

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

INFORME EJECUTIVO - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO – DE AGOSTO A NOVIEMBRE

MECI VIGENCIA 2013

Radicado No: 884

Subsistema de Control Estratégico

Avances

La ESE Hospital del Sur – GJP, cuenta con un documento (Plan de Desarrollo 2012- 2015 Nos Unimos al Cambio), en el cual tiene inmerso los principios, valores, código de ética, misión, visión, políticas institucionales. Los cuales son divulgados a los funcionarios a través de jornadas de Inducción y re inducción y formación; y se evalúa su retroalimentación y comprensión, a través de las evaluaciones por competencias y de clima laboral. Adicionalmente en las evaluaciones de desempeño y competencias que se 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 auditorías internas que se realicen.

La ESE realiza reuniones por servicio de manera mensual, como todo los años, para el 2013 se comenzó las reuniones mensuales a partir del mes febrero, con el objetivo de socializar los inconvenientes y las novedades que se han detectado en cada área y las soluciones que se tomaron para minimizar ó desaparecer los riesgos que se presentaron y realizar los planes de mejora si es del caso.

Se realizó la actualización del mapa de procesos el cual sirve para que los funcionarios conozcan los niveles de autoridad y responsabilidad, además que facilita la transmisión de la información y la toma de decisiones, se encuentra publicado en el sistema Isolucion.

El Nomograma se encuentra actualizado a junio 30 con las normas aplicables a la del servicio hospitalario. Además las normas nuevas que se expidan y le sean aplicables al Hospital se realiza mediante el formato denominado *Actualización de Normatividad*, la cual la diligencia la oficina jurídica y lo envía al servicio que le aplique para su adopción y aplicación, además se publico en la página WEB institucional el normograma de las normas actualizada que le aplica 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.

Se actualizo el mapa de riesgos, en cual se encuentra publicado en el sistema Isolución, de

tal manera que se pueda dar conocer a todos los funcionarios a través del nuevo modulo de RIESGOS.

Dificultades

Dado que no se han presentado dificultades en la implementación del ambiente de control, en el direccionamiento estratégico y Administración del Riesgo, En el subsistema de Control Estratégico, pero a la fecha no se ha realizado la divulgación a los funcionarios del mapa Riesgos. Igualmente se presenta dificultades para dar solución en algunos casos a los eventos, incidentes y riesgos que se presentan en los procesos habituales del hospital, aunque los anteriores no son de mucha relevancia y no afectan el servicio ni al usuario, se deben atender de manera oportuna por parte de los responsables de los servicios.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

Se tienen soportados y actualizados los documentos que define la ejecución de los procesos, procedimientos; las guías, políticas, manuales, protocolos se encuentran en su gran mayoría en proceso de actualización. 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. Igualmente se socializó en las jornadas de reinducción del mes del 10 y 24 de mayo.

Además, el software ISOLUCION fue fortalecido con los módulos de RIESGOS Y MECI, en el cual se va poder tener la divulgación, capacitación, seguimiento de los a riesgos y de la documentación de cada uno de los elementos que componen el MECI.

Se realizo la capacitación en auditoría interna a 30 funcionarios del hospital en sus diferentes procesos debidamente certificados, los cuales van a colaborar en ejecutar el PAMEC a nivel institucional.

Se comenzaron las auditorías internas a todos los procesos del Hospital.

E l Hospital realizara junto con la administración municipal la rendición de cuentas, el día 31 de julio de 2013, en la cual participaran 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.

Igualmente, el Hospital realizó la rendición de cuentas el 13 de septiembre de 2013, en el cual se convoco a los usuarios internos (funcionarios, contratista, asociación de usuarios), externos (veeduría ciudadana, alcaldía municipal, proveedores, líderes comunales, alianza de usuarios, grupo de la tercera de edad, miembros de la junta de acción comunal, concejales, madres fami, grupo de voluntarias y comunidad en general). Se convocó utilizando las

siguientes estrategias en medios: Facebook, Twiter, mensajes emergentes, alto parlantes, volantes, carteleras internas de la ESE, tarjetas de invitación a grupos de interés, pagina web institucional, correos electrónicos a grupos de interés, contacto con usuarios en las diferentes sedes, entre otros. Dicho informe se encuentra publicado en la página WEB institucional. Se realizó encuesta de satisfacción a los asistentes de acuerdo a los lineamientos establecidos por la DAFP.

Además se realizó la rendición de cuentas al concejo municipal el día 6 de noviembre, en la cual se expuso el avance de la ESE en materia de prestación de servicios y la cobertura, los servicios prestados, la ampliación de horarios de los diferentes servicios, la información acerca de las obras de adecuación de la sede de Santamaría y el traslados de los mismos a otras sedes con sus horarios de servicios; sin ocasionar traumatismo a los usuarios en la prestación de los servicios, manteniéndose de manera constate informados con anterioridad y durante la ejecución de la obra informados a los usuarios sobre la modificación de los servicios prestados y las mismas adecuaciones.

Se publicó en la página Web del Hospital el Estatuto Anticorrupción, cumpliendo con la normativa y se realizó plan de trabajo para cumplir con los requisitos que la misma norma exige, de tal manera que podamos mejorar y culturizar a los funcionarios sobre los temas anticorrupción y anti trámites.

Actualmente la ESE está realizando la parametrizacion del nuevo sistema de CNT a PANACEA tanto administrativo como asistencial mejorando la comunicación, el trabajo unificado de los módulos presupuestal y contable y se sigue con la histórica clínica electrónica.

Dificultades

De los procesos, procedimientos; guías, políticas, manuales y protocolos, algunos se encuentran subidos al sistema para que sean aprobados por calidad, pero algunos de éstos se encuentran en modo borrador, es decir todavía falta la aprobación del área de calidad para que queden en modo aprobado.

