

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	MARIO DE JESÚS PÉREZ MARTÍNEZ ESE HOSPITAL DEL SUR "GJP"- ITAGUI	Período evaluado: NOVIEMBRE DE 2011 A FEBRERO DE 2012
		Fecha de elaboración: MARZO 6 DE 2012

Subsistema de Control Estratégico

Avances

La Organización tiene establecido revisar de manera sistemática los principios y valores en la jornada de planeación donde participan todos los líderes de los procesos además de hacer reuniones preliminares con todos los funcionarios de la misma para definir los principios éticos que nos guiarán. Desde la misma construcción de los principios éticos se inicia la divulgación de dichos principios y se continúa en todas las inducciones y reinducciones programadas por la organización, siendo además verificados en las evaluaciones de competencias realizadas; es de anotar que también en los procesos de auditorías realizados a los servicios se verifica el cumplimiento de estos principios.

Se realiza seguimiento de las políticas de Talento Humano con la evaluación de competencias y clima laboral donde gira en torno al conocimiento y cumplimiento de las principales políticas de la empresa, producto de dicho seguimiento se han formulado acciones correctivas o de mejora y los resultados obtenidos en estas evaluaciones son tenidos en cuenta para el plan de capacitación anual y para la elaboración del plan de mejora del proceso de Gestión del Talento Humano.

Desde la alta dirección se promueve los 3 subsistemas del control interno definidos desde el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar propiciando espacios en toda la organización para la realización de los mismos. Es así como desde los diferentes comités y reuniones, incluyendo los de dirección y control interno se planean y verifican las diferentes actividades tendientes al cumplimiento de las diferentes políticas y planes trazados en la Organización.

Se cuenta con un manual de planeación que se utiliza para realizar la plataforma estratégica en su misión, visión, principios, valores, objetivos y metas que establece tiempos y formas sistemáticas de revisión y actualización. Su estructura organizacional se mueve según sus procesos (sistema de gestión de procesos), y no según un organigrama jerárquico lo que facilita la toma de decisiones y los resultados esperados. Se cuenta con un plan de capacitaciones anual aprobado según necesidades y expectativas identificadas por los usuarios internos y la organización.

La ESE cuenta con un Modelo de seguimiento a riesgos el cual es coherente a lo proclamado en la política de seguridad, en dicho modelo se definen los lineamientos para valorar, clasificar y mitigar los diferentes riesgos que se puedan presentar en todos los procesos.

Se cuenta con el modelo AMEF donde se valoran los riesgos potenciales de las actividades de cada proceso.

Dificultades

En la ESE Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita" del Municipio de Itagui-Antioquia, no se han presentado dificultades para el cumplimiento de la implementación y mantenimiento de este subsistema, dado el compromiso de la Alta Gerencia, del equipo

directivo y operativo, quienes han visto en el modelo y en los componentes de este subsistema una herramienta y oportunidad para lograr el cumplimiento de los objetivos desde los principios de autocontrol, autorregulación y autogestión; además de servir como complemento al sistema de gestión de calidad de acreditación en salud.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

Todos los procesos que tiene la entidad cuentan con criterios de control a los cuales se les hace seguimiento a través de las auditorías internas y que surgen de la identificación de las necesidades y expectativas de los clientes al momento de la construcción de los procesos. Todos los funcionarios de la ESE tienen acceso vía internet a todos los procesos, procedimientos y demás documentos institucionales.

La ESE a través de su plataforma tecnológica cuenta con varias herramientas que facilitan la comunicación con los clientes entre otros están: Página Web, mensajes emergentes, correo electrónico, chat interno, el infosur, boletines internos y externos, altoparlantes e intranet. En forma permanente se realizan ajustes a los métodos, recursos e instrumentos utilizados para la divulgación de la información; éste análisis se realiza en los diferentes comités institucionales.

La ESE cuenta con una plataforma tecnológica que soporta el sistema en línea de las 3 sedes integrando la información clínica y administrativa que se genera en el desarrollo de los procesos y mecanismos de seguridad para salvaguardar la información acompañado de procesos de recuperación en caso de algún siniestro. De igual forma se garantiza la actualización permanente y mantenimiento a los sistemas de información con los que cuenta la entidad, resaltando para el último año la implementación de procesos de work flow para automatizar y mejorar el seguimiento a las facturas que ingresan al hospital y a la solicitud de vacaciones por parte de los clientes internos.

Dificultades

Mejorar o replantear el cambio del software administrativo

Realizar un mejor control a la papelería institucional que se encuentra en el almacén y valorarla.

