



ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EL SANTUARIO- ANTIOQUIA

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno

Pablo Andrés Mesa

Período evaluado: Junio – Octubre de 2013

Fecha de elaboración: Noviembre 15 de 2013

Subsistema de Control Estratégico

Avances

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL:

- Con relación al elemento denominado Acuerdos, Compromisos y protocolos éticos, vale precisar que durante el periodo evaluado, la institución dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011, adopto el plan anticorrupción, el cual fue realizado con el acompañamiento de los líderes de proceso, fue socializado no solo con el personal de la institución sino también con la comunidad mediante redes sociales y la emisora de la localidad, igualmente se adopto el plan anti tramites que permite una mayor celeridad en la prestación de los servicios, encaminando la debida aplicación de los principios de responsabilidad, transparencia, moralidad y celeridad, realizando además seguimiento a los planes de acción del plan anticorrupción y se firmo el pacto de humanización con todo el personal de la institución comprometidos con en servicio mas humano.
- Sobre el elemento Estilo de la Dirección en la institución, se soporta en los tres pilares fundamentales y son: objetivos misionales de la institución, 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. 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 realizó esfuerzos importantes para que el personal de la ESE continuara 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 en sus tres grandes áreas (Directiva, logística y atención al usuario) estos resultados son socializados en reuniones del Comité de Calidad, estos a su vez lo transmiten a los demás actores en los procesos.
- 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 Modelo de operación por procesos está siendo ajustado previo a la visita de seguimiento de la certificación de calidad y la reestructuración de algunos procesos en cuanto a inclusión de nuevos procedimientos institucionales.

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

- Sobre el elemento denominado Planes y Programas, es necesario indicar que el personal directivo de la ESE aplicó metodología para la construcción participativa del plan de desarrollo institucional que regirá para los años comprendidos entre 2012 y 2016 (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). A partir de lo anterior se realizó una priorización, que permitió establecer una serie de estrategias para cada una de las unidades funcionales evaluadas. Las cuales fueron realizadas con apoyo de la comunidad.

Igualmente se publicaron en la página web de la institución, los planes de acción el cual marcan metas y compromisos para el cabal logro de los objetivos propuestos en el plan de desarrollo institucional.

La institución tiene claramente definida su visión y determinada su misión al igual que sus objetivos, estos últimos son inmersos a revisión constante por el comité de calidad al igual que los líderes de procesos con la alta dirección de la institución.

Así mismo se está realizando socialización de los cambios en reuniones de Comité de calidad y se ha hecho difusión 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.

- El modelo de operación de la institución está orientada a la gestión por procesos, con una estructura definida identificando los macroprocesos misionales, estratégicos y de apoyo.
- Actualmente se posee un normograma, el cual se encuentra en proceso de depuración para efectos de su efectividad a fin de poder cumplir con las competencias emanadas por la Constitución y la Ley.
- 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 y guarda coherencia con el modelo de operación.
Existen manuales de funciones encaminados a coordinar las acciones necesarias para el cumplimiento de sus fines.

COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:

- La institución actualizo y publico el mapa de riesgos, este fue realizado con los líderes de proceso identificando así los riesgos potenciales, una vez determinados como verdaderos riesgos ya que impiden el cumplimiento de los objetivos, se procedió a analizarlos, valorándolos y determinando el impacto, este 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.
- Como política de administración de riesgos la institución cuenta con todo el compromiso de la alta dirección para definir y divulgar el tratamiento de los riesgos. 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.
- Se adelantado la encuesta de clima laboral, con todo el cliente interno de la institución arrojando un porcentaje de satisfacción de 95%.

Dificultades

La alta rotación del personal asistencial no permite realizar una adecuada y oportuna medición de adherencia a los protocolos y guías de procedimientos institucionales.

Como punto débil frente al elemento Desarrollo del talento Humano aun se encuentra, el manejo que se ha dado y se dio durante el año 2012, a la inducción y re inducción del personal y capacitación, el cual no alcanzo los niveles esperados.

