

# E.S.E. HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA

## INFORME EJECUTIVO ANUAL - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI VIGENCIA 2012

**Radicado No:**

**884**

### **Subsistema de Control Estratégico**

#### **Avances**

Se cuenta con los principios, valores, código de ética, misión, visión, políticas institucionales debidamente documentados los cuales son divulgados a los funcionarios a través de jornadas de Inducción y re inducción y formación; y se evalúa su entendimiento y comprensión, a través de las evaluaciones por competencias y de clima laboral. Adicionalmente en las evaluaciones de desempeño y competencias que se le realizan a los funcionarios se hace seguimiento a la implementación y de ser necesario al desempeño y se estructura de ser necesario planes de mejoramiento individual, al igual que en las auditorias que se realicen.

La ESE realiza jornadas de planeación estratégica y en la vigencia 2012 reestructuro el Plan Estratégico de Desarrollo 2012-2015, el mapa de procesos, la estructura organizacional, la cual facilita la comunicación con los demás funcionarios, entre áreas y la toma de decisiones; se realizó el análisis de los proyectos, el contexto, las estrategias y el alcance; y se tienen implementados seguimientos sistemáticos a la plata forma estratégica.

El Nomograma se encuentra en proceso de actualización, en el cual se va a contar con las normas aplicables a la entidad para adoptarlas e implementarlas a la ESE.

La Implementación del MECI ha facilitado la toma de decisiones, sobre todo lo que tiene que ver con la ejecución presupuestal, el seguimiento a los procesos, planes y el mejoramiento continuo.

#### **Dificultades**

La entidad dado que no se ha presentado dificultades en la implementación del ambiente de control y en el direccionamiento estratégico, se ha tenido dificultades para ajustar el código de ética y actualizar el mapa de riesgos, la administración, valoración, análisis y la divulgación a los funcionarios.

### **Subsistema de Control de Gestión**

#### **Avances**

Se tienen soportados con documentos que define la ejecución de los procesos, procedimientos, guías, políticas, manuales, protocolos. Permitiendo una adecuada ejecución de las estrategias, actividades, proyectos y tareas, lo cual permite y facilita el desarrollo de los mismos.

De la misma manera la entidad cuenta con el seguimiento y los controles tanto preventivos como correctivos, con el fin de que los procesos y procedimientos se cumplan, definiendo la eficiencia, eficacia, y efectividad de los mismos.

La entidad cuenta con mecanismos para obtener información sobre las necesidades, sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas y reclamos de los servicios y usuarios tanto internos como externos, es decir con una plataforma tecnológica confiable, tal como es el caso del Call center, página web, mensajes emergentes, correo electrónico, chats, boletines, altoparlantes, buzones, intranet y la Oficina de Atención al Usuario.

Igualmente se cuenta con un software ISOLUCION en el cual se maneja el seguimiento de los indicadores, la tendencia, las acciones de mejora, el cual sirve de parámetro de los comportamientos de los procesos durante cada vigencia, facilitando la toma de decisiones, el cierre de los ciclos, detectando también los factores críticos y las fortalezas. Además el aplicativo sirve para la consulta de las actas de los diferentes comités, los compromisos pactados, la consulta de los procedimientos, la normatividad, entre otros aspectos para todos los funcionarios de la

entidad.

La ESE está dando aplicación a la Ley 594 del 2000, sobre las Tablas de Retención Documental (TRD) y Tablas de Valoración Documental (TVD), lo cual ha facilitado la organización de toda la información que produce la entidad, favoreciendo la comunicación y búsqueda de documentos. Adicionalmente el Hospital cuenta con el sistema workflow y workmanager el cual permite remitir la información externa e interna, facilitando la asignación, sistematización, captura, procesamiento y administración de la información; adoptando la política del cero papel entre las áreas.

Así mismo, la entidad realizó la rendición de cuentas, en la cual participa, los funcionarios, la ciudadanía en general, veedurías, concejales, proveedores y Líderes comunitarios, de tal manera que puedan evaluar los resultados de la gestión y establecer canales directos de comunicación con los usuarios externos y grupos de interés.

### **Dificultades**

Falta mejorar la adherencia y divulgación a las políticas de operación por procesos que están adoptadas por la entidad.

Como lo enunciamos en el avance en el subsistema de control de gestión la entidad cuenta con una muy buena plataforma tecnológica que permite la buena comunicación con los usuarios internos y externos, pero no cuenta con un mecanismo de evaluación y seguimiento para el mejoramiento, retroalimentación y ajustes necesarios para la calidad de la información.

La información para los usuarios internos, externos, proveedores y partes interesadas se publican a través de la página web de la entidad, pero en la actualidad no se encuentra actualizada, razón por la cual se dispuso de un grupo de trabajo conformado por sistema y jurídica para realizar dicha labor.

Falta a través de esa rendición de cuentas una forma de que los participantes nos evalúen la gestión realizada por la Institución y presentar los resultados de la misma, a través de los canales de comunicación que posee el Hospital.

En la ESE se debe fortalecer la implementación de la Ley anti trámites y Gobierno en línea. Adicionalmente se debe trabajar en el mejoramiento de los elementos de comunicación informativa, comunicación organizacional y canales de comunicación

## **Subsistema de Control de Evaluación**

### **Avances**

Desde la Autoevaluación del control y de gestión se evalúan y se dan recomendaciones de mejoramiento a las diferentes áreas de la entidad.

La Evaluación Anual al Sistema de control Interno, a través del aplicativo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y el seguimiento periódico con los informes cuatrimestrales ha permitido verificar la existencia del nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el logro de las metas y objetivos institucionales.

