



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

1110-37.16

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, que establece “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. La E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS del municipio Valle del Guamuez a continuación presenta un informe detallado de los avances de la dimensión de Control Interno según el decreto No. 1499 de 2017.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
LEY 1474 DE 2011 ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

GLORIA ERMILA GUALPAZ Jefe de Control Interno	PERIODO EVALUADO: Del 01 de Marzo al 30 de Junio de 2018
	FECHA DE ELABORACION: 12 Julio de 2018

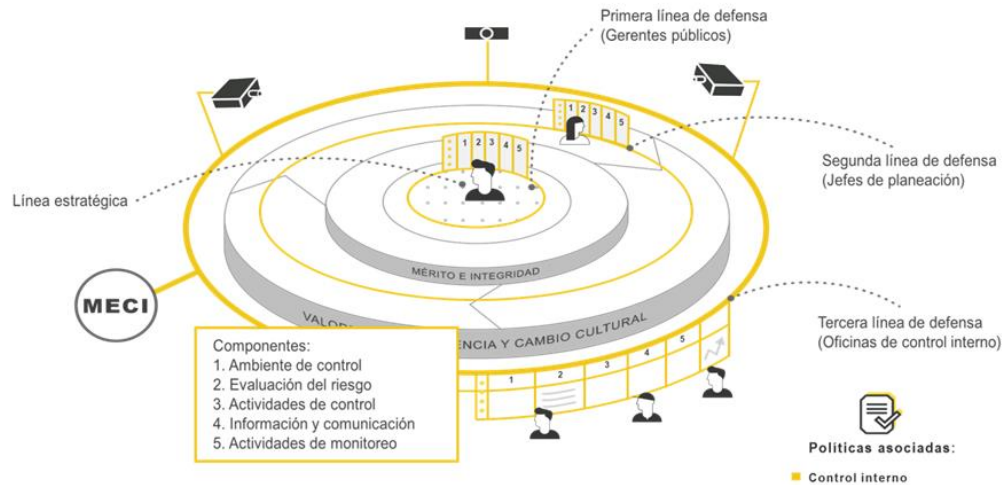
El informe pormenorizado se presenta teniendo en cuentas las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, Decreto No. 1499 de 2017, donde el MECI se incorpora al Modelo y queda inmerso en las dimensiones del sistema, con el propósito de generar resultados de la gestión de la entidad de acuerdo a los lineamientos correspondientes de cada dimensión. La séptima dimensión es de control Interno por lo tanto es competencia de la OCI hacer el respectivo seguimiento a los cinco componentes:

1. Ambiente de control
2. Evaluación del riesgo
3. Actividades de control
4. Información y comunicación y
5. Actividades de monitoreo.

En este informe se refleja el estado actual de Control Interno con el propósito de promover el mejoramiento continuo de La ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús en el cumplimiento de su misión, desarrollando las políticas

1110-37.16

Séptima dimensión – Control Interno



Fuente: Manual Operativo MIPG – versión publicada en Página web Función Pública 29-01-2018

1. AMBIENTE DE CONTROL

Se creó el comité institucional de Coordinación de Control Interno en el mes de abril de 2018, de igual forma se aprobó el Plan Anual de auditorías, estatuto de Auditoría Interna y código de Ética del Auditor.

Gestión Estratégica del Talento Humano

Esta dimensión es el corazón del sistema, teniendo en cuenta que el talento humano es el activo más importante de las entidades, la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, en cabeza de la responsable de este proceso ha venido adelantado la Gestión Estratégica del Talento Humano – GETH con el propósito de dar cumplimiento al decreto No. 612 de 2018.

A la fecha se encuentran en revisión por parte del comité Institucional de Gestión y Desempeño los siguientes:

1. Plan Anual de Vacantes
2. Plan de Previsión de Recursos Humanos
3. Plan Institucional de Capacitación
4. Plan de Incentivos Institucionales
5. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

1110-37.16

De igual forma se efectuó el Autodiagnóstico de Gestión Estratégica Del Talento Humano cuyo puntaje es de 40.7, está pendiente la elaboración del plan de acción de esta dimensión.

Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP

Se recibió una capacitación por parte de la función pública la cual se llevó en el mes de mayo en el municipio de Puerto Asís, se está en la espera de la asignación del usuario debido a que somos entidad descentralizada el proceso es lento porque el municipio a la fecha no ha gestionado este trámite antes el DAFP.

Manual de funciones y Competencias Laborales

En el año 2017 se actualizó el manual de funciones y competencias laborales de acuerdo a la normatividad vigente; los profesionales de la Función Pública hicieron las observaciones respectivas y en el momento se encuentra en proceso de ajustes.

Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG-SST)

Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado por comité de COPASST se aprobaron 22 actividades las cuales se tienen que ejecutar en el año 2018.

A continuación se relaciona las fases, programa y actividades de la siguiente manera:

FASE	PROGRAMA	ACTIVIDAD
PLANEAR	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	Actualización de matriz de peligros y valoración de los riesgos
		Diseño de tarjetas de observación inmediatas
		Revisión de reglamento de higiene y seguridad industrial
		Revisión de política de seguridad y salud en el trabajo y política de no alcohol y drogas
		Actualizar plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias
		Diseñar programas de herramientas manuales
		Actualizar matriz de requisitos legales
		Establecer requisitos en materia de seguridad y salud en el trabajo para la selección de proveedores y contratistas
		Diseñar programa de vigilancia epidemiológica para riesgo cardiovascular
		Revisión gerencial

1110-37.16

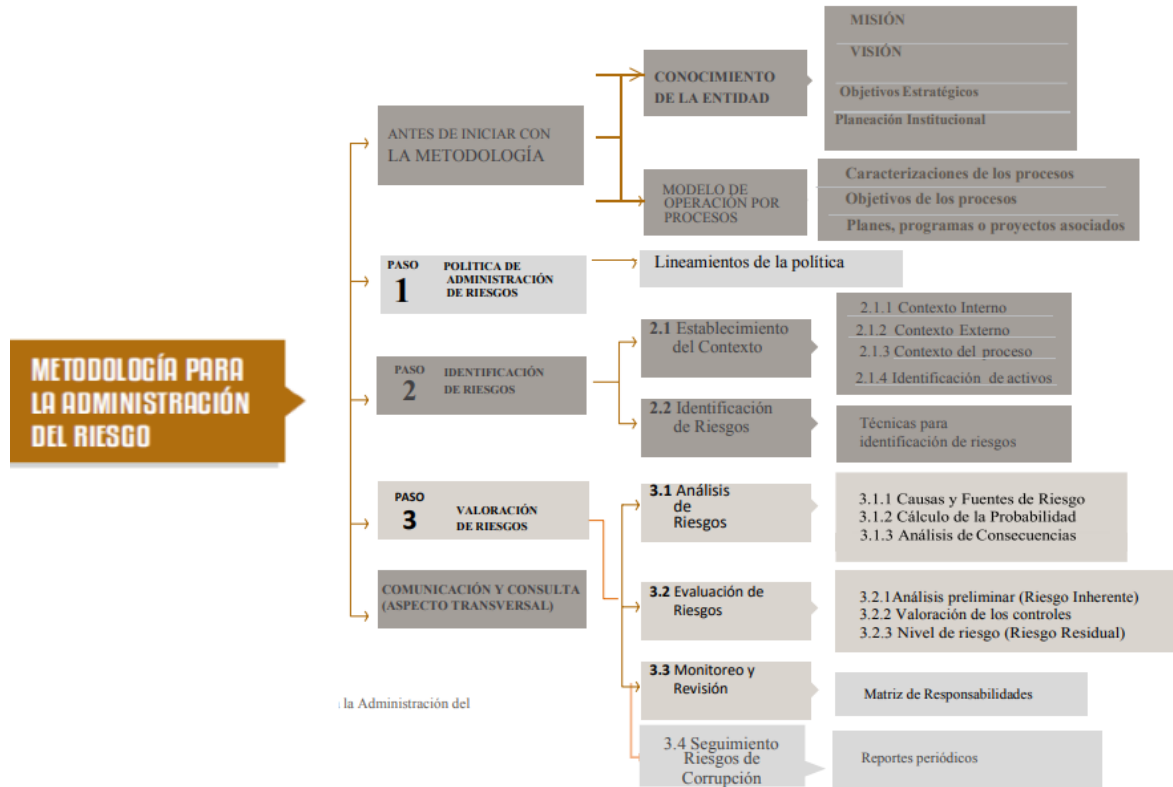
FASE	PROGRAMA	ACTIVIDAD
HACER	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas
		Actualización perfil sociodemográfico y morbilidad sentida
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA RIESGO CARDIOVASCULAR	Tamizaje cardiovascular
		Ejecución de actividades físicas
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA RIESGO MUSCULO ESQUELETICO	Tamizaje de síntomas musculoesquelético
	PROGRAMA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Inspección de uso de equipos y elementos de protección personal y colectiva
	PLAN DE PREVENCIÓN Y PREPARACIÓN ANTE EMERGENCIAS	Inspecciones de equipos de emergencia
Simulacro de emergencia		
PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD	Inspección de bioseguridad	
PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO	Inspecciones de orden y aseo	
VERIFICAR	PROGRAMA DE AUDITORIA	Auditoria por el COPASST
		Auditoria interna SST
ACTUAR	PLANIFICACION DE PLAN ANUAL DE TRABAJO 2018	Diseño de plan anual de trabajo 2018

