

1.1. INFORME EJECUTIVO PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

INFORME EJECUTIVO CUATRIMESTRAL, PERÍODO: DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2014 AL 12 DE MARZO DE 2014 - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO – MECI-

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

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces: MARIA MARGARITA ALVIS CUEVAS

Período evaluado: 12/NOVIEMBRE/2014 A
12/MARZO/2014

Fecha de elaboración: 12/MARZO/2014

Subsistema de Control Estratégico

Avances

COMPONENTE AMBIENTE CONTROL: Se realizaron los procesos de inducción y re inducción programados en forma mensual, a los aspirantes y al personal de las escuelas de formación de enfermería. En estos espacios se da a conocer el código de ética, código de buen gobierno, los valores institucionales (Son trabajados en forma semanal, entre ellos: La responsabilidad, la honestidad, la creatividad, la tolerancia, el respeto, la solidaridad, el trabajo en equipo, y la lealtad), a través de los diferentes medios de comunicación.

La Oficina de Control Interno, participó dando a conocer las Políticas Institucionales, la Plataforma Estratégica, el funcionamiento del MECI aplicado en el Hospital, la armonización de MECI-CALIDAD, y la normatividad vigente para ello.

A través de los diferentes Comités Institucionales y de autocontrol, se han dado a conocer los logros obtenidos, las estadísticas de producción de servicios, las acciones de mejora en cumplimiento de los objetivos trazados; así como la nueva normatividad vigente para su aplicación; se han diseñado planes de contingencia para afrontar problemáticas de tipo social y económico presentadas en la región.

- Se dio cumplimiento a la medición del clima laboral y a las evaluaciones de desempeño laboral.

- Se logró el 90% de ejecución del PIC.

- **COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:** Se ha dado cumplimiento a las metas trazadas para el 2014 en el Plan de Gestión Gerencial, cuya evaluación y seguimiento fue realizada en conjunto con la Revisoría Fiscal, quien certificó un cumplimiento del 80%.

- Para llegar a estos resultados se trabajo arduamente con todas las dependencias y servicios de la E.S.E., logrando ajustar los diferentes planes de acción y planes de mejora para la consecución de los objetivos de cada área y los objetivos misionales en conjunto.

- Debido a la dinámica fue necesario ajustar algunos procesos misionales y administrativos en cuanto a protocolos, guías, manuales y formatos de información y control. La entidad ha mejorado las herramientas y recursos de tipo administrativo, asistencial, tecnológico, logístico y de talento humano; para cumplir con los planes institucionales y las metas trazadas.

- **COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** Se cuenta con la formulación del mapa de riesgos, con los respectivos indicadores para su seguimiento y monitoreo.
- A través de los comités de autocontrol y demás comités institucionales se realizan en forma periódica su análisis y toma de correctivos necesarios.
- En los casos de identificación de riesgos potenciales se han elaborado planes de contingencia (Suministro de agua potable, mantenimiento planta eléctrica, reubicación de cámaras de vigilancia, mayores controles en la vigilancia, actualizaciones del software de Historias Clínicas, reposición de UPS, logística de consecución de insumos, entre otros).
- La Oficina de Calidad, ha apoyado la organización de capacitaciones entre los diferentes servicios para mitigar la ocurrencia de eventos adversos, así como temas de interés y actualidad para la Comunidad hospitalaria.
- La Oficina de Control Interno, realizó seguimiento a los contratos más relevantes con el fin de observar la transparencia de los procesos y el avance de los mismos. La entidad cuenta con políticas administrativas claras en los procesos de contratación.
- Los servidores públicos y en especial los jefes de área, reportan en forma oportuna los posibles riesgos en el desarrollo de sus actividades, los cuales se analizan en los comités institucionales o por su superior inmediato para su análisis y mitigación de los mismos.

Dificultades

- Es necesario continuar con las capacitaciones al personal en temas de diseño, construcción y seguimiento de indicadores de gestión, planes de acción, planes de mejoramiento; para fortalecer el trabajo en equipo y el cumplimiento de las metas establecidas a nivel institucional.