El Hospital cuenta con un cronograma anual de auditorías internas y el Plan de Auditorías de Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), para valorar el cumplimiento de las políticas y lineamientos institucionales y las adherencias a guías, protocolos, manuales en todos los procesos. El resultado de las auditorías realizadas a los diferentes procesos sirve de insumo para aplicar el modelo de mejoramiento y tomar las acciones correctivas necesarias para mejoramiento continuo de la ESE.

A través del comité de Control Interno se hace seguimiento permanente al cumplimiento de los planes de mejora realizados, su impacto, tendencia, eficiencia y efectividad; el cual se puede evidenciar en las actas que son publicadas en el sistema ISOLUCION.

Todos los planes de mejora van acompañados de mecanismos de análisis de causas, y seguimiento que permite medir

el cierre de las brechas encontradas debidamente sustentadas con evidencias, los indicadores formulados en estos planes apuntan al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

La E.S.E se encuentra inmersa en procesos de mejoramiento continuo desde el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC, contando con la acreditación en salud, y un modelo estándar de control interno y de calidad, desplegado a toda la organización con su equipo MECI y la coordinación, evaluación de la oficina de Control Interno y acompañamiento permanente de la Oficina Asesora de Calidad.

Los planes de mejora son construidos de acuerdo a las oportunidades de mejoramiento detectadas en cada proceso y el análisis de resultados de acuerdo a las metas establecidas; el seguimiento es llevado a cabo además por cada uno de los responsables de las unidades funcionales y tienen en cuenta las recomendaciones emanadas de la oficina de Control Interno, el auditor médico y la de la Oficina de Calidad. La eficacia de los mismos es evaluada por el Jefe de Control interno de acuerdo al análisis de la medición y alcance de los indicadores establecidos, con el soporte documental que evidencia la realización de los compromisos. Esto ha contribuido además al fortalecimiento y mejoramiento de cada uno de los procesos organizacionales, evidenciando las posibles desviaciones que se pueden generar.

Los subdirectores Asistencial y Administrativo suscriben planes de mejoramiento individuales con los funcionarios, de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación de desempeño y de competencias; estos a su vez, a través del autocontrol y seguimiento; además verifican el cumplimiento de los compromisos adquiridos, lo cual ha servido para el mejoramiento individual de los funcionarios.

#### **Dificultades**

El programa Anual de Auditorías de Mejoramiento de Calidad (PAMEC), no se ejecuto en el 100% de lo programado y el cual es un soporte fundamental para evidenciar las falencias en cada uno de los procesos de la ESE.

Mejorar la oportunidad en la elaboración de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas y externas, dando incumplimiento al cronograma institucional.

Los planes de mejoramiento tuvo un buen porcentaje de cumplimiento, pero estos deben cumplirse según el cronograma de las actividades inmersas en cada plan, con la evidencia documental que sustenta la realización de la misma.

#### **Estado general del Sistema de Control Interno**

En la Evaluación al Sistema de Control Interno para la vigencia anterior la ESE obtuvo una muy buena calificación, lo anterior fundamentado en su condición de empresa Acreditada, en la implementación de los diferentes subsistemas, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno- MECI, en el seguimiento y control que se realiza desde las oficinas de Auditoría, Calidad, Control Interno, comités y reuniones y otras actividades programadas

Con la Evaluación del Sistema de Control Interno y el seguimiento periódico a la implementación del MECI se ha asesorado y orientado a las diferentes áreas, procesos y servicios hacia el cumplimiento de sus objetivos y metas y la contribución de estos a los fines esenciales de la ESE Hospital del Sur y del Estado, propiciando el mejoramiento continuo de la Entidad y el bienestar y satisfacción de los Usuarios en los servicios prestados.

De cada uno de los elementos y componentes descritos en el presente informe, existen evidencias físicas y magnéticas que pueden dar fe del gran trabajo emprendido por la ESE en pro de la mejora de sus procesos, en busca del bienestar de los clientes internos y externos y por ende del mejoramiento de la calidad de vida de nuestros funcionarios, usuarios y sus familias que son la razón de ser de nuestra entidad.

#### **Recomendaciones**

Realizar reuniones con todos los funcionarios para dar a conocer la actualización del Código de Ética y dárselas a conocer a todos los funcionarios conforme a los nuevos lineamientos y políticas administrativas.

Entregar a todos los funcionarios el manual de funciones y competencias laborales una vez este sea revisado,

actualizado, aprobado y divulgado antes los directivos.

Mejorar o Actualizar el cambio del software administrativo y el asistencial

Establecer instrumentos de medición y mejoramiento de las comunicaciones con los usuarios externos.

Consolidar los planes de mejoramiento que se suscriben en la entidad producto de las auditorías Internas y Externas realizadas a la misma, como insumo para el fortalecimiento del plan de mejoramiento Institucional.

Mejorar la oportunidad en la elaboración de los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorias de seguimiento realizadas acorde al cronograma institucional y el cierre de los ciclos.

Revisar y mejorar continuamente cada elemento del MECI con las evidencias respectivas de acuerdo a las necesidades y a la dinámica propia de la Entidad.

Mejorar el enfoque y la implementación del sistema de riesgos institucional

Fortalecer la implementación de la Ley Anti tramites y de Gobierno en línea

Fortalecer la evaluación de desempeño por competencias y los planes de mejora individual

<b>Diligenciado por:</b>	<b>JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARÍA</b>	<b>Fecha:</b>	<b>22/02/2013 02:55:37 p.m.</b>
<b>Revisado por:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Aprobado por:</b>	<b>GLORIA PATRICIA VALENCIA LÓPEZ</b>	<b>Fecha:</b>	<b>22/02/2013 03:00:02 p.m.</b>