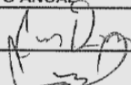
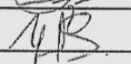

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	1 de 23
ÁREA: Evaluación y Control		DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno	
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			


**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO
LEY 1474 DEL 2011
(MAYO - AGOSTO)**

A través del Decreto 0943 del 21 de mayo de 2014, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), se presenta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) para las instituciones públicas del país que fue aprobada por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en esta materia. Dentro de sus contenidos, se encuentra un Manual Técnico donde se definen los lineamientos y metodologías necesarias para que las entidades establezcan, implementen y fortalezcan sus sistemas de control.

Dicho decreto establece que los organismos en los que se vienen desarrollando actividades bajo lo dispuesto en la última versión normativa MECI 1000:2005, cuentan con siete (7) meses a partir de la publicación de la normatividad en mención para realizar los ajustes necesarios.


FASE	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PLAN DE ACTUALIZACIÓN DEL MECI																																		
			JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE										
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Conocimiento	Lectura del documento	Auditor CI																																			
	Apropiación de los conocimientos																																				
Diagnóstico	Sensibilización a los servidores públicos	Funcionarios																																			
	Identificación de los cambios en el Modelo	Auditor CI																																			
	Diseño del Diagnóstico																																				
	Aplicación del Diagnóstico	Funcionarios																																			
	Análisis del Diagnóstico																																				
Planeación de la actualización	Identificación de puntos críticos	Auditor CI																																			
	Identificación de victorias tempranas																																				
	Identificación de actividades a realizar																																				
Ejecución y seguimiento	Identificación de los responsables de la ejecución de las actividades	Auditor CI																																			
	Definición de fechas de inicio y finales de las actividades																																				
Cierre	Seguimiento de las actividades	Funcionarios																																			
	Realización de correcciones																																				
Cierre	Realización de correcciones	Auditor CI																																			
	Compilación de los resultados																																				
	Presentación de los resultados finales																																				
	Realización de jornadas de actualización																																				
Cierre	Realización del nuevo Diagnóstico	Funcionarios																																			
	Análisis de los resultados del Diagnóstico	Auditor CI																																			

APROBACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL	
ELABORÓ - AUDITOR DE CONTROL INTERNO	
REVISÓ - PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA	
APROBÓ - GERENTE	

 Hospital San Félix E. S. E. LA DORADA - CALDAS	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	2 de 23
ÁREA: Evaluación y Control		DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno	
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

El suscrito Auditor de Control Interno, una vez analizados los diferentes contenidos que comprende la actualización del modelo, solicitó el pasado 25 de junio dejar a disposición del personal en general una presentación con los contenidos necesarios en el apartado "Nuestra Gestión" del portal web.

Posteriormente se reunieron las firmas de coordinadores de área y directivas, para comprometerlos a coadyuvar en la implementación del nuevo modelo e incentivar las políticas de autocontrol en toda la entidad. El acta incluye un cronograma con los pasos a seguir y los responsables de que se cumplan las diferentes actividades.



CTI110 – 23

La Dorada

DIRIGIDO A:
DIRECTIVOS Y COORDINADORES DE ÁREA

ASUNTO:
ACTA DE COMPROMISO ACTUALIZACIÓN MECI

A través del Decreto 943 de 21 de mayo de 2014, se adopta el Estándar de Control Interno MECI, el cual cuenta con un Manual de Implementación donde se definen los lineamientos y las metodologías necesarias para establecer, implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno.

Los abajo firmantes en las condiciones definidas dentro del acta, se comprometen a coadyuvar en la implementación del nuevo modelo de control interno e incentivar la política de autocontrol en todos los niveles de la entidad.

Para profundizar en el tema, se ha puesto a disposición del personal en general el apartado "Nuestra Gestión" – "Control Interno" – "MECI" del portal web, donde se describen los componentes teóricos del Sistema de Control Interno, junto con un paralelo entre el modelo actual y la actualización del modelo.

VENTANILLA ÚNICA
E.S.E. HOSPITAL SAN FÉLIX LA DORADA - CALDAS


REGISTRO: 0508
FECHA: 01 JUL 2014

COORDINADORES DE ÁREA (EQUIPO MECI)		
Luis Javier Morales Sánchez	Coordinador de Personal y Contratación	<i>[Firma]</i>
Fernando Téllez	Coordinador Ambiental	<i>[Firma]</i>
Juan Camilo Arce Giraldo	Coordinador Informático	<i>[Firma]</i>
Maritza Beltrán Gallego	Coordinador de Almacén y Mantenimiento	<i>[Firma]</i>
Norma Mallerly Serrano	Coordinadora de Centros y Puestos de Salud	<i>[Firma]</i>
Cristian Ramírez Cardona	Coordinador de Ev. Y Control	<i>[Firma]</i>
Julia Andrea Nader Peña	Coordinadora de Enfermería	<i>[Firma]</i>
Patricia Cardona Liberato	Coordinadora de Auditoría Médica	<i>[Firma]</i>
Pamela Barrios	Líder del SIAU	<i>[Firma]</i>

