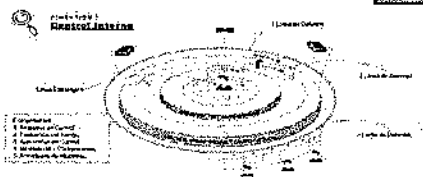


Nombre de la Entidad:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SA

Período Evaluado:

DESDE EL 1 DE ENERO HASTA EL



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>En proceso</p>	<p>Los componentes se están articulando para que operen conjuntamente y le sirvan a la empresa para alcanzar un Mejoramiento en su desempeño, un factor importante fue la actualización del Mapa de Riesgo Institucional que nos da la herramienta necesaria para la estructuración de manual de proceso y procedimientos y su inclusión en el software ALMERA que administrará el sistema de gestión, con lo que se pretende que los procesos se puedan estandarizar y se haga una correcta y oportuna recopilación de la información hallazgos de las diferentes auditorías internas y externas, otro factor que se debe desarrollar es el sistema de gestión documental que le permita a la empresa las condiciones necesarias para asegurar los archivos de gestión y el archivo central en su parte documental necesario, obligatorio y necesario de la calidad.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>No</p>	<p>Es importante decir que el sistema de control interno funciona y opera para la consecución de los objetivos de la empresa, sin embargo se tienen algunas desviaciones y debilidades que no permiten que se llegue a un cumplimiento efectivo, ya que algunos de los mismos hallazgos en las vistas posteriores, en la actualidad se está cambiando la cultura en los funcionarios y se está tratando de enfocar las acciones más en el control que prevenga y mitigue los riesgos.</p>
<p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institución (líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>Se ha venido capacitando al personal para que se incorpore en su actuar la teoría de las líneas de defensa, donde una componente primordial es el AUTOCONTROL, ya que es el funcionario en su quehacer diario desde su puesto de trabajo el que debería resolver las desviaciones generando correctivos precisos y oportunos, con un componente obligatorio de reporte para que se tomen las medidas pertinentes, con relación a la última línea de defensa se está haciendo hincapié a los funcionarios que los hallazgos detectados se están reorganizando la plataforma estratégica, el mapa de procesos para ser socializados a todas las partes interesadas incluye la Junta Directiva con el fin de dar claridad y que cada funcionario conozca su rol dentro de la estructura y que sepa como aporta al</p>

