

E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL – BOGOTA
INFORME PORMENORIZADO
NOVIEMBRE DE 2014 HASTA FEBRERO DE 2015

FORTALEZAS

A. ENTORNO DE CONTROL

La ESE cuenta con la Resolución No. 083 de 2013 donde se adopta el Sistema Integrado de Gestión y se conforma el equipo de trabajo del mismo. Como uno de sus subsistemas es el de control interno el desarrollo de la implementación del MECI se realiza de forma articulada y armónica con todo el SIG, por lo tanto las líneas de acción de acuerdo a los roles: líder de proceso, analistas y gestores son los encargados de realizar la operativización de todos los subsistemas incluyendo el MECI.

La ESE cuenta con plataforma estratégica actualizada por el Acuerdo 13 de 2013, la cual se socializa de forma permanente en el proceso de inducción que se realiza mensualmente a los nuevos colaboradores. Ésta se encuentra publicada en la intranet institucional a la cual pueden acceder todos los colaboradores.

Para el cumplimiento de los objetivos institucionales se cuenta con los Planes Operativos Anuales – POA – los cuales se elaboran tratando de integrar las actividades que desarrollan cada uno de los procesos con el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos en el plan de desarrollo. En la evaluación del cuarto trimestre se tuvo un cumplimiento del 96%.

Durante la vigencia 2014 se actualizó y modificó el Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE por medio de la Resolución No. 227 de 2014, el cual fue normalizado bajo el código DE-MA-10. Se continúa realizando la socialización por medio de la estrategia “HUELLAS, realizando el envío de recordatorios sobre los principios, valores y las políticas institucionales. Se utilizan los diversos mecanismos de comunicación como las ULGs y en los procesos de inducción. Con el grupo de gestores éticos se trabajó el fortalecimiento por medio de talleres para ello se realizaron reuniones bimestrales realizando actividades de autocontrol, presentando la política de humanización y los valores éticos, también se trabajó el Programa de Humanización, construido con los valores y principios éticos institucionales. Para el último trimestre se diseñó un test on line con el fin de evidenciar la adherencia al Código de Ética y Buen Gobierno, el informe se presentará en el próximo comité de ética institucional y en las ULG.

Para el elemento Desarrollo del Talento Humano se viene cumpliendo con el procedimiento de selección de personal, inducción y Entrenamiento en Puesto de Trabajo estandarizado con el código TR-GP-IRP-DI-PR-505, el cual se encuentra publicado en la intranet. La inducción se realiza mensualmente a los colaboradores nuevos y se encuentra publicada en la plataforma MAO G para que los todos colaboradores puedan acceder a la información de inducción y la revisen de forma permanente. De todas las actividades realizadas en inducción y formación en puesto de trabajo se tienen como evidencia los formatos donde se

registra la participación de éstos colaboradores. Se publicó el Plan de capacitación para la vigencia 2014 bajo el código GP-MA-3, bajo la metodología DAFP, el cual tuvo un cumplimiento del 91,4 % para la vigencia 2014.

Se tuvo un Plan de bienestar social e incentivos GP-MA-1 para la vigencia 2014, el cual busca propiciar condiciones para la protección y el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios y sus familias, generando espacios de motivación, esparcimiento e integración familiar. Para la vigencia 2014 no se aplicó encuesta de clima organizacional, ya que se tiene como lineamiento realizarla cada 2 años.

El programa institucional de humanización para la vigencia estandarizado con el código GP-MA-2, se tiene para su cumplimiento un plan de acción que va hasta diciembre de 2015, con el fin de implementarlo en los diferentes servicios de la ESE. Su seguimiento se realizará en el comité SIG, ya que hace parte del subsistema de Responsabilidad Social.

B. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Como fuentes de información externa se encuentra dada por los diferentes mecanismos de escucha (buzón de sugerencias, reuniones con asociación de usuarios, COPACOS, etc.). Con el análisis efectuado se realizan talleres de socialización a la comunidad, procesos de rendición de cuentas y fortalecimiento de las veedurías ciudadanas para el seguimiento de los diferentes proyectos. Se realiza seguimiento mensual a la oportunidad en la contestación de las PQR por parte de la Oficina de Atención al Usuario y de forma semestral por la oficina de control interno, sus resultados son socializados en los comités SQS y en el comité coordinador de control interno, adicionalmente el informe se encuentra publicado en la página web institucional.

Otro mecanismo utilizado para conocer el grado de satisfacción del usuario es la aplicación mensual de la encuesta de satisfacción realizada por la Oficina de Atención al usuario, la cual se encuentra normalizada bajo el Código: SC-FO-2, Versión: 1, Vigencia: 14/04/2014. Además los usuarios pueden acceder a información de la ESE por medio de la página web, carteleras, periódico digital, buzón de sugerencias, línea 195 e igualmente pueden utilizar éstos mecanismos para colocar sus sugerencias o inquietudes.

La ESE da cumplimiento parcial al artículo 11 de la Ley 1712 de 2014 publicando en la página web información relacionada con los trámites que se realizan, el informe pormenorizado de control interno, seguimiento a la oportunidad de contestación de las peticiones, quejas y reclamos. Se realizan talleres de orientación y carteleras informativas en cada una de las sedes, para mantener actualizada a la comunidad.

La ESE cuenta con un plan de comunicaciones el cual se encuentra publicado en la intranet en el proceso de gestión del conocimiento y la comunicación, al cual se le realiza seguimiento de forma trimestral.

La información generada al interior de la ESE se encuentra publicada en la intranet y se encuentra clasificada por procesos.

En cuanto a los mecanismos para el manejo de la información, la organización cuenta con el sistema de información ORFEO que canaliza y controla el sistema de información interna y externa que maneja la ESE. También se cuenta con tablas de retención actualizadas en septiembre de 2014, las cuales iniciarán su implementación en la vigencia 2015.

La Entidad tiene como principales mecanismos de comunicación interna el correo institucional, los comités y las ULG, por medio de los cuales se realiza divulgación de información importante para los colaboradores. Para conocer cómo se debe entregar la información se cuenta con instructivos y procedimientos que pueden ser consultados a través de la Intranet para su aplicación.

La ESE cuenta con un cronograma para entrega de informes al cual se realiza seguimiento y se encuentra publicado en la página web para que todos los colaboradores lo puedan consultar.

La oficina de Atención al Usuario y Participación Ciudadana realiza de forma permanente reuniones de sensibilización sobre los diferentes mecanismos de participación como veedurías y Asociación de Usuarios. El control social es convocado para el seguimiento de proyectos de interés general y en la apertura de buzones de sugerencias. Para promover la participación ciudadana en el ejercicio de las Formas de Participación Social contempladas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incidente en la gestión institucional y la exigibilidad por el derecho a la salud, se cuenta con el Procedimiento de fortalecimiento de las formas de participación social, actualizado en octubre de 2014 y normalizado bajo el código SC-PR-2, versión 4.

C. SEGUIMIENTO PARTE I

Se realizan actividades de sensibilización utilizando algunos de los comités donde se realizan reflexiones sobre autocontrol como el de control interno y el de ética. Se busca fortalecer la autoevaluación por medio de los seguimientos que se realizan a los planes de acción y a los compromisos que surgen de los comités institucionales, mensualmente son revisados por los responsables de procesos y trimestralmente la oficina de control interno revisa su cumplimiento.

Otra autoevaluación se realiza por medio del seguimiento a los POA de cada uno de los procesos, se evalúan de forma trimestral y son presentados a la Junta Directiva, de su comportamiento se elaboran planes de mejora con el fin de culminar su cumplimiento.