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús en cumplimiento con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión se acogió a los lineamientos dados por la Función Pública en la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y, Diseño de Controles en Entidades Públicas, la cual unifica criterios con el Plan anticorrupción; su actualización es un proceso dispendioso porque abarca los posibles riesgos que se puedan presentar en la entidad.

La utilización de esta herramienta gerencial evita duplicidades o reproceso en el cumplimiento de sus objetivos misionales, porque permite al Hospital identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos.

1110-37.16



3. ACTIVIDADES DE CONTROL

Auditoria Interna:

En el mes de marzo el comité Institucional de Control Interno aprobó el Plan de Auditorias que contiene 7 actividades de seguimiento y 8 auditorías internas, de igual forma se elaboró el estatuto de Auditorias y código de ética del auditor, documentos indispensables para el desarrollo de las auditorias.

Plan anticorrupción:

El plan Anticorrupción del Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con seis componentes, dicho plan no cumple con los lineamiento del Decreto 124 de 2016 sobre las estrategias para la construcción del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano Versión 2. El porcentaje de avance de seguimiento y evaluación del periodo comprendido entre el 01 de enero al 30 de abril de 2018 fue de 26.32% para el primer cuatrimestre de 2018, tal como lo muestra el siguiente cuadro.

1110-37.16

COMPONENTES	ACTIVIDADES	NIVEL DE AVANCE
Mapa de Riesgos de corrupción.	7	19.05
Racionalización de trámites.	2	16.67
Rendición de cuentas	3	55.56
Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.	4	33.33
Mecanismos para la transparencia y acceso a la información.	3	33.33
Iniciativas adicionales	2	0
TOTAL DE AVANCE PRIMER CUATRIMESTRE		26.32

Seguimiento a comités institucionales:

La oficina de control Interno ha identificado a 30 de junio de 2018 25 comités institucionales, de los cuales 22 cuentan con resolución de creación y tres de ellos no tienen acto administrativo.