PA

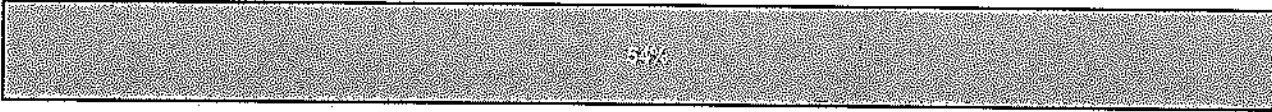
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual/ Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Sistematización de control	SI	66%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>* La Empresa estructuró el programa de Gestión Documental a través de unos documentos iniciales que sirvieron como herramienta indispensables para operar el sistema; se actualizaron las tablas de retención documental, aunque no se han mandado a convalidar, además se entregó el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PIMAR, Programa de Gestión Documental y el Manual de Gestión Documental, se dieron guías para la organización del archivo de gestión y control de la Institución pero se siguen teniendo debilidades en esta área, se han tenido varios auxilios administrativos realizando estas labores pero no se ha estructurado un cronograma de trabajo para la vigencia 2021, se considera que la ESE debería asignar estas funciones a un líder, * En cuanto a las líneas de defensa la ESE no tiene un documento formal que describa el esquema planteado, * Con relación al Plan Institucional de Capacitación no se le realizó el seguimiento adecuado para verificar su correcta ejecución, pero las capacitaciones planteadas se han realizado, * Las acciones de control tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados en ocasiones no se realizan en los tiempos esperados, * Aunque el SIAU recuda las Cuentas la ESE debe instaurar una línea telefónica de reportes de actos de corrupción.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Se aprobó el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y su Plan de Acción para la vigencia 2021, se estableció una comité de evaluación y desde la oficina de Planeación se realizará seguimiento periódico de las Metas, * Las Áreas preparan Informes para cumplir con los órganos de control y los otros para la gerencia de la ESE, con el fin de que sirvan como insumo en la toma de decisiones, para muchos de ellas es convocado el Comité Técnico de Gerencia de forma semanal donde se analizan y se argumentan, además desde el análisis que realiza el Gerente de los informes de control interno de los realizados por los líderes y los supervisores, además algunos de ellos ya socializados en los diferentes comités, esta información se discute y se evalúa si las actividades propuestas por los diferentes actores son efectivas o si por el contrario requieren planear ajustes o diseñar nuevos controles, * En el comité de control interno disciplinario se llevan los procesos por el incumplimiento de las funciones o normas de comportamiento del personal de nomina, mientras que el proceso con los contratistas de prestación de servicios se hace a través de una audiencia sancionatoria, los requerimientos llegan directamente al jefe de personal o al comité de convivencia o a los supervisores del los contratos, * El Comité Institucional de Control Interno se viene reuniendo de forma periódica para analizar temas tales como la aprobación del programa anual de auditoría, informe de gestión de la oficina, análisis de los resultados del FURAG y resultados de las auditorías realizadas en el período, * Se ha capacitado sobre el Código de Integridad a 263 funcionarios de la ESE en el semestre * En cuanto a la administración de los riesgos, se realizó actualización del Mapa de Riesgos a su versión 2021, con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales, en el próximo semestre se empezaran a incorporar al sistema de gestión en la plataforma ALMERA, * A partir del año 2020 se estructuró que un profesional del área de psicología se encargará del manejo del Plan Estratégico del Recurso Humano en cuanto a la selección, ingreso, clima organizacional y rotación tanto del personal de planta como de contrato, * Los supervisores diligencian en un formato preestablecido por cada prestador de servicios el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas *Se están documentando en la plataforma ALMERA para el control de la gestión, los procesos y procedimientos de la empresa, en los cuales se establecen las actividades, las referencias, las relaciones, los controles y los riesgos.</p>
Evaluación de riesgos	SI	50%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>* Se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados pero en ocasiones estas acciones no se realizan en los tiempos esperados, lo mismo se observa en los seguimientos de los diferentes Planes de Acción, * Después de la emisión de los informes de auditoría, se solicita la estructuración del respectivo plan de mejoramiento en la actualidad muchos de los auditados lo presentan, sin embargo algunos de los hallazgos encontrados son intervenidos.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Se tiene el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y el respectivo Plan de Acción vigencia 2021 para cumplir con los objetivos, metas y actividades, tiene descrito los responsables, el tiempo de ejecución y los indicadores para hacer la respectiva medición, * Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, estos son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos, * En cuanto a los Mapas de Riesgo este tema fue actualizado con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se emitió la Política de Riesgos, se está iniciando con el análisis de los riesgos para realizar los informes de materialización, se va a analizar que dentro de los informes que presenta la oficina de control interno sobre las auditorías realizadas, siempre se hace el análisis de los riesgos detectados y cuáles de ellos se han materializado, * El Gerente analiza los informes y genera las directrices y acciones pertinentes, * Se estructuró el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2021 y fue publicado en la página WEB antes del 31 de enero de 2021, además periódicamente se realiza el monitoreo y seguimiento a dicho Plan en cuales también son publicados en la página WEB.</p>