De forma mensual se realiza seguimiento al plan de gestión del gerente donde se realiza análisis del comportamiento de los indicadores que evalúan la gestión realizada en la ESE, ésta revisión se trabaja en el comité de gerencia.

La ESE cuenta con el ranking asistencial donde establecen unos indicadores para medir la gestión de cada una de las sedes y los procesos del área misional, los cuales son analizados

en el comité de gerencia de forma mensual. La anterior es una forma de realizar referenciación comparativa, dónde se analizan las buenas prácticas en las sedes y en los procesos para poderlas aplicar en los demás centros.

Igualmente mediante la entrega de informes a los Entes de vigilancia y control la ESE realiza revisión permanente de la gestión realizada en los diferentes procesos, cada proceso revisa el cronograma diseñado por la oficina de control interno para revisar las fechas de entrega de éstos informes y así realizar su entrega de forma oportuna.

D. ACTIVIDADES DE CONTROL

La Entidad cuenta con un mapa de procesos actualizados con las respectivas caracterizaciones, al cual se puede acceder por la intranet; cada uno de los procesos cuenta con los documentos que soportan la gestión a cumplir en la entidad. Cada vez que se actualiza un manual, guía, procedimiento o documento se informa por parte de la oficina de planeación y calidad por el correo institucional. Además en el comité SIG se presentan avances sobre la gestión de actualización documental realizada.

Se dio cumplimiento a la ejecución del 5% de los ingresos totales del presupuesto, los cuales fueron destinados al mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria de conformidad con el Decreto 1769 de 1994.

En el mes de septiembre se realizó el proceso de revisión por la dirección, con el fin de que la Gerencia revisara el avance sobre el Sistema de Gestión de Calidad que lleva la ESE, se cuenta con informe publicado. También se realizó una visita preliminar para revisar el avance del SIG, da la cual se establecieron acciones de mejora con el fin de lograr la certificación en e mes de Marzo de 2015.

Para evaluar las necesidades y expectativas de los usuarios la ESE cuenta con una encuesta de satisfacción que es aplicada semanalmente de acuerdo a una muestra en cada una de las sedes y por servicios. Adicionalmente se cuenta con diferentes mecanismos de escucha como los buzones de sugerencias instalados en cada una de las sedes, el SIBDA, la línea 195, las oficinas de atención al usuario, el correo institucional, la página web y correspondencia. Se realiza revisión de las peticiones, quejas y reclamos de forma mensual con el fin de establecer las necesidades de los usuarios para toma de decisiones oportunas, y por parte de la oficina de control interno se verificó la oportunidad en la contestación y la gestión realizada durante el II semestre de 2014, la cual se encuentra publicada en la pagina web institucional.

Se cuenta con el aplicativo ITS para realizar seguimiento a los indicadores de gestión por procesos, el cual puede ser consultado por medio de la intranet, adicionalmente se realiza seguimiento mensual a los indicadores del plan de gestión del gerente, al ranking institucional por sedes y a los que componen la agenda estratégica que se envía de forma mensual a la Secretaria distrital de Salud.

Las Políticas de operación de la ESE se encuentran adoptadas, actualizadas y publicadas en

el Código de Ética y Buen Gobierno, son socializadas de forma permanente, adicionalmente se encuentran publicadas en cada una de las caracterizaciones de los procesos.

Se cuenta con el Manual del Sistema Integrado de Gestión identificado con el código DE-MA-5, el cual se encuentra publicado en la intranet institucional y establece los lineamientos generales que orientan la conformación y funcionamiento de los 8 Subsistemas que lo componen.

E. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La ESE cuenta con la política de administración de riesgos publicada en la intranet, donde se compromete a minimizar los posibles impactos por la materialización de los riesgos asistenciales y no asistenciales.

A los riesgos identificados en los procesos se les realizó análisis de causas, probabilidad de ocurrencia, efecto e impacto y la zona de riesgo inherente.

