



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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces: Juan Guillermo Posada Mejía.
Período evaluado: Segundo Trimestre de 2016
Fecha de elaboración: 27 de Julio de 2016
Entidad: Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia.
Representante de la Entidad: Santiago Caicedo Restrepo.

AVANCES DEL MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

1. COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO:

1.1. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos

Se tiene el código de ética del año 2010, el cual fue elaborado con la participación de todos los funcionarios, los valores y compromisos éticos fueron incluidos en el Plan de Desarrollo Institucional. Se crea el comité de ética hospitalaria mediante la Resolución No 065 A de julio de 2010.

1.2. Desarrollo del Talento Humano:

Existe un Manual de Funciones y Competencias del año 2015 Adoptado por el Acuerdo No 10 de Julio 6 de 2015 y socializado.

Con respecto al Plan Institucional de Capacitaciones del Hospital se elaboró un documento con el Plan en el año 2011 y adoptado por medio de la Resolución No 090 de 2012 y todos los años se realiza su actualización de acuerdo con las necesidades y competencias del personal. En el mes de abril de este año se actualiza el Manual Institucional de capacitación y se elabora el nuevo formato con el PIC para el año 2016.

Se tiene adoptado por Resolución No 120 de mayo del 2014 El sistema general de estímulos. En el mes de mayo del 2016 se elabora el Manual de Bienestar social e incentivos y el nuevo formato del plan d bienestar social para el 2016.

Existe un documento del año 2011 con el manual de inducción y reinducción, el cual cuenta con unos formatos de bienvenida, presentación jefe, un programa, ubicación y entrenamiento.

Existe un documento del año 2011 con el proceso de selección del talento humano y el proceso meritocrático.

Con respecto a la evaluación del desempeño el Hospital se acoge al sistema tipo establecido por la CNSC y se realizan las evaluaciones de acuerdo con la norma. Existe la Resolución No 208 de 30/10/2014 Se designan los representantes de los empleados ante la comisión de personal del Hospital. Para este segundo semestre del 2016 se debe actualizar la comisión.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com



Se reportaron a la comisión del servicio civil 24 cargos para concurso, discriminados en 3 profesionales, 2 técnicos y 19 asistenciales.

Se elaboran los acuerdos de gestión del Gerente con los subgerentes y se realiza las evaluaciones y seguimientos semestrales.

Mediante la Resolución No 021 de febrero de 2013 se crea el comité de convivencia laboral para fortalecer las actividades relacionadas con el talento humano. Este comité es el encargado de elaborar los formatos con los planes de bienestar social y el PIC del 2016.

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

2.1. Planes, Programas y Proyectos

Se adoptó por acuerdo No 007 de Septiembre de 2012 el Plan de Desarrollo Institucional en el hospital para el periodo 2012-2016 por líneas estratégicas, programas y proyectos y cuenta con una parte estratégica y una parte financiera Esta publicado en la página web. Se está trabajando por parte de la alta dirección en el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2016 – 2020 el cual debe estar aprobado por la Junta directiva en el cuarto trimestre del año.

Se realiza los Planes de Acción al comienzo de cada año y estos son publicados en la página web de la entidad y en gestión transparente. Se está dando cumplimiento con los debidos cronogramas de trabajo de los diferentes comités que existen en el Hospital.

Con el Acuerdo No 003 de Marzo del 2015 se aprueba la evaluación del Plan de gestión gerencial 2012 – 2015. Para lo cual se tiene un tablero de indicadores que se está revisando de forma periódica. En el mes de mayo del 2016 se presentó por parte de la Gerencia el proyecto de acuerdo No 006 de 2016 “Plan de Gestión Gerencial 2016 – 2019” el cual fue aprobado por la Junta Directiva, además fue socializado en reunión al Comité directivo en el mes de Junio.

A mediados del Mes de Julio se da comienzo a la elaboración y caracterización del Proceso de Direccionamiento estratégico, el cual se espera que esté listo a finales del mes de septiembre.

Se realizan todos los meses encuestas de satisfacción a los usuarios de forma telefónica.

2.2. Modelo de Operaciones por Procesos:

Se cuenta con el mapa de procesos donde se identifican los procesos estratégicos, los misionales, de apoyo y de evaluación Adoptado por el Acuerdo 005 de 2013 y Publicado en la página web del Hospital.

