



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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Miriam Rodríguez Sánchez – Asesora de Control Interno	Período evaluado:
		SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2015
		Fecha de elaboración: 31 DE AGOSTO DE 2015

Modulo de Control de Planeación y Gestión

Debilidades – Oportunidades de mejora

- Se presenta dificultad para la formulación de forma participativa de los Planes y Programas de Talento Humano.
- Se ha dificultado el seguimiento y actualización de los riesgos identificados y plasmados en el mapa de procesos institucional; sin embargo, los riesgos operacionales presentados en los servicios, aunque en algunos casos han presentado de mora en su atención, en muchos otros casos especialmente en el área asistencial de toman decisiones objetivas y oportunas para minimizar y mitigar. De los riesgos de corrupción no se ha conocido de la materialización de ninguno.
- Es necesario realizar en forma permanente las capacitaciones al personal en temas de diseño, construcción y seguimiento de indicadores de gestión, planes de acción, planes de mejoramiento; para fortalecer el trabajo en equipo y el cumplimiento de las metas establecidas a nivel institucional.
- Es recomendable implementar un sistema que permita hacer seguimiento a los reportes e informes de las distintas áreas, contribuyendo fluidez, eficiencia y efectividad de los informes para una mayor medición y control y austeridad en el gasto y la política de cero papel.
- Se requiere un mayor compromiso de algunos líderes de procesos en la elaboración y ejecución de planes de mejoramiento para fortalecer sus procesos. La actualización de instrumentos como la lista maestra de documentos y el Normograma Institucional.

Avances

- En el proceso inducción y re inducción programados en forma mensual, a los aspirantes a vincularse al Hospital por medio de contratos y temporal, en los



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

niveles misionales y de apoyo especialmente. En estos espacios se da a conocer la Plataforma Estratégica de la Entidad, la Misión, Visión, Políticas Institucionales, Plan de Gestión, el código de ética, código de buen gobierno, los valores institucionales, entre otros.

- Se está dando cumplimiento a las metas trazadas en el Plan de Gestión 2012-2016, cuyo seguimiento se está realizando por el control interno y la Junta Directiva, en conjunto con las respectivas áreas y/o dependencias. En el desarrollo de las metas establecidas se plantean periódicamente acciones por áreas, se han realizado los respectivos ajustes, así como el diseño y reingeniería de algunos procesos misionales y administrativos en cuanto a protocolos, guías, manuales y formatos de información y control.
- Los resultados de las verificaciones periódicas al proceso de Facturación, han sido muy positivas por cuanto han contribuido a la solución de dificultades sobre la marcha del mismo, a fomentar conciencia de la productividad del servicio y por ende el incremento de la facturación en pro de las finanzas del Hospital. Se espera facturar con éxito el 100% de los procedimientos realizados, en la austeridad del gasto y reducción del costo hospitalario y disminución de la glosa. También se actualizó el procedimiento mediante de la incorporación de ajustes orientados a aclarar manejo operativo de soportes y hacer más eficiente y oportuno el cobro de a las distintas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.

El Procedimiento de Facturación fue actualizado, mediante la incorporación de actividades antes no descritas, notas aclaratorias para otras, diseño de flujograma y socialización al personal que atañe.

- Se realizó la verificación del proceso de Cartera, se han tomado las decisiones necesarias en Comité de Sostenibilidad para avanzar en las etapas del cobro a las entidades deudoras (cobro pre jurídico, conciliaciones, cobro jurídico, entre otros), obteniendo buenos resultados en la recuperación de cartera de la vigencia anterior y la vigencia actual para cubrir las obligaciones con terceros. Sin embargo el Hospital no es ajeno a la realidad del Sistema Actual de Salud, cuya tendencia por parte de las entidades deudoras es pagar con periodicidades mayores a 90 días, 180 días ó más; ó en el peor de los casos retardar lo más que puedan los pagos con argumentos de glosas sin fundamento y no conciliaciones para el respectivo pago y otras figuras que les permite la norma.
- Se conformó la Comisión de Personal para la E.S.E Hospital Santa Marta de Samacá, en virtud el cumplimiento de lo reglamentado en el artículo 16 de la ley 909 de 2004 y el Decreto 1228 de 2005, Por tanto, y en virtud de todo lo antes mencionado, se podrán abordar las siguientes temáticas:
 - Vigilancia del cumplimiento de las normas y procedimientos existentes en los procesos de selección de personal y evaluación de desempeño que desarrolle la CNSC.



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

- Resolver reclamaciones en materia de procesos de selección de personal, evaluación de desempeño, encargos e incorporaciones a nuevas plantas de personal.
 - Vigilancia del orden de provisión de los empleos según las normas vigentes.
 - Participación en la elaboración del Plan Anual de Capacitación y en el de Estímulos.
 - Proponer la formulación de Programas de medición de clima organizacional.
 - Establecer el reglamento interno de funcionamiento de la Comisión de Personal, basado en las directrices dadas por la CNSC
- o El encargado de Calidad, continua con el desarrollo de capacitaciones sobre los temas: Política de Seguridad del Paciente, Humanización en los Servicios de Salud (Procesos Asistenciales y Administrativos), Seguridad de Rondas Médicas, y apoyando la organización de eventos públicos con el SIAU, para beneficios de los usuarios y pacientes del Hospital, en tema de derechos, deberes, calidad de los servicios en salud, y Funcionabilidad de los servicios de mayor demanda (Urgencias y Consulta Externa). Acciones de mejora continua como respuesta a vistas externas como la Secretaria de Salud y EPS.
 - o Durante el primer mes del año se realizó la formulación del Plan Anticorrupción, plasmando en este las acciones para desarrollar las cuatro estrategias planteadas con la Ley 1474 de 2011. Se han presentado dificultades para la reunión del comité de Gobierno en línea y Antitrámites, retrasando la realización de actividades tendientes al cumplimiento de las metas establecidas. Se espera que para el tercer cuatrimestre se logren mayores avances. Es de anotar que las estrategias de Rendición de Cuentas y Atención al Ciudadano han alcanzado un nivel satisfactorio.