El mapa de riesgos se encuentra actualizado a diciembre de 2013 y se realizaron dos evaluaciones cada una semestral sobre el cumplimiento de las acciones de mitigación. A diciembre de 2014, se tiene como resultado lo siguiente:

PROCESOS	EVALUACIÓN 2014
DIRECCIONAMIENTO	90%
MISIONALES	91%
TRANSVERSALES	76%
APOYO	92%
EVALUACIÓN RIESGOS 2014	88%

Se realizó socialización de los resultados en el comité de control interno y sobre los hallazgos se plantearon acciones de mejora.

La socialización del mapa de riesgos se realiza en el proceso de formación de puesto de trabajo a todos los nuevos colaboradores, donde se les indica la ruta a seguir para ubicarlo en la intranet y se les invita a que sean consultados de forma permanente.

C. SEGUIMIENTO PARTE II

La ESE cuenta con el procedimiento de auditoría interna actualizado (versión 3) en septiembre de 2014 y publicado en la intranet, estandarizado mediante el código SM-PR-2

que establece las responsabilidades, actividades y requisitos para la planificación y ejecución de las auditorías internas.

Para el desarrollo de las auditorías se cuenta con un programa anual de auditorías el cual fue aprobado en comité de control interno del mes de enero, con modificaciones en marzo y en agosto de la presente vigencia, las cuales se pueden verificar en las actas. El programa anual de auditorías tiene objetivos para evaluar el sistema de control interno, aunque no incluyó todas las actividades que realiza la oficina se priorizaron procesos a auditar y contiene las fechas para dar cumplimiento al seguimiento del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

Este programa de auditorías cuenta con auditorías de autocontrol, calidad y de control interno, además tiene incluidos los seguimientos a los respectivos informes que deben ser presentados por la Oficina durante la vigencia. Al mes de diciembre se tuvo un cumplimiento del 98%. Para el mes de enero de 2015 se aprobó el programa anual para la vigencia de auditorías a realizar por la Oficina de control interno.

Actualmente se realiza la implementación del procedimiento normalizado SM-PR-1 Procedimiento Gestión de la Mejora debidamente publicado en la intranet en el proceso de Seguimiento, evaluación y mejora continua. Se elaboran planes de mejoramiento por proceso con las no conformidades encontradas en visitas, rondas de seguridad, auditorías internas y externas, investigaciones de eventos o incidentes de seguridad.

La Institución cuenta con planes de mejoramiento institucionales producto de las auditorías especiales y regulares realizadas por la Contraloría Distrital, a los cuales se les realiza seguimiento de forma trimestral, al culminar la vigencia se realizó cierre de acciones con revisión de efectividad.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas formuladas en los planes de mejoramiento se realiza mensualmente por parte de los responsables de procesos y la oficina de control interno realiza el cierre revisando la efectividad de las mismas. El informe sobre el avance en el cierre de acciones de los planes de mejoramiento se presenta en el comité coordinador de control interno de forma trimestral, los resultados fueron presentados en el comité de control interno del mes de febrero de 2015.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

A. ENTORNO DE CONTROL

- Es necesario continuar con adecuaciones de infraestructura ya que se necesitan espacios, condiciones físicas adecuadas y suficientes para el desarrollo de las labores del personal que presta sus servicios a la Entidad. La capacidad instalada es inferior a las necesidades de espacio para operar en condiciones apropiadas. Se tienen proyectos para la ampliación pero éstos dependen de la Secretaría Distrital de Salud