PA

<p>Actividades de control</p>	<p>SI</p>	<p>54%</p>	<p>DEBILIDADES: * En algunos documentos que la ESE ha elaborado se debilitan las actividades de control que debe cumplir cada funcionario según su rol, aunque estas actividades están descritas algunas de ellas no son realizadas con la rigurosidad debida, se han encontrado falencias en toda las líneas de defensa. * En cuanto al sistema de información se realizó una auditoría donde se establecieron puntos críticos que requieren una intervención dentro de estos está el cableado estructural y la implementación de todos los módulos de CNT, ya que hay problemas de parametrización y de registro de la información lo que ha causado errores, la información primaria es mal registrada y hay problemas de confiabilidad del dato. * Se realizan los Comités Técnicos de Gerencia donde se analizan y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles, pero en ocasiones estas acciones de control no se realizan en los tiempos esperados. FORTALEZAS: * Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos. * En los Informe que presenta la oficina de control interno de las auditorías realizadas, siempre se hace el énfasis de los riesgos detectados y cuáles de ellos se han materializado. * Los líderes de las áreas en sus informes detectan la problemática y proponen los controles a desarrollar, los informes son analizados por el Gerente y se generan las directrices y acciones que son discutidas y aprobadas en los Comités Técnicos de Gerencia. * Por ser una Entidad que presta servicios de salud, debe implementar los sistemas de habilitación de servicios con el cumplimiento de estándares mínimos pero además debe lograr mejorar sus servicios a través de la implementación de los estándares de Acreditación, todo esto dentro del Sistema de Calidad. * Se realiza el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que contempla la elaboración de algunos procedimientos, actualización y socialización de Guías de manejo, Ajuste de Procesos y Procedimientos, también se realiza seguimiento a Planes de acción de los Entes de Control como Contaduría General de Cuentas y Superintendencia Nacional de Salud. * El Mapa de Riesgos Institucional fue actualizado con la ayuda de una práctica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales donde se ajustaron a su versión 2020 y se establecieron las escalas de probabilidad a respecto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se planteó bombardeo de ajuste de la Política de Riesgos para su aprobación, se debe continuar con la evaluación para rediseñar los nuevos controles. * Se adquirió el software ALMERA para mejorar el control de la gestión administrativa en el cual se parametrizaron algunos procesos y procedimientos y para el 2021 debe empezar a operar.</p>
<p>Información y comunicación</p>	<p>SI</p>	<p>50%</p>	<p>DEBILIDADES: * El sistema de información abarca varios aspectos, como la información de historias clínicas, la información contable y datos estadísticos, este sistema tiene aun problemas de parametrización y la información primaria no es capturada en su totalidad en el software. * Después de que la Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad - PINAR y el Manual de Gestión Documental, no han dado guías para el registro de los archivos de información, hay unos auxiliares administrativos desarrollando esta labor pero se requiere estructurar el cronograma de trabajo. * Las políticas de Administración de la Información muestra debilidades en su control, se han detectado manejo inadecuado de la información por parte de algunos funcionarios para lo cual se han tomado las medidas correctivas pertinentes. * El sistema del SIAU de la ESE tiene establecido los canales para la recepción de las Quejas, Reclamos y las posibles denuncias que requerirán imponer los usuarios y funcionarios, el protocolo fue actualizado y subido a la plataforma ALMERA para el control de la gestión, también se tiene implementado el sistema de recolección de información de satisfacción de los usuarios sobre las percepciones las cuales ya son analizadas y generar las acciones oportunas, es de resaltar que los planes de mejoramiento tiene debilidades en su ejecución. * Se debe fortalecer la información publicada en la página WEB Institucional. * La Gestión