Realizar un mayor acompañamiento y asesoría al interior de la ESE y a las diferentes sedes por parte de la alta dirección.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

Desde el macroproceso de evaluación y mejoramiento de la entidad se contempla los procedimientos de auditoría interna en los cuales se valora el cumplimiento de las políticas y lineamientos institucionales. El resultado de las auditorías realizadas a los diferentes procesos sirve de insumo para correr el modelo de mejoramiento y tomar las acciones correctivas necesarias.

A través del comité de control interno se hace seguimiento permanente al cumplimiento de los planes de mejora realizados, su impacto y efectividad. Se evidencia en las actas, en los planes de mejoramiento y el seguimiento que se publican en la intranet. Todos los planes de mejora van acompañados de un mecanismo de evaluación que permite medir el cierre de las

brechas encontradas, los indicadores formulados en estos planes apuntan al cumplimiento de las metas institucionales.

La E.S.E se encuentra inserta en procesos de mejoramiento continuo desde el sistema obligatorio de garantía de la calidad, contando hoy con la acreditación en salud, y un modelo estándar de control de calidad desplegado a toda la organización con su equipo MECI y la coordinación y evaluación de la oficina de control interno.

La oficina de control interno hace seguimiento al cumplimiento del PAMEC y a los diferentes Planes Institucionales.

Los planes de mejora son construidos de acuerdo a las necesidades detectadas en cada proceso de atención o al incumplimiento de las metas establecidas; el seguimiento es llevado a cabo además por cada uno de los responsables de las unidades funcionales y tienen en cuenta además las recomendaciones emanadas de la oficina de control interno La eficacia de los mismos es evaluada por el Jefe de Control interno de acuerdo a los indicadores establecidos Esto ha contribuido además al fortalecimiento de cada uno de los procesos organizacionales.

Las subdirecciones asistencial y administrativa realizan planes de mejora respectivos con los funcionarios encomendados de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación de competencias; estos a su vez realizan seguimiento al cumplimiento de las tareas encomendadas para verificar su cumplimiento en la próxima evaluación lo cual ha mostrado el mejoramiento debido a esta estrategia.

Dificultades

Mejorar la oportunidad en la realización los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorias de seguimiento realizadas acorde al cronograma institucional

Mejorar el cumplimiento del cronograma institucional en cuanto a los plazos señalados para la publicación de las actas

Dar cumplimiento a las actividades programadas en los Planes de Mejoramiento tanto internos como externos e impactando positivamente en su resultado desde los indicadores (cumplimiento de actividades y metas)

Estado general del Sistema de Control Interno

Al realizar la Evaluación al Sistema de Control Interno para el año 2011: La ESE en su condición de empresa Acreditada, tiene el terreno abonado para que los diferentes subsistemas, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno- MECI, se encuentran implementados en su totalidad (100%), y para el año 2011 correspondio hacer mantenimiento al modelo desde las oficinas de auditoria y control interno, desde el seguimiento y evaluación acorde al cronograma de auditorias, de comités y reuniones, de capacitaciones, inducción y reinducción, revisión y aprobación de planes de mejoramiento, capacitación a proveedores, semana de la gestión del riesgo, de la lactancia materna y otras actividades programadas

Los diferentes subsistemas, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno- MECI, se encuentran implementados en su totalidad (100%), y para el año 2011 se viene haciendo mantenimiento al modelo desde las oficinas de auditoria y control interno.

Con la implementación del MECI se ha buscado orientar a las diferentes áreas 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, para lo cual y siguiendo la estructura propuesta por el DAFP en cada uno de sus tres subsistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control a propiciado el mejoramiento continuo y bienestar de las comunidades a las cuales se sirve.

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 usuarios y clientes, razón de ser la empresa.

Recomendaciones

Mejorar o replantear el cambio del software administrativo.

Mejorar la oportunidad en la realización los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorias de seguimiento realizadas acorde al cronograma institucional.

Mejorar el cumplimiento del cronograma institucional en cuanto a fechas de realización de las reuniones y comités y con los plazos señalados para la publicación de las actas.

Continuar dando aplicabilidad y cumplimiento con la normativa expedida por cada uno de los entes externos tanto a nivel nacional, departamental, local desde la oficina jurídica.

Dar cumplimiento a las actividades programadas en los Planes de Mejoramiento tanto internos como externos e impactando positivamente en su resultado desde los indicadores (cumplimiento de actividades y metas)

Realizar un inventario de la papelería institucional existente en el almacén y valorarla para efectos contables y controlarla para mejorar la eficiencia en el tema.

Realizar cronograma de visitas a los diferentes servicios, áreas y sedes para verificar el quehacer de los funcionarios, el estado de la planta física, equipos, suministros y otros problemas que allí se presenten, dejar recomendaciones y tomar acciones acorde a los hallazgos, por parte del equipo directivo.

Retomar y fortalecer la gestión utilizando el tablero de mando, para lograr medir el cumplimiento y estado de las perspectivas organizacionales.