



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

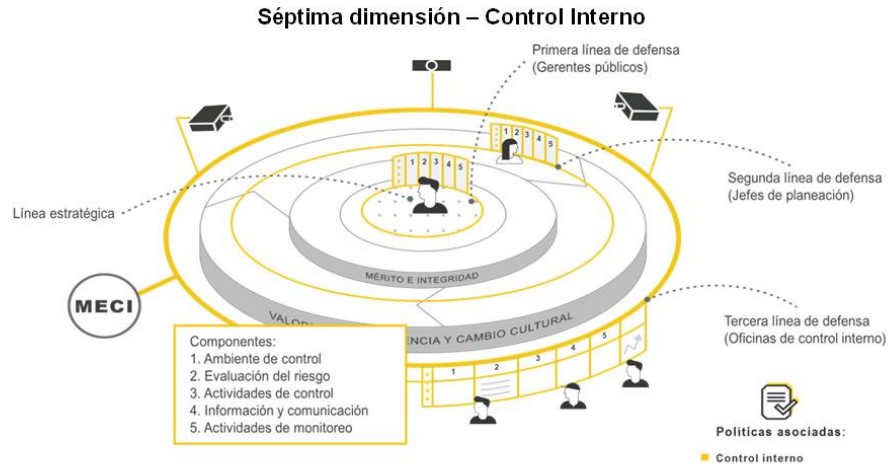
| | |
|---|--|
| GLORIA ERMILA GUALPAZ Jefe de Control Interno | PERIODO EVALUADO: Del 01 de Julio al 31 de octubre de 2018 |
| | FECHA DE ELABORACION: 12 noviembre de 2018 |

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



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

De acuerdo al decreto 1499 de 2017 la dimensión de talento humano es el corazón del sistema, por lo tanto dentro de las instituciones públicas es la base para el planteamiento y ejecución de la misión institucional, en la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, se han venido adelantando algunos planes que hacen parte de la Gestión Estratégica del Talento Humano –GETH con el propósito de dar cumplimiento al decreto No. 612 de 2018.

Plan Anual de Vacantes

Este Plan identifica las necesidades primordiales de la planta de persona con el propósito de proveer de forma definitiva los cargos vacantes, de acuerdo al decreto 612 de 2018, este plan se encuentra publicado en la página www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/

Plan de Previsión de Recursos Humanos

Define las características de los cargos existentes en la entidad, su planeación es muy importante el cual permite seleccionar el personal idóneo en cada cargo, este plan se encuentra publicado en la página www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/

1110-37.16

Plan Institucional de Capacitación

El PIC es el conjunto coherente de acciones de capacitación y formación, cuyo objetivo es fortalecer las competencias laborales, en nuestra entidad se encuentra por áreas, el cual es muy difícil de medir y obtener un puntaje. Este plan se encuentra publicado en la página www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/

Plan de Incentivos Institucionales

Dicho plan busca incentivar y motivar el desempeño eficaz y el compromiso de los empleados. Según el comité de bienestar social, este plan no se definió.

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

Este sistema consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, lo cual incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en los espacios laborales.

Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

Este Plan es el conjunto de actividades a realizar, define responsables, recursos y tiempos de ejecución a través de un cronograma, el cumplimiento de estas acciones disminuye los riesgos laborales, la ocurrencia de accidente de trabajo, la exposición al factor de riesgo y desarrollo de la enfermedad laboral.

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.

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.

Según revisión interna se observa que las modificaciones a la planta de personal no reposan en talento humano limitando su inspección.