Se debe trabajar considerablemente para establecer una cultura de enfoque preventivo, más que correctivo teniendo en cuenta que aunque existen áreas o procesos que han venido mejorando en cuanto a la cultura del reporte de los riesgos que se materializan, todavía falta más compromiso por parte de los líderes en el seguimiento y cumplimiento de las acciones preventivas definidas.

El código de ética y buen gobierno generado por la gerencia, si bien es cierto ya se emitió, falta aún más socialización.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL:

- En las políticas de operación se vienen aplicando en la institución y socializando con el personal en las reuniones de grupos de servicio, permitiendo el seguimiento a las políticas de priorización, humanización, seguridad, calidad. Encaminadas a llevar a cabo los planes, programas y proyectos previamente definidos.
- En el elemento procedimientos se está realizando actualización de cada uno de los procesos y procedimientos, para alinear sus objetivos y mediciones con los atributos del SOGC para esta reestructuración se inicio capacitación para el personal implicado.
- La institución realizo las reuniones de cada uno de los comités 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. Igualmente desde el área de calidad y control interno se han realizado auditorias tendiente a garantizar el adecuado funcionamiento de los procesos.
- A través del SGC 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.
- Con relación a los Indicadores de gestión, estos también están sufriendo significativos cambios 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. Además se comenzó a utilizar la plataforma de Sistema de Gestión de Indicadores SIG.
- 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.

COMPONENTE DE INFORMACIÓN:

- En cuanto a 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 formato y herramientas que permitan la comunicación interna.

La construcción de la Matriz de información y comunicación se constituyó en una importante herramienta de gestión ya que consolida, identifica y clasifica las fuentes de información externa e interna.

- La ESE 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.

Además se realizó la actualización del software, aunque con dificultades en su inicio su propósito es brindar una herramienta más completa y oportuna para ejercer control y tomar decisiones.

COMPONENTE DE COMUNICACIÓN PÚBLICA:

- En el elemento de comunicación organizacional se cuenta con el plan de comunicaciones y se ha implementado 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.

- 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 cartelera, 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.

Dificultades

La información o decisiones tomadas en los comités de la institución presentan dificultad al momento de retroalimentar al demás personal, respecto a lo allí tratado, ya que la información generalmente se queda en los miembros o asistentes a dichos comités.

La gran ocupación del personal dificulta la actualización de los procedimientos.

Resulta necesario fortalecer más la operativización del módulo de Activos fijos, el sistema no permite descargar en línea el recaudo de glosas, generando esto la necesidad de un asiento manual.

No existe un sistema adecuado de control de acceso y salida del personal vinculado laboralmente a la institución.

El nuevo software es prometedor en innumerables mejoras, pero aún no se tiene funcionando en un 100%, informes como el boletín de caja aún no es claramente generado.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN:

- En el elemento de autoevaluación se adoptó el formato de autoevaluación y autogestión, la oficina de

control interno realizo la socialización de estos y de igual forma fueron entregados a todos y cada uno de los funcionarios de la entidad, estos fueron diligenciados y tabulados por la oficina de control interno, dicho informe fue entregado al gerente para su análisis y realización de posibles planes de mejora si así lo considera, en aras de incentivar y promover el autocontrol.

COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:

- Evaluación del sistema de control interno 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. 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 de la vigilancia y seguimiento de dicho modelo. Igualmente recomienda todas aquellas circunstancias tendientes al cumplimiento de la normatividad, procesos, procedimientos, manuales y demás directrices de los órganos de control, además de la protección de los bienes públicos institucionales y dichas recomendaciones son acatadas y puestas en práctica por los destinatarios.
- En el elemento auditoría interna: Durante el presente periodo se han realizado una serie de auditorías internas tanto de la oficina de calidad como de control interno, aprocesos tales como: Contratación, Talento Humano, Apoyo asistencial y facturación, tendientes al adecuado desarrollo y cumplimiento de los procesos, actividades, operaciones que lleven al logro de los objetivos de la institución levantando y haciendo seguimiento a los planes de mejora generados como consecuencia de dichas auditorias.