Se tiene el proceso de Contratación caracterizado pero se ha venido realizando su actualización y se fortaleció la parte de la política de administración del riesgo. Hay una versión No 2



Se da comienzo con la caracterización de los siguientes procesos misionales como son: Hospitalización el cual se tiene elaborado en un 70%, el de odontología en un 60% y el de Laboratorio en un 80%.

También se comenzó con la elaboración de los procesos estratégicos como son el de Gestión de la Información el cual está elaborado en 60%, el de control de gestión (control Interno) elaborado en un 90% y direccionamiento estratégico en un 30%.

2.3. Estructura Organizacional

El Organigrama del Hospital esta adoptado por el Acuerdo 005 de 2013, con una estructura definida para trabajar por procesos y modificado por el Acuerdo No 014 de 2015.

Publicado en la página web y en las carteleras del hospital.

2.4. Indicadores de Gestión

En el Plan de desarrollo institucional se tiene establecidos Indicadores que permite conocer la eficiencia, eficacia y efectividad del mismo. En la página web del hospital encuentra el Cuadro de Control de los indicadores.

Cada uno de los Procesos cuenta con la Ficha técnica de Indicadores definidos en la caracterización del proceso.

2.5. Políticas de Operación

Se evidencio una Matriz de políticas de operación del año 2.011. Para los procesos que se están elaborando en la actualidad se les está diseñando un formato con las políticas de operación de cada proceso.

3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:

3.1. Política de Administración de Riesgos

Por cual se adopta la Política de Administración del Riesgo Resolución No 088 de junio de 2009 Resolución No 089 de junio de 2009, reglamenta el Comité de Riesgos.

La política de administración de los Riesgos de corrupción fue adoptada por la Resolución No 040 de Marzo de 2016 de acuerdo con la metodología sugerida por DAFP en la guía.



Se tienen elaboradas las estrategias para el Plan de Riesgos Anticorrupción y de Atención al ciudadano para el 2016. El cual se publica en la página web y carteleras del Hospital de acuerdo con la normatividad vigente

La evaluación y el seguimiento lo debe realizar la oficina de control interno en las fechas establecidas en la Ley. Ya se realizó la primera evaluación en marzo y para el 31 de Julio se realiza la segunda evaluación.

Se está elaborando para cada uno de los procesos los formatos sugeridos por el DAFP para el manejo de la política de administración del riesgo. Como son Contexto estratégico, identificación, análisis, grafico del riesgo, control del riesgo, riesgo inherente y residual y el mapa de riesgo.

DIFICULTADES DEL MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:

Desconocimiento y la no aplicabilidad por parte de los funcionarios del código de ética del hospital.

No se tiene un código de buen gobierno.

Talento Humano:

No se realiza evaluación de desempeño a los funcionarios en provisionalidad.

No se tiene un manual de Talento humano.

No se ha elaborado y caracterizado el proceso de Gestión del Talento Humano y el manual de inducción y reinducción esta desactualizado.

Se debe mejorar los manuales de Bienestar social y del PIC y establecer los formatos para su ejecución y seguimiento.

Planes, Programas y Proyectos

No se tiene elaborado y caracterizado el proceso de Direccionamiento estratégico. Está en construcción. .

Estructura Organizacional

Se debe realizar algunas modificaciones al organigrama actual del Hospital.

Indicadores de Gestión

Se deben elaborar la ficha técnica de los indicadores a los procesos que se están construyendo en la actualidad y realizarles el debido seguimiento.

Políticas de Operación

Desconocimiento de los funcionarios de las políticas de operación.

Administración del Riesgo:

No se han actualizado los mapas de riesgos por procesos.



AVANCES DEL MODULO DE EVALUACIÓN:

1. AUTOEVALUACIÓN Y INSTITUCIONAL:

1.1. Autoevaluación de Control y Gestión

Se ha venido realizando de forma oportuna a los diferentes entes de control la rendición de la información del Sistema de Control Interno del Hospital. Para el Departamento de la Administración Pública DAFP el informe anual por medio de la página web MECI y el informe de control interno contable a través del CHIP.

Se realiza en forma permanente la evaluación del plan de desarrollo institucional mediante el cuadro de control de indicadores.

El gerente realiza en forma mensual el informe denominado Plan Gerencial el cual se publica en la página web institucional.

1.2. Auditorías Internas:

Se evidencia un manual de auditoria PAMEC del año 2011.

Existe un manual de auditoria del 2011 con unos formatos. Desactualizado

Se tiene el plan anual de las auditorias de calidad en salud

Se cuenta con los informes de las auditorías internas tanto de calidad como de los procesos de apoyo

Se realiza reuniones periódicas del comité de control interno en el cual se levantan las respectivas actas con los compromisos.

