

## E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL - BOGOTA

### INFORME CUATRIMESTRAL - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI JULIO A OCTUBRE DE 2013

#### Subsistema de Control Estratégico

La Entidad que fue construido participativamente y está documentado, se encuentra publicado en la Intranet: en el vínculo [Qu](#) los éticos. La socialización del código de Ética y Buen Gobierno, se realiza por medio de la estrategia “HUELLAS”, para el er la percepción de los principios y valores en los colaboradores y con la realización de un taller para apropiar aún más estos pr ores éticos de la Entidad para conocer la Política Pública Distrital de Transparencia en construcción con la Veeduría Distrital, E plementación y el desarrollo de la estrategia Huellas. La ESE tuvo participación en la mesa para la formulación de la Política D

se ha fortalecido el proceso de inducción, dándole cumplimiento a la programación estipulada para la vigencia 2013, el proced eso de los nuevos colaboradores a la ESE. Se realizaron procesos de capacitación al pre pensionados con el fin de que estas p quiridos.

dos por cada uno de los gerentes públicos con el fin de evaluar la gestión realizada y los compromisos adquiridos. La evalua s coyunturales de mejora.

mediante el Acuerdo No. 13 de 2013, del cual se desprenden los POAS que son evaluados de forma trimestral. Se cuenta con la

ntegrado de Gestión adoptado mediante la Resolución 083 de abril de 2013, el cual se conforma por los subsistemas de Gestio (sistema de Gestión para la Calidad), Gestión de Riesgos, Seguridad y Salud Ocupacional, Responsabilidad Social, Gestión A comité del sistema Integrado de Gestión mediante la Resolución No. 084 de 2013, inicialmente con la socialización de su con l de cada subsistema.

reclamos con el fin de establecer las necesidades de los usuarios para toma de decisiones oportunas; de ésta revisión se tomó r las filas en los centros de atención. Se realiza medición permanente de la satisfacción del usuario por sede y por servicio para

ual se socializa de forma permanente en los procesos de inducción y de forma más precisa en Formación en puesto de trabajo l último trimestre de la vigencia se tiene programada la migración y actualización de los mapas de riesgos por procesos a u erdo a los lineamientos de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO/IEC 31000:2009, que fue aprobada en el comité del sisten presenta los diferentes tipos de riesgos dependiendo de su naturaleza, ya sea su origen dentro o fuera de la Entidad, el nivel or a así evaluarlo y establecer el plan de manejo de una mejor forma.

ento al plan de acción del pacto por la transparencia, el cual tienen un avance del 92% a septiembre de 2013.

## Subsistema de Control Estratégico

ética y Buen Gobierno, ya que se tiene una nueva plataforma estratégica y se deben anexar unas nuevas políticas para cumplir con lo establecido en el Código de Ética y Buen Gobierno. Actualmente se encuentra desactualizado, lo cual dificulta la selección de perfiles idóneos para trabajar en la entidad. Asimismo, se encuentra en proceso de migración a una nueva plataforma, lo cual ha demorado la continuidad de las capacitaciones virtuales. Por lo tanto, se requiere de la Entidad un rubro para establecer algunos incentivos a los colaboradores, y establecer un procedimiento para realizarlos. Además, se requiere de las evaluaciones de desempeño para que sirvan como insumo para diseñar o modificar el plan de capacitaciones de la Entidad.

Se requiere de una nueva política estratégica y un nuevo mapa de procesos que aún necesitan tener más sensibilización para que los colaboradores se apropien de ellos. Asimismo, se requiere de los puestos de trabajo para definir mejor los perfiles de los a ocupar en la ESE.

Se requiere para actualizar los riesgos, la cual se aprobó durante el III trimestre de 2013 que aún no ha sido socializada a los colaboradores. Asimismo, los riesgos, no se ha realizado de forma oportuna. El análisis de riesgos se encuentra detenida por la implementación de la nueva metodología.

## Subsistema de Control de Gestión

Se encuentran adoptadas y publicadas por medio del Código de Ética y Buen Gobierno en la intranet en el vínculo: Que es el SIG. Asimismo, las políticas estratégicas de la Institución se pueden consultar en el vínculo Que es el SIG / Plataforma estratégica / Marco estratégico. Asimismo, se requiere de la política de seguridad del paciente, política de responsabilidad social, política de talento humano, política de gestión del riesgo y la política de gestión de la calidad.

Se requiere de los puntos de control y barreras de seguridad con el fin de minimizar los riesgos, los cuales pueden ser consultados en el vínculo. Asimismo, se requiere del cumplimiento de metas y objetivos institucionales. Se continúa con la unificación de la nueva estructura documental del SIG. Asimismo, se requiere del grado de gestión.

es de gestión por procesos en el aplicativo ITS, el cual puede ser consultado por medio de la intranet y sus resultados son revisados

proceso de ajuste, por los cambios de la nueva plataforma estratégica, la cual actualizó el Mapa de procesos, por ello se están incorporando también al nuevo sistema integrado de gestión.

la información entregada por los diferentes mecanismos de escucha (buzón de sugerencias, reuniones con asociación de usuarios, rendición de cuentas, procesos de rendición de cuentas y fortalecimiento de las veedurías ciudadanas para el seguimiento de los diferentes proyectos

reunión trimestral a la oportunidad en la contestación de requerimientos, los cuales se registran en una matriz de control y se encuentran en el comité SQS donde se revisan los requerimientos y se evalúa la calidad en la contestación de los mismos.