E.S.E. HOSPITAL LOCAL MONTELIBANO

- **COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL:**

- Gran parte de los procesos y procedimientos se han adoptado e implementado por los funcionarios de la entidad, esto conlleva a realizar un adecuado seguimiento, evaluación y medición de las actividades desarrolladas.
- Se ha dado cumplimiento a los indicadores establecidos por los Organismos de Inspección, Control y Vigilancia; así como a los establecidos en el Convenio de Desempeño con el Ministerio de Salud. En el caso de que el margen de cumplimiento haya arrojado un resultado aceptable, mediante reuniones de comité se han trazado por sus responsables las respectivas medidas correctivas.
- Se han realizado ajustes y actualizaciones permanentes a algunos procedimientos que requerían algún cambio o actualización, a través de circulares de la subgerencia administrativa ó por oficio de la Oficina de Calidad, y Subgerencia Técnico- Científica.
- Todos los procesos y procedimientos están debidamente documentados y se ejecutan por sus responsables, aquellas modificaciones y/o actualizaciones requeridas son notificadas, revisadas y aprobadas por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Garantía de la Calidad.
- La entidad sigue avanzando en el proceso de Acreditación en Salud, de acuerdo a la normatividad expedida por el Ministerio de Salud.
- Existen los controles adecuados y de medición para el desarrollo de los procesos y procedimientos institucionales.
- La Administración ha concentrando sus esfuerzos en brindar un servicio a la comunidad hospitalaria en forma más humanizada, con calidez y calidad.
- La Oficina de Calidad y la Oficina de Control Interno, ha contribuido a la asesoría del diseño de formatos y demás herramientas necesarias, para el manejo de la información y su posterior reporte ya sea interna ó externa.
- La información contable, financiera, administrativa, como los indicadores de calidad, y los informes de la Oficina de Control Interno; han reflejado la realidad de las operaciones de la Entidad.

- **COMPONENTE INFORMACIÓN:** La Oficina de Control Interno, ha realizado el seguimiento del cumplimiento y reporte de los informes gerenciales con destino a los entes de control, como: Contraloría General de la República, Superintendencia Nacional de Salud, Contaduría General de la Nación, la DIAN, Contraloría Departamental de Córdoba, Ministerio de la Protección Social, Secretaría de Salud Departamental, Secretaría de Salud Municipal, entre otros.

- Se cuenta con los mecanismos para recibir las sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas, reclamos y felicitaciones por parte de la ciudadanía. Así mismo se realiza el análisis dicha información a través de la Oficina de Atención al Usuario, y los Comités Institucionales, generando una información transversal hacia los servicios que la generan para que el líder del área conozca dicha información y genere acciones de mejora.
- El adecuado manejo de la información interna y externa de la entidad, es una herramienta vital de retroalimentación para la mejora de los procesos del Hospital, así como de insumo a las decisiones directivas en el cumplimiento del Manual de Políticas de Comunicaciones de la entidad.
- Se ha avanzado significativamente en la implementación del Software de Historias Clínicas, con el diseño de aplicativos informáticos conexos necesarios para el mejoramiento de procesos de información institucional.
- Están establecidas las ventanillas especiales para ciertos usuarios por norma (gestantes, tercera edad, discapacitados, infantes y población vulnerable).
- Se Cambio la página web de la E.S.E., en cumplimiento de las fases básicas de la estrategia Gobierno en Línea.

- Se está dando aplicabilidad a las políticas Antitrámites para beneficio de los usuarios (Ley 962 de 2005) con el apoyo de orientadoras en los procesos de facturación de servicios, así como las Tablas de Retención Documental (T.R.D.) (Ley 594 de 2000).

- **COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA:** Se ha sostenido el grado de satisfacción de los usuarios y la percepción de los servicios prestados, al cierre de la vigencia 2013 .

- Se ha desarrollado el plan de comunicaciones, así como la utilización de programas radiales, carteleros, página web, volante, y periódicos regionales, para informar a la comunidad en general sobre nuevos servicios, brigadas, e información de interés general.

- Se dio cumplimiento a la publicación del Plan de Acción Institucional para el 2014, con sus respectivos indicadores, y planes de acción; así como al Informe de Gestión de la Vigencia 2013.

- Se ha participado en reuniones requeridas y programadas con la Gerencia, y los Veedores Ciudadanos, para atender inquietudes sobre proyectos y los servicios ofertados.

- Existen los respectivos controles para la comunicación verbal y escrita. Se da estricto cumplimiento a los informes requeridos por los diferentes entes de control y vigilancia.

- Se cuenta con el sistema de comunicación con amplificación de sonido para los diferentes servicios asistenciales y procesos administrativos y uno especial para el área de urgencias que posee características específicas.

DIFICULTADES

- La entidad está ajustando y mejorando el proceso de diseño e implementación del mecanismo de rendición de cuentas, a través de la plataforma tecnológica y con el concurso de la comunidad en general.