La E.S.E Hospital Santa Marta mejora continuamente en el uso de los instrumentos y herramientas concebidos en el MECI, manteniendo un resultado satisfactorio en cumplimiento del mandato legal.

- o El hospital para la vigencia 2015 participó en la versión de Hospital sostenible, dentro de la cual se desarrollan programas: cero papel, ahorro de energía, ahorro de agua, manejo eficiente de sustancias químicas, manejo de residuos hospitalarios y similares y 5s

Control de Evaluación y Seguimiento

Debilidades - Acciones de Mejora

- o El Comité Coordinador de Control Interno y el Equipo MECI, se encuentran activos, pero se ha presentado retraso en la realización de reuniones y en desarrollo de las reuniones hay baja participación de sus integrantes y poco compromiso para ejecutar los compromisos allí establecidos, desdibujando en algún momento su objetivo por el de una rendición de cuentas de Control Interno.



- Se recomienda que el Equipo MECI se retroalimente de los Comités institucionales
- Es necesario fortalecer la política del Autocontrol, utilizando estrategias de socialización en las reuniones de personal de las diferentes áreas del Hospital.
- Se requiere fortalecer la labor participativa de Control Interno, (como invitado) a las reuniones de los Comités Institucionales.

Avances

- El asesor de Control Interno, ha cumplido con los informes pormenorizados de control interno (Art. 9 Ley 1474 de 2011), dándolos a conocer a la Gerencia y publicándolos en la página web del Hospital.
- Las auditorías realizadas, los controles, los seguimientos y diferentes informes a los procesos son dados a conocer en forma oficial a la Gerencia y a los respectivos líderes de los procesos.
- Control Interno en cumplimiento de sus competencias de Asesoría y Acompañamiento realizó recomendaciones y orientación a las Directivas para darle cumplimiento a la Ley de Transparencia y su Decreto Reglamentario 1081. Haciendo especial énfasis en la actualización de la página web.
- *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 para lograr su implementación al 100%.
- Es necesario mejorar al sistema el altavoz, instrumento que facilita la comunicación o llamado urgente llegando a cualquier área del hospital.



- 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 emite el hospital hacia partes externas interesadas, basados en tablas de retención documental y sistema de gestión de la calidad.
- La totalidad de las quejas formuladas fueron atendidas y tramitadas por escrito. Se continúa trabajando en el mejoramiento permanente del proceso de atención al usuario y oportunidad en las respuestas de las PQR, la cual presenta para estos cuatro meses un cumplimiento del 57,5%.

Avances

- Se cuenta con los mecanismos para recibir las sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones por parte de la ciudadanía. Así mismo se realiza el análisis dicha información a través de la Oficina de Atención al Usuario, con los cuales se ha retroalimentado las quejas de la comunidad con el fin de impactar los indicadores de satisfacción y dar trámite a las solicitudes.
- El nivel de satisfacción global para el cuatrimestre fue de 94,25% a corte de 31 de agosto del 2015, bajo un punto en comparación con el primer cuatrimestre pero mantiene el promedio. Resultado obtenido de las 150 encuestas de satisfacción aplicadas por el Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU, aplicadas mensualmente. La mayor cantidad de quejas se presenta en el área de urgencias y el área en el que menor se presentan es Terapia Respiratoria.
- Fueron atendidos y tramitados oportunamente los derechos de petición, por los responsables del proceso según corresponde, en cumplimiento de la normatividad vigente. Control Interno hace seguimiento de este proceso mediante la revisión de los registros, a lo cual ha sugerido incorporar fecha de repuestas para facilitar el seguimiento al nivel de cumplimiento en la oportunidad.
- En el mes de mayo se realizó el proceso de Rendición de Cuentas, surtiendo las etapas de convocatoria (invitación), realización de audiencia y publicación de resultados en página web y envío de informe a la Supersalud. Rendición de cuentas complementada con la entrega de informes concejo municipal, la junta directiva, funcionarios de la empresa.
- Así mismo, información mínima a la que hace referencia la Ley de transparencia, se viene publicando periódicamente y aumentando paulatinamente en cumplimiento de distintos requisitos legales entre otros: ley Antitrámites, estrategia de Gobierno en línea, Ley Anticorrupción y de Atención al Ciudadano), según disposiciones.



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

- 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.





Recomendaciones

Aspectos por mejorar



Fortalecer la cultura del autocontrol, principio fundamental del Modelo Estándar de Control Interno.

Fortalecer el proceso de seguimiento a los mapas de riesgos Institucional y de Corrupción.

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

Fortalecer el levantamiento, e implementación de los Planes de Mejoramiento

Fortalecer los medios de comunicación y actualización de medios.

Completar actividades de actualización, con el fin de cumplir con la fase de cierre, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 943 de 2014.

Se recomienda que el resultado de las decisiones provistas en los Comités tanto misionales como administrativos se diseñen y elaboren planes de mejoramiento para el proceso correspondiente y no quede la implementación de acciones de mejoramiento sueltas, dificultando el seguimiento de las mismas.

De igual forma que los planes de mejoramiento sean formulados dentro del formulario establecido para tan fin.

MIRIAM RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
Asesora Control Interno