

## Informe pormenorizado del estado de control interno ley 1474 de 2011

|  |   |   |
|--|---|---|
| Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces: | JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARIA<br>ESE HOSPITAL DEL SUR "GJP"-<br>ITAGUI | Período evaluado: AGOSTO DE 2012<br>A OCTUBRE DE 2012 |
|  |   | Fecha de elaboración: NOVIEMBRE DE 2012               |

### Subsistema de Control Estratégico

#### Avances

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:

La ESE Hospital del Sur GJP tiene documentados los siguientes elementos como soporte de los avances frente a este subsistema:

El código de ética, en el que se consigna los principios y valores institucionales, el cual está en proceso de actualización con base en el cambio administrativo y las nuevas políticas y planes que esto conlleva.

El manual funciones y competencias laborales, igualmente se encuentra en proceso de actualización.

Plan Institucional de formación y capacitación, el cual se elabora con base en la evaluación de competencias, medición clima laboral, conocimiento y cumplimiento de las principales políticas de la empresa.

Procedimiento y manual de inducción y entrenamiento, aplicado a funcionarios y estudiantes de práctica antes del ingreso a la entidad, contemplado en el Plan Anual de Capacitación.

Se cuenta con un plan de capacitaciones anual aprobado según necesidades y expectativas identificadas por los usuarios internos y la organización.

Se cuenta con un manual de planeación que se utiliza para realizar y actualizar la plataforma estratégica en su misión, visión, principios, valores, objetivos y metas que establece tiempos y formas sistemáticas de revisión y actualización.

La Entidad cuenta con un modelo de operación por procesos que le permite cumplir con una ejecución eficiente y el cumplimiento de sus objetivos.

La estructura organizacional se mueve según sus procesos (Modelo de operación por procesos), y no según un organigrama jerárquico lo que facilita, la comunicación, la toma de decisiones y los resultados esperados.

La ESE cuenta con un Mapa de Riesgos y un modelo de seguimiento a los mismos, Implementando en cada proceso la política AMEF, siendo coherente con la política de seguridad, en dicho modelo se definen los lineamientos para identificar, valorar, clasificar y mitigar los diferentes riesgos que se puedan presentar en todos los procesos.

Se cuenta con el modelo AMEF (Análisis, método, efecto Potencial) donde se valoran los riesgos potenciales de las actividades de cada proceso.

Es importante resaltar 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.

### **Dificultades**

No obstante no haberse presentado dificultades en la entidad para la implementación de este subsistema, existen actividades pendientes producto de la dinámica y los cambios administrativos tales como:

La socialización y difusión del código de ética una vez sea aprobado será realizada en las jornadas de planeación donde participan todos los líderes de los procesos además de realizarán reuniones con todos los funcionarios en el cual se dará a conocer el texto definitivo de este documento. Igualmente éste será entregado a todos los funcionarios durante el proceso de inducción y reinducción.

El manual de funciones y competencias laborales se encuentra actualmente en proceso de revisión y actualización y será entregado a los funcionarios una vez sea aprobado.

En la Aplicación de los demás elementos que hacen parte de este subsistemas no se han detectado dificultades relevantes, no obstante estos están siendo revisados y mejorados de acuerdo a las necesidades y a la dinámica propia de la Entidad.

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

#### **Avances**

En cuanto a las políticas de operación: estas son definidas en los documentos que soportan la ejecución de los procesos tales como procedimientos, guías, políticas, manuales, protocolos, entre otros. Lo que permite una adecuada ejecución de los planes, programas y proyectos de la Entidad.

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 e indicadores y que surgen de la identificación de las necesidades y expectativas de los clientes y en la revisión momento de la construcción de los procesos.

El seguimiento a la ejecución de los planes programas, proyectos y procesos se realiza a través de la medición de indicadores, los cuales se manejan a través del Software ISOLUCION, el cual además permite el seguimiento y control de las acciones de mejoramiento, relacionadas con los indicadores y de graficas para tener conocimiento del comportamiento durante todo al año de dicho proceso. Todos los funcionarios de la ESE tienen acceso por medio electrónico 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: Call center, Página Web, mensajes emergentes, correo electrónico, chat interno, el infosur, boletines internos y externos, altoparlantes, buzones 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 de manera periódica acompañada 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, documentada con la política de seguridad de la información, 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 Actualizar el cambio del software administrativo.

Establecer instrumentos de medición y mejoramiento de las comunicaciones con los usuarios externos a través del buzón y de otros mecanismos que permita la comunicación constante con la ESE.

### **Subsistema de Control de Evaluación**

#### **Avances**

Desde el macroproceso de evaluación y mejoramiento de la entidad se contempla los procedimientos de:

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

Se cuenta además 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 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 y efectividad. Se evidencia en las actas, en los planes de mejoramiento y el seguimiento que se publican en la intranet, a través de las actas. Todos los planes de mejora van acompañados de un mecanismo de análisis de causas, y seguimiento que permite medir el cierre de las brechas encontradas, 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 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, evaluación de la oficina de Control Interno y acompañamiento permanente de la Oficina Asesora de Calidad.

La oficina de Control Interno realiza periódicamente seguimiento al cumplimiento del PAMEC y a los diferentes Planes Institucionales y efectúa las recomendaciones

pertinentes.

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. 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. Esto ha contribuido además al fortalecimiento y mejoramiento de cada uno de los procesos organizacionales.

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 por parte del comité de dirección, verifican el cumplimiento de los compromisos adquiridos, lo cual ha servido para el mejoramiento individual de los funcionarios.

### **Dificultades**

Mejorar la oportunidad en la elaboración y entrega de los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías Internas y Externas realizadas acorde al cronograma institucional.

Verificar el cierre en los ciclos de los Planes de Mejoramiento.

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

En la Evaluación al Sistema de Control Interno para la vigencia anterior la ESE obtuvo la más alta 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 usuarios y clientes, razón de ser la empresa.

### **Recomendaciones**

Realizar reuniones con todos los funcionarios para dar a conocerla actualización del Código de Ética, conforme los nuevos lineamientos y políticas administrativas

Entregar a todos los funcionarios el Código de Ética durante el proceso de inducción y reinducción.

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.

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 auditorías de seguimiento realizadas acorde al cronograma institucional

Verificar el cierre en los ciclos de los Planes de Mejoramiento

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

**GLORIA PATRICIA VALENCIA LOPEZ**

Gerente ESE Hospital del Sur Itagüí