

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PAMPLONA

INFORME EJECUTIVO ANUAL - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

Subsistema de Control Estratégico

Avances

- Se estableció la hoja de ruta de inducción para los empleados de la institución, verificándose que durante el 2011 la oficina de personal realiza la respectiva socialización con el personal que ingresa nuevo a la entidad con respecto al manual de funciones y competencias laborales de la institución, constatándose en la revisión aleatoria que dichos soportes reposan en las diferentes hojas de vida del personal que ingresa nuevo a la institución.
- La entidad actualmente cuenta con el Manual de Funciones y Competencias Laborales, el cual se socializó y entrego sus funciones a cada funcionario de la ESE, durante el 2011 dentro del proceso de inducción se entrego las funciones al personal nuevo y igualmente al personal antiguo en el proceso de re inducción. A 31 de diciembre de 2011 se evidencia que se socializa las funciones y competencias laborales al personal que ingresa nuevo a la institución.
- Se concertaron objetivos de la evaluación del desempeño de los empleados de carrera administrativa de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona acorde con la normatividad que rige para la entidad.
Se realizo la documentación del proceso de evaluación de desempeño aplicable a los funcionarios inscritos en carrera administrativa y periodo de prueba el cual se empezó a operativizar a partir del mes de febrero del 2011.
Se esta realizando seguimiento por parte de Talento Humano al proceso de concurso de merito 001 de la Comisión Nacional del Servicio Civil CNSC el cual esta realizando nombramientos en carrera administrativa en la entidad, en la actualidad se han nombrado cuatro funcionarios en periodo de prueba que han pasado el proceso de selección de la CNSC.
- A 31 de diciembre de 2011 se pudo evidenciar que se esta cumpliendo con la evaluación de desempeño del personal, aplicándosele esta a los 11 funcionarios que se encuentran en carrera administrativa y a los 10 funcionarios que estaban en periodo de prueba que entraron nuevos a través del concurso # 001 de 2005 de la Comisión Nacional del Servicio Civil.
- La entidad cuenta con un Plan de desarrollo que incluye diagnóstico estratégico, misión, visión, objetivos institucionales e iniciativas estratégicas, del cual para el 2011 se desarrollaron los POAS con acciones, cronograma, responsables y metas.
Igualmente están identificados en el plan de desarrollo de la entidad la definición de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permiten evaluar y medir el alcance de los planes y programas, la entidad actualizo el manual de indicadores en el 2010 y para el 2011 se realizaron nuevos ajustes y actualizaciones del manual tomando como base los indicadores de la resolución 1446 del 2002 y los indicadores establecidos como mecanismo de seguimiento para los procesos, aclarando que la entidad informa los indicadores de la resolución 146 sobre calidad y los financieros tomados de los estados financieros.
A 31 de diciembre de 2011 se han realizado las evaluaciones del plan de gestión de la

entidad correspondientes a los trimestres enero – marzo, abril – junio, julio –septiembre y octubre – diciembre dando así cumplimiento a la normatividad existente.

- Los Planes Operativos Anuales de los diferentes procesos reposan en el archivo de gestión de la oficina de Control Interno de esta entidad, se elaboraron manteniendo un formato único con el fin de tener una estructura común para todos los procesos. Es de recalcar que los planes operativos anuales de la subdirección administrativa y financiera y la subdirección científica correspondientes a la vigencia 2011 ya se encuentran realizados y fueron entregados a la oficina de Control Interno de Gestión el 04 de mayo del presente.

-La ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona tiene identificado los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación con sus respectivas caracterizaciones dando aplicabilidad al ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, así mismo el Mapa de Procesos, Política de Calidad, formatos, guías, instructivos y anexos.

Durante la vigencia 2011 se realizo la documentación, socialización y puesta en marcha de los procesos y procedimientos del área de subdirección administrativa y financiera de la entidad.

- Dentro del proceso de mejoramiento continuo del Sistema de Administración del Riesgo, adelantado por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, en 2010 se revisaron y ajustaron las políticas, procedimientos y metodologías de