



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Yuber Gustavo Guevara Sepúlveda.	Período evaluado: SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2017.
		Fecha de elaboración: 28 DE DICIEMBRE DE 2017.

MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN.

Dificultades

Las dificultades que se han observado en el Modulo de Control de Planeación y Gestión el cual contiene los Componentes de Direccionamiento Estratégico, Talento Humano y Administración de Riesgos durante este segundo cuatrimestre han sido:

- No se encuentran avances en la actualización del Mapa de Riesgos por Procesos.
- No se desarrollaron reuniones del comité MECI ni se han adelantado acciones de mejoramiento o de fortalecimiento al mismo.
- Hace falta determinar y agrupar más específicamente los puntos de control a los procesos que han surgido últimamente.
-

Avances

COMPONENTE DE TALENTO HUMANO:

ACUERDOS COMPROMISOS PROTOCOLOS ÉTICOS.

- El Código de Ética y Buen Gobierno de la Institución se actualizó mediante Resolución N° 363 del 25 de Julio de 2017.
- Este Código de Ética se establece como un mecanismo auto regulatorio que permite orientar el buen desarrollo de la Empresa, mejorar el buen trato con los usuarios, permite una excelente relación con los Entes Externos y fortalece el talento humano.
- La actualización del documento del Código de Ética y Buen Gobierno fue construido con la participación de los líderes de área, bajo la dirección de la funcionaria del Sistema de Información y Atención al Usuario y su estructura se ajusta a los lineamientos dados por el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014.
- Este documento es socializado a todo el personal de la Empresa en la jornada de inducción y re inducción.
- De la misma forma en que se viene vinculando nuevo personal a la Institución, se van realizando capacitaciones sobre el contenido de los principios y valores éticos establecidos.
- Se puede encontrar en la página web de Salud Sogamoso E.S.E.

DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.

- El área de Talento Humano cuenta con los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño; estos están debidamente documentados, socializados (En la Intranet, en capacitación general al personal) y funcionan de acuerdo a lo establecido.
- El programa de bienestar social e incentivos se ha desarrollado con el propósito de mantener, mejorar el ambiente laboral y las condiciones que favorezcan al trabajador y su familia.
- Se tiene un procedimiento de medición del desempeño, pero no se han entregado reportes hasta el momento.
- Se socializan bimensualmente los indicadores para cada uno de los procesos del área de Talento Humano y se analizan sus resultados como medida de evaluación y control al proceso.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

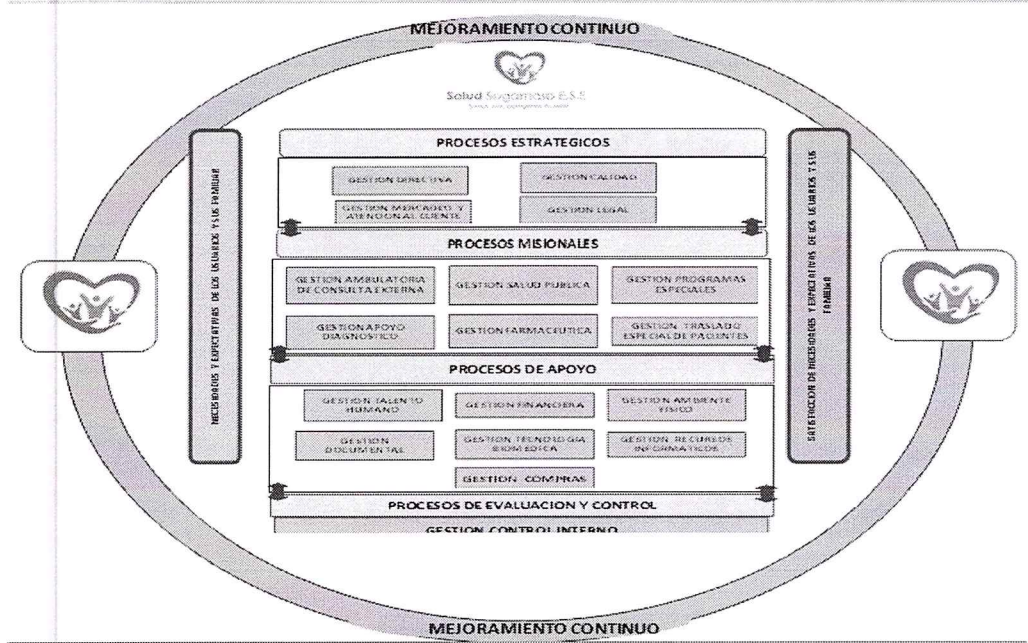
PLANES Y PROGRAMAS.

