

E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL - BOGOTA

INFORME EJECUTIVO ANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO – MECI - JULIO A OCTUBRE DE 2014

FORTALEZAS

MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

COMPONENTE TALENTO HUMANO

Se actualizó y modificó el Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE por medio de la Resolución No. 227 de 2014 y normalizado bajo el código DE-MA-10. Se continúa realizando la socialización por medio de la estrategia “HUELLAS, realizando el envío de recordatorios sobre las políticas institucionales y de las actualizaciones realizadas por medio del correo institucional, en la ULG y en el proceso de inducción. Con el grupo de gestores éticos se continúa con el trabajo de fortalecimiento, para ello se realizaron dos reuniones: una el 27 de agosto donde se realizó presentación de la política de humanización y los valores éticos; la otra reunión se realizó el 12 de septiembre para trabajar el Programa de Humanización, construido con los valores y principios éticos institucionales. Cada una de las sedes asumió papeles para fomentar el trabajo ético integrado con el programa de humanización. Ésta actividad invitó a los colaboradores a participar activamente y a establecer el trabajo ético como base fundamental del programa de humanización.

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 programa institucional de humanización para esta vigencia está estandarizado con el código GP-MA-2, se tiene para su cumplimiento un plan de acción que va hasta diciembre el 31 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. Para el tercer trimestre se tiene un cumplimiento del 72% de las actividades programadas.



COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

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. Éste se encuentra publicado 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 tercer trimestre se tuvo un cumplimiento del 94%.

Se cuenta con comités institucionales los cuales están agendados para toda la vigencia y para garantizar su gestión, cuentan con planes de acción y seguimiento de tareas de cada una de las reuniones que realizan. Estas acciones y compromisos son autoevaluados trimestralmente por los responsables y se realiza seguimiento por parte de la oficina de control interno, para el tercer trimestre se tuvo un cumplimiento de las actividades programadas en los planes de acción del 83% y un cumplimiento en la realización de tareas del 76%.

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.

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 el programa de humanización, con un plan de acción para desarrollar actividades de sensibilización hasta diciembre de 2015, éste inició su implementación desde el mes de junio y para el mes de septiembre se realizó su primera evaluación dando un cumplimiento del 73%, y aún en desarrollo se encuentra el 22% de las acciones programadas.

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 I semestre de 2014, la cual se encuentra publicada en la página web institucional.

Se cuenta con el aplicativo 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 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 documentadas, actualizadas y publicadas en el Código de Ética y Buen Gobierno, son socializadas de forma permanente.

Se cuenta con el Manual de calidad 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 del Subsistema de Gestión de Calidad de la ESE.

COMPONENTE 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. El mapa de riesgos se encuentra evaluado a junio de 2014 y está en proceso de actualización, el resultado arrojó un porcentaje de cumplimiento de acciones de mitigación, así:

| PROCESOS | EVALUACIÓN I SEMESTRE 2014 |
|--------------------|-------------------------------|
| DIRECCIONAMIENTO | 70% |
| MISIONALES | 81% |
| TRANSVERSALES | 51% |
| APOYO | 80% |
| EVALUACIÓN RIESGOS | 71% |

Se realizó socialización de los resultados en el comité de coordinación de control interno.

La socialización del mapa de riesgos se realiza en el proceso de formación en 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.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

COMPONENTE TALENTO HUMANO

- 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.
- No hay una tabla de honorarios estandarizada que defina tarifas, de acuerdo a los perfiles requeridos.
- El plan de capacitación aunque se encuentra publicado en la intranet, no cuenta con el cronograma de las actividades a desarrollar, es decir la planificación de a ejecutar en esta vigencia, al que se le pueda hacer seguimiento y 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 construcción de una nueva sede para el área administrativa, éstos deben ser presentados a la Secretaría Distrital de Salud, de quien depende la aprobación. Los proyectos del Plan maestro de equipamientos establecidos en el Decreto 318 de 2006 no presentan avance: UPA 1° de Mayo, sede administrativa – antigua UPA San Blas-, (Reordenamiento), UPA Bello Horizonte y UPA Alpes (Reforzamiento), CAMI Altamira (Sustitución), UPA Libertadores (Obra Nueva, creada), por lo que se sugiere sean priorizados.

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- Se encuentra pendiente la consolidación y evaluación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos del primer, segundo y tercer trimestre de 2014.
- 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.
- Es pertinente revisar el Plan de desarrollo Institucional, armonizarlo con los POAS, para cada meta definir la línea base, las estrategias, acciones, actividades y contratos con los que se cumplirá el objetivo estratégico.
- Los proyectos de inversión que se proyecten para la siguiente deben ser armonizados con el plan de desarrollo Institucional y gestionados oportunamente dentro de la vigencia.

COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- Es necesario que se realice periódicamente autoevaluación de las acciones de mitigación de los riesgos, para que los responsables de procesos detecten las desviaciones de forma preventiva y oportuna.
- Actualizar el contexto estratégico de riesgos con el fin de verificar nuevamente los

cambios en el contextos interno y externo e identificar nuevos posibles factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la entidad y administrarlos para evitar su materialización.

