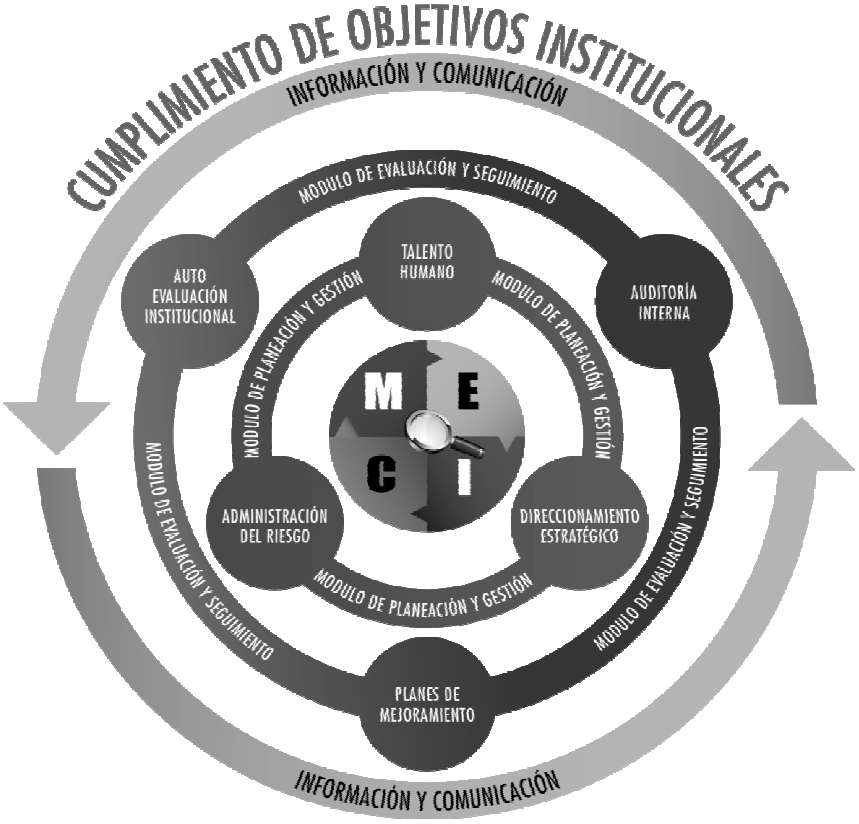
205-28-06-2017-0003

INFORME PORMENORIZADO
ESTADO DEL CONTROL INTERNO
PERIODO JULIO A OCTUBRE DE 2017

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Manuela Beltrán del municipio de Socorro, presenta a continuación el informe de los avances en cada uno de los Módulos y Eje Transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI.



Durante el periodo de Julio a Octubre de 2017 se realizaron las siguientes actividades en cumplimiento del Decreto 943 de 2014 por medio del cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno. – MECI, a todos los servidores públicos de la Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Manuela Beltrán del municipio de Socorro.

1. MODULO DE CONTROL PLANEACION Y GESTION

1.1. COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1 ACUERDOS Y COMPROMISOS O PROTOCOLOS ETICOS

La entidad cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno", el cual formula los principios y valores institucionales, y permanentemente es retroalimentado por el Líder de Proceso de Talento Humano en los procesos de Inducción y re inducción

.

El documento Código de Ética actualmente esta publicado en el Portal Web de la entidad.

Se apoyo el proceso de organización de la actividad Tarde de Talentos y Deberes que se llevara a cabo el día 01 de noviembre en el desarrollo de la Semana de la Calidad.

El día 26 de octubre junto con los procesos de comunicaciones, sistemas de gestión, contratación con EPS, se hizo entrega de los derechos y deberes agrupados por áreas para la actividad de Tarde de Deberes y Derechos de la Semana de la Calidad.

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La planeación y programación formulada por el Proceso de Gestión del Talento Humano, continuó su desarrollo en el periodo evaluado el desarrollo de los programas se enmarcan en la Administración Estratégica del Talento Humano. Durante el período de julio a octubre se realizaron las siguientes actividades.

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
Se realizaron las siguientes actividades, las cuales fueron apoyadas por el Profesional de Salud Ocupacional, la oficina de Talento Humano, los miembros de la Brigada de Emergencia de la entidad, las Cajas de Compensación Familiar, y la ARL.

