

## 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: MAYO - AGOSTO 2017.
		Fecha de elaboración: 04 DE SEPTIEMBRE 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:

- Se presenta demoras al momento de actualizar el Código de Ética y Buen Gobierno, ocasionando retraso para su divulgación y aplicación de su contenido.
- 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.
- A la fecha no se han llevado a cabo socialización de avances de la nueva Estructura Organizacional por parte del contratista encargado, algunos productos que se están ajustando como es el caso del Organigrama se ha visto afectado por ser un insumo para las tablas de valoración y retención documental.

#### Avances

#### COMPONENTE DE TALENTO HUMANO:

##### ACUERDOS COMPROMISOS PROTOCOLOS ÉTICOS.

- La oficina de Control Interno realiza auditoría a la aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno en el mes de Mayo, recomendando acciones de mejora como aporte para la nueva versión que se está trabajando.
- El contenido final del documento del Código de Ética y Buen Gobierno fue construido con la participación de los líderes de área, su estructura se ajusta a los lineamientos dados por el DAFP.
- Este documento es socializado a todo el personal de la Empresa en la jornada de inducción y re inducción en el mes de Agosto.
- 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.

- De acuerdo a lo indicado en la estructura del MECI 1000:2014, Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con la nueva versión del Código de Ética y Buen Gobierno adoptado mediante Resolución 363 de 20 de Julio de 2017, instrumento que se establece como rector para el buen comportamiento ético del personal de la Empresa.

## 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.
- Se cuenta con el Manual de Funciones y Competencias Laborales, adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la Empresa, la actualización de este manual aún se encuentra en proceso.
- También se cuenta con el Plan Institucional de formación y Capacitación, este se ha formulado de acuerdo a las necesidades de los funcionarios y se desarrolla con normalidad.
- Se socializan los indicadores para cada uno de los procesos del área de Talento Humano y se analizan sus resultados cada dos meses como medida de evaluación y control al proceso.
- Se continúa con la asesoría externa para determinar viabilidad en la reorganización laboral de la Empresa.
- Se actualiza la base de datos en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP.
- La coordinación de Talento Humano socializa en jornada de capacitación la Red del Buen Trato, como instrumento para afianzar las buenas relaciones interpersonales de los funcionarios de la Empresa.
- Se realiza análisis de productividad por profesional con el propósito de analizar el comportamiento de (Indicadores de cumplimiento, toma de decisiones y medición del desempeño).
- Se reactiva el comité de seguridad y salud en el trabajo.

## DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

### PLANES Y PROGRAMAS.

- Se viene 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.
- Se realiza análisis de información para reporte del Decreto 2193 por parte de los líderes de los procesos, y se realizan propuestas de mejora para las áreas contable, financiera, producción de servicios, Talento Humano y Gestión de Calidad.
- A comienzos del mes de Agosto se realiza reunión de trabajo para analizar los

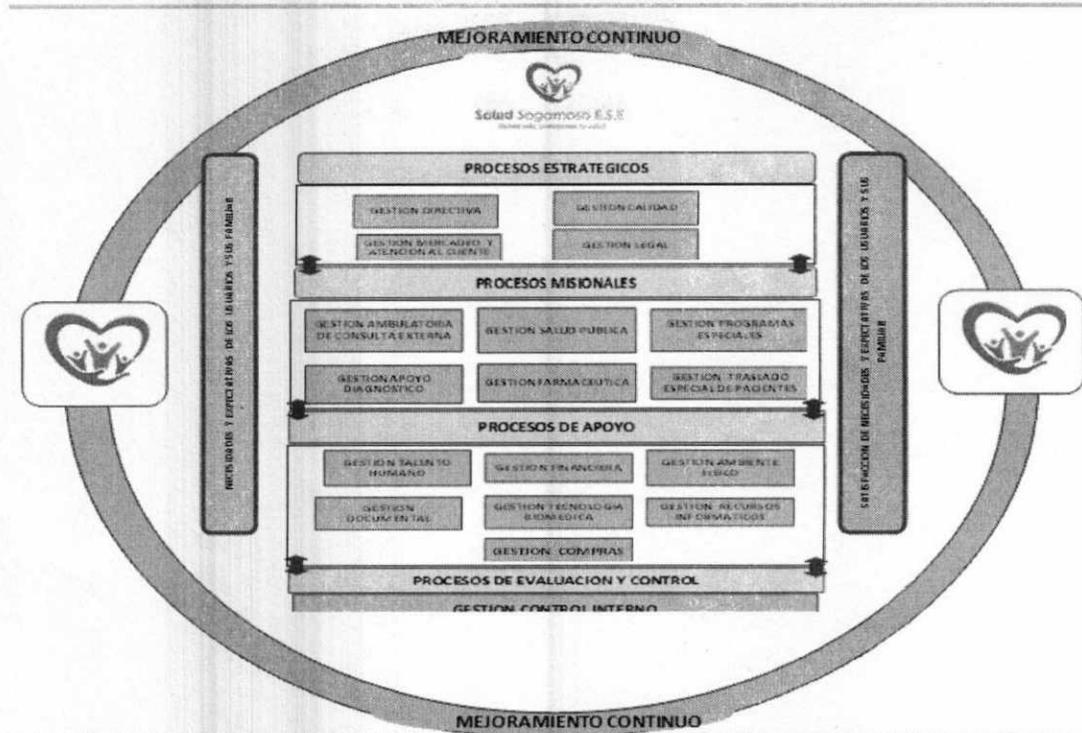
estados financieros bajo la plataforma NIIF.