- Integrar los Riesgos de Corrupción de los que trata la Ley 1474 de 2011, en el mapa de riesgos institucional.

MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO FORTALEZAS

COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

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 (Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013) donde se analiza el 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, se establecen unos indicadores para medir la gestión de cada una de las sedes y los procesos del área misional, éstos son analizados en el comité de gerencia de forma mensual. La anterior es una forma de realizar referenciación comparativa, 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.

A partir del mes de julio se está realizando la evaluación de las acciones de mitigación de los riesgos identificados y actualizados en la vigencia 2013, con el fin de verificar su cumplimiento y efectividad. Como resultado de la revisión se tiene un cumplimiento del 72%.

COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

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 el 24 de enero de 2014, en comité de coordinación del sistema de control interno, con modificaciones en marzo y en agosto de la presente vigencia, las cuales se pueden verificar en las actas. 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 septiembre se tiene un cumplimiento del 82,46%.

La Oficina de control Interno realiza seguimiento trimestral a los planes de acción de los diferentes comités institucionales, que apalancan la mejora en cada uno de los procesos a los cuales pertenecen, al culminar el tercer trimestre se tuvo un cumplimiento del 83% de las acciones programadas. Igualmente se realiza seguimiento a los compromisos pactados en las reuniones de cada uno de ellos, cuyo cumplimiento para el mismo periodo de la vigencia 2014 estuvo en el 76%.

Durante el mes de septiembre se realizó una preauditoria por parte del ICONTEC con el fin de verificar el grado de avance de la implementación de la norma NTC GP 1000 sobre la cual la ESE se quiere certificar, ésta revisó todos los nueve procesos, realizó socialización y se estipularon acciones de mejora con el fin de presentarnos a la certificación definitiva en el mes de marzo de 2015.

Actualmente se están desarrollando capacitaciones en el ICONTEC a diferentes colaboradores de planta y contratistas con el fin de certificarlos en Auditorías HSEQ para mejorar las competencias en temas de auditoría integral (Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional y Medio Ambiente).

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

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 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.

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 con medición de la efectividad de las mismas, de acuerdo a la metodología establecida para este fin. Para el mes de septiembre de 309

acciones de mejora programadas se ha realizado el cierre a 248, para un cumplimiento del 80,3%, se encuentran en desarrollo 35 para un 11,3% y abiertas 26 para un 8,4% que aún se encuentran pendientes. El informe sobre el avance en el cierre de acciones de los planes de mejoramiento se presenta en el comité de coordinación del sistema de control interno, de forma trimestral.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

AUTOEVALUACIÓN

- 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, planes de mejoramiento, mapas de riesgos 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.
- No se evidencian las decisiones adoptadas cuando se realizan autoevaluaciones por los procesos y se detectan fallas.

AUDITORIA INTERNA

- 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 auditorias.

PLANES DE MEJORAMIENTO

- Incumplimiento en la oportunidad de 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, evaluaciones,



autoevaluaciones; 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, y puede exponer a la Entidad en cuanto a la materialización de riesgos.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN FORTALEZAS

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

La mejora continua de la ESE está dada por la información entregada 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.

Se cuenta con un vínculo en la página web con el fin de que el usuario pueda revisar trámites necesarios para la prestación de servicios de salud. Se realizan talleres de orientación y carteleras informativas en cada una de las sedes, para mantener actualizada a la comunidad.

La Entidad tiene como principales mecanismos de comunicación interna además del correo institucional, los comités y las ULG, por medio de los cuales se realiza divulgación de información importante para los colaboradores de forma mensual. 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 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.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

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 se encuentran implementadas en los diferentes procesos y a partir de 2015, se iniciará con su aplicación.

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 de forma mensual. 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, las asociaciones de usuarios son convocadas el último martes de cada mes. 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.



OPORTUNIDADES DE MEJORA

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

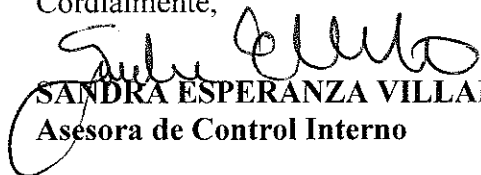
- Mejorar la socialización sobre la utilización del buzón de sueños para conocer las necesidades de los colaboradores y así poder establecer acciones que mejoren el clima organizacional.
- No se ha realizado una auditoría sobre sistemas de información para determinar su confiabilidad, seguridad e integralidad, así como las oportunidades de mejora.
- Se evidenciaron debilidades en los sistemas de información como caídas continuas de la página web, dificultad para acceder a la intranet.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- 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 debilidades 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).

En espera de que se formulen las correcciones, acciones correctivas, preventivas y/o de mejora a que haya lugar.

Cordialmente,


SANDRA ESPERANZA VILLAMIL MUÑOZ
Asesora de Control Interno

Elaboró: Sonia Cristina Tamayo Vargas
Auditora de procesos
Noviembre 10 de 2014