Actividad	Mes
Simulacro de Evacuación ante posibles emergencias	25 de Octubre

Fuente: Oficina de Talento Humano vigencia 2017

Actividades de capacitación

En el periodo se llevaron a cabo las siguientes capacitaciones en diferentes temas:

Plan de Capacitación	
Aplicación de Criterios de Calidad y Control Interno en el Sector Salud (MECI)	Septiembre de 2017 (Talento Humano).
Implementación de procesos en salud excelentes y seguros	
Aplicación de lineamientos del Modelo de atención integral en salud (MIAS)	
Gestión Integral en Salud Familiar y comunitaria	

Fuente: Oficina de Talento Humano vigencia 2017

Actividades de Bienestar: Se realizaron las siguientes actividades:

Plan de Bienestar	
Día del Nutricionista	11 de Agosto
Día del Fonoaudiólogo	6 de Septiembre
Día del Químico Farmacéutico	26 de Septiembre
Día del odontólogo	2 de octubre
Día del instrumentador Quirúrgico	25 de octubre
Cumpleaños de Empleados, colaboradores	Mensual
Celebración día de los niños	Todas las empresas
Semana de la Calidad y Seguridad en el trabajo	30 octubre al 3 de noviembre

Fuente: Oficina de Talento Humano vigencia 2017

Además se llevaron a cabo las actividades propias del proceso como son:

- La vinculación, permanencia y desvinculación del personal de la Entidad, acorde con la normatividad vigente.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.

1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

En el ejercicio de evaluación y seguimiento que se realiza anualmente por parte de los Jefes de Control Interno al cumplimiento de las metas y proyectos trazados en el Plan de Desarrollo Institucional.

En el mes de febrero de la vigencia 2017 los líderes de procesos formularon y aprobaron en reunión gerencial los Planes Operativo Anuales de Inversión de las metas trazadas en el Plan de Desarrollo y de Gestión para la vigencia 2017, los cuales serán analizados en seguimiento al cumplimiento de las metas en el mes de julio de la actual vigencia.

Durante la primera semana del mes de noviembre los líderes de proceso realizaron la evaluación de los POAI correspondiente al primer semestre de la vigencia 2017, resultados que serán presentados en el mes de diciembre con el informe final.

Esto teniendo en cuenta que por el proceso de transición que se dio con el Gerente y su nueva posesión, nuevamente se debió presentar y ajustar el PLAN DE DESARROLLO en el mes de agosto lo que genero ajustes y formulación de nuevos POAI para el segundo semestre de la vigencia 2017.

En materia de Rendición de Cuentas la entidad realizará Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2017, en el primer trimestre de la vigencia 2018.

1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS.

En los procesos de inducción se ha socializado a los trabajadores de la entidad (Servidores Públicos y contratista) el Nuevo Mapa de Procesos.

El Mapa de Procesos fue retroalimentado a través de la Intranet, y Gestión Documental a todos los funcionarios, contratistas y colaboradores de la entidad. Estrategia que fue liderada por el Líder de Proceso de la Oficina de Calidad.

1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad, lo que permite dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con la misión y su función constitucional y legal.

La organización cuenta con una estructura organizacional establecida mediante Resolución No. 266 de septiembre 1 de 2011. Se recomienda evaluar y ajustar la estructura actual.

Se recomienda que para la vigencia 2018 se elabore el documento que describa la estructura de la organización, el cual especifique las líneas de autoridad y toda aquella comunicación formal en la entidad.

1.2.4 INDICADORES DE GESTION

La entidad formuló indicadores en el Plan de Desarrollo y Gestión para la vigencia 2016-2020, con base en la estructura del plan, la entidad establece que todas las áreas y procesos deberán identificar, y controlar y reportar oportunamente las desviaciones de la gestión y de sus proyectos a través del cumplimiento de los indicadores, el seguimiento y evaluación respectiva, correspondiente al control, y estos serán evaluados semestralmente por la Alta Dirección.

En el mes de febrero de la vigencia 2017 los líderes de procesos formularon y aprobaron en reunión gerencial los Planes Operativo Anuales de Inversión de las metas trazadas en el Plan de Desarrollo y de Gestión para la vigencia 2017, los cuales serán analizados en seguimiento al cumplimiento de las metas en el mes de julio de la actual vigencia.

Durante la primera semana del mes de noviembre los líderes de proceso realizaron la evaluación de los POAI correspondiente al primer semestre de la vigencia 2017, resultados que serán presentados en el mes de diciembre con el informe final.