FECHA DE INICIO	2 de Junio de 2014
FECHA FINAL PREVISTA	19 de Diciembre de 2014

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
REPRESENTANTE LEGAL	Yamil Rodríguez Garza	Gerente	<i>[Firma]</i>
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	Antonio María Gómez Betancur	Profesional Especializado del Área Administrativa	<i>[Firma]</i>
DIRECTIVOS DE PRIMER NIVEL	Soraya Noreña Pera	Médico General de Subdirección Científica	<i>[Firma]</i>
COORDINADORES DE ÁREA (EQUIPO MECI)	Gloria Érica Murillo Barco	Coordinadora Financiera - Contadora	<i>[Firma]</i>

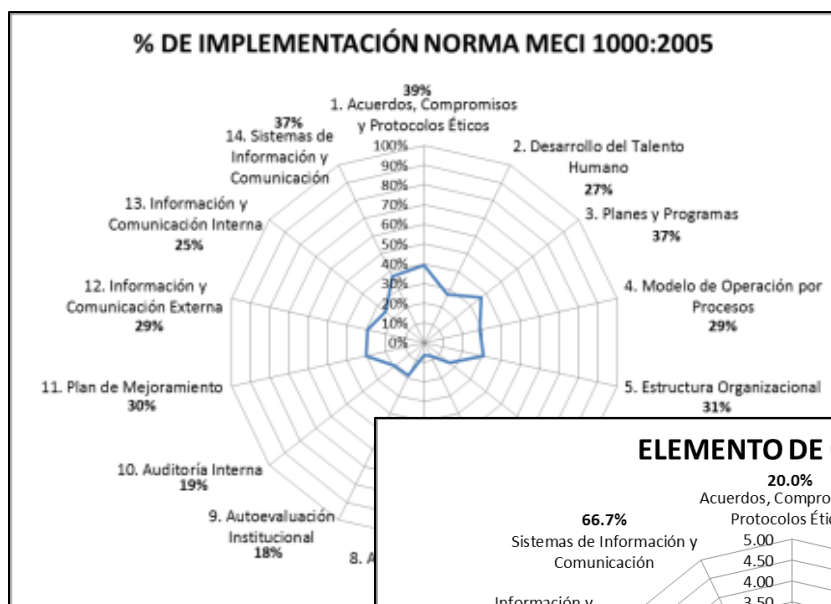
NIT. 810.000.913-8
 Dirección: Calle 12 No. 5-20 Teléfonos (6) 8571888 - (6) 8577040
 La Dorada - Caldas - Colombia
www.hospitalsanfelix.gov.co

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	3 de 23
ÁREA: Evaluación y Control		DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno	
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

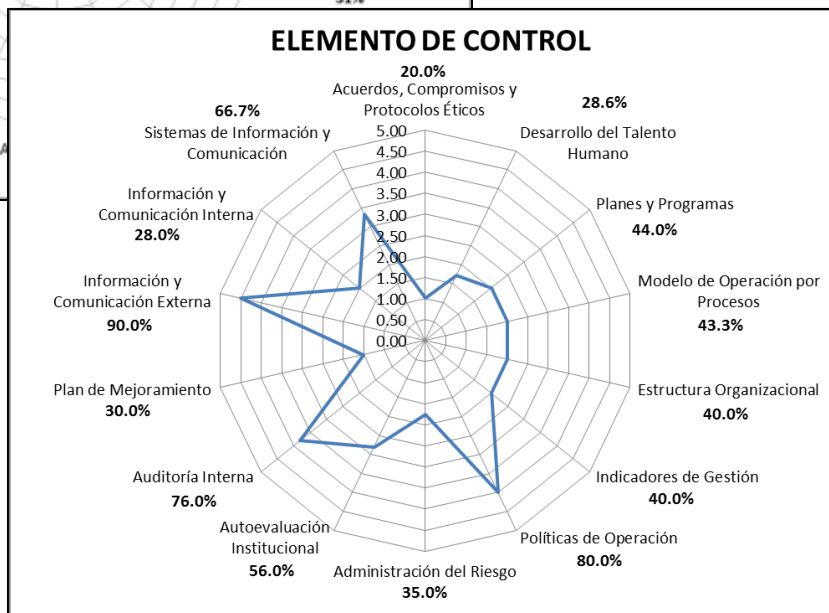
El 13 de agosto de 201, se hizo entrega de la autoevaluación diseñada con base en el anexo #4 del manual técnico, junto al informe de puntos críticos y victorias tempranas realizado frente al estado actual del MECI en la ESE.