Nº	COMITÉS INSTITUCIONALES	CUENTA CON SOPORTES		OBSERVACION
		SI	NO	
1	COMITÉ DE FACTURACIÓN CARTERA Y GLOSAS	X		Al día
2	COMITÉ DE CALIDAD	X		No presento Actas de enero a junio
3	COMITÉ TÉCNICO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI CONTABLE	X		Inactivo
4	COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS Y PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN	X		No se evidenció concertación de actividades con los empleados.
5	COMITÉ DE CONTROL INTERNO	X		Al día
6	COMITÉ DE LAS NIIF	X		Le falta actualizarlo
7	COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL	X		Le falta hacer auditorias al sistema de SST
8	COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	X		Al día
9	COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	X		Pendiente por revisar
10	COMITÉ DE GAGAS	X		Falta actualizar
11	COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	X		Pendiente por revisar
12	COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA E IAMI Y AIEPI	X		Pendiente por revisar
13	INSTITUCIONAL DE VACUNACIÓN	X		Al día
14	COMITÉ DE ESTADÍSTICAS VITALES	X		Al día
15	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		Al día
16	COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL	X		Al día
17	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	X		Al día

1110-37.16

N°	COMITÉS INSTITUCIONALES	CUENTA CON SOPORTES		OBSERVACION
		SI	NO	
18	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	X		Al día
19	COMITÉ DEL PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	X		Pendiente por revisar
20	COMITÉ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	X		Pendiente por revisar
21	COMITÉ DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO	X		Falta actualizar según los lineamientos dados por el MIPG.
22	COMITÉ DE ARCHIVO Y GESTION DOCUMENTAL	X		Falta actualizar según los lineamientos dados por el MIPG.
23	COMITÉ DE COMPRAS	X		No cuentas con carpeta para con actas. Se solicita mayor responsabilidad por los responsables.
24	COMITÉ DE SATISFACCION DE USUARIOS, QUEJAS Y RECLAMOS		X	Las aperturas de buzones se dan cumplimiento pero no tengo el soporte de conformacion del comité.
25	COMITÉ DE CONCILIACION Y DEFENSA JUDICIAL		X	No tengo soportes para su revisión. Se solicita mayor responsabilidad por los responsables.

Seguimiento a Planes de Mejoramiento:

Área de Salud pública y vacunación

De 51 planes de mejoramiento entre de los años 2016 y 2017 discriminados de la siguiente manera:

No. DE PLANES 2016	HALLAZGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES PENDIENTES
36	154	144	10
Porcentaje de cumplimiento			93,5 %

No. DE PLANES 2017	HALLAZGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES PENDIENTES
8	21	21	100
7	43	19	24
TOTAL 15	64	40	24

1110-37.16

Porcentaje de cumplimiento	76.51%
----------------------------	--------

Área financiera y control interno

A 30 de junio de 2018 no tiene avances por lo tanto se reportará a la contraloría departamental, las actividades en cero en nivel de avances:

No. DE PLANES 2017	HALLAZGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES PENDIENTES
1	6	0	6
TOTAL	6	0	6
Porcentaje de cumplimiento			0%

Las otras áreas del Hospital quedan pendientes por entregar los planes de mejoramiento y su nivel de avances.

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dentro del MIPG se ha identificado como una dimensión transversal cuyo propósito es garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

En este sentido, es importante que tanto la información como los documentos que la soportan (escrito, electrónico, audiovisual, entre otros) sean gestionados para facilitar la operación de la entidad, el desarrollo de sus funciones, la seguridad y protección de datos y garantizar la trazabilidad de la gestión. Por su parte, la comunicación hace posible difundir y transmitir la información de calidad que se genera en toda la entidad, tanto entre dependencias como frente a los grupos de valor.

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús utiliza diferentes medios de comunicación, para el usuario interno y externo:

- ❖ Internet (Pagina web institucional, Red social Facebook/Instagram), carteleras institucionales, pautas radiales en emisoras locales y departamental), prensa, televisión, perifoneo y material impreso.
- ❖ Infografía (técnica de comunicación gráfica) facilita la comprensión al lector a través de imágenes y textos cortos que puedan entenderse e interpretarse instantáneamente.