- Se realiza seguimiento a los Planes Operativos Anuales de cada una de las dependencias por parte del área de Planeación donde se realiza análisis por áreas y se genera el respectivo plan de mejoramiento.
- Se continúa trabajando sobre el tablero de mando de indicadores, con el propósito de realizar medición y análisis, con el fin de tener un seguimiento oportuno para la toma de decisiones de la institución, dentro del marco estratégico.
- En el mes de Octubre se realiza seguimiento al Plan de Gestión y Plan de Desarrollo en reunión del Comité de Planeación donde se observa que este ha tenido un avance del 63%.
- Se observa una adecuada articulación de los procesos de contratación y almacén respecto del plan anual de adquisiciones.
- Se realiza autoevaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, los líderes de las diferentes áreas contribuyen de manera significativa al cumplimiento del mismo.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS.

- El nuevo Mapa de Procesos ha sido una herramienta fundamental para generar coherencia entre las diferentes dependencias, a través de este se tiene mejor claridad entre los procesos (entradas, productos mínimos). Este nuevo Mapa de procesos se estableció mediante el proyecto de acuerdo 08 del 22 de Junio de 2017.
- La documentación correspondiente a procesos institucionales, se encuentra ubicada en la intranet de la Empresa.
- A continuación se describen los 18 procesos estratégicos de la Entidad:

	CLASIFICACIÓN DE OBJETIVO	PROCESO
1	ESTRATÉGICO	GESTIÓN DIRECTIVA
2	ESTRATÉGICO	GESTION CALIDAD.
3	ESTRATÉGICO	GESTION MERCADEO Y ATENCIÓN AL CLIENTE.
4	ESTRATÉGICO	GESTIÓN LEGAL.
5	MISIONAL	GESTIÓN AMBULATORIA DE CONSULTA EXTERNA
6	MISIONAL	GESTIÓN SALUD PÚBLICA.
7	MISIONAL	GESTIÓN PROGRAMAS ESPECIALES.
8	MISIONAL	GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO.
9	MISIONAL	GESTIÓN FARMACEÚTICA.
10	MISIONAL	GESTIÓN TRANSLADO ESPECIAL DE PACIENTES.
11	APOYO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
12	APOYO	GESTIÓN FINANCIERA.
13	APOYO	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO.
14	APOYO	GESTIÓN DOCUMENTAL.
15	APOYO	GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.
16	APOYO	GESTIÓN RECURSOS INFORMÁTICOS
17	APOYO	GESTIÓN DE COMPRAS.
18	EVALUACIÓN Y CONTROL	GESTIÓN DE CONTROL INTERNO



- La Empresa cuenta con tres sedes con sus servicios de salud habilitados estas son: Usi Centro Cód. 157590049001 con 24 servicios habilitados; Usi Magdalena Cód.157590049002 con 17 servicios habilitados; Usi Monquirà Cód.157590049015 con 16 servicios habilitados, para asegurar que estos servicios sean prestados dentro de los niveles deseados, se realizan auditorías a los procesos y rondas de inspección de forma continua.
- También se cuenta con el Sistema de Información para la Calidad SIC, El cual sirve para realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

- La Coordinación de Planeación hace presentación de la Estructura Organizacional de la Institución la cual se ajusta a la normatividad establecida para este caso.