AUTODIAGNÓSTICO MECI

Al pasar de un 25,1% a un 49,1% de implementación, se ha obtenido una mejora notable frente a los resultados de la última Autoevaluación del MECI, en la que se solicitó a 28 funcionarios (cabezas visibles de área en su momento) responder a la encuesta diseñada por el Auditor de Control Interno para valorar el avance del sistema dentro de la organización.




Inicialmente los elementos más desarrollados eran los Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos, Planes y Programas, y el Sistemas de Información y Comunicación.



En la actualidad existe un mayor despliegue, como consta en la siguiente tabla.


Los detalles y contenidos cada elemento de control, se desarrollarán más adelante.

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	4 de 23
ÁREA: Evaluación y Control	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno		
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

RESUMEN EVALUACIÓN			
	ELEMENTO DE CONTROL	CALIFICACION	% AVANCE
1	Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	1.00	20.00%
2	Desarrollo del Talento Humano	1.71	34.29%
3	Planes y Programas	2.00	40.00%
4	Modelo de Operación por Procesos	2.00	40.00%
5	Estructura Organizacional	2.00	40.00%
6	Indicadores de Gestión	2.00	40.00%
7	Políticas de Operación	4.00	80.00%
8	Administración del Riesgo	1.75	35.00%
9	Autoevaluación Institucional	2.80	56.00%
10	Auditoría Interna	3.80	76.00%
11	Plan de Mejoramiento	1.50	30.00%
12	Información y Comunicación Externa	4.50	90.00%
13	Información y Comunicación Interna	2.00	40.00%
14	Sistemas de Información y Comunicación	3.33	66.67%
	NIVEL IMPLEMENTACIÓN	2.46	49.14%

La escala de valoración empleada, es una modificación de la sugerida en el Manual Técnico MECI 2014 – Anexo #4 (Fase de Diagnóstico), donde se ha ampliado el rango para incluir aspectos como: La autorización por parte del Gerente o Junta Directiva, las evidencias de socialización y los procesos de mejora continua.

ESCALA DE CALIFICACIÓN	
Las condiciones del elemento no existen	0
Las condiciones del elemento están definidas pero no están formalizadas	1
Las condiciones del elemento se encuentran documentadas y están autorizadas por el Titular de la Institución o Junta Directiva	2
Las condiciones del elemento han sido difundidas, están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento	3
Las condiciones del elemento están operando y su eficiencia y eficacia son medibles	4
Las condiciones del elemento están en un proceso institucionalizado de mejora continua y existe evidencia documental de instancias evaluadoras y fiscalizadoras, internas y externas, de su eficiencia y eficacia	5

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	5 de 23
ÁREA: Evaluación y Control	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno		
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

1. ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS (20%)

Es el elemento de control menos desarrollado, ya que el Código de Ética y Buen Gobierno actualizado por la Oficina de Control Interno en compañía de las dependencias de Calidad y SIAU, no ha sido ampliamente difundido en la institución por falta de disponibilidad del personal administrativo para replicar la información y que los contenidos no han sido incluidos en las temáticas de Educación Continuada del personal asistencial para no extender las presentaciones.

Recientemente se ha solicitado el cargue de la Filosofía Institucional al portal web, pero el código mencionado deberá ser adoptado posteriormente mediante acto administrativo.

Como un hecho aislado, a finales del 2013, se realizaron actividades aisladas en las que se distribuyeron copias de los Derechos y Deberes de los pacientes de la ESE.

2. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO (34,29%)


Se relaciona directamente con los procesos de evaluación del desempeño laboral, desarrollados en forma semestral y anual. De igual forma, con el Manual de Funciones empleado actualmente, pero que no ha sido actualizado desde el 2005.

A pesar de no hallarse un Plan de Formación adoptado y difundido por la entidad, debe resaltar el apoyo que reciben los funcionarios de la ESE por parte de las Directivas, para asistir a diversos(as) talleres y capacitaciones dictadas en la región o fuera de ella. También son significativos los esfuerzos realizados por la parte asistencial para llevar a cabo el Programa de Educación Continuada.

La mayor debilidad se relaciona con la falta de programas de bienestar e incentivos; seguida de una falta de adopción, difusión e implementación de los procesos construidos a la fecha por asesora externa (Psicóloga) y que se relacionan con: Desarrollo del personal, selección, inducción y re-inducción, capacitación y evaluación del desempeño.

3. PLANES Y PROGRAMAS (40%)

Corresponde entre otros aspectos, al seguimiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios que realiza la profesional del SIAU a través de encuestas y los subsecuentes comité de calidad realizados semestralmente, pero que deberían tener una mayor periodicidad.