de información entrante a la Institución esta detallado en el manual de gestión documental pero se debe mencionar que se han presentado inconvenientes con los tiempos de respuesta de algunos requerimientos. * La ESE no ha emprendido la caracterización de usuarios y partes interesadas, aunque se tiene información fraccionada y no completa de algunos aspectos de nuestra población objeto proporcionada por las EPS. FORTALEZAS: * Los documentos que contienen el Plan de Acción 2021, las Actas de Comité Técnico de Gerencia y el Mapa de Procesos ayudan al despliegue de los objetivos y metas estratégicas, para de la plataforma estratégica ha sido construida con los líderes de áreas y dentro de los procesos de Inducción y re Inducción son desplegadas a todos los funcionarios. * El sistema de Información CNT, se alimenta de los datos que sobre atención en salud se la realizan a los usuarios y estos se capturan a través de la Historia Clínica, se manejan los inventarios de bienes e insumos y con eso se realiza la facturación que genera los cobros a la EPS, estos módulos envían información al sistema contable para generar los informes, es importante mencionar que se realizan algunas capturas del dato de forma manual las cuales en ocasiones afectan negativamente la información consolidados del sistema. * La Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad - PINAR y el Manual de Gestión Documental, en la actualidad se han dado guías para el registro del inventario documental y fallación de carpetas, trabajo que se viene realizando con un grupo de auxiliares administrativos. * Se tiene establecido la página WEB Institucional donde se divulga la información de interés y en particularmente la establecida en la Ley 1712. * En la actualidad se tiene establecido en el sistema ALMERA para su gestión integral de la correspondencia.</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>SI</p>	<p>50%</p>	<p>DEBILIDADES: * En la Empresa se mejorado la cultura en el establecimiento de Planes de Mejoramiento y para los que se establecen son verificados por las áreas de Planeación, Calidad y Control Interno. * En el comité Técnico de Gerencia se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles y realizar seguimiento, pero en ocasiones estas acciones no se realizan en los tiempos esperados. FORTALEZAS: * El Comité de Quejas y Reclamos esta institucionalizado en la Empresa con el fin de realizar asesoría y generar las acciones de mejora pertinentes en la prestación de los servicios de salud en la actualidad fue ajustado y subido al sistema ALMERA para el control de gestión. * El Comité Institucional de Control Interno en la primera reunión de año aprueba el Plan Anual de Auditoría, además se le presenta el informe de gestión de la oficina de Control Interno del año inmediatamente anterior. * Para hacer la programación de las auditorías la cual es periódica, se aplica un análisis de riesgo, se define por los detectados en cada área auditada o por los encontrados en información cruzada de hallazgos de otras áreas o procesos. * La Gerencia revisa los informes de la oficina de control interno y los de los diferentes líderes de área y de procesos, posteriormente se discuten con las partes interesadas y en el Comité de Gerencia. * Se realiza monitoreo de los resultados obtenidos por las áreas de Glosas, Facturación, Radicación y SIAU y los Comités de Calidad, Historias Clínicas y Mortalidad, a través de los comités Institucionales. * Los entes de control nos monitorean a través de la solicitud de información y a través de la realización de auditorías, con esto se envían informes de visitas con los hallazgos encontrados y de los cuales deben salir los Planes de Mejoramiento que nos permitan mitigar su impacto, para ello la Empresa analiza las causas, sus efectos y las actividades de control que se deben plantear, las oficinas de Planeación, Calidad o Control Interno realizan el respectivo seguimiento y emiten los reportes a las oficinas de control. * Las áreas reportan las deficiencias en el control interno a la Gerencia, la Administración, la Subdirección Científica, Control Interno y a los supervisores de los contratos ya que son estos últimos los que verifican el cumplimiento de las obligaciones y deben generar el reporte respectivo.</p>