Las auditorías internas en éste año comenzaron de manera tardía, es decir que para el último trimestre se realizó el cierre de las mismas, además los informes y el montaje de los planes de mejora quedaron con tares o compromisos para fin de año y el año 2014.

Por las mejoras de infraestructura de la sede de Santamaría, fueron trasladados los usuarios y el servicio para la sede de San Pio, por lo cual ha ocasionado algunos minutos más de espera a los usuarios, pero a la fecha no se han presentado reclamos por dicha anomalía y además todos usuarios están siendo atendidos sin dificultades.

Se han presentado dificultades en la parametrización de CNT a Panacea en los módulos asistenciales y administrativos, las causas son: Rotación de personal que se había capacitado para realizar la parametrización han renunciado a sus puestos de trabajo y que son claves a la hora de realizar el cambio de programa, tanto en la parte asistencial como administrativa tales como: (contadora, auditor medico, auditora de cuentas). Igualmente se ha presentado

retraso de 45 días, de acuerdo al cronograma inicial, por parte de la casa de software por la estabilización de la misma herramienta; de la misma manera, se ha presentado dificultades para la entrega de tareas por parte de los responsables de la información a sistemas. A hoy 30 de septiembre se presenta un cumplimiento del 30%, debiendo de ser del 70%. Dicha información fue dada por el ingeniero de sistemas del Hospital quien posee el informe a la fecha del proceso de avance del cambio de software.

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 y el logro de las metas y objetivos institucionales que nos hemos trazado.

Se elaboró el plan de mejora con respecto a la evaluación del Sistema de Control Interno de la DAFP, las observaciones de la Contraloría Municipal, según Auditoría No. 13 del 2013, la encuesta del MECI a los funcionarios internos; la cual arrojo a septiembre 30 un porcentaje de cumplimiento del 87%.

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.

Se elaboran los planes de mejoramiento individual y el seguimiento de los mismos, de tal manera que sirva para eliminar las desviaciones encontradas.

Se realizan la concertación de objetivos los subdirectores con la gerente 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.

Dificultades

El programa Anual de Auditorías de Mejoramiento de Calidad (PAMEC), se realizó según cronograma de manera tardía, es decir la evaluación a los diferentes procesos se ejecuto para el último trimestre del año, en ese orden de ideas, los resultados de las mismas se conocen en dicho periodo y la toma de decisiones y la evaluación de las misma se toman a fin de año y año entrante, así como la formulación de los planes de mejora se ejecutarán para finales del 2013 y el 2014.

Se presento inconvenientes en el cumplimiento del cronograma de algunos comités los cuales no se realizaron o se tuvieron que postergar.

Se presento por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio, la notificación de incumplimiento en el reporte de la información de control de precio a los medicamentos – SISMED, de los trimestres enero a marzo del 2011, mediante Resolución No. 41822 de junio 29 del 2012 y la cual fue multada mediante Aviso de Cobro por valor de \$5.791.674 pesos, por capital e intereses moratorios, además el interés diario se encuetan en \$1.889 pesos.

Igualmente, se encuentra en curso la Resolución 74662 del 30 de noviembre del 2012 por el no reporte del informe SISMED de los últimos tres trimestres del 2011, y en la cual no hay aviso de cobro alguno, también notificaron a la ESE, por la Superintendencia las Resoluciones No. 36613 de junio 20 del 2013 y la Resolución No. 38482 del 27 de junio del 2013.

Estado general del Sistema de Control Interno

En la Evaluación al Sistema de Control Interno para ésta vigencia, 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 usuarios 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.

De acuerdo a la Auditoría No. 13 del 2013 de la Contraloría Municipal de Itagüí, se

evidenciaron algunas observaciones, pero ninguna de tipo fiscal o penal, para lo cual se elaboró el plan de mejoramiento respectivo con un cumplimiento general del 87% a septiembre de 2013.

Se presento Aviso de cobro por parte de la Superintendencia por valor de \$ 5.791.674 pesos, por capital e intereses moratorios, mediante la Resolución No. 41822 de junio 29 del 2012. Por no haber reportado el informe del SISMED del trimestre de enero a marzo del 2011, teniendo en cuenta que la actual administración se posesionó el 1° de abril del año 2012.

Recomendaciones

Divulgación del mapa de riesgos a los funcionarios de la ESE, de tal manera se familiaricen y puedan dar solución a los eventos, incidentes que se presenten en el hospital, dando oportuna solución a los mismos.

Realizar una o varias jornadas de aprobación de documentos en el sistema Isolución de tal manera que queden de manera oficial para el Hospital y puedan ser consultados por los funcionarios.

Que el cronograma del Plan Anual de Auditorías se cumpla, de tal manera que sirva para la entidad la detección oportuna de las desviaciones o inconsistencias, sirviendo para la toma de decisiones de manera inmediata.

Dar cumplimiento oportuno al cronograma de reuniones mensuales, dado que sirven para dar a conocer las novedades de cada proceso y retroalimentación de información con los integrantes de las áreas.

Realizar el pago de la multa impuesta por la Superintendencia de Industria y Comercio de tal manera que no incremente el pago de los intereses moratorios, aunque dicha sanción no se haya cometido en su administración y repercutir contra los funcionarios responsables en dicha época incluido el representante legal anterior.

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.

Consolidar los planes de mejoramiento, fruto de las auditorías realizadas en el último trimestre, de tal manera que sirva de insumo para el fortalecimiento del plan de mejoramiento Institucional.

Diligenciado por:	JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARÍA	Fecha:	30/11/2013 02:55:37 p.m.
Revisado por:		Fecha:	
Aprobado por:	GLORIA PATRICIA VALENCIA LÓPEZ	Fecha:	30/11/2013 03:00:02 p.m.