INFORME EJECUTIVO CUATRIMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO PERÍODO NOVIEMBRE DE 2016 A FEBRERO DE 2017

OBJETIVO

Evaluar de manera Integral e independiente, el Sistema de Control Interno (Institucional y Contable) en el Hospital San José de Marsella E.S.E., para el período cuatrimestral comprendido entre el mes de noviembre de 2016 al mes de Febrero de 2017, estableciendo el grado de avance en la implementación de este, frente a los lineamientos establecidos mediante el Decreto 943 de 2014, el Control Interno Contable (Resolución 357 de 2008), Evaluación por Dependencias y en cumplimiento del Artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011.

ALCANCE DEL INFORME

El presente informe evaluativo del Sistema de Control Interno del Hospital San José de Marsella, permite determinar los resultados obtenidos en los controles internos implementados.

Atentamente,

VIVIANA MORALES TABARES
Asesora de Control Interno.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011		
Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	VIVIANA MORALES TABARES	Período evaluado: Noviembre de 2016 a Febrero de 2017.
		Fecha de elaboración: Marzo de 2017

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:

Para el periodo se mantuvo la aplicación del Manual de Procesos y Procedimientos el cual incluye Procesos de Gestión del Talento Humano (Subprocesos de selección y vinculación de personal, inducción y re-inducción y ejecución al plan institucional de formación y Capacitación, Ejecución al plan de Bienestar Social, Programa de Salud Ocupacional activo.

Se continúo con la ejecución del Bienestar Social durante los meses de noviembre y diciembre de la vigencia 2016.

Aplicación del manual de inducción orientado a facilitar y fortalecer la integración de los funcionarios de la ESE, donde el nuevo funcionario entra en un proceso de socialización y presentación de jefes y compañeros.

Aplicación de la evaluación de desempeño acorde con la normatividad, se concertaron objetivos y compromisos entre jefe inmediato y funcionarios.

Se realizaron las evaluaciones de los periodos correspondientes según la ley por parte del jefe de Recursos Humanos.

Aplicación y seguimiento del reglamento de seguridad e higiene industrial, Plan de salud ocupacional y plan de emergencias, programando para el periodo actividades de capacitación con los funcionarios de la ESE, realizando verificación y seguimiento con el acompañamiento de asesores de la ARL.

DEFICIENCIAS

ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS: La ESE cuenta con un código de ética desactualizado.

PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS.

Desarrollo de planes y programas por norma para dar cumplimiento a las actividades, con el fin de cumplir con los objetivos institucionales. La ESE cuenta con un Plan de Desarrollo Institucional 2013-2016. Portafolio de Servicios, y todos los planes, programas, manuales que garantizaron el cumplimiento del objeto de la ESE,

igualmente se encuentra en elaboración, el plan de desarrollo 2017-2022, el cual se construye con los jefes de área de manera participativa.

Se realizaron los procesos de inducción y re-inducción programados e implementados por los jefes de área, y por parte del comité de salud ocupacional se realizaron re-inducciones en el año en temas como: Accidentes de trabajo, protocolos, manejo de residuos hospitalarios, entre otros.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

El Hospital San José Marsella cuenta con una adecuada Plataforma estratégica (Plan de gestión institucional), plan operativo y presupuesto anual de ingresos y egresos; se ha dado cumplimiento en gran parte a las metas trazadas.

Se cuenta con los comités institucionales de: Salud ocupacional, archivo, comité de glosas, comité de farmacia, comité de sostenibilidad financiera, comité de bienestar entre otros.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

El comité de Calidad, ha apoyado la organización de capacitaciones entre los diferentes servicios para mitigar la ocurrencia de eventos adversos, así como temas de interés y actualidad para la comunidad hospitalaria.

La Oficina de Control Interno, realizó seguimiento a los contratos con el fin de observar la transparencia de los procesos y el avance de los mismos.

DEFICIENCIAS

Se requiere continuar fortaleciendo los controles y el seguimiento a los riesgos administrativos y de corrupción de los diferentes procesos de la entidad para evitar irregularidades que atenten contra el buen ejercicio administrativo.