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	6 de 23
ÁREA: Evaluación y Control	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno		
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

También la Oficina de Control Interno, evalúa semestralmente la forma en que los controles trabajan dentro de las dimensiones estratégica, directiva y operativa. Esta actividad se lleva a cabo con el fin de detectar necesidades del cliente interno y del sistema, que no son detectables a través de ejercicios presupuestales o encuestas tradicionales.

A excepción de la dependencia de Talento Humano, Asesoría Jurídica Externa y Control Interno, se desconocen Planes Operativos o Acuerdos de Gestión, donde se establezcan claramente las actividades principales y rutinarias que deben llevarse a cabo en cada área de la ESE. El Plan de Acción Anual de la vigencia, ha sido actualizado como guía para el desarrollo de los diferentes POA's asistenciales y administrativos.

La actualización de la Plataforma Estratégica: Misión, Visión, Objetivos Institucionales y Estructura Organizacional. Estos contenidos han sido ampliamente discutidos con las Directivas de la ESE, incluso recientemente durante el 1° Comité de Gerencia. A su vez, deben estar definidos dentro del Manual de Gestión de Calidad, construido por la Oficina de Control Interno, pero que no ha sido aprobado a la fecha y que debería originarse como política institucional bajo solicitud del responsable de dicho proceso.


4. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS (40%)

Se evidencia inicialmente una caracterización de procesos desactualizada desde el año 2010 y que no es funcional frente a las actividades que se desarrollan hoy en día dentro de la institución.

El mapa de procesos de Hospital y los procedimientos documentados a la fecha, que fueron desarrollados para la realidad específica de la entidad, no han sido adoptados formalmente por la organización y sus coordinadores de áreas funcionales. A pesar de la falta de estándares como los mencionados anteriormente para realizar las auditorías internas en forma adecuada, se han examinado los controles ejercidos sobre las actividades y construido Planes de Mejoramiento en aquellos procesos donde se han observado riesgos por desfases con respecto a los contenidos de los manuales.

A través de los Comités de Gerencia y otros estamentos, las Directivas y mandos medios de la ESE, han revisado las principales problemáticas del Modelo de Operación de Procesos y realizado observaciones para que se realicen los ajustes pertinentes.

5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (40%)

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	7 de 23
ÁREA: Evaluación y Control	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno		
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

Este elemento de control ha sido documentado dentro del Manual de Gestión de la Calidad y ampliamente discutido por las Directivas, como se ha señalado en otros apartados del presente informe. Fue publicado en el portal web, dentro del apartado “El Hospital”, para que todo el personal tuviera acceso a él y así sensibilizarlos de su relación con los procesos de la entidad, pero su cumplimiento dependerá directamente de una actualización del Manual de Funciones.

6. INDICADORES DE GESTIÓN (40%)

Aunque la planeación de la ESE puede medirse a través del grado de cumplimiento de los diferentes programas y actividades propuestas, se requiere la construcción de un Manual de Indicadores de Gestión que explique la forma correcta de realizar estas mediciones y que asegure la trazabilidad en el tiempo de las iniciativas gerenciales.

A excepción del área jurídica, quien debió construir las fichas de sus indicadores como resultado de una visita realizada por la Procuraduría, no existen cuadros de control ni son claras las medidas que deban aplicarse a los demás procesos para hacer un adecuado seguimiento a su gestión.


7. POLÍTICAS DE OPERACIÓN (80%)

Ya que las directrices gerenciales del Plan de Gestión 2012-2016, han sido revisadas por la Oficina de Control Interno y como resultado se han construido las líneas estratégicas (Plan Estratégico 2012-2016) a las que deben ceñirse todos los funcionarios de la ESE, así como los programas (Plan de Desarrollo 2012-2016) y las acciones (Plan de Acción 2014) que han de cumplirse para lograr las metas de la Entidad. Estos instrumentos deben ser ajustados anualmente según las condiciones cambiantes del sector.

8. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO (35%)

A través de la aprobación del Manual de Control Interno con la Resolución 0688 del 07 de Julio de 2014, fue adoptado el Procedimiento General de Control del Riesgo, con el cual se define la política de administración del riesgo y se incluye la metodología para su desarrollo. El documento correspondiente ha sido difundido por medio del correo institucional, solicitando que los contenidos sean replicados a todo el personal de la ESE.