satisfacción del usuario es la revisión de trámites, para ello se cuenta con la página web actualizada y se cuenta también con plan de acción para cumplimiento del Decreto 019 de 2012, al que la oficina de control interno realiza seguimiento y se reúne de forma trimestral para realizar seguimiento al cumplimiento del Decreto y a los trámites que se realizan en la ESE.

de la información, la entidad tiene identificados los mecanismos para la administración de la información que se origina y se cuenta con manuales de funciones y competencias, de procedimientos, guías y protocolos, la Entidad busca entregar a los colaboradores

de comunicación interna el correo institucional, los comités y las ULG, por medio de los cuales se realiza divulgación de información se cuenta con instructivos y procedimientos que pueden ser consultados a través de la Intranet para su aplicación. Además se cuenta con 30 minutos con el Gerente, donde los colaboradores tienen un conversatorio y dan a conocer sobre sus necesidades.

de seguir en casos de crisis, el cual estipula los parámetros establecidos por la Alta dirección para entregar información a los Ejecutivos

Participación Ciudadana realiza de forma permanente reuniones de sensibilización sobre los diferentes mecanismos de participación ciudadana con los Usuarios principalmente en proyectos de interés general y en la apertura de buzones de sugerencias. Se pueden evidenciar resultados desde septiembre. Se cuenta con formatos establecidos de control como: Acta de compromiso para realizar el control social a la gestión del mismo; formato de Acta para realizar seguimiento a la ejecución de proyectos y formato para levantar plan de mejoramiento.

## Subsistema de Control de Gestión

se hizo necesario actualizar los objetivos de los procesos que aún se encuentran en ejecución. Se encuentra pendiente su despliegue y alineamiento con las políticas de operación por procesos, que contenga los respectivos parámetros.

de manejo de indicadores, el cual se encuentra subutilizado, ya que no se mantiene actualizado y se cuenta con muchos indicadores

los diferentes procesos son dirigidos principalmente hacia la eficiencia y no hacia el impacto.

ra conocer las necesidades de los colaboradores subutilizado, que no tiene continuidad y por lo tanto la Entidad no puede establecer un mecanismo para medir el conocimiento y experiencia de los colaboradores contratados por Orden de prestación de Servicios. Alta de consistencia en la información generada por las diferentes áreas, que generan reprocesos.

ión del Manual de crisis, el cual se socializó en las ULG del mes de septiembre de 2013. En reuniones efectivas, es necesario fortalecer su acatamiento y la responsabilidad de los dueños de procesos en su cumplimiento. Mejores canales de comunicación entre las diferentes áreas. Ante la ciudadanía sobre programas y servicios de la ESE, se hace necesario fortalecer la comunicación sobre la ejecución de los procesos en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión de la entidad.

## **Subsistema de Control de Evaluación**

compromiso revisar los indicadores plasmados en los Acuerdos de gestión suscritos que evalúan la gestión de los gerentes públicos. Los indicadores de las agendas estratégicas, los cuales son presentados a la Junta Directiva y a la Secretaría Distrital de salud.

Adicionalmente al Plan de Gestión del Gerente, el cual contempla los indicadores de la Resolución 710 de 2012 y su modificación con la inclusión de los indicadores por procesos.

Se realiza un seguimiento trimestral a los planes de acción de los diferentes comités institucionales, que apalancan la mejora en cada uno de los procesos establecidos en cada uno de ellos.

Se elaboró el Plan de Mejoramiento sobre el MECI para la vigencia 2013 el cual tiene plasmadas las acciones necesarias para dar continuidad al Modelo instaurado.

La Oficina de control Interno tiene un cumplimiento para el tercer trimestre del 92,86% y del programa total programado a la fecha. Los reportes de auditorías y auditorías son socializados con los responsables de procesos y en el comité de control interno.

El Procedimiento M-PR-1 Procedimiento Gestión de la Mejora debidamente publicado en la intranet en el proceso de Seguimiento, evaluación y control de planeación y calidad, con el fin de que las no conformidades encontradas en visitas, rondas de seguridad, auditorías internas y auditorías externas se relacionen con los respectivos planes de mejora de procesos o individuales. Para los análisis de causalidad se cuenta con un Manual de Uso de herramientas de análisis de acciones de mejora.

Los planes de mejoramiento institucionales levantados con oportunidades de mejora estipulados por las visitas de los Entes de control: visita médica y visita fiscal se encuentran en un cumplimiento del 100% y el plan de la visita fiscal se encuentra en el 70% de cumplimiento.

El seguimiento de mejoramiento es realizado de forma trimestral por parte de la Oficina de control interno, adicionalmente para dar cierre a la actividad de la acción de mejora instaurada y su verdadero cumplimiento.

## **Subsistema de Control de Evaluación**

Se realizó la reunión de actividad del Grupo Operativo MECI, el cual no se ha convocado, ni ha sesionado para revisar el proceso de sostenibilidad del MECI. Los responsables que deben realizar los gestores del Sistema Integrado de Gestión y el Grupo Operativo MECI. Se realizan evaluaciones periódicas sobre el riesgo de sus actividades.

Se brinda oportunidad a la entrega del seguimiento del documento sobre la sostenibilidad del MECI con el fin de que la Oficina de

unidad en el levantamiento y entrega de planes de mejoramiento suscritos por procesos o individuales, de acuerdo a las diversas auditorías realizadas por Auditorías internas o externas realizadas.

Levantamiento por parte de los responsables de procesos sobre las diferentes oportunidades de mejora identificadas.

Con los más dados a incumplir con el levantamiento de acciones de mejora por hallazgos encontrados en las auditorias o seguimientos.