INDICADORES DE GESTIÓN.

- A estos indicadores se les viene realizando un control bimensual por parte del Comité de Planeación Institucional y del cual se toman correctivos para ajustar las actividades, con el propósito de dar cumplimiento a lo proyectado en el Plan de Gestión vigencia 2017.
- Se realiza seguimiento y evaluación de los registros del Tablero de Indicadores correspondiente al quinto bimestre del año, analizando sus resultados por parte de la Gerencia y líderes de los procesos, generando de este análisis acciones de mejora en las actividades que presentan mayor debilidad. Está pendiente el análisis del último bimestre para determinar el avance total de cumplimiento.
- Las evidencias de esta socialización se encuentran en la Coordinación de Planeación.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN.

- La Empresa Cuenta con un manual de operaciones el cual permite la ejecución de las operaciones internas, define y limita los diferentes procesos, este manual contiene unos marcos de acción mediante el cual se puede determinar cuáles son las áreas que muestran necesidad de mejoramiento.
- Las políticas que se encuentran establecidas en la Institución no han sido actualizadas al momento y son las siguientes:

POLITICA DE CALIDAD Resolución 205 de 2014.

POLÍTICA IAMI. Resolución 032 de 2019.

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Resolución 060 de 2015.

POLITICA DE GESTIÓN AMBIENTAL. Resolución 123 de 2013.

POLITICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA. Resolución 141 de 2013.

POLITICA DE TALENTO HUMANO. Resolución 061 de 2015.

POLITICA DE NO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS. Resolución 143 de 2013.

POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. Resolución 142 de 2013.

POLITICA DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO. Resolución 099 de 2015.

POLITICA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO. Resolución 124 de 2013.

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Resolución 204 de 2014.

Estas políticas son utilizadas como lineamiento en la ejecución de los diferentes procesos y procedimientos Institucionales.

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

- El área de calidad viene desarrollando la metodología para la administración de riesgos asistenciales denominada AMFE, es un estudio sistemático y proactivo de procesos con el fin de evitar incidentes, problemas y debilidades antes de que aparezcan; esta metodología tiene la particularidad de administrar la **gestión de riesgos** de una forma más detallada que permite ser dirigida al análisis de identificación, evaluación y prevención de posibles fallos asociados a la prestación del servicio.
- Para este último periodo del año no se han desarrollado actividades significativas relacionadas con la Administración de Riesgos Administrativos según el Modelo Estándar de Control Interno Meci 1000:2014.
- Se continúa haciendo seguimiento a las actividades programadas en el Mapa de Riesgos de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano como lo establece la Ley 1474 de 2011 cada cuatro meses, cumpliendo con el Plan de Mejoramiento y publicando en la página web de la Empresa.

MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Dificultades

Las principales debilidades encontradas en este Módulo son las siguientes:

- Se presenta demora en la entrega de los planes de mejoramiento por parte del personal luego de las auditorías practicadas.

Avances

AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL:

AUTOEVALUACIÓN.

- Se mantiene la apertura de los buzones de sugerencias mensualmente y se hace la publicación de los resultados en compañía de un representante de los usuarios.
- Se presenta informe de peticiones, quejas, reclamaciones y sugerencias del segundo semestre de la vigencia, donde se analiza los indicadores de humanización del servicio, conocimiento y aplicación de deberes y derechos a los usuarios, análisis de quejas presentadas.
- La Oficina de Control Interno presenta los informes pormenorizados cada cuatro meses, cumpliendo con Art 9 Ley 1474 de 2011, dándolos a conocer a la comunidad mediante la publicación en la página Web de la Empresa como principio de publicidad y transparencia de la operación de Salud Sogamoso E.S.E.

AUDITORÍA INTERNA.