1110-37.16

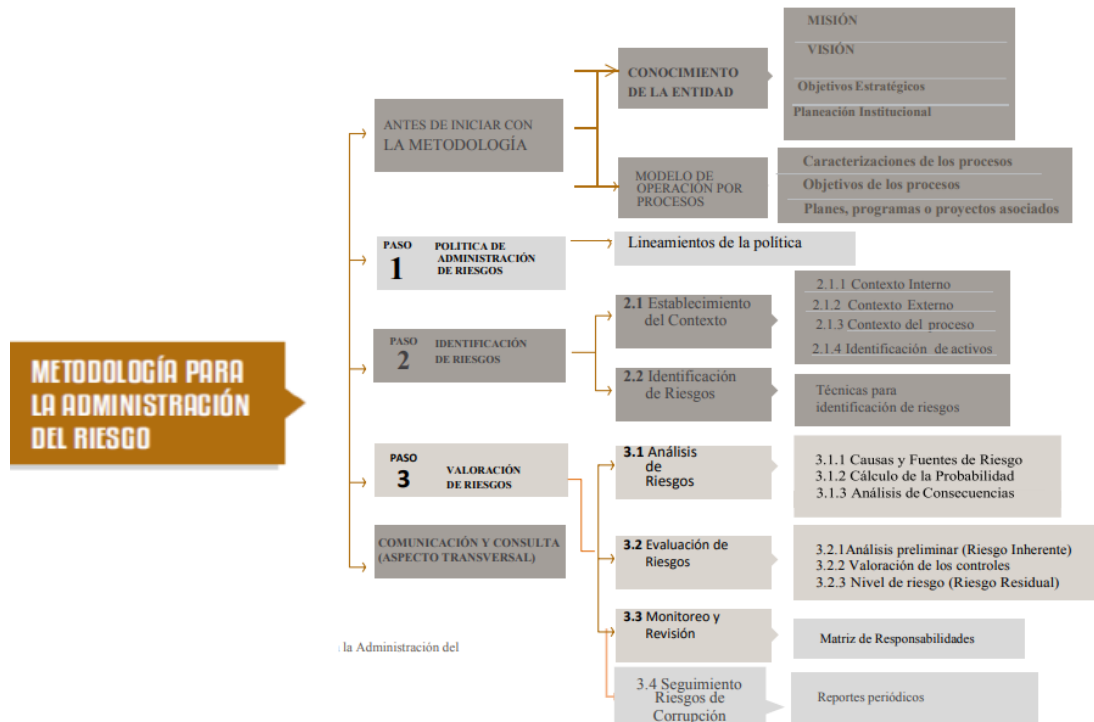
Código de Integridad

En el marco del sistema de MIPG, la función pública implemento una guía la cual comprende estrategias y acciones que le permiten a las entidades fortalecer una cultura organizacional, orientada al servicio, la integridad, la transparencia y rechazo a la corrupción, mediante la apropiación de valores y generación de cambio comportamental, lo cual se verá reflejado en la prestación de bienes y servicios, y el aumento de la confianza de los ciudadanos en las entidades públicas, este código en el Hospital Sagrado Corazón se encuentra en proceso de aprobación.

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.

El avance de este plan ha sido muy lento, debido a que la oficina de control interno solo funciona con el jefe de oficina, y estas actividades son muy dispendiosas y se requiere de personal de apoyo.

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 mayo al 31 de agosto de 2018 fue de 45,50 % para el segundo cuatrimestre de 2018, tal como lo muestra el siguiente cuadro.

| COMPONENTES | ACTIVIDADES | NIVEL DE AVANCE |
|---|-------------|-----------------|
| Mapa de Riesgos de corrupción. | 7 | 28.57 |
| Racionalización de trámites. | 2 | 33.33 |
| Rendición de cuentas | 3 | 77.78 |
| Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. | 4 | 58.33 |
| Mecanismos para la transparencia y acceso a la información. | 3 | 66.67 |
| Iniciativas adicionales | 2 | 8.33 |
| TOTAL DE AVANCE SEGUNDO CUATRIMESTRE | | 45.50 |

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.

| N° | 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 |

1110-37.16

| N° | COMITÉS INSTITUCIONALES | CUENTA CON SOPORTES | | OBSERVACION |
|----|--|---------------------|----|---|
| | | SI | NO | |
| 4 | COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS Y PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN | X | | No se evidencio concertacion 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 ESTADISTICAS VITALES | X | | Al día |
| 15 | COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS | X | | Al día |
| 16 | COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL | X | | Al día |
| 17 | COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | X | | Al día |
| 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. |

1110-37.16

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 |
| 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 1 | 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

1110-37.16

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.
- ❖ 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”,

El organigrama institucional a la fecha se encuentra desactualizado, el responsable del subproceso de Registro médico y archivo manifiesta que se ha radicado en gerencia la propuesta de un profesional en archivo para la asesoría en Gestión documental, de igual forma se daría cumplimiento al decreto 612 de 2018 que solicita elaborar y publicar el Plan Institucional de Archivo – PINAR.