- Revisar y actualizar el Programa de inducción para los nuevos colaboradores y realizar su respectiva socialización.
- Elaborar el procedimiento de reinducción, realizarlo y divulgarlo con una periodicidad anual debido a la rotación de personal de la ESE. Se deben tener en cuenta para su realización las reformas en la organización del Estado, normas y decisiones para prevención de la corrupción, y modificaciones en materia de inhabilidades e incompatibilidades.
- Revisar el plan de capacitación para la vigencia para que se realice de acuerdo al diagnóstico de necesidades. Establecer cronograma de cumplimiento.
- El Manual de perfiles de contratistas aún se encuentra desactualizado, lo cual dificulta contar con un parámetro de requisitos para así poder comparar el perfil idóneo para trabajar en la entidad.
- Estandarizar una tabla de honorarios que defina tarifas de acuerdo a los perfiles requeridos.
- El plan de capacitación aunque se encuentra publicado en la intranet, pero no cuenta con el cronograma de las actividades a desarrollar con el fin de evidenciar su cumplimiento.

B. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Socializar la política de comunicación y el plan de comunicaciones para cada vigencia.
- Establecer mecanismos para que la ESE conozca la percepción externa de su gestión con proveedores, Entes de control, otras ESE y demás grupos de interés.
- Se deben definir mecanismos de recolección de información para identificar las necesidades y prioridades en la prestación de servicios.
- Implementar un mecanismo para medir la satisfacción y opinión de las partes interesadas.
- Realizar una auditoría sobre sistemas de información para determinar su confiabilidad, seguridad e integralidad, así como las oportunidades de mejora.
- Dar cumplimiento al Art. 9 de la ley 1712 con el fin de publicar y mantener actualizada en la página web la información sobre la ESE que es de conocimiento público.
- Dar cumplimiento al Art.11 de la Ley 1712 de 2014 publicando informes de gestión, evaluación y auditoría.
- Recolectar información y realizar análisis sobre recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores. (adicional a las del buzón de sueños)
- Recolectar información sobre satisfacción, opinión dl cliente y partes interesadas.
- Establecer cronogramas de socialización de los diferentes mecanismos de comunicación: manejo de la intranet, correo institucional y pagina web.
- Implementar procedimientos que mantengan la integridad de la información de la ESE, para que ésta sea confiable, de fácil consulta, se actualice de forma permanente.
- Socializar el plan de contingencia de sistemas de información, de tal forma que se conozca cual es el mantenimiento de la funcionalidad del mismo.

- Propender porque el sistema de información permita administrar los recursos físicos y los recursos tecnológicos de manera eficiente.
- No todos los colaboradores cuentan con correo institucional, por lo tanto no reciben información oportuna y no es un hábito realizar revisión del mismo. Lo anterior genera menor producción, demoras, pérdida de tiempo productivo y reprocesos.
- No se observa interacción entre los procesos, lo que genera demoras en las correcciones, y en la implementación de acciones preventivas y de mejora.
- Se observan OPORTUNIDADES DE MEJORA de los colaboradores de la entidad en cuanto a conocimiento de mecanismos de participación ciudadana, así como, estrategias para informar a la ciudadanía sobre la gestión de la entidad fomentando de esta manera la participación comunitaria.
- Establecer un inventario de necesidades en las diferentes áreas para que se establezcan acciones que permitan entregar los recursos necesarios para desarrollar las diferentes actividades programadas (puestos de trabajo, correo, computadores).
- Es necesario fortalecer los backup de los sistemas de información para mantener un plan de continuidad del negocio en caso de cualquier inconveniente.

C. SEGUIMIENTO PARTE I

- Se debe continuar el trabajo de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación y autocontrol, aún se evidencian falencias en la oportunidad de las evaluaciones de planes de acción y en el cumplimiento de tareas.
- Los responsables de procesos no realizan autoevaluaciones periódicas y oportunas de su gestión, al seguimiento a indicadores, ni a la revisión de las acciones de mitigación de los riesgos de sus procesos.
- Es necesario revisar el procedimiento de revisión de acciones formuladas en los planes de mejoramiento de la organización para que obedezcan a un análisis de causas en el que intervengan los responsables del procedimiento o actividad, donde se detecte la falla y así alcanzar soluciones que ataquen la causa raíz de la no conformidad evidenciada.
- Se evidencian inconsistencias en el POA, ya que no se evidencian acciones para dar cumplimiento a los objetivos y metas del plan de desarrollo institucional.