1110-37.16

- ❖ Realización de publicidad impresa con el fin de promocionar servicios/programas/estrategias de la institución. (Pendones, vallas, carpetas, folletos, plegables, afiches entre otros.)

Gestión documental:

En el Hospital sagrado Corazón de Jesús, se encuentran la caracterización del sistema en por Procesos que identifica los Macroprocesos, procesos, sub-procesos, actividades y tareas en la en la entidad, el cual se adoptó mediante la resolución Nro. 737 de 28 de mayo de 2009, enfoque basado en procesos, en el ámbito de un sistema de Gestión de la Calidad e Implementación del “MECI”,

Según el responsable asignado por la entidad el subproceso de Registro médico y archivo se encuentra identificado dentro de la estructura debido a que este debe desglosarse del proceso Gestión documental, proceso que no existe en el organigrama del Hospital.

De acuerdo al decreto 612 de 2018 las entidades públicas deben elaborar y publicar el Plan Institucional de Archivo – PINAR, esta actividad no se ha podido adelantar porque es un eje estratégico transversal que involucra a toda la institución el cual permite Identificar y gestionar la información y comunicación interna hace referencia al conjunto de datos que se originan del ejercicio de las funciones de la entidad y se difunden dentro de la misma, para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de sus operaciones.

Sistemas y comunicaciones

La institución para dar cumplimiento a la normatividad se encuentra en proceso de elaboración de los siguientes planes:

1. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
2. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
3. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

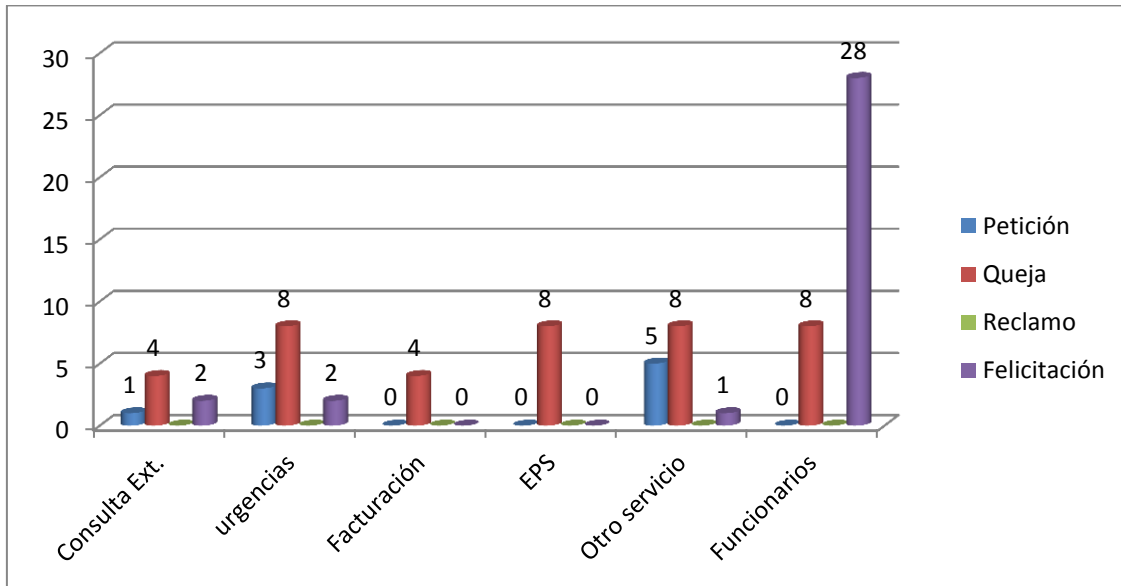
Sistema De Información y Atención al Usuario - SIAU

Tramites de PQRS

El Hospital con el propósito de mejorar la prestación del servicio de la salud pública, como derecho fundamental del individuo, ha implementado el sistema de buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias ubicados en lugares estratégicos; tres de ellos en la sede de consulta externa, urgencias y hospitalización y uno en la sede de Promoción y Prevención, para que los clientes y usuarios depositen sus inconformidades o sus felicitaciones, que persigue la mejora continua de los servicios ofertados por la entidad.