Existe el comité de control Interno disciplinario de la institución el cual está operando.

Se tiene elaborado y actualizado el Manual, el Programa y el Plan Auditorías Internas del Hospital.

Se realizan de acuerdo con las auditorias de calidad y las internas a los procesos los respectivos informes.

Se cuenta con un proceso caracterizado de Control de la Gestión el cual está dividido en tres subprocesos que son Auditorías internas, planes de mejoramiento y evaluación del sistema de control interno.

1.3. Planes de Mejoramiento:

Se evidencia unos manuales con las herramientas de los planes de mejoramiento y los formatos del año 2011.

Se tiene establecido el formato para elaborar los planes de mejoramiento.

Se elaboró un procedimiento caracterizado de planes de mejoramiento.



DIFICULTADES DEL MODULO DE EVALUACIÓN:

Autoevaluación de Control y Gestión

Se debe implementar, adoptar y evaluar el proceso de Control de la Gestión.

Auditorías Internas:

Realizar el debido seguimiento a los informes de las auditorías internas por parte del Comité de control Interno.

Planes de Mejoramiento:

No existen los planes de mejoramiento individuales resultantes de las evaluaciones de carrera administrativa.

Realizar el debido seguimiento a los planes de mejoramiento por parte del Comité de control Interno

AVANCES DEL EJE TRANSVERSAL:

Información:

Se cuenta con una taquilla única para recepción de la información, en el cual se radica y se registra todo documento que llega a la entidad por cualquier medio.

Se cuenta con las Tablas de Retención Documental TRD elaboradas y se ha venido implementando de acuerdo con la normatividad y están adoptadas por la Resolución No 165 del 21 de noviembre de 2009, Se elaboraron las Tablas de Valoración Documental TVD y adoptadas por la Resolución No 165 del 21 de noviembre de 2009.

Se están digitalizando todos los documentos del archivo general del Hospital y se está organizando el fondo acumulado.

Se responden en una forma oportuna los requerimientos de la comunidad y los entes de control. Para lo cual se cuenta con una oficina de atención al Usuario - SIAU para la recepción de las PQRSD, Se tienen buzones de sugerencias en las instalaciones del Hospital que son abiertos semanalmente y se levanta un acta, además en la página web del Hospital existe el Link de PQRS. Se está aplicando de acuerdo con la norma.

Se realizan Encuestas en forma permanente para medición el grado de satisfacción de los usuarios.



También se tiene un buen sistema de información interna, con equipos muy modernos comunicados a través de una red que tiene 30 usuarios, los cuales pueden enviar y recibir correos electrónicos en forma inmediata. La información que se genera al interior de la institución es veraz, oportuna y sirve para la toma de decisiones, existe fluidez de la información entre las dependencias.

Con respecto a la información interna se tienen una información financiera oportuna y veraz que sirve para la toma de decisiones y se cuenta con un software registrado y de propiedad del Hospital (XENCO), para presupuesto, facturación, historias clínicas, contabilidad, inventarios, nómina, cartera, farmacia, historias clínicas y tesorería.

Se utilizan los diferentes medios de comunicación como son programas, radiales, carteleras, pasacalles, pendones, volantes para difundir las políticas y programas del Hospital.

Comunicación Pública:

Existe la página web del Hospital, la cual es actualizada todos los días y cumple con los requisitos de la norma. Se utilizan otros medios de comunicación como son los programas radiales, el canal comunitario de televisión, los boletines, comunicados, carteleras, volantes, vallas y pasacalles para brindar información sobre la el hospital.

Se tiene publicada toda la contratación del Hospital en el página web del gobierno nacional SECOP y en la de la entidad y se rinde en forma permanente a la Contraloría General de Antioquia, contaduría general de la nación y demás entes de control.

Se realiza cada año por parte del Hospital la rendición pública de cuentas de acuerdo con la normatividad vigente.

DIFICULTADES DEL EJE TRANSVERSAL:

Información:

Desconocimiento por parte de los funcionarios de las TRD y de TVD.

No se tiene un proceso de gestión documental actualizado, el Plan de gestión documental – PGD y el PINAR.

No existen trámites registrados al SUIT.

No se tiene un plan de manejo de copias de seguridad.

Comunicación Pública:

No se tiene un proceso ni el plan de comunicación.

ESTADO GENERAL:

Es muy importante anotar que el MECI fue socializado con los funcionarios y se establecieron los equipos de trabajo, durante este año se está llevando a cabo el proceso de implementación y de evaluación por lo cual se cumple con lo establecido en Decreto 943 de 2014.