COMPONENTES PLANES DE MEJORAMIENTO:

- La entidad viene dando cumplimiento a los planes de mejoramiento institucionales, la oficina de control interno ha realizado seguimiento a estos planes en el proceso de auditorías internas, entre los que se encuentra el seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría, buscando así mejorar los niveles de transparencia, eficiencia, eficacia y economía en las operaciones públicas.
- Los planes de mejoramiento funcional, se vienen adelantando al interior de la institución, mediante los comité y el seguimiento que periódicamente la institución hace a sus procesos en el comité técnico científico y la revisión por la dirección, aparte de todos aquellos provenientes de las auditorias realizadas desde la oficina de calidad, buscando así orientar las acciones de mejoramiento que han de llevarse a cabo por cada una de las unidades que conforman la entidad y sus correspondientes procesos, a fin de mantenerlas alineadas con el cumplimiento de los propósitos de la entidad.
- La oficina de control interno viene adelantando de igual forma, seguimiento a los planes de mejora individual, igualmente se vienen solicitando planes de mejora, encaminados a reorientar o definir procesos objetos de hallazgos derivados de las auditorías internas desarrolladas por esta oficina y aquellos planes objeto de auditorías realizadas al cumplimiento del POA.

Dificultades

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 a Junio 30 de 2013.

Demora en la entrega de los formatos de autoevaluación por parte de los empleados.

Dificultades en los acuerdos de gestión y planes de mejora individual, como consecuencia de la evaluación de gestión ya que no están claramente definidos ni presentan un seguimiento contante por parte de los jefes inmediatos o evaluadores.

Aún se debe fortalecer en gran medida el autocontrol para monitorear los planes de mejoramiento, especialmente lo relacionado con el plan de mejora institucional y los planes de mejoramiento por procesos.

Una vez realizados los procesos de auditoría y determinados los hallazgos se presentan dificultades en la entrega oportuna de los respectivos planes de mejoramiento. Si bien existen procesos, procedimientos manuales, directrices, contratos entre otros se detecta que muchos funcionarios desempeñan sus labores desconociendo dichas situaciones, siendo muchas veces pertinentes a un adecuado desempeño de sus funciones.

Estado general del Sistema de Control Interno

Durante la vigencia evaluada, el Sistema de calidad y control interno se encuentra en una etapa de maduración y consolidación, la cual comprende actividades de permanente actualización y ajuste a los componentes y elementos existentes. De esta manera se encuentran elementos que han mejorado significativamente dando lugar a empoderamiento de procesos, como también otros elementos que han permanecido estables.

Recomendaciones

En cuanto al elemento Planes de Mejoramiento Individual, es necesario que los funcionarios responsables de evaluar personal en la entidad, al igual que el funcionario Responsable del Proceso de Gestión del Recurso Humano, realicen 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.

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 por tanto del Mapa de riesgos institucional, es necesario retroalimentación constante y acompañamiento por el comité de calidad y control interno.

Aún es necesario que los líderes de cada proceso adquieran un mayor compromiso frente a la cultura del autocontrol y de la Autoevaluación del control, además es necesario que después de realizar los ejercicios de autoevaluación del control, los resultados sean incorporados en los planes de mejora de cada proceso.

Con relación a los Planes de mejoramiento misionales, aún se requiere un mayor compromiso por parte de los diferentes líderes, en cuanto a la gestión y cumplimiento de las actividades trazadas en cada uno de los mismos para lograr así un adecuado cumplimiento del plan de desarrollo institucional.

La ESE debe madurar mucho más en la cultura del cumplimiento de las acciones de mejoramiento, acciones correctivas, preventivas, y en general en todo lo relacionado con el cumplimiento de planes de mejoramiento a partir de las diferentes auditorías que se son realizadas.

Realizar oportunamente las evaluaciones de desempeño, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 909 de 2004.

Los informes de auditoría tanto externas como internas, deben ser insumo indispensable para el mejoramiento continuo de los procesos.