El mayor inconveniente a la fecha, es la falta de un Mapa Institucional construido a partir de las Matrices de Riesgo de los Procesos; las que a su vez, son el resultado de las evaluaciones individuales aplicadas a los mismos. Este proceso ha sido adelantado en varios servicios asistenciales aunque sin el rigor requerido y algunos procesos

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	8 de 23
ÁREA: Evaluación y Control	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno		
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

administrativos cuentan con una herramienta completamente estructurada, incluyendo lo relacionado con el Plan Anticorrupción o Anti-trámite y de Atención al Usuario.

Es necesario que el Sistema de Gestión de Calidad aplique la herramienta existente en forma constante, para poder obtener información uniforme y provechosa. Otro aspecto importante es que los Coordinadores o Líderes, evidencien el seguimiento a los controles establecidos frente a los riesgos detectados.

9. AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL (56%)


Durante el año 2013 fue distribuida la autoevaluación de los sistemas de calidad y control interno, diseñada bajo los lineamientos de la NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005 respectivamente. Dicha actividad se llevó a cabo con la participación de 10 de las 28 cabezas visibles o líderes de procesos, resultando un informe presentado a las Directivas y difundido a través del correo institucional. Es de resaltar que la dinámica no fue desarrollada bajo la metodología de taller, por lo que no existen actas u otras evidencias de un ejercicio grupal.

Por otro lado, la Oficina de Control Interno ha desarrollado un instrumento particular para cumplir con los requerimientos de Evaluación del Desempeño Institucional y de Gestión de las áreas de planeación estratégica o APE, hechas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC), ante la falta de Planes Operativos y/o Acuerdos que sirvan como un punto de partida para la actividad.

Los informes de gestión semestral con corte al 30 de Junio y anual con corte al 31 de Diciembre, sustentados ante la comunidad durante la audiencia pública de rendición de cuentas, contienen información e indicadores de la gestión en los principales procesos de la ESE. No existe un análisis completo de la totalidad de las actividades, ante la falta de indicadores mencionada en el sexto elemento del presente informe.

10. AUDITORÍA INTERNA (76%)

En mayor parte los procesos de Auditoría Interna se han fortalecido hasta un 76%, gracias a la rendición oportuna de los informes pormenorizados cuatrimestrales de la Ley 1474 y ejecutivo anual requerido por la DAFP. En el primer caso, los contenidos fueron puestos a consideración de las Directivas y asesores previa publicación; mientras que en el segundo caso y debido a la actualización del formulario correspondiente a la evaluación del 2013, se realizó en compañía del Gerente y el Profesional Especializado del Área Administrativa. Posteriormente, se realizó una retroalimentación sobre las evidencias que soportaban las respuestas dadas.

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	9 de 23
ÁREA: Evaluación y Control	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno		
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

Tal como la metodología para el control del riesgo, el Procedimiento General de Auditoría Interna, fue adoptado a través de la resolución de aprobación del Manual de Control Interno y requiere que todos los funcionarios de la ESE apliquen los contenidos del mismo durante sus procesos de autoevaluación. El Programa Anual de Auditorías de los procesos administrativos para el año 2013, se completó en un 90% y no se generaron informes de todas las revisiones realizadas, debido a que ante situaciones como la falta de Control Documental, sólo se pudieron analizar en forma aislada las labores de Ventanilla Única y de Archivo de la Historia Clínica.

Para el año 2014, se espera iniciar con esta actividad durante el mes de Agosto y extenderse hasta el mes de Marzo para completar el mayor número posible de actividades, entre las que se incluyen la verificación de los riesgos y acciones de mejora propuestas durante la última revisión, así como la adherencia a los contenidos de manuales y procedimientos sugeridos por la Oficina de Control Interno.

No existe evidencia de un Plan Anual de Auditorías que se aplique a los servicios asistenciales del Hospital y que sea coherente con el PAMEC resultante de las autoevaluaciones de Habilitación y Acreditación. Además, no existe un formato único para la presentación de hallazgos.

11. PLAN DE MEJORAMIENTO (30%)


La mayoría de los procesos administrativos evaluados durante el 2013, cuentan con un Plan de Mejoramiento por Proceso construido en base a los hallazgos y riesgos particulares detectados; pero sobre los cuales, no existen documentos que evidencien el seguimiento por parte de los auditados.

Los riesgos y las acciones de mejora resultantes de la revisión de servicios de salud prestados por la ESE, carecen de herramientas para su interpretación, medición y seguimiento. Por lo cual se recomienda nuevamente, emplear los formatos y metodologías adaptados por la Oficina de Control Interno a partir de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

12. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA (90%)

Es el elemento más desarrollado gracias a tres aspectos fundamentales:

- Las modificaciones realizadas en el nuevo portal web institucional, que comprenden mecanismos para el procesamiento de las PQR's y la exhibición de la Planeación

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	10 de 23
ÁREA: Evaluación y Control	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno		
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

Estratégica o la información resultante de la audiencia pública para la rendición de cuentas, donde se incluye el Informe de Gestión.