UN FÉLIX DE LA DORADA - CALDAS

30 DE JUNIO DEL 2021



Estado de Control Interno

Para hacer una gestión del riesgo, se considera que la Empresa tiene las condiciones dadas para que las acciones de control interno se puedan desarrollar por lo que se están avanzando en unos aspectos importantes como son la ción con el fin de ir desarrollando actividades de control, es importante mencionar que se debe fortalecer la elaboración y cumplimiento de los planes de mejoramiento para que sea efectiva, la mitigación de los riesgos encontrados en los mental y digital, como acción prioritaria dada las características de la empresa ya que es prestadora de servicios de salud, donde la confidencialidad, la privacidad y la disponibilidad de la información para el personal de salud es un factor

Los controles instaurados no son aplicados y en ocasiones no funcionan como están diseñados, por lo que algunas actividades se vuelven reactivas y al no tener fortalecido el sistema de planes de mejoramiento se sigue encontrando los

Por la mayoría de los errores detectados o las desviaciones encontradas, ha sido también socializado en la segunda línea de defensa para que estos líderes de proceso y coordinadores de área cumple un papel primordial en la solución de los por los oficinas y dependencias de control son un insumo para generar acciones de mejoramiento continuo, es de anotar que desde este año se viene incorporando con fuerza la línea de defensa estratégica ya que desde la alta dirección logro de los objetivos y de la misión de la Empresa Social del Estado Hospital San Félix.