Según el proceso implementado en la oficina de SIAU se da apertura cada quince días, el comité de PQRS es el responsable de su apertura y tramite respectivo, en lo recorrido de enero a junio de 2018 se radicaron 82 trámites, tal como lo muestra la gráfica siguiente.

1110-37.16



Fuente: informe de SIAU

PRIMER SEMESTRE 2018						
SERVICIO	TRAMITE				TOTAL	PORCENTAJE
	PETICION	QUEJA	RECLAMO	FELICITACION		
Consulta Ext.	1	4	0	2	7	8,5%
urgencias	3	8	0	2	13	15,9%
Facturación	0	4	0	0	4	4,9%
EPS	0	8	0	0	8	9,8%
Otro servicio	5	8	0	1	14	17,1%
Funcionarios	0	8	0	28	36	43,9%
TOTAL	9	40	0	33	82	100%

En el cuadro anterior se muestra el consolidado de los tramites recibidos y gestionados de los 82 trámites se evidencia que las quejas ascienden a 40 que equivale a 48.8% la mayoría radica por la actitud del personal asistencial, seguida de la oportunidad del servicio y el 33 de ellos que equivalen a 40.2% la mayoría son felicitaciones a funcionarios por la buena atención.

1110-37.16

Link de Quejas y Reclamos página Web

Se encuentra en proceso de construcción

Oficina de Recepción – Administrativa

A la fecha de corte junio 30 de 2018, no se evidencia ningún radicado sobre derechos de peticiones referentes a la prestación del servicio en salud.

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Plan Operativo Anual

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús elaboro y publico el Plan de Operativo Anual en la página web de la institución, con el propósito de evaluar el nivel de cumplimiento de las metas propuestas en el año 2018.

Para el primer trimestre de enero a marzo de 2018, se programaron 150 actividades de las cuales se ejecutaron 139, que equivale al 89.82%, quedando 11 actividades pendientes por cumplir.

De igual forma se efectuó el Autodiagnóstico de Gestión Estratégica Del Talento Humano cuyo puntaje es de 40.7, está pendiente la elaboración del plan de acción de esta dimensión.

DEBILIDADES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO

Falta acompañamiento a la parte asistencial por parte del auditor de calidad, quien se encarga de medir la calidad de los servicios prestados mediante auditorías internas.

Los planes de mejoramiento no se encuentran consolidados por lo tanto no se identifica la cantidad de hallazgos levantados.

Los manuales de procesos y procedimientos de las diferentes áreas se encuentran desactualizados

No se lleva un seguimiento estricto en lo que tiene que ver con el mapa de riesgos.

1110-37.16

RECOMENDACIONES

1. Realizar las autoevaluaciones de las siete dimensiones del MIPG
2. Que el Comité Institucional De Gestión Y Desempeño sea operativo porque es el responsable de Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.
3. Apropiarse de las responsabilidades que le competen a cada funcionario o contratista.
4. Que gerencia tenga en cuentas las recomendaciones realizadas en los informes presentados.
5. Que los responsables de los planes de mejoramiento presenten sus avances dando cumplimiento a las fechas pactadas
6. Elabora y cumplir el plan de capacitación de conformidad a la normatividad vigente, para garantizar a los empleados mayor rendimiento en sus labores.
7. Efectuar las evaluaciones de desempeño al personal de carrera administrativa
8. Entregar oportunamente la información requerida por parte de la oficina de control interno para la elaboración de los informes de ley.

Atentamente,

ORIGINAL FIRMADO
GLORIA ERMILA GUALPAZ
Jefe De Control Interno ESE HSCJ