Esto teniendo en cuenta que por el proceso de transición que se dio con el Gerente y su nueva posesión, nuevamente se debió presentar y ajustar el PLAN DE DESARROLLO en el mes de agosto lo que genero ajustes y formulación de nuevos POAI para el segundo semestre de la vigencia 2017.

En la presente vigencia, el Líder de Planeación ha revisando el cumplimiento de los indicadores en los diferentes procesos de acuerdo a los Planes Operativos formulados para la vigencia, los cuales serán analizados en seguimiento al cumplimiento de las metas en el primer trimestre de la vigencia 2018.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

La ESE mediante Resolución No. 048 del 24 de febrero de 2017 adopto las políticas y los lineamientos para la Administración del riesgo, aprobó el mapa de riesgos institucional.

Con respecto a la política de riesgos es reconocida y aplicada por los procesos, se cuenta con mapas de riesgos de procesos.

El Líder de Proceso de Gestión de Calidad en el período por áreas y procesos, ha realizado la socialización de los mapas de riesgos aprobados, los cuales fueron construidos con cada líder de proceso.

En el mes de agosto se realizo revisión de los mapas por procesos con cada líder de área o proceso.

El 4 de septiembre en la sesión de Comité Institucional de Control Interno se presento y socializo al a los miembros del comité la Política de Riesgos de la entidad.

En el mes de octubre y la primera semana del mes de noviembre se socializaron por procesos con sus correspondientes lideres los Mapas de Riesgos ajustados, actividad que fue liderada por la

oficina de Calidad con el acompañamiento de la Asesora de Control Interno y reposan los registros de asistencia en el archivo de la oficina de calidad.

Durante la primera semana del mes de septiembre se realizó seguimiento a las actividades del Plan Anticorrupción para la vigencia 2017. Los líderes responsables de cada meta entregaron informes con evidencias de avance y cumplimiento a las metas trazadas en cada uno de los componentes.

Se público en la página web institucional el segundo informe de seguimiento de la vigencia el 11 de septiembre.

2. MODULO DE CONTROL EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad siempre requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad.

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

La autoevaluación, como herramienta complementaria al autocontrol se convierte en un instrumento básico para la mejora continua de la entidad.

El día 02 de Agosto se llevo a cabo reunión de retroalimentación a los Presidentes y Secretarios Técnicos de los Comités de la Institución que tienen suscrito Plan de Mejoramiento con la SUPERSALUD, donde se trataron temas como la organización y contenido de las Actas de cada reunión, seguimiento a los expedientes de las actas y la importancia de la verificación y cumplimiento de los compromisos que quedan en cada sesión.

Durante la primera semana del mes de agosto se realizó seguimiento a la información del proceso de Contratación que se reporta a la plataforma de SIA OBSERVA, se realizaron recomendaciones a los líderes del proceso y se comunico a la Gerencia sobre la información allí registrada, esto con el fin de mejorar el cargue de la misma, y el cumplimiento en las fechas establecidas por la Contraloría.

El 11 de Agosto en conjunto con el Líder del Proceso de Gestión Documental se realizo visita al Nodo del Municipio de Hato. En la visita se realizaron algunas recomendaciones al proceso de Gestión Documental, actualización del Inventario de bienes del Nodo, se hizo entrega de CD que contiene información de formatos institucionales, Tablas de Retención Documental.

De igual forma se socializaron las Tablas de Retención Documental a la Jefe de Enfermería del Nodo encargada del Proceso de Gestión Documental y se realizo trabajo de campo de organización de archivos.

En cumplimiento de los Decretos Nacionales 1737 de 1998 y 984 del 2012 la Oficina de Control Interno ha rendido los informes trimestrales al Representante Legal de Austeridad en el gasto.

El día 4 de septiembre se realizo la sesión del Comité de Coordinación de Control Interno fue presentado el informe de la oficina de control interno correspondiente al primer semestre de la vigencia 2017.

En la sesión del comité se presento y aprobó la modificación del Acto Administrativo de Creación del Comité Institucional de Control Interno y se socializo y aprobó el Estatuto de Auditoría Interna de acuerdo a lo establecido en el Decreto 648 de 2017.

Se presento el informe de Peticiones, quejas y Reclamos por el líder de Proceso de Sistema de Atención al Usuario y el Coordinador de Sistemas de Gestión.

Se realizo seguimiento, retroalimentación a los comités que tienen compromisos del Plan de Mejoramiento de la Súper Salud, en normatividad y elaboración de actas.