RA

Nivel de cumplimiento correspondiente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe actual	Avance final del componente
57%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>* La Empresa estructuró el programa de Gestión Documental a través de unos documentos iniciales que sirvieron como herramienta indispensable para operar el sistema, se actualizaron las tablas de retención documental, aunque no se han mandado a validar, además se entregó el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, Programa de Gestión Documental y el Manual de Gestión Documental, se dieron guías para la organización del archivo de gestión y central de la Institución pero se siguen teniendo debilidades en esta área, en el segundo semestre se tuvieron varios auxilios administrativos realizando unas labores pero no se ha estructurado un cronograma de trabajo para la vigencia 2020 se considera que la ESE debería asignar estas funciones a un líder, * En cuanto a las líneas de defensa la ESE no tiene un documento formal que describa el esquema planteado, * Con relación al Plan Institucional de Capacitación no se le realiza el seguimiento adecuado para verificar su correcta ejecución, pero las capacitaciones planteadas se han realizado, * Las acciones de control tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados en ocasiones no se realizan en los tiempos esperados, * Aunque el SIAU recauda las Quejas la ESE debe instaurar una línea telefónica de reportes de actos de corrupción.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Se aprobó el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y su Plan de Acción para la vigencia 2020, se estableció una comité de evaluación y desde la oficina de Planeación se realizará seguimiento periódico de las Metas, * Las áreas preparan informes para cumplir con los órganos de control y los otros para la gerencia de la ESE, con el fin de que sirvan como insumo en la toma de decisiones, para muchas de ellas es convocado el Comité Técnico de Gerencia de forma semanal donde se analizan y se argumentan, además desde el análisis que realiza el Gerente de los Informes de control interno de los realizados por los líderes y los supervisores, además algunos de ellos ya socializados en los diferentes comités, esta información se discute si las actividades propuestas por los diferentes actores son efectivas o si por el contrario requiere plantear ajustes o diseñar nuevos controles, * En el comité de control interno disciplinario se llevan los procesos por el incumplimiento de las funciones o normas de comportamiento del personal de nomina, mientras que el proceso con los controlados de prestación de servicios se hace a través de una audiencia sancionatoria, los requerimientos llegan directamente al jefe de personal o al comité de convivencia o a los supervisores de los contratos, * El Comité Institucional de Control Interno se viene reuniendo de forma periódica para analizar temas tales como la aprobación del programa anual de auditoría, informe de gestión de la oficina, análisis de los resultados del FURAG y resultados de las auditorías realizadas en el periodo, * Se ha capacitado sobre el Código de Integridad a 17 funcionarios de la ESE en el semestre y en toda la vigencia a 70 * En cuanto a la administración de los riesgos, se realizó actualización del Mapa de Riesgos a su versión 2020, con la ayuda de una práctica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales, en la presente vigencia se terminó de actualizar, en la vigencia 2021 se hará la evaluación por parte del área de Planeación en compañía del área de Control Interno, * A partir del año 2020 se estructuró que un profesional del área de psicología se encargará del manejo del Plan Estratégico del Recurso Humano en cuanto a la selección, ingreso, clima organizacional y retiro tanto del personal de planta como de contrato, * Los supervisores diligencian en un formato preestablecido por cada prestador de servicios el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas.</p>	9%
50%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>* Se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados pero en ocasiones estas acciones no se realizan en los tiempos esperados, lo mismo se observa en los seguimientos de los diferentes Planes de Acción, * Después de la emisión de los informes de auditoría, se solicita la estructuración del respectivo plan de mejoramiento pero la mayoría de los auditados no lo presentan sin embargo algunos de los hallazgos encontrados son solucionados.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Se llena el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y el respectivo Plan de Acción, vigencia 2020 para cumplir con los objetivos, metas y actividades, tiene descrito los responsables, el tiempo de ejecución y los indicadores para hacer la respectiva medición, * Se viene desamplando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, estos son analizados y se toman las decisiones pertinentes para implementar mejoras en los procesos, * En cuanto a los Mapas de Riesgo esta tarea fue actualizado con la ayuda de una práctica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se planteó borrador de ajuste de la Política de Riesgos para su aprobación, se está iniciando con el análisis de los riesgos para realizar los informes de materialización, es de anotar que dentro de los informes que presenta la oficina de control interno sobre las auditorías realizadas, siempre se hace el análisis de los riesgos detectados y cuales de ellos se han materializado, * El Gerente analiza los informes y genera las directrices y acciones pertinentes, * Se estructuró el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2020 y fue publicado en la página WEB antes del 31 de enero de 2020; además periódicamente se realiza el monitoreo y seguimiento a dicho Plan los cuales también son publicados en la página WEB.</p>	0%