A continuación se presenta cuadro donde se relaciona las actividades correspondientes a las auditorías internas a los procesos desarrolladas en esta vigencia 2017.

CUADRO RESUMEN AUDITORIAS EFECTUADAS ENERO- DICIEMBRE 2017. OFICINA DE CONTROL INTERNO SALUD SOGAMOSO E.S.E.				
#	FECHA	PROCESO AUDITADO	FUNCIONARIO RESPONSABLE	# DE HALLAZGOS
1	09-03-17	Farmacia	Jorge Hernando Martínez. Martha Fonseca.	5
2	13-03-17	Almacén	Diana Coy. Rosalba Florez.	2
3	24-04-17	Esterilización	Jorge Hernando.	
4	10-05-17	Riesgos de Corrupción	Angie Soler	0
5	17-05-17	Comunicaciones	Camilo Carrillo	9
6	16-05-17	Caja Menor	Rocio Naranjo	7
7	25-05-17	Código de Ética	Dr. Hamilton M	4
8	31-05-17	Farmacia bodega gral.	Jorge Hernando Martínez. Martha Fonseca.	0
9	13-06-17	Riesgos Administrativos	Dr. Hamilton M	8
10	7-07-17	Apoyo Ambulancia.	Juan Carlos Pérez	5
11	11-07-17	Farmacia Periférica	Jenny Marcela Serrano	2
12	21-07-17	SIAU	Clara chaparro	4
13	12-07-17	Almacén	Diana Coy. Rosalba Florez.	4
14	02-08-17	Contratación.	Leidy Martínez	6
15	28-08-17	Caja Menor	Rocio Naranjo	6
16	29-08-17	Farmacia Monuirá	Jorge Hernando Martínez. Fabiola Aparicio.	2
17	15-09-17	Farmacia Magdalena	Nohora Elsa Plazas	4
18	25-09-17	Talento Humano	Andrea Maritza Vargas Barrera	8
19	29-09-17	Esterilización.	Zoraida Alvarado	5
20	26-10-17	Calidad	Nubia Yaneth Guevara Pinto	3
21	01-11-17	Planeación.	Angie Catherine Soler	3
22	31-10-17	Farmacia Centro	Martha Fonseca	3

23	27-11-17	Almacén	Diana Coy Bello. Rosalba Flórez	2
24	21-12-17	Código de Ética y Buen Gobierno.	Representante MECI 1000:2014.	Se realizan recomendaciones
25	22-12-17	Comunicaciones	Camilo Carrillo	2
26	19-12-17	Farmacia Centro, Magdalena, Monquirà, Móvil y Periférica.	Regentes de farmacia de cada sede.	10
27	26-12-17	Contratación.	Leidy Martínez	2
28	27-12-17	Caja Menor	Rocío Naranjo	4

Eje Transversal: Información y Comunicación.

Dificultades

- No se obtuvieron los recursos económicos para la adquisición de equipos y elementos para esta área, lo cual retrasó los planes de mejoramiento que se tenían planteados.
- Se siguen presentando demora en la actualización medios de comunicación organizacional (Audio, televisores, redes de comunicación) debido a las mejoras en infraestructura de la Usi Centro.
- No se entrega a tiempo la información generada desde las diferentes áreas a la Coordinación de Comunicaciones para que el coordinador de comunicaciones clasifique y divulgue la información.

Avances.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA.

RECEPCIÓN Y REGISTRO DE PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS.

- Se continúa realizando la apertura de los buzones de sugerencias en las sedes Centro, Magdalena y Monquirà cada quince días; esto se realiza con la participación del líder del Siau, un veedor de los usuarios y el coordinador de Control Interno.
- El nivel de satisfacción para este periodo por parte de los usuarios es del 93%, resaltando la buena atención de los usuarios por parte del personal médico, el tiempo en la asignación de las citas, la disponibilidad de medicamentos.
- Se presenta tabla de valoración.