2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

Este componente busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

Se continúa con la Auditoria al Proceso de Facturación de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditorias para la vigencia 2017 y las recomendaciones dadas por los miembros del Comité de Facturación, Cartera y Glosas y el Comité de Sostenibilidad Contable.

En el mes de septiembre finalizó la Auditoria al proceso de Facturación de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditorias para la vigencia 2017, el informe final de la auditoria y las observaciones se presentaron a la Gerencia.

Se proyecto y aprobó en sesión del 4 de septiembre de Comité el Estatuto de Auditoría Interna acuerdo a lo establecido en el Decreto 648 de 2017, y los modelos entregados por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se socializo con los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Santander, y se les invito y recomendó la importancia del seguimiento y cumplimiento del mismo.

Se presento el informe de seguimiento de Derechos de Petición al comité de acuerdo los reportes enviados por la oficina jurídica de la entidad, correspondientes al período de enero a agosto de 2017.

La ESE HRMB a través del Líder de Proceso de Gestión Jurídica, ha venido realizando el cargue de la información contractual en el portal, evidenciándose el cargue de los procesos contractuales, sin embargo se recomendó que esta tarea se lleve a cabo en los tiempos establecidos por la norma y en el manual de contratación de la Entidad.

2.3 COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO

De acuerdo a lo establecido en la Ley 87 de 1993 y en cumplimiento a la Resolución 000858 de 2016 de la Contraloría General de Santander, se realizó seguimiento al plan de mejoramiento para la rendición del informe de Avance de Cumplimiento a las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento de la Auditoria Integral vigencia 2015 correspondiente al tercer trimestre del año 2017.

Se realizó seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental correspondiente a la vigencia 2015. Y Se envió reporte que se cargo en la plataforma de SIA CONTRALORIA el día 13 de octubre.

En atención a la solicitud realizada por parte del Archivo General de la Nación para los ajustes al Plan de Mejoramiento de Archivo suscrito con esta entidad. Se apoyo el proceso de recopilación de la información y elaboración del informe el cual fue enviado el día 10 de agosto.

3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACIÓN

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

La entidad cuenta con un Manual y Política de Comunicaciones actualizados en el mes de diciembre de la vigencia 2017, el cual fue publicado en la página web institucional.

La entidad cuenta con formato institucional de procedimientos frente a la recepción y tramites de quejas, reclamos, sugerencias, peticiones y felicitaciones, información y atención al usuario.

En la institución se encuentran ubicados once (11) buzones con la papelería requerida, distribuidos en las diferentes áreas de atención al usuario, y un buzón en el nodo del municipio del Hato y otro en el nodo del municipio del Palmar.

De acuerdo a lo acordado en el Comité de Ética el procedimiento se da apertura de buzones con periodicidad de cada 8 días con la participación de un miembro de la asociación de usuarios.

En la entidad se realiza el proceso de socialización de los derechos y deberes de los usuarios permanentemente.

En el Comité Institucional de Control Interno llevado a cabo en el mes de septiembre se presento el informe de Peticiones, quejas y Reclamos por el líder de Proceso de Sistema de Atención al Usuario y el Coordinador de Sistemas de Gestión.

Se ha fortalecido optimizando en los procesos el uso de los canales de comunicación correos electrónicos institucionales, carteleras, intranet, teléfono fijo, celular, entre otros.

El líder del proceso de Gestión Documental continúa con el proceso de socialización y manejo de Tablas de Retención Documental al interior de los procesos.

4. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La entidad cumple de forma estructurada con la aplicación del Modelo de Control Interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos.

La política de riesgos es reconocida y aplicada por los procesos, se cuenta con mapas de riesgos institucional.

La Alta Dirección está comprometida a desarrollar la nueva labor de liderazgo en actualización de los procesos y procedimientos.

La entidad ha venido participando de las capacitaciones y retroalimentado al interior de la entidad con el compromiso de Alta Gerencia el Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG.

5. RECOMENDACIONES GENERALES

Se recomienda dar continuidad a la inscripción y racionalización de trámites en el SUIT y la publicación de los mismos en la página web institucional.

Se recomienda que los líderes de los procesos o responsables de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento, hagan seguimiento permanente al cumplimiento de las mismas.

Se recomienda revisar el proceso llevado a cabo por la ventanilla única, revisar los procedimientos y ajustar el software que permita una mayor funcionalidad y el reporte de los informes mensuales.

(ORIGINAL FIRMADO)
MARIBEL ARGUELLO CALA
Profesional de Control Interno
Contratista