



## **INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 9º DE LA LEY 1474 DE 2011**

<b>Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:</b>	<b>Liceth Andrea Castillo B – Asesora de Control Interno</b>	<b>Período evaluado:</b> <b>PRIMER CUATRIMESTRE DE 2016</b>
		<b>Fecha de elaboración:</b> 25 DE ABRIL DE 2016

### **Modulo de Control de Planeación y Gestión**

#### **Debilidades – Oportunidades de mejora**

- Se deben fortalecer aspectos de talento humano como: medición de clima organizacional, evaluación del impacto de la capacitación en el desempeño, actualización de historias laborales en el primer trimestre del año, evaluación del desempeño con la periodicidad establecida por la CNSC y el reglamento interno de trabajo.
- Se encuentra en desarrollo la revisión y actualización de Manuales, Procesos y Procedimientos con el fin de ajustar, estandarizar y actualizar la documentación.
- De acuerdo al plan de desarrollo del que trata el indicador N 3 del Plan de Gestión del Gerente se debe fortalecer aspectos como: implementación de tablas de Retención Documental, Cumplimiento del 100% del PAMEC, reforzamiento estructural del 30% de la estructura del hospital.

#### **Avances**

- De acuerdo al plan de desarrollo del que trata el indicador N 3 del Plan de Gestión del Gerente, se cumplió con el 90% de las actividades durante la vigencia del 2015.
- Se ha realizado el ajuste y actualización de algunos procesos de la entidad con el objetivo de que la labor sea más eficiente en cada área y preste un mejor servicio.
- Cuenta con un mapa de riesgos formulado y publicado en la red institucional, matriz que cuenta con los espacios necesarios para el reporte de la materialización y observaciones necesarios, mecanismos necesarios para poder realizar los seguimientos y ajuste a los controles establecidos.
- Se realizó modificación del Plan Anticorrupción de acuerdo al Decreto 124 de 26 de Enero de 2016, con el cual se busca desarrollar las seis estrategias planteadas con la Ley 1474 de 2011. Se encuentre en proceso la socialización de las nuevas



estrategias planteadas. Se evidencia algunos avances y se encuentra actividades plateadas por cada estrategia con el fin de dar seguimiento y cumplimiento del plan anticorrupción

- Se tienen formulados el Mapa de Riesgos por Procesos y el Mapa de Riesgos de Corrupción, estos cuentan con una matriz de seguimiento publicada en la red institucional con el objetivo de que cada responsable de proceso registre la materialización de los riesgos con la observación pertinente.
- La institución tiene un normograma elaborado de acuerdo a caracterización de procesos se encuentra publicado en la página web con el fin de que los dueños de proceso registren las actualizaciones necesarias.
- El proceso de inducción se ha venido realizando en las diferentes áreas de la entidad de manera presencial con el personal nuevo.
- Se encuentra en proceso el ajuste de la Plataforma estratégica y el Plan de Desarrollo de la E.S.E. con vigencia de 2016- 2019
- En lo relacionado con talento humano: se encuentra en proceso la actualización de las hojas de vida con el formato indicado por el SIGEP y su respectiva declaración de bienes y rentas también del SIGEP (Sistema de Información y Gestión del Empleo Público)
- Se encuentra en proceso la encuesta de bienestar y encuesta de necesidades de capacitación
- Se encuentra en proceso el plan de capacitación de acuerdo a las necesidades de los funcionarios, se ha llevado a cabo hasta la fecha capacitación de software ROCKY a todos los funcionarios, sistematizando el diligenciamiento de la historia clínica en facturación urgencias y hospitalización.

## **Control de Evaluación y Seguimiento**

### **Debilidades - Acciones de Mejora**

- Hace falta fortalecimiento en los mecanismos de seguimiento y monitoreo de los distintos procesos, especialmente en lo relacionado a mapas de riesgos, avance de Planes y Programas.

### **Avances**

- La Asesora de control interno, en el periodo comprendido de Enero a Abril de 2016. Presento entre otros los siguientes informes: Informe Ejecutivo MECI al DAFP, Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano, seguimiento a PQRS, informe de control interno contable, entre otros.