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

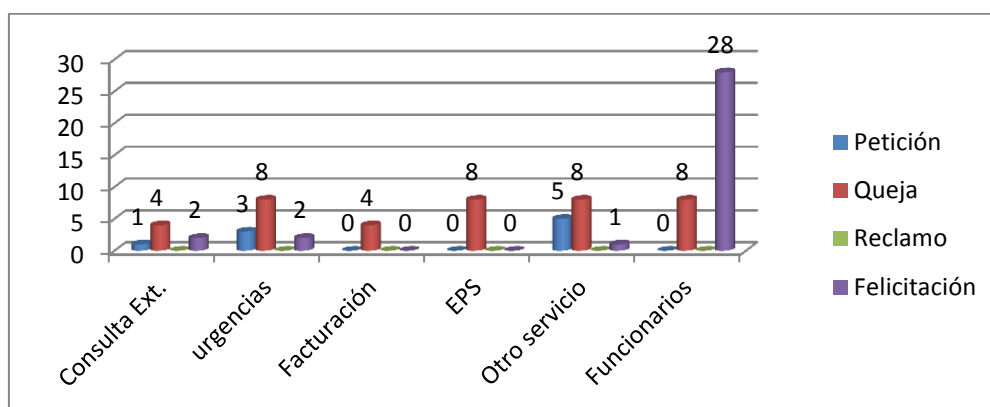
Sistema De Información y Atención al Usuario - SIAU

1110-37.16

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.



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% |

1110-37.16

En el cuadro anterior se muestra el consolidado de los trámites 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.

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.

El área de planeación para mayor control ha venido evaluando estas actividades cada tres meses, reflejados de la siguiente manera:

| | |
|---------------------|--------|
| Enero – marzo: | 90.00% |
| Abril - junio: | 91.97% |
| Julio – septiembre: | 84.22% |

Fuente: oficina de planeación.

Diagnósticos de las evaluaciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

De los 15 diagnósticos que comprende el sistema de MIPG, se han evaluado 8, equivalente al 53%, esta tarea se venido realizando con los coordinadores de cada área bajo la supervisión del profesional de planeación.

Avances del comité Institucional de Gestión y desempeño

El comité se creó con la resolución 148 del 25 de mayo de 2018, el trabajo primordial es dar cumplimiento al sistema de gestión MIPG, por esta razón planeación y los responsables de estos

1110-37.16

procesos vienen trabajando con en las autoevaluaciones con el objetivo de obtener los planes de acción los cuales se deben alinear con las metas del plan de desarrollo institucional.

Políticas de operación

La E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús dentro de sus políticas de operación cuenta con los siguientes documentos o manuales, los cuales se encuentran publicados en la página web y son de consulta abierta para cualquier ciudadano:

1. Política de seguridad del paciente
2. Política de calidad
3. Política de comunicación interna
4. Política ambiental
5. Política de administración de riesgos
6. Política de IAMI
7. Política de AIEPI
8. Política de unidad de servicios amigables para adolescentes y jóvenes
9. Política de humanización de la atención.
10. política de reuso.
11. Política financiera
12. Política hospital digital
13. Política de buen trato
14. Política de gerencia de la información

En el transcurso de este año se han implementado dos nuevas políticas: Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y la política de no alcohol.

1110-37.16

DEBILIDADES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO

- Falta de un profesional de calidad para la parte administrativa quien es la persona encargada de evaluar y medir el avance de los procesos establecidos en la entidad.
- 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.
- El equipo MECI establecido en la entidad no se encuentra activo.
- El Comité Institucional de coordinación de control interno le falta liderazgo y compromiso por la institución.
- La profesional de control interno comparte oficina con siete funcionarios de diferentes áreas funcionales del hospital.
- La oficina de control interno está conformada únicamente por el jefe de control interno.

1110-37.16

RECOMENDACIONES

1. 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.
2. Que el comité institucional de coordinación de control interno se preocupe por cumplir sus funciones porque es el responsable del mantenimiento y sostenimiento del sistema de control interno.
3. Elabora y cumplir el plan de capacitación de conformidad a la normatividad vigente, para garantizar a los empleados mayor rendimiento en sus labores.
4. Recopilar toda la información de las modificaciones a la planta de personal en la oficina de talento humano.
5. Realizar las autoevaluaciones de las siete dimensiones del MIPG y construir los planes de acción.
6. Efectuar las evaluaciones de desempeño al personal de carrera administrativa.
7. Que se brinden las herramientas necesarias al profesional de control interno, para el cumplimiento de sus funciones de manera eficaz.
8. Entregar oportunamente la información requerida por parte de la oficina de control interno para la elaboración de los informes de ley.
9. Que gerencia tenga en cuentas las recomendaciones realizadas en los informes presentados.

Atentamente,

ORIGINAL FIRMADO
GLORIA ERMILA GUALPAZ
Jefe De Control Interno ESE HSCJ