



## ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EL SANTUARIO- ANTIOQUIA

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

Jefe de Control Interno

María Eugenia Zuluaga  
Gómez

Período evaluado: Noviembre–Febrero de  
2014

Fecha de elaboración: Marzo de 2014

#### Subsistema de Control Estratégico Avances

#### COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL:

##### Acuerdos, Compromisos y protocolos éticos

Se realizó seguimiento a los planes de acción del plan anticorrupción, el cual fue actualizado para el año 2014 con base en la Ley 1474 de 2011, al igual que el plan anti trámites con el acompañamiento de los líderes de proceso, el cual fue publicado en la página web de la institución, encaminando la debida aplicación de los principios de responsabilidad, transparencia, moralidad y celeridad.

Se cuenta con el comité de ética, el cual se encarga de los análisis de los casos que se presentan en la entidad, incentivos y llamados de atención. Para dar cumplimiento y realizar seguimiento a estas actividades se documenta un plan operativo anual. Se siguen realizando sensibilizaciones en cuanto a los elementos constitutivos del código de ética institucional, al igual que en el manejo de los conceptos denominados Principios y valores éticos. Con base en lo anterior los empleados de la institución por valor o principio escogieron a la persona que ellos consideraban practican cada uno de dichos valores o principios y al ganador se le dio una distinción.

##### Desarrollo del Talento Humano:

El plan de capacitación para el año 2013 tuvo un cumplimiento del 75,8% teniendo como meta mínima el 70%.

Se paso un formato para que cada líder de proceso especificara las necesidades de capacitación de acuerdo a las necesidades de cada área de trabajo.

El plan de bienestar laboral para el año 2014 tuvo un cumplimiento del 82.6% teniendo como meta mínima el 70%.

El comité de bienestar laboral dentro de su Plan operativo anual tiene establecidas las actividades y fechas de las actividades de bienestar laboral que se realizaran durante el año 2014.

Se realizó evaluación de desempeño a los empleados de carrera de la institución.

Se realizó evaluación de desempeño a los empleados de carrera para dar a la ley 909 de 2004 y el decreto 1227 de 2005 el formato de evaluación utilizado fue el establecido por la comisión nacional del servicio civil.

Con base a las evaluaciones realizadas se hicieron planes de mejora individual.

Se hizo inducción al personal nuevo de la institución.

Se realizó encuesta de clima laboral la satisfacción quedo en un 99.38%.

Se inicio el estudio técnico de puestos y cargas laborales

#### Estilo de la Dirección:

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.

Se realizó Comité Técnico científico donde se revisó el cumplimiento de los Planes Operativos Anuales y cada líder de proceso expuso su POA vigencia 2014

Se reunió el grupo de planeación para la evaluación y actualización de las políticas institucionales.

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.

#### **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:**

##### **Planes y programas:**

Los planes y programas de la institución son revisados y monitoreados constantemente por medio de los indicadores establecidos por la dirección de la institución los cuales deben ser montados por cada líder de proceso en la plataforma sistema de gestión de indicadores.

Los cambios realizados en la institución se socializan en los diferentes comités y medios de comunicación de la ESE (boletín externo e interno, comunicación por perifoneo y programas radiales.).

##### **Modelo de operación por procesos:**

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.

El normograma de la institución se actualiza constantemente con el fin de dar cumplimiento oportuno informes de ley.

**Estructura organizacional:** En general se cuenta con una estructura 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:**

##### **Identificación de Riesgos:**

Con los líderes de proceso se actualizó el mapa de riesgos en diferentes áreas de la institución y Los riesgos de consulta externa que estaban en forma global se documentaron de manera individual identificando así los riesgos potenciales, una vez determinados como verdaderos riesgos que se pueden presentar en el cumplimiento de los objetivos, se analizaron, valoraron y el impacto.

Se definieron acciones y estrategias para el seguimiento, controles y disminución del riesgo.

Desde control interno se coordinó 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.

#### **Dificultades**

- Falta más socialización en cuanto al código de ética, difusión de valores y principios
- Establecer 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.

- Falta más compromiso por parte de los líderes en el seguimiento y cumplimiento de las acciones preventivas definidas en los mapas de riesgos, ya que no se están reportando de manera oportuna y adecuada.
- Falta actualización de los riesgos de algunas áreas. Aunque durante el periodo se trabajó e identificó la metodología de administración de riesgos en la ESE, y actualizo parte del Mapa de riesgos institucional, es necesario la retroalimentación constante entre las diferentes áreas.

#### *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 actualizaron los procesos de ambiente físico, archivo clínico, consulta externa, además se inició capacitación para el personal implicado.
- La institución realizó 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 auditorías tendiente a garantizar el adecuado funcionamiento de los procesos.
- A través del SGC cada líder y colider 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 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.
- 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, comité técnico científico y por tanto de ajustes para supresión o mejora en cada proceso. Además se está utilizando 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 constituyo en una importante herramienta de gestión ya que consolida, identifica y clasifica las fuentes de información externa e interna.

La construcción del formato plan de acción y/o mejoramiento para consolidar y estandarizar las acciones de cada proceso, permitiendo el seguimiento por parte del comité técnico científico.

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.

Con la actualización del software, se cuenta con herramientas más completas y oportunas para para ejercer control sobre todas las operaciones y toma decisiones.

La ESE cuenta con diferentes Sistemas de información presupuestal, contable, administrativa, financiera, cartera entre otros, los cuales se operan de manera adecuada generando información clara y oportuna de la institución. Nos aportan a una mayor planificación, operativización y control sobre la información de la entidad.

## **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.

Además se realiza la divulgación de la plataforma estratégica en pantallas de televisión, grupos de servicio y actividades de capacitación.

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 (Mensual) 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, balances financieros y presupuesto del año y se realizaron las actividades comprendidas por este concepto en el plan anticorrupción.

Se cuenta con la red social para comunicar eventos y sucesos de interés a la comunidad más joven del municipio

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.

## **Dificultades**

- La información o decisiones tomadas en los comité de la institución presentan dificultad al momento de retroalimentar al personal, respecto a lo allí tratado, ya que la información generalmente se queda en los miembros o asistentes a dichos comités.
  - 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).
  - 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
- La gran ocupación del personal dificulta la actualización de los procedimientos.

- No existe un sistema adecuado de control de acceso y salida del personal vinculado laboralmente a la institución.
- Se detectaron algunos incumplimientos reiterativos en el reporte de los indicadores de gestión.

#### Subsistema de Control de Evaluación

#### **Avances**

#### **COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN:**

- En el elemento de autoevaluación se adoptó el formato de autoevaluación y autogestión, falta la realización de posibles planes de mejora en aras de incentivar y promover el autocontrol.
- Se realiza análisis de gestión de indicadores de manera mensual. Y se realiza el respectivo análisis y plan de mejora a los que no cumplen la meta establecida.
- Se realiza reunión del Comité técnico científico donde se analizan los indicadores para verificar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

#### **COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:**

Evaluación del sistema de control interno la implementación del sistema de control interno es adecuado, permite evaluar permanentemente el cumplimiento de los objetivos y propósitos de la entidad, identificando sus deficiencias y alternativas de mejora permitiendo el seguimiento al actuar administrativo acorde con los principios de la función pública. Se creó el cargo de control interno como parte de la plata de cargos de la institución buscando un control permanente y oportuno a los procesos de la entidad. Se cuenta con el respaldo y compromiso de la alta dirección para el desarrollo de manera imparcial e independiente de la vigilancia y seguimiento. En el elemento auditoría interna: Durante el presente periodo se han realizado una serie de auditorías internas, a procesos tales como: facturación, inventarios, cajas menores, austeridad en el gasto tendientes al adecuado desarrollo y cumplimiento de los procesos, actividades, operaciones que lleven al logro de los objetivos de la institución.

#### **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 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 auditorías 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 de los POAs.

#### **Dificultades**

No se presentó plan de mejora con base a la autoevaluación realizada por los empleados. 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*

El sistema de Calidad y control interno se encuentra en una etapa muy avanzada, ya que se cuenta con mecanismos de permanente actualización, cronogramas de auditorías internas, a los diferentes procesos de la ESE, esto con el fin de realizar ajustes a los diferentes componentes y controles existentes, igualmente y acogiendo las directrices normativas, la entidad adopto en su planta de personal, el cargo por periodo del jefe de control interno, dando así una mayor independencia, autonomía y transparencia en el cumplimiento de las políticas institucionales y normatividad para un óptimo cumplimiento de las funciones y los cometidos Estatales.

#### *Recomendaciones*

Para un efectivo uso y manejo de la información generada por cada área es sumamente importante la alimentación continua a la intranet.

Realización de seguimiento a los planes de mejoramiento individual por parte de cada líder.

Realizar actualización a la declaración de bienes y rentas de los empleados de la ESE de acuerdo al decreto 2232 de 1995.

Establecer formato de evaluación de personal para empleados que están por la Corporación, provisionales.

En cuanto al manejo de riesgos es importante su retroalimentación oportuna en la intranet.

Es necesario que los líderes de cada proceso adquieran mayor compromiso frente a la cultura del Autocontrol y Evaluación y con base en los resultados se hagan los planes de mejora.

Se debe continuar con la consolidación definitiva de los Indicadores de gestión que hacen parte de la matriz de indicadores institucional y del cuadro de mando integral, para lo anterior es importante que a cada indicador se le estipulen objetivos y metas claras y alcanzables, de tal forma que se pueda medir de forma más clara el logro de los objetivos corporativos adoptados por la ESE.

Los diferentes comités de la institución socialicen su cronograma de actividades y que su retroalimentación se haga de manera oportuna al personal.

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.

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.

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 le son realizadas.

Bajo cumplimiento en la gestión y operativización de un buen número de los Comités institucionales debe fortalecerse, teniendo en cuenta el de sus respectivos planes operativos anuales y realizar depuración de aquellos comités en los que no se presentan operatividad o se pueden fusionar con otros, buscando ganar efectividad en el funcionamiento de los mismos.