- Se encuentra en proceso la aprobación del programa de auditorías internas a ejecutarse durante la vigencia 2016, a cargo de la asesora de control interno.
- Se han realizado seguimientos, socialización de procesos con sus respectivos líderes a áreas críticas como almacén, facturación urgencias, y caja.
- A la fecha no se han reportado denuncias de actos de corrupción al interior del Hospital, no se ha materializado ningún riesgo de corrupción identificado en el mapa de riesgos ni ningún otro.

## **Eje Transversal de Formación y Comunicación**

### **Debilidades - Acciones de Mejora**

- Algunas de las estrategias de comunicación planteadas en el Manual de Comunicaciones de la E.S.E, como el sistema audiovisual (videos institucionales), boletín informativo, actualización página web y móvil para la solicitud de citas médicas y carteleras requieren de mayor compromiso.
- Se requiere fortalecer los mecanismos de seguimiento a los planes de mejoramiento y compromiso de los responsables de realizar las acciones de mejora.
- Se requiere fortalecer los mecanismos de control y registro de la correspondencia que sale del Hospital, basados en tablas de retención documental y sistema de gestión de la calidad.
- Se recomienda actualizar la Guía de Atención al Usuario de acuerdo a los cambios que han surgido en la entidad, y publicar trimestralmente un resumen del comportamiento de las PQRS en la página web institucional.
- Publicar rendición de cuentas en la página web correspondiente a la vigencia 2015.
- En cuanto a la actualización de los contenidos de la pagina web, se encuentra publicada alguna información pero no la requerida de acuerdo a los requerimientos normativos, tampoco se actualiza con la periodicidad suficiente

### **Avances**

La entidad cuenta con mecanismos para recibir sugerencias, recomendaciones, peticiones, denuncias, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía, las cuales se da recepción a través de página web, buzones de sugerencias.



*Empresa Social Del Estado*  
*Hospital Santa Marta de Samacá*  
*Nit.: 891.800.335 - 8*

- Consolidado resultado de satisfacción del usuario para el cuatrimestre fue del a corte de 25 de Abril del 2016. Según resultado de las encuestas de satisfacción aplicadas por el Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU.
- El Comportamiento de Peticiones, Quejas y Reclamos x mes para el primer cuatrimestre según datos suministrados por la Oficina de SIAU fue de:  
  
8 quejas (2 consulta medica, 2 laboratorio clínico, 2 ventanilla urgencias, vigilante caja)  
3 sugerencias (enfermería, rayos x, personal médico urgencias)  
3 felicitaciones (enfermería, conductor urgencias, hospitalización)  
1 petición  
  
Se continúa trabajando en el mejoramiento permanente del proceso de atención al usuario y oportunidad en las respuestas de las PQR
- La comunicación informativa y medios de comunicación la institución cuenta con diferentes canales para la divulgación de la información generada, la utilización de estos medios como carteleras, página web, redes sociales, medios locales de comunicación escrita y verbal, (radio, boletín externo) reuniones con alianza de usuarios nos permite mantener una comunicación constante y efectiva con nuestros usuarios, clientes internos y externos.
- Actividades que permiten realizar rendición de cuentas constante del actuar administrativo de la entidad pública no solo ante los usuarios, sino ante el concejo municipal, la junta directiva, funcionarios de la empresa; así mismo, se publican las ejecuciones presupuestales, los planes de acción y balances financieros y se realizaron las actividades comprendidas por este concepto en el plan anticorrupción.
- Dentro de la Ley de transparencia se viene adelantando la publicación en la pagina web de la entidad del registro de documentos y publicaciones de conformidad con la Ley 1712 de 2014, reglamentada por el decreto 1081 de 1025



## Recomendaciones

### Aspectos por mejorar



Fortalecer la cultura del autocontrol, la autorregulación y la autogestión, siendo estos los principios rectores del Modelo estándar de Control Interno.

Enfatizar en la responsabilidad de todo el personal de la entidad frente a la implementación del MECI y su sostenibilidad.

Continuar con el seguimiento a los mapas de riesgos

Implementar una cultura de autoevaluación de riesgos en las áreas asistenciales y administrativas

Fortalecer los mecanismos para la consolidación y seguimiento de los indicadores institucionales

Fortalecer los medios de comunicación

Actualizar continuamente la página web de la entidad

Conformar los comités faltantes de la E.S.E.

**LICETH ANDREA CASTILLO BORDA**  
**Asesora Control Interno**