D. ACTIVIDADES DE CONTROL

- Actualizar el acto administrativo de la conformación del grupo SIG para que se de cumplimiento a las funciones que debe cumplir el grupo operativo MECI.
- Culminar el proceso de actualización de la estructura organizacional para que se adecúe a las nuevas necesidades institucionales
- Mejorar la oportunidad de la evaluación de los Acuerdos de Gestión.
- Se cuenta un aplicativo donde se tienen indicadores por procesos subutilizado, los indicadores no se actualizan permanentemente por todos los procesos para verificar que aporten a la medición de la gestión y sirvan para la toma oportuna de decisiones.
- Se deben construir indicadores a los procesos con el fin de medir su eficacia, eficiencia y efectividad.
- Validar la capacidad y consistencia de los indicadores de gestión existentes.
- Iniciar el análisis de mediciones obtenidas a partir de los indicadores de gestión.
- Fortalecer la gestión de la infraestructura para el cumplimiento de las funciones de la ESE.
- Formular los planes, programas y proyectos de acuerdo a los requerimientos presupuestales, debe realizarse comunicación entre procesos para que se unifique la información.
- Diseñar cronograma para dar cumplimiento a los planes, programas y proyectos de la Entidad.
- Definir metas claras y alcanzables para dar cumplimiento a los planes, programas y proyectos de la Entidad.
- Construir indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para medir y evaluar el avance en la gestión de planes, programas y proyectos.
- Formular, ejecutar y gestionar los proyectos de inversión planeados, de modo que se evidencie ejecución durante cada vigencia.
- Gestionar proyectos del plan maestro de equipamientos de conformidad con el Decreto 318 de 2006.
- Gestionar nuevas fuentes de ingreso para la Entidad.
- Operativizar el grupo MECI.

E. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- Es necesario que se realice autoevaluación de las acciones de mitigación de los riesgos, para que los responsables de procesos detecten las desviaciones de forma preventiva y oportuna.
- Actualizar y socializar el mapa de riesgos institucional integrando los riesgos de Corrupción de los que trata la Ley 1474 de 2011, priorizando los riesgos con mayor impacto de la Entidad.
- Construir indicadores para medir la efectividad de los controles de los riesgos identificados a los procesos.

C. SEGUIMIENTO PARTE II

- Inoportunidad en la entrega del documento consolidado del seguimiento del plan de sostenibilidad del MECI, POAs e indicadores, para que la Oficina de control interno verifique las evidencias de su cumplimiento y genere la evaluación respectiva en los plazos establecidos.
- Inoportunidad en entrega de informes para cumplir con el programa de auditorías.
- Incumplimiento en la formulación de planes de mejoramiento producto de las no conformidades evidenciadas en las auditorías, evaluaciones y seguimientos (riesgos, sostenibilidad del SIG, auditorías realizadas, rondas de seguridad)
- Revisar análisis de causas frente a las no conformidades evidenciadas en los procesos por las diferentes auditorías, seguimientos y evaluaciones; ya que las acciones implementadas no garantizan que se esté atacando la causa raíz, lo que podría generar reprocesos y la posibilidad de que las mismas situaciones se continúen presentando, lo que podría poner en riesgo a la Entidad.
- Establecer en los planes de mejoramiento mecanismos de contingencia en caso de presentarse fallas en algún nivel del desarrollo de los procesos.
- Formular planes de mejoramiento individuales con el fin de evidenciar la mejora principalmente en la adherencia a guías y en los objetivos de las evaluaciones del desempeño.

Elaboró: Sonia Cristina Tamayo Vargas – Auditor de Procesos
Aprobó: Jairo Tomás Parra – Asesor de Control Interno (e)

Marzo 4 de 2015