- Cruce constante del Tablero de Control de Informes y las página web de los entes de control, del cual se derivan correos electrónicos hacia los responsables de rendir información o interesados en diversos temas.

Esta actividad también incluye la programación de la rendición de cuentas, que se realiza bajo los parámetros señalados por la Contraloría General de Caldas y en la cual se recoge la opinión de los asistentes a través de encuestas.

Mayor contacto con la comunidad y veedurías, a través de reuniones informativas sobre la actualidad de la institución, cambios normativos y cualquier otra novedad significativa.

13. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA (28%)

La comunicación entre los altos mandos y medios es adecuada, hallándose mecanismos para elevar sugerencias y solicitudes de funcionarios hacia las Directivas. Las respuestas se dan en formas variadas, a través de oficios, correos electrónicos, actas y muchas veces se confirman personalmente.


Los problemas de comunicación interna, se relacionan con la desactualización de las tablas de retención documental, las cuales funcionan parcialmente y no comprenden la totalidad de documentos generados hoy en día dentro de los procesos de la ESE.

Otro factor importante es la falta de compromiso que muestran los funcionarios de la entidad para revisar los desarrollos de la Líder de Gestión de Calidad y el Auditor de Control Interno en cuanto a manuales, procedimientos, protocolos / instructivos y formatos se refiere.

También existen dificultades adicionales que dificultan el respeto de la línea de mando, tales como: 1) La falta de Matrices de Responsabilidades por dependencia o área funcional; y 2) No existe una Política y Plan de Comunicaciones diseñadas para facilitar la interacción del personal dentro de la institución.

14. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (66,67%)

La interacción con los usuarios y la comunidad en general, se ha visto fortalecida gracias a varios factores:

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	11 de 23
ÁREA: Evaluación y Control		DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno	
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

- Diseño del portal web institucional bajo los lineamientos de Gobierno en Línea.
- Puntos de atención al usuario ubicados en la entrada principal y ventanilla única.
- Implementación de Call Center para la asignación de citas especializadas.
- Apertura de fanpage, youtube, twitter, como medios de comunicación virtual.
- Transmisión permanente de información a través de programa televisado y la emisora.

Actualmente las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias se registran en un cuadro Excel por parte del profesional del SIAU. Dicha herramienta debería ser automatizada para evitar la manipulación de los datos registrados.

La página web, también debe ser modificada para que los interesados puedan hacer un apropiado seguimiento al estado de las solicitudes realizadas a la ESE desde cualquier parte del país y mientras tengan acceso a Internet. Esta herramienta debe permitir la visualización de estadísticas, análisis de datos y el nivel de satisfacción de los usuarios.

Por último, el sistema de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos, y financieros, se encuentra en su fase de implementación; pero desde ahora y gracias al estricto acompañamiento, se proyecta como el mecanismo que facilitará la gestión en todos los niveles de la organización.

PLAN DE AJUSTES MECI

A partir de dicho análisis y que no existieron comentarios, sugerencias o inquietudes del personal a quien se puso los contenidos a consideración, fue elaborado el “Plan para ajustar los elementos al nuevo MECI”, donde se establecen las actividades necesarias para hacer funcional el sistema al interior de la institución, los cargos responsables de ejecutar múltiples labores y las fechas sugeridas para su cumplimiento puntual. Este programa fue distribuido a través del correo institucional el 27 de agosto y socializado a partir del día 28 del mismo mes.

PLANEACIÓN DE AJUSTES NUEVO MECI																				
ELEMENTO A MEJORAR	ITEM	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SEP				OCT				NOV				DIC				
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	1	Revisar proyecto del Código de Ética y Buen Gobierno con el personal de la ESE por medio de sesiones grupales de discusión	Talento Humano, SIAU																

4	Modelo de Operación por Procesos	16	Caracterizar los procesos de la ESE una vez se actualice la totalidad de los Manuales que requiere el SGC	Control Interno, Gestión de Calidad																						
			Adoptar mediante resolución de Gerencia																							
			Incluir los contenidos del documento dentro de la temática de educación continuada, inducción y reinducción	Talento Humano																						
			Socializar caracterización con la totalidad de los funcionarios																							
			Solicitar subida del Manual resultante al portal web institucional																							
			Actualizar anualmente la caracterización de los procesos	Control Interno, Gestión de Calidad	PRÓXIMO AJUSTE EN DICIEMBRE DEL 2015																					
		Realizar el mismo procedimiento con el Mapa de Procesos que para la Plataforma Estratégica (Item 11)																								
		18	Elaborar Manual de Indicadores por procesos, incluyendo las fichas de los mismos	Control Interno, Gestión de Calidad, Coordinadores, Líderes																						
			Adoptar indicadores mediante resolución de Gerencia																							
			Incluir los contenidos del documento dentro de la temática de educación continuada, inducción y reinducción	Talento Humano																						
			Socializar indicadores con la totalidad de los funcionarios	Control Interno, Gestión de Calidad																						
			Solicitar subida del Manual resultante al portal web institucional																							
			Actualizar anualmente el Manual de Indicadores		PRÓXIMO AJUSTE EN DICIEMBRE DEL 2015																					