- Se espera que con la puesta en funcionamiento de los aplicativos electrónicos de Sistemas de información (herramientas tecnológicas), se optimice el reporte de informes asistenciales, estadísticos y demás informes administrativos para la elaboración de informes externos.

- Se están haciendo diferentes peticiones de mejora por parte de algunos servicios para el contrato de soporte técnico del software de Historias Clínicas, P y P para que sean tenidas en cuenta en las futuras actualizaciones en la presente vigencia.

- Hay que reforzar la medición de las metas por dependencia con los respectivos planes de acción para cada dependencia; previa capacitación y socialización del plan institucional.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

- **COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN:** Los líderes de apoyo al Sistema de Control Interno, así como los jefes de áreas, cuentan con los instrumentos que permiten aplicación de controles, mecanismos de verificación y medición; sobre los cuales se ejecutan acciones correctivas y de mejora, sin embargo se hace necesario su fortalecimiento, específicamente en temas como los indicadores, planes de acción, e identificación y manejo de riesgos.

- Es política de la Gerencia y del Comité del sistema de Control Interno y de Calidad, conceder todas la herramientas e instrumentos de control necesarios para que el sistema como tal pueda navegar con facilidad y así lograr el cumplimiento de los objetivos, actividades, estrategias y metas, establecidos en el Plan estratégico, columna vertebral de la administración de la Institución. Para ello, la entidad ha desarrollado todos los manuales, políticas, modelos, guías e indicadores de gestión y de control para poder medir el sistema, teniendo en cuenta los instrumentos que para tal fin ha establecido el DAFP.

- La Administración retroalimenta sus evaluaciones, aplicando los correctivos necesarios soportados en evidencias y en desarrollo de las respectivas actas de comité institucionales.

- Se ha reforzado a través de la Política Gerencial el concepto de Autocontrol, austeridad en el gasto público, y la gerencia de los diferentes servicios; por medio de reuniones constantes del personal para

las diferentes áreas del Hospital.

- El Comité de Control Interno y de Calidad, cumple con su fin, y se encuentra activo en la Entidad.

- **COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:** El control independiente se realiza con base en la programación anual, en la cual se han incluido las respectivas auditorías de control interno y las de calidad; trabajando en armonización del MECI-CALIDAD. Los resultados de las evaluaciones han permitido que el Hospital desarrolle planes de mejoramiento interno, contribuyendo de esta forma a mejorar los procesos y contrarrestar las debilidades presentadas, para una mejora continua de la gestión.

- La Oficina de Control Interno, ha cumplido con los informes pormenorizados de control interno (Art. 9 Ley 1474 de 2011), dándolos a conocer a la Gerencia y siendo publicados en el web del Hospital.

- La Oficina de Control Interno, a través del Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno Vigencia 2013, presentó a la Gerencia del Hospital el pasado 28 de Febrero de 2014, y en la página web del Hospital, los resultados de las siguientes evaluaciones: 1. Evaluación y seguimiento a la implementación del MECI, con la metodología del DAFP. 2. El informe anual de Control Interno Contable, vía CHIP. 3. La Gestión y actividades adelantadas por la Oficina de Control Interno. 4. Informe del avance de los planes de mejoramiento. 5. Informe al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

- El ejercicio de la funciones de Control Interno se ha realizado en forma dinámica, participativa al interior de los comités establecidos institucionalmente.

- En respuesta a las observaciones de los organismos de control (Contraloría Departamental de Córdoba) y las auditorías externas se diseñaron y ejecutaron los planes de mejoramiento, se realizaron los respectivos seguimientos y cumplimiento de las metas propuestas, verificando la efectividad de las estrategias planteadas.

- Las auditorías realizadas, los controles, los seguimientos a los procesos son dados a conocer en forma oficial a la Gerencia y a los respectivos líderes de los procesos.

- **COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO:** Como resultado de las evaluaciones y seguimientos y auditorías adelantadas por la Oficina de Control Interno se formularon en coordinación con las áreas respectivas, los planes de mejoramiento para, los cuales han tenido continuidad para la actual vigencia como es el caso de Oficina de Atención al Usuario (SIAU), Asignación de Citas Médicas, Archivo de Historias Clínicas, Admisiones, Notificaciones y Autorizaciones, Urgencias y Cartera.

- Se ha dado seguimiento, revisión y cumplimiento al Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría Departamental De Córdoba por la vigencia 2013. Los avances y cumplimiento del mismo fueron reportados a través de la Plataforma., el ente de control informa a la E.S.E. que ya cumplió con las actividades propuestas en el Plan de Mejoramiento Institucional pactado con el organismo de control.