54%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>* En algunos documentos que la ESE ha elaborado se detallan las actividades de control que debe cumplir cada funcionario según su rol, aunque estas actividades están descritas algunas de ellas no son realizadas con la rigurosidad debida, se han encontrado falencias en toda las líneas de defensa. * En cuanto al sistema de información se realizó una auditoría donde se establecieron puntos críticos que requieren una intervención dentro de estos está el cableado estructural y la reimplantación de todos los módulos de CNT, ya que hay problemas de parametrización y de registro de la información lo que ha causado errores, la información primaria es mal registrada y hay problemas de confiabilidad del dato. * Se realizan los Comités Técnicos de Gerencia donde se analizan y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles, pero en ocasiones estas acciones de control no se realizan en los tiempos esperados.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos. * En los informes que presenta la oficina de control interno de las auditorías realizadas, siempre se hace el análisis de los riesgos detectados y cuáles de ellos se han materializado. * Los líderes de las áreas en sus informes detectan la problemática y proponen los controles a desarrollar, los informes son analizados por el Comité y se generan las directrices y acciones que son discutidas y aprobadas en los Comités Técnicos de Gerencia. * Por ser una Entidad que presta servicios de salud, debe implementar los sistemas de habilitación de servicios con el cumplimiento de estándares mínimos pero además debe lograr mejorar sus servicios a través de la implementación de los estándares de Acreditación, todo esto dentro del Sistema de Calidad. * Se realiza el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que contempla la elaboración de algunos procedimientos, actualización y socialización de Guías de manejo, Ajuste de Procesos y Procedimientos, también se realiza seguimiento a Planes de acción de los Entes de Control como Contraloría General de Cuentas y Superintendencia Nacional de Salud. * El Mapa de Riesgos Institucional fue actualizado con la ayuda de una prueba estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales donde se ajustaron a su versión 2020 y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se planteó borrador de ajuste de la Política de Riesgos para su aprobación, se debe continuar con la evaluación para rediseñar los nuevos controles. * Se adquirió el software ALMERA para mejorar el control de la gestión administrativa en el cual se parametrizaron algunos procesos y procedimientos y para el 2021 debe empezar a operar.</p>	0%
50%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>* El sistema de información abarcó varios aspectos, como la información de historias clínicas, la información contable y datos estadísticos, este sistema tiene aun problemas de parametrización y la información primaria no es capturada en su totalidad en el software. * Después de que la Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR y el Manual de Gestión Documental, se han dado guías para el registro de los activos de información, hay unos auxiliares administrativos desarrollando esta labor pero se requiere estructurar el cronograma de trabajo. * Las políticas de Administración de la Información muestra debilidades en su control, se han detectado manejo inadecuado de la información por parte de algunos funcionarios para lo cual se han tomado las medidas correctivas pertinentes. * El sistema del SIAU de la ESE tiene establecido los canales para la recolección de las Peticiones, Quejas, Reclamos y las posibles denuncias que requieren interponer los usuarios y funcionarios, dentro del protocolo hay algunas actividades que no se realizan, generando inconvenientes en la obtención de los resultados finales, también se tiene implementado el sistema de recolección de información de satisfacción de los usuarios sobre las prestaciones del servicio pero esta no es bien aprovechado por la Empresa ya que los análisis no son oportunos ni tienen la contundencia que se debería, adicionalmente los planes de mejoramiento tiene debilidades en su ejecución. * Se debe fortalecer la información publicada en la página WEB Institucional. * La Gestión de Información dentro a la institución esta detallado en el manual de información pero se debe mencionar que se han presentado inconvenientes con los tiempos de respuesta de algunos requerimientos. * La ESE no ha emprendido la caracterización de usuarios y partes interesadas, aunque se tiene información fragmentada y no completa de algunos aspectos de nuestra población objeto proporcionada por las EPS.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Los documentos que contienen el Plan de Acción 2020, las Actas de Comité Técnico de Gerencia y el Mapa de Procesos ayudan al despliegue de los objetivos y metas estratégicas, parte de la plataforma estratégica ha sido construida con los líderes de áreas y son estos los encargados de hacer el despliegue a todos los funcionarios. * El sistema de información CNT, se alimenta de los datos que sobre atención en salud se realizan a los usuarios y estos se capturan a través de la Historia Clínica, se manejan los inventarios de bienes e insumos y con esto se realiza la facturación que genera los cobros a la EPS, estos módulos envían información al sistema contable para generar los informes, es importante mencionar que se realizan algunas capturas del dato de forma manual las cuales en ocasiones afectan negativamente la información consolidada del sistema. * La Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR y el Manual de Gestión Documental, en la actualidad se han dado guías para el registro del inventario documental y foliación de carpetas, trabajo que se viene realizando con un grupo de auxiliares administrativos. * Se tiene establecido la página WEB Institucional donde se divulga la información de interés y en particularmente la establecida en la Ley 1712. * En la actualidad se tiene establecido en el sistema ALMERA para su gestión integral de la correspondencia, el cual está en el proceso de implementación.</p>	0%
50%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>* En la Empresa se tiene una poca cultura en el establecimiento de Planes de Mejoramiento y para los que se establecen son verificados por las áreas de Planeación, Calidad y Control Interno. * En el comité Técnico de Gerencia se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles y realizar seguimientos, pero en ocasiones estas acciones no se realizan en los tiempos esperados. * El Comité de Quejas y Reclamos esta institucionalizado en la Empresa con el fin de realizar asesoría y generar las acciones de mejora pertinentes en la prestación de los servicios de salud pero el sistema no funciona como esta diseñado ni tiene la contundencia que debería tener.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* El Comité Institucional de Control Interno en la primera reunión de año aprueba el Plan Anual de Auditoría, además se le presenta el Informe de gestión de la oficina de Control Interno del año inmediatamente anterior. * Para hacer la programación de las auditorías la cual es periódica, se aplica un análisis de riesgo, se define por los detectados en cada área auditada o por los encontrados en información cruzada de hallazgos de otras áreas o procesos. * La Gerencia revisa los informes de la oficina de control interno y los de los diferentes líneas de áreas y de procesos, posteriormente se discuten con las partes interesadas y en el Comité de Técnico de Gerencia. * Se realiza monitoreo de los resultados obtenidos por la áreas de Gestión, Facturación, Radicación y SIAU y los Comités de Calidad, Historias Clínicas y Mortalidad, a través de los comités Institucionales. * Los entes de control nos monitorean a través de la solicitud de información y a través de la realización de auditorías, con esto se emiten informes de visitas con los hallazgos encontrados y de los cuales deben salir los Planes de Mejoramiento que nos permiten mitigar su impacto, para ello la Empresa analiza las causas, sus efectos y las actividades de control que se deben plantear, las oficinas de Planeación, Calidad o Control Interno realizan el respectivo seguimiento y emiten los reportes a los entes de control. * Las áreas reportan las deficiencias en el control interno a la Gerencia, la Administración, la Subdirección Científica, Control Interno y a los supervisores de los controles ya que son estos últimos los que verifican el cumplimiento de las obligaciones y deben generar el reporte respectivo.</p>	0%

Ruiz