Para el buen desarrollo del MECI, se cuenta con un alto grado de colaboración y motivación de la Alta dirección del Hospital.

RECOMENDACIONES:

Lo más importante para el mejoramiento continuo en el Hospital es que todos los funcionarios estén dispuestos asumir el reto de mejorar e implementar el Sistema de Gestión Integrado (SGI), y para ello se requiere que se tengan unos compromisos claros, personas responsables de los procesos, recursos y un plan de trabajo bien establecido al cual se le dé un estricto cumplimiento.

Teniendo en cuenta que este año se realiza y adopta el Nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2.016 - 2.020, se debe aprovechar la actualización y elaboración de una serie de Manuales, Guías, Procedimientos y Planes que van a propiciar que el Hospital cumpla con su misión y los objetivos Institucionales. Para eso se recomienda fortalecer los siguientes elementos y actividades como son:

- Revisar el Código de ética y biomédica existente y actualizarlos.
- Presentar a los funcionarios una charla sobre gestión ética valores y compromisos.
- Elaborar unas carteleras, pendones u otras con los valores y principios éticos una vez definidos.
- Revisar el Manual de Funciones y competencias con el fin de realizar los ajustes.
- Establecer un formato tipo para las evaluaciones de personal en provisionalidad y presentarlo a la Comisión Nacional del Servicio Civil para su aprobación.
- Elaborar y actualizar los Manuales de Talento Humano y de inducción y reinducción.
- Realizar, implementar y adoptar un proceso caracterizado de la gestión del talento humano.
- Cuando se tenga aprobado el Plan de Desarrollo Institucional se debe socializar con todos los clientes internos y externos.
- Revisar el Mapa de procesos, actualizarlo, adoptarlo y socializarlo.
- Elaborar, implementar y adoptar el Manual operaciones del Hospital.
- Fortalecer la política de operaciones para cada uno de los procesos.
- Actualiza el organigrama del Hospital y socializarlo.
- Actualizar los mapas de riesgos de todos los procesos y realizar el seguimiento.
- Elaborar el Manual o la guía de administración del riesgo en el Hospital y adoptarla.
- Realizar el seguimiento al Plan de Riesgos de Anticorrupción y Atención al Usuario
- Se deben capacitar a varios funcionarios del Hospital en el proceso de auditorías.
- Se debe implementar una cultura del Autocontrol.
- Se deben capacitar a los funcionarios en el plan de auditorías
- Se deben realizar los seguimientos a los planes de mejoramiento continuo.
- Se recomienda reforzar la sensibilización de los procesos y los elementos para que se pongan en práctica



- Realizar un seguimiento a las actividades que se dejan escritas en las actas de los diferentes comités.
- Se deben tener en cuenta los informes de evaluación al sistema de control interno para mejorar los procesos y los objetivos institucionales.
- Se recomienda que los líderes de los procesos realicen una revisión y seguimiento de las políticas en los grupos primarios
- Se recomienda reinducción en algunos temas relacionados con el manejo documental de la Empresa de acuerdo a las TRD y TVD ya elaboradas.
- Se debe estandarizar toda la documentación del Hospital de acuerdo con la normatividad vigente del Archivo General de la Nación.
- Actualizar el manual, PGD, PINAR, TRD, TVD y proceso de la gestión documental y adoptarlos.
- Se debe elaborar, implementar y adoptar un proceso de comunicación y caracterizarlo.
- Se debe elaborar, implementar y adoptar el proceso de gestión de bienes y servicios y caracterizarlo.
- Establecer un proceso para el sistema de información.
- Realizar el seguimiento a las PQRSD y presentar un informe semestral al Gerente.
- Estandarización de los requisitos para las compras, la selección de los proveedores y definición de políticas para la evaluación de proveedores y para la verificación de los bienes y servicios comprados o contratados.
- Establecimiento y ejecución de una metodología para la medición de la percepción de los ciudadanos.
- Continuar con la documentación e implementación del plan de Auditorías Internas y de Calidad y formación de auditores internos de calidad.
- Definición y documentación de los mecanismos para realizar el seguimiento y medición de los procesos con el fin de lograr y mantener la capacidad de éstos, hacia el cumplimiento de los objetivos planteados.

Es muy importante continuar con la implementación de acciones permanentes de mejoramiento continuo de los procesos, a través de una metodología sistemática basada en el análisis de datos.

JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Asesor de Control Interno