- Se realiza seguimiento y monitoreo al cumplimiento de las actividades programadas para el periodo del mes de Mayo a Junio del Plan Operativo Anual POA, el cual se toma como estrategia para asegurar el cumplimiento de las metas planteadas el Plan de Desarrollo institucional 2016-2020.
- En este mismo mes de agosto se realiza Seguimiento al Plan de gestión y Plan de Desarrollo en reunión del Comité de planeación, donde se observa un avance significativo del 53% de ejecución.
- Otro de los aspectos que se puede resaltar en la Entidad, es la formulación y cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.

#### MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS.

- Se socializa el nuevo Mapa de Procesos con todo el personal de la institución, los líderes de área socializan su caracterización y la forma en que interactúan con los demás procesos (entradas, productos mínimos) y su estructura es coherente con el desarrollo de las operaciones de la empresa. Este nuevo Mapa de procesos se estableció mediante el proyecto de acuerdo 08 del 22 de Junio de 2017.
- Con el planteamiento del Direccionamiento Estratégico, surgen nuevas áreas que armonizan la operación de la Entidad y que son articulados adecuadamente a la nueva estructura de procesos.
- 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 TRANSPLADO 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 Monquirá 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.

- A la fecha aún no ha sido entregado avances del estudio que contempla la nueva estructura organizacional de la Institución por parte del contratista encargado.

## INDICADORES DE GESTIÓN.

- Se crea formato de indicadores de gestión, donde se registran los datos de treinta y dos (32) procesos: 15 de Efectividad, 4 de Eficiencia y 13 de Eficacia, los cuales miden el funcionamiento de actividades asistenciales y administrativas.
- 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 tercer 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.

#### 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 son las siguientes:

<b>POLITICA DE CALIDAD</b>	Resolución 205 de 2014.
<b>POLÍTICA IAMI.</b>	Resolución 032 de 2019.
<b>POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>	Resolución 060 de 2015.
<b>POLITICA DE GESTIÓN AMBIENTAL.</b>	Resolución 123 de 2013.
<b>POLITICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA.</b>	Resolución 141 de 2013.
<b>POLITICA DE TALENTO HUMANO.</b>	Resolución 061 de 2015.
<b>POLITICA DE NO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS.</b>	Resolución 143 de 2013.
<b>POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.</b>	Resolución 142 de 2013.
<b>POLITICA DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO.</b>	Resolución 099 de 2015.
<b>POLITICA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</b>	Resolución 124 de 2013.
<b>POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA</b>	Resolución 204 de 2014.

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

#### ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

- Para este segundo cuatrimestre no se han desarrollado actividades relacionadas con la Administración de Riesgos según el Modelo Estándar de Control Interno Mec 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.
- La Empresa cuenta con el programa de seguridad del paciente, cuyo fin es el de prestar procesos asistenciales seguros, para esto se tiene establecida una política que contempla (Planeación estratégica, cultura de seguridad, buenas prácticas y procesos seguros).

## MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

### Dificultades

Las principales debilidades encontradas en este Módulo son las siguientes:

- El cumplimiento al desarrollo del Plan Anual de Auditorías Internas viene presentando demoras en proyección del 100% de lo programado debido a factores que se han presentado. (Aplazamientos, Incapacidades y tiempo de vacaciones)
- 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 primer 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 este periodo.

CUADRO RESUMEN AUDITORIAS EFECTUADAS ENERO- AGOSTO 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	21-07-17	SIAU	Clara chaparro	4
	11-07-17	Farmacia Periferica	Jenny Marcela Serrano	2
11		Ambulancia		
12	12-07-17	Almacén	Diana Coy. Rosalba Florez.	4
13		Farmacia Periferica		
14	02-08-17	Contratación.	Leidy Martínez	6
15	28-08-17	Caja Menor	Rocio Naranjo	6
16	29-08-17	Farmacia Monquirá	Jorge Hernando Martínez. Fabiola Aparicio.	2

### Eje Transversal: Información y Comunicación.

#### Dificultades

- 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 94%, 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	94 %
	347	370	
	347	370	

### 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 necesidades 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.

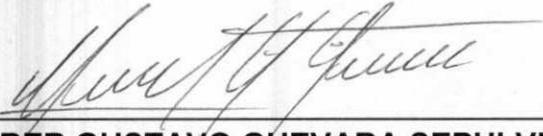
- Se realiza divulgación de comunicados de prensa por periódicos regionales y locales sobre jornadas de prestación del servicio a la comunidad y eventos sobresalientes de la Institución.
- Se realiza apoyo logístico y de eventos a los programas institucionales (prevención de enfermedades respiratorias, vacunación, higiene oral, nutrición, odontología).

### Estado general del Sistema de Control Interno.

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 últimamente no le ha dedicado la atención suficiente por mantener y mejorar el nivel de madurez que se debe tener.

### 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.
- El área de comunicaciones debe implementar los procedimientos y política institucional de comunicaciones para mejorar la información organizacional.
- 
- 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.
- Se recomienda que al equipo MECI se le asigne un espacio dentro de las reuniones del comité de planeación para que exponga, analice, evalúe el desarrollo de implementación de sus elementos.
- 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.