ÁREA: Evaluación y Control

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno

FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014

			Solicitar subida de la matriz resultante al portal web institucional		
			Actualizar indicadores y cuadro de mando anualmente		PRÓXIMO AJUSTE EN DICIEMBRE DEL 2015
7	Políticas de Operación	25	Actualizar planes gerenciales anualmente	Gerencia	PRÓXIMO AJUSTE EN ENE - FEB 2015
		26	Las políticas contenidas en la planeación institucional y los Manuales de los procesos, deberá ser difundida al interior de cada área o servicio, entre la totalidad de funcionarios	Coordinadores, Líderes	
8	Administración del Riesgo	27	Elaborar y hacer el seguimiento del Panorama de Riesgos Institucional, que debe ser actualizado una vez se levanten las matrices propias de todos los procesos	Control Interno	FECHAS INDETERMINABLES DEBIDO A LA INEXISTENCIA DE MATRICES DE RIESGO EN LA TOTALIDAD DE LOS PROCESOS QUE FUESEN EL RESULTADO DE AUDITORÍAS INTERNAS REALIZADAS BAJO UNA METODOLOGÍA ESTANDARIZADA
		28, 29	Construir las matrices de riesgo en base a los hallazgos de las auditorías internas que son realizadas por las Oficinas de Gestión de Calidad o Control Interno	Coordinadores, Líderes	
			Adoptar la totalidad de las matrices individuales y del Panorama Institucional mediante resolución de Gerencia		
			Socializar con la totalidad de los funcionarios		
			Subir las matrices resultantes al portal web institucional		
			Monitorear trimestralmente la evolución de los riesgos	Control Interno, Coordinadores, Líderes	
30	Presentar ante los diferentes comités o ante el equipo de trabajo, informes detallados sobre la evolución de los riesgos	Control Interno, Coordinadores, Líderes			



ÁREA: Evaluación y Control

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno

FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014

9	Autoevaluación Institucional	31	Realizar taller de autoevaluación de los procesos donde se informe a los funcionarios de la ESE, los mecanismos existentes para tal fin	Control Interno, Gestión de Calidad																	
		32	Reunir las listas de asistencia y actas de los diferentes talleres																		
		33, 34, 35	Institucionalizar la realización de autoevaluaciones en toda la organización. Trimestrales para los indicadores de procesos y servicios; semestrales para la gestión, que son la base de las audiencias públicas o la evaluación gerencial; y anuales para los Sistemas de Calidad, Control Interno	Gerencia																	
10	Auditoría Interna	38	Aplicar el procedimiento documentado de Auditoría Interna en lo asistencial, tal como se hace en lo administrativo	Gestión de Calidad	PERMANENTEMENTE																
		39	Diseñar el programa anual de auditorías asistenciales con base en la priorización de los servicios frente a directrices y objetivos institucionales; o como resultado de los procesos de autoevaluación para la habilitación y acreditación, de los que se deriva el PAMEC																		
			Adoptar plan mediante resolución de Gerencia																		
			Socializar con la totalidad de los funcionarios en las áreas asistenciales																		
			Monitorear periódicamente según la frecuencia del Comité de Calidad		1° REVISIÓN ENE - MAR EN ABRIL 15 / 2015																
			Ajustar anualmente según la evolución de los servicios		PRÓXIMO AJUSTE EN DICIEMBRE DEL 2015																



INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3	
	VERSIÓN	1	
	FECHA	11/06/2013	
	PÁGINA	20 de 23	
ÁREA: Evaluación y Control		DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno	
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

		40 Aplicar los formatos y herramientas del procedimiento general diseñado, que incluyen la elaboración de informes bajo parámetros estandarizados Retroalimentar a los funcionarios, sobre los diferentes riesgos detectados y las recomendaciones sobre acciones de mejoramiento que sean pertinentes		PERMANENTEMENTE
11	Plan de Mejoramiento	41 Los responsables de los procesos, deben definir las acciones de mejoramiento y controles necesarios para que sus labores sean más eficientes y eficaces	Coordinadores, Líderes	
		42 También deberán informar trimestralmente a las Oficinas de Control Interno y Gestión de Calidad, las novedades en el seguimiento de Matrices de Riesgo y PMC resultantes de auditorías internas o que fuesen ejecutadas por parte de los entes de control		SUSCRIBIR EN ENERO. 1º REVISIÓN ENE - MAR EN ABRIL 15 / 2015
12	Información y Comunicación Externa	43 Crear un buzón digital para el registro de las PQR's, donde los usuarios puedan consultar el estatus de los mismos, así como obtener datos estadísticos sobre los tiempos de respuesta, clasificación, frecuencia, etc.	Sistemas, Comunicaciones, SIAU	
		44 Actualizar anualmente el Tablero de Control desarrollado por la Oficina de Control Interno para vigilar las fechas de los informes que deben rendirse a entes de control	Gerencia	



INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL

CÓDIGO	CTI110-8.3
VERSIÓN	1
FECHA	11/06/2013
PÁGINA	21 de 23

ÁREA: Evaluación y Control
DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014


		46	47	50													
		Una vez realizada la caracterización e inventario de procesos de la ESE, deberán listarse y publicarse en el portal web todos los formularios que han de emplear los usuarios en los diferentes trámites	Comunicaciones														
		Publicar las políticas, normatividad y demás condiciones requeridas para la realización de las audiencias de rendición de cuentas a la ciudadanía															
		Publicar las listas de asistencia o actas resultantes de otras reuniones realizadas con la comunidad, veedurías y demás grupos de interés	Comunicaciones, SIAU	PERMANENTEMENTE													
13	Información y Comunicación Interna	Exigir el uso adecuado de mensajería instantánea (BigAnt) y electrónica para minimizar el consumo de papel, mejorar la comunicación organizacional, facilitar los procesos de formación, reintroducción, evaluación, bienestar, etc.	Directivos, Sistemas	PERMANENTEMENTE													
		Actualizar el proceso de Gestión Documental de la ESE, ajustando las tablas de retención para que reflejen la realidad institucional	Directivos														
		Aprobar mediante resolución de Gerencia	Comité de Archivo														
		Incluir los contenidos resultantes dentro de la temática de educación continuada, inducción y reintroducción	Talento Humano														
		Socializar con la totalidad de los funcionarios	Comité de Archivo														
Solicitar subida de los contenidos al portal web institucional																	

ÁREA: Evaluación y Control

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno

FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014

		Monitorear anualmente las actualizaciones normativas de la Ley General de Archivos o las demás que se le relacionen; así como periódicamente según el Plan Anual de Auditorías de Control Interno y Gestión de Calidad	Comité de Archivo, Control Interno	1° REVISIÓN EN JULIO DE 2015. PRÓXIMO AJUSTE EN DICIEMBRE DE 2015											
		Elaborar toda la documentación requerida por el Sistema de Gestión Documental de la ESE	Coordinadores, Líderes												
	53	Adoptar mediante acto administrativo los manuales existentes, los cuales contienen la información detallada de los procedimientos, instructivos y formatos requeridos para el adecuado funcionamiento de los procesos													
		Construir el Manual de Comunicaciones basándose en una matriz de responsabilidades, donde este claramente establecidas las políticas y el plan para que la información fluya adecuadamente al interior de la entidad	Sistemas, Comunicaciones												
	54, 55	Aprobar mediante resolución de Gerencia	Control Interno, Sistemas												
		Socializar con la totalidad de los funcionarios													
		Subir los contenidos al portal web institucional													
		Actualizar Manual de Comunicaciones anualmente	Control Interno, Sistemas	PRÓXIMO AJUSTE EN DICIEMBRE DE 2015											
14	Sistemas de Información y Comunicación	56 Implementar un programa o herramienta tecnológica para facilitar el control documental de los archivos de la ESE	Comité de Archivo, Sistemas												

	INFORMES A ENTIDADES DE CONTROL	CÓDIGO	CTI110-8.3
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/06/2013
		PÁGINA	23 de 23
ÁREA: Evaluación y Control		DEPENDENCIA RESPONSABLE: Control Interno	
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/09/2014			

	57	Diseñar interfase con el buzón digital mencionado en el Item #43 para el control y trámite de las PQR's por parte de la Oficina Jurídica y el SIAU, donde se impida la manipulación de los datos consignados por los usuarios	Sistemas, SIAU																
	58	Elaborar Plan para la implementación del nuevo software institucional donde se muestre la secuencialidad de las principales actividades, responsables de actividades y plazos de ejecución	Sistemas																
	59	Iniciar la implementación de mecanismos en la página web que faciliten la operatividad de la II Fase del Gobierno en Línea	Sistemas, Comunicaciones																



Ing. Cristian Ramírez Cardona

Auditor de Control Interno

Cel: 320 423 1977

Email: controlinterno@hospitalsanfelix.gov.co