TASA DE SATISFACCION GLOBAL	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en Salud Sogamoso ESE.	Número total de encuestados por Salud Sogamoso ESE	93 %
	359	385	

MECANISMOS DE CONSULTA EXTERNA PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

- Se mantiene permanente comunicación con la comunidad, mediante los comités de Alianza de Usuarios, redes sociales, interacción en campañas de vacunación, y en cuanto a la satisfacción de las necesidad de forma permanente se realizan encuestas con el fin de conocer la calidad del servicio prestado en la Institución.
- Se realizó interconexión de datos entre las tres sedes de la institución, esto con el fin de lograr una mejor conectividad y agilidad en el sistema de Información.
- La información de Salud Sogamoso E.S.E. es publicada en la página web como los informes de gestión, indicadores y demás información de interés de la comunidad, además de la solicitada por la ley 1474 de 2011.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA:

PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL ÁREA DE COMUNICACIONES.

- Semanalmente se actualizan las carteleras con información interna y externa de la empresa.
- Actualización de los procedimientos del área de comunicaciones teniendo en cuenta la estructura del Eje Transversal de Comunicación e Información según el MECI 1000:2014.
- En el plan de mejoramiento establecido para esta área, se llevó a cabo la construcción de la nueva política del área de comunicaciones.
- Se realiza divulgación de comunicados de prensa por periódicos regionales y locales sobre jornadas de prestación del servicio a la comunidad y eventos sobresalientes de la Institución.
- Se realiza apoyo logístico y de eventos a los programas institucionales (prevención de enfermedades respiratorias, vacunación, higiene oral, nutrición, odontología).
- El desarrollo de la comunicación a través de las redes sociales, ha tenido un gran impacto en los usuarios y población en general, ya que conocen de primera mano cada uno de los eventos y campañas que la Entidad realiza en la ciudad.

Estado general del Sistema de Control Interno.

En el desarrollo de los planes de mejoramiento por áreas se hace más evidentes el desarrollo del ciclo de mejora continua PHVA dado que la articulación entre los procesos así lo ha permitido.

La medición de indicadores de forma bimensual ha sido una buena estrategia que permite que no haya procesos débiles, sino que todos trabajan a un ritmo equilibrado.


Los sistemas de calidad y control interno operan adecuadamente, sin embargo la oficina de Control Interno de Salud Sogamoso ve con preocupación que el Equipo MECI no le dedicó la atención suficiente por mantener y mejorar el nivel de madurez que se debe tener.

Se ha venido avanzando en la actualización del MECI 2014, se avanza hacia el mejoramiento continuo con estándares de Acreditación, en mejora de la calidad en la prestación de los servicios al usuario, se evidencia cultura del autocontrol para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En general el sistema de Control Interno se encuentra en nivel aceptable, se tienen establecidos los elementos del MECI, pero hace falta mayor aplicación de estos elementos en los diferentes procesos por parte del personal, se debe esperar a las nuevas indicaciones que el Departamento Administrativo de la Función Pública emita respecto a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Recomendaciones

- Fortalecer la aplicación de los principios y valores éticos, mediante capacitaciones y talleres grupales.
- Dar inicio cuanto antes a la actualización del Mapa de Riesgos Institucional.
- Se recomienda al área de Contratación establecer un procedimiento para evaluar a los proveedores, apoyándose en la *“Guía para las Entidades Estatales con Régimen Especial de Contratación”*, dado por Colombia Compra Eficiente.
- Continuar con el análisis de indicadores por áreas cada dos meses, para tener mayor seguridad del cumplimiento de los objetivos trazados.
- Que el principio de autocontrol sea reafirmado por los líderes de los procesos en las diferentes dependencias de la Empresa.



YUBER GUSTAVO GUEVARA SEPULVEDA

Coordinador Oficina Control Interno.

Salud Sogamoso E.S.E.