CONTROLES

Los controles se realizaron por medio del cumplimiento del plan de acción contemplado para la vigencia mediante auditorías internas dirigidas por la oficina de control interno y auditorías externas por entes de control como Contraloria Departamental.

La información contable, financiera, administrativa, como los indicadores de calidad ha reflejado la realidad de las operaciones de la Entidad.

INDICADORES

Por medio del Plan de Auditoria y Mejoramiento de la Calidad PAMEC establecido mediante Resolución 198 de 2.008 se encuentran adoptados los indicadores de la ESE los cuales se revisan y analizan en el comité de Calidad y MECI cada mes.

El Diseño e implementación de Indicadores ha permitido a la alta dirección, determinar el estado de la gestión y fortalecer los procesos de toma de decisiones.

INFORMACION

El Hospital cuenta con mecanismos para identificar necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, por medio de: formato interno de quejas y reclamos el cual es diligenciado por los funcionarios, encuestas de satisfacción de las diferentes áreas de la ESE, las cuales se revisan y analizan en la vigencia por parte de comité de calidad permitiendo realizar evaluaciones a los servicios y tomar correctivos, así mismo se cuenta con buzones de sugerencias tanto para el cliente interno como externo, recomendaciones y felicitaciones en las diferentes áreas para que los clientes depositen allí sus sugerencias y recomendaciones de una manera libre y espontánea en las áreas funcionales, de igual forma estas se someten a revisión por un comité de quejas y reclamos que realiza las acciones correctivas y con el fin de solucionar las expectativas de los usuarios que acceden al servicio; Además se cuenta con la oficina de SIAU que facilita la información sobre los servicios que ofrece, se conocen las necesidades y expectativas de los usuarios y se mide su satisfacción.

COMUNICACIÓN EXTERNA.

Se ha efectuado la utilización de programas radiales, carteleras, página web, volante, y periódicos municipales, para informar a la comunidad en general sobre nuevos servicios, brigadas, campañas de promoción y prevención e información de interés general.

Es política de la Gerencia conceder todas la herramientas e instrumentos de control necesarios para que el sistema como tal pueda navegar con facilidad y así lograr el cumplimento de los objetivos, actividades, estrategias y metas, establecidos en el Plan estratégico, columna vertebral de la administración de la Institución. Para ello, la entidad ha desarrollado todos los manuales, políticas, modelos, guías e indicadores de gestión y de control para poder medir el sistema, teniendo en cuenta los instrumentos que para tal fin ha establecido el DAFP.

DEBILIDADES

Es necesario continuar con 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.

Continuar con la adopción y uso del proceso en la administración del riesgo, actualización permanente y evaluación, con el fin de generar estrategias para minimizarlos.

Dificultades Comunicación Externa

Con el fin de asegurar la existencia de un registro y número de radicado único de las comunicaciones, se debe facilitar el control y el seguimiento de los documentos en las áreas y hacer seguimiento a la oportuna respuesta de los requerimientos de los ciudadanos y a la trazabilidad del documento al interior de la entidad.

Se debe seguir capacitando al personal en los temas de atención al ciudadano y buen trato a los usuarios.

Se debe seguir fortaleciendo a nivel institucional las políticas de autocontrol y autorregulación, en el desarrollo de sus actividades.

Siguen algunos inconvenientes con las acciones correctivas, preventivas y de mejora y sobre todo con la falta oportuna en la respuesta a los clientes sobre las quejas, reclamos y derechos de petición; en algunos casos no se cumplen los tiempos de respuesta.

La oficina de control interno es de tipo asesor y no cuenta con equipo interdisciplinario para efectuar un trabajo permanente y en armonización del MECI-CALIDAD, para que los resultados de las evaluaciones permitan al Hospital desarrollar planes de mejoramiento interno, contribuyendo de esta forma a mejorar los procesos y contrarrestar las debilidades presentadas, para una mejora continua de la gestión.