modelo de Planeación estructurado y definido (Proceso de planeación, Manual del usuario, Manual y Estatuto de Contratacion actualizado.
- El Presupuesto es monitoreado de forma mensual desde Gestión Financiera y a través del Comité de Sostenibilidad Contable.
- Actualización y divulgación de estatuto y manual de contratación.
- Actualización continua del Normograma de la ESE.
- La plataforma estratégica misión, visión, objetivos misionales son divulgados de manera permanente (intranet, pagina web, pantallas de tv, procesos de inducción. Volantes.
- Se cuenta con en el comité de planeación en el cual se realizan análisis y proponen ideas de mejoramiento frente a los diferentes planes de la institución y se buscan estrategias para fomentar el desarrollo y cumplimiento de las estrategias y proyectos contenidos en el plan de desarrollo institucional.
- Se cuenta con el Comité de Sostenibilidad Contable y glosas el cual se reúne de forma ordinaria cada cuatro meses realizando las siguientes actividades: Seguimiento presupuesto, informe glosas y gestión de glosas, Estados Financieros, Cartera por edades.
- Se cuenta con fichas de indicadores para medir el avance de planes, proyectos y programas (Cuadro de mando Integral, Balance Scored, Plataforma SIC).
- Se realizan encuestas de satisfacción al usuario de manera mensual.
- Nuevas tecnologías para medir la satisfacción de usuarios después de prestar el servicio. Calificadores del servicio.

- Procesos documentados y estandarizados publicados en la intranet, de fácil consulta para todos los empleados de la ESE.
- Seguimiento y actualización de las políticas institucionales en Comité de Planeación.
- Actualización Portafolio de servicios Consulta prioritaria, consulta de medicina interna, optometría y ginecología
- Programas de protección específica y detección temprana (brigadas extramurales, estrategia AIEPI).
- Actualización de la política de priorización y Humanización.
- Para el cumplimiento y aplicación de las diferentes políticas se realiza la revisión de los controles establecidos y se definen instrumentos para evaluación de su cumplimiento por medio de auditorías internas.
- 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.
- El Manual de procedimientos de la ESE está contenido en el manual de calidad y más específicamente en la red sistematizada interna que tiene la ESE, denominada Intranet, esta red 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
- Proyectos como remodelación del servicio de Urgencias, Odontología.
- Reuniones mensuales del Comité de Control Interno y Calidad
- Auditorias internas a Gestión de Información, Gestión del Ambiente Físico, Medicina Legal, Gestion Fianciera (Cajas, Nomina)

### **COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

- ✓ Revisión de Mapa de Riesgos y actualización de los riesgos por proceso.
- ✓ Revisión y ajuste del Manual de Gestión y Administración de Riesgos o no conformidades potenciales
- ✓ Búsqueda activa por parte de los funcionarios en la identificación de riesgos e identificación y reportes de eventos adversos.
- ✓ Análisis de eventos adversos y reporte de riesgos en el Comité de Seguridad del paciente.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento de los controles establecidos para mitigar riesgos.
- ✓ El Mapa de Riesgos está publicado en la página web para su fácil consulta. Además se tienen habilitados algunos ítems para que los funcionarios reporten desde la intranet la materialización de alguno de ellos, lo que nos permite un seguimiento continuo a dichos riesgos.
- ✓ El Mapa de Riesgos de la Institución cuenta con: Identificación del Riesgo, Descripción del Riesgo, Causas, consecuencias, efecto, tipos de Impacto, Probabilidad, Controles existente Zona de Riesgo, acciones y responsables por proceso.
- ✓ 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

## **2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

## **COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

- Autoevaluación PAMEC
- Revisión por la dirección
- Autoevaluación por procesos
- Seguimiento a encuestas de satisfacción y documentación de planes de Mejora
- Seguimiento al Plan Anticorrupción

## **COMPONENTE AUDITORIA INTERNA**

- Programa de auditorías internas para el año 2015, aprobado en el Comité de Control Interno y Calidad.
- Realización de auditorías internas a los procesos de Gestión de información, Gestión del Talento Humano, Medicina legal, Gestión Financiera (Cajas, Nomina)
- Capacitación en formación de auditores en Norma ISO 9001:2008
- Realización de auditorías a los procesos de cartera y facturación

## **COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**

- Revisión a los planes de mejora derivados de los auditorías internas
- Documentación de planes de mejoramiento de alineados con el Plan de Desarrollo de la ESE
- Seguimientos periódicos a los planes de mejoramiento por procesos.

## **3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACION**

- ✓ La Matriz de información y comunicación se constituye como una importante herramienta de gestión ya que consolida, identifica y clasifica las fuentes de información externa e interna; esta fue actualizada con el fin de brindar información oportuna para evitar retrasos en el envío de la información.
- ✓ Despliegue de actividades de acuerdo al Plan de Comunicaciones  
Modelo de escucha activa:  
Elaboración de agenda con la información obtenida y distribuida por los diferentes medios usados por la ESE, la cual contiene todas las actividades internas y externas programadas por las diferentes áreas de la institución.

Realización de microprogramas de acuerdo a las necesidades de la institución y conforme a las diferentes celebraciones nacionales y de la OMS.

Realización de boletines informativos tanto internos como externos

Realización de programa radial "Hablemos de Salud" donde se tratan diversos temas sobre la salud.

Difusión de la plataforma estratégica por medio de plegables y pantallas de tv.

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, 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. Permitiendo rendición de cuentas constante del actuar administrativo de la entidad pública. Se dio rendición de cuentas ante el concejo municipal. 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.

Con las estrategias antes mencionadas 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, por medio de buzones ubicados al interior de la entidad.

Se cuenta con registros de todas las actividades realizadas y estas luego se consolidan en el informe de gestión (videos, fotos)

## DEBILIDADES

- ✚ No se están realizando de manera oportuna los análisis a las No Conformidades derivadas de auditorías internas y/o observaciones de manera oportuna.
- ✚ No se está cumpliendo con el cronograma de plan de auditorías aprobado en el Comité de Control Interno y Calidad. Falta de compromiso de algunos líderes
- ✚ No se realizó en su totalidad la autoevaluación del PAMEC, estableciendo un diagnóstico general de fallas de calidad. Bajo los estándares definidos por el sistema único de acreditación.
- ✚ A la fecha no se ha implementado el programa del paciente hiperconsultante
- ✚ En algunos procesos no se le realiza seguimiento a los riesgos y controles establecidos
- ✚ En algunos procesos falta fortalecimiento de humanización en el servicio
- ✚ No se incentiva el reporte oportuno de eventos adversos
- ✚ No hay adecuados procesos de entrenamiento cuando ingresa personal nuevo a la ESE o se realizan cambios internos de personal dentro de la institución.
- ✚ No se evalúan los procesos de inducción
- ✚ No existe evidencia de recolección de necesidades de bienestar e incentivos
- ✚ Falta diseñar instructivo para el desarrollo de evaluaciones de desempeño a personal provisional, temporal, periodo.
- ✚ No se han concertado objetivos con todo el personal diferente a los de carrera
- ✚ Historias laborales archivadas en desorden de fechas, no se tiene en cuenta consecutivo de fechas para archivar lo cual es muy difícil encontrar algún documento en la Historia laboral.
- ✚ No hay suficiente apoyo en la gestión de la información a los encargados del manejo de software administrativo y financiero y asistencial de la institución.
- ✚ Falta más fortalecimiento y promoción en la Comunidad la utilización de la página web, como mecanismo de interacción con la ESE para las manifestaciones.
- ✚ No se socializan y evalúan con la asociación de usuarios los planes de mejora implementados producto de las Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
- ✚ Falta fortalecer y establecer mecanismos de verificación más eficientes para el despliegue de la totalidad de los riesgos en el 100% de los procesos y servicios, asegurando su efectividad.

- ✚ Algunos líderes no hacen un seguimiento adecuado ni la Recolección oportuna de evidencias de los Planes Operativos anuales
- ✚ No se hizo evaluación a todas las capacitación realizadas por los funcionarios de la ESE, con el fin de medir su efectividad y aplicación en el área.
- ✚ No hay difusión oportuna en algunas áreas de la toda la información relacionada con el proceso (Resultados de auditorías, no conformidades) a todos los del área
- ✚ Falta el fortalecimiento de los mecanismos de difusión y entrenamiento en principios y valores en todos los colaboradores de la entidad.
- ✚ Dentro del Código de Ética no se han incluido los mecanismos sancionatorios frente actuaciones éticamente "censurables". Y criterios de resolución de conflictos y sus efectos sancionatorios en caso de incumplimientos al código.
- ✚ No se ha documentado el Manual de Rendición de Cuentas acorde con la norma, que contenga acciones de planeación, preparación, ejecución y revisión y análisis posterior de la Audiencia pública de rendición de cuentas por parte de una comisión de los diferentes sectores
- ✚ Falta constituir el Comité de Ética acorde con la norma con el representante de los usuarios, emprender programas de prevención y atender y canalizar inquietudes generadas en la prestación de los servicios de salud.
- ✚ No se cuenta con mecanismos para acoger e incorporar en las decisiones institucionales, las propuestas y observaciones presentadas por las organizaciones sociales durante la Rendición de Cuentas.
- ✚ A pesar de la realización de las auditorias no se verifica de manera oportuna la implementación de las conclusiones frente al ciclo de auditoria y el proceso como tal en términos de Adecuación, Conveniencia y Eficacia del proceso de auditorías internas y como aporta al mejoramiento de los procesos y de la institución.
- ✚ Implementar de manera periódica la medición del cambio cultural hacia el autocontrol con evidencias objetivas.
- ✚ No hubo un adecuado manejo de la correspondencia interna ya que algunas comunicaciones no fueron entregadas al área encargada o entregada en tiempos inadecuados.
- ✚ La documentación de contratos correspondencia no se archivan de forma adecuada.
- ✚ No se capacita en las diferentes áreas en cuanto al manejo de documentos clasificación de carpetas y archivo de las mismas, entre otras.
- ✚ No se tienen definidas estrategias para mejorar la usabilidad de la página y la promoción del uso de la misma teniendo en cuenta el perfil de la población que se atiende.
- ✚ Falta que se fortalezcan mas los canales de comunicación con el usuario interno, para que se exprese de manera tranquila y utilice los buzones que se habilitan para esto.

MARIA EUGENIA ZULUAGA GOMEZ  
 Jefe Oficina de Control Interno