Dificultades

- Se debe seguir fortaleciendo a nivel institucional las políticas de autocontrol y autorregulación, en el desarrollo de sus actividades.

- Es necesario que todo plan de mejora se realice en los formatos establecidos institucionalmente con copia a la Oficina de Control Interno y la Oficina de Calidad, según los procesos a retroalimentar.

- Se debe continuar con las capacitaciones al personal en los temas de atención al ciudadano y buen trato a los usuarios.

Estado general del Sistema de Control Interno

- Con base en lo expresado en los avances y dificultades de los anteriores subsistemas, consideramos que el Sistema de Control Interno para La E.S.E. Hospital local de Montelibano Córdoba, Se encuentra

direccionado para lograr un desarrollo óptimo, mitigando los posibles riesgos; para lo cual se debe continuar con actividades de mantenimiento para su sostenimiento a corto, mediano y largo plazo.

- La instrumentación e implementación del modelo estándar de control Interno - MECI, en la Institución, le ha permitido modernizar todos sus instrumentos de control y evaluación en forma permanente.

- Los últimos resultados de las Autoevaluaciones de la entidad y las Evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno de acuerdo a las metodologías, y los resultados de la Evaluación Encuesta –DAFP-para la vigencia 2013, obtuvieron el siguiente puntaje: **MECI del 93.05%**, ubicándose en el rango de avanzado para el consolidado de la vigencia 2013.

- En cuanto al resultado de la valoración cuantitativa del Informe de Control Interno Contable, a través del CHIP se obtuvo un resultado del 4,74 para el 2013, ubicándose en el nivel máximo de calificación “ADECUADO” (Rango de 4.0 a 5.0).

- En el Hospital se ha dado cumplimiento respecto a las medidas de austeridad del gasto y existen los controles adecuados para ello, como en el consumo de papel, uso de las impresoras, uso del internet, correo institucional, servicio de acueducto, servicio de energía eléctrica, servicio de fotocopias; entre otros.

- El sistema de Control Interno ha logrado avanzar vigencia tras vigencia, de acuerdo a los parámetros del DAFP y en cumplimiento de la normatividad específica de los procesos e informes presentados por el Hospital y la Oficina de Control Interno.

Coordinar a través de la Subgerencia Administrativa y Financiera, la Subgerencia Técnico Científica y los coordinadores líderes de área, las diferentes actividades encaminadas a la mejora continua para atender las dificultades identificadas en cada subsistema del presente informe, con la finalidad de seguir con las actividades de mantenimiento permanente del MECI en la E.S.E., logrando sostener los resultados de la calificación obtenida.

- La Oficina de Control Interno continuará apoyando los procesos del Hospital, para mantener los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas y con la finalidad de la mejora continua.

- Fortalecer y socializar en la comunidad hospitalaria la implementación de los mecanismos de Participación ciudadana a través de la página web institucional, siendo dinámica y en cumplimiento de la normatividad vigente.

1.2. GESTIÓN Y ACTIVIDADES ADELANTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

La entidad cuenta con la estructura Instrumental para la implementación del Sistema de Control Interno, compuesta por el Gerente, al cual le corresponde establecer, desarrollar y mantener el SCI de la E.S.E. Hospital local de Montelibano y la aplicación de las recomendaciones en materia de Control Interno; al Jefe de la oficina de Control Interno le corresponde la verificación posterior y selectiva de los elementos de control, apoyado en la organización de estos, informando las deficiencias y generando recomendaciones, para el seguimiento a planes de mejoramiento; el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, evalúa permanentemente el Sistema de Control Interno para garantizar su efectividad, cumplimiento de objetivos y metas institucionales; los Subcomités de Autocontrol, elaboran e implementan los planes operativos a nivel

de grupo y los Servidores Públicos son los responsables de la ejecución del control y de la operatividad eficiente de procesos y procedimientos.

En cuanto a los planes de mejoramiento institucional formulados por la Contraloría Departamental para la vigencia 2013, se ha dado continuidad y vigilancia a las actividades programadas en esa vigencia y para la actual, con miras a fortalecer los procesos internos. La Oficina de Control Interno, en compañía con el equipo directivo de la entidad, realizó el seguimiento al cumplimiento del 100% de las actividades a desarrollar, dentro del tiempo programado cumpliendo el Hospital con los indicadores establecidos del Plan de Mejoramiento Institucional por parte de los responsables. Así como el rendimiento de los informes de seguimiento del Plan de Mejoramiento Institucional en las fechas establecidas a través de la plataforma del ente de control, de acuerdo a la normatividad vigente.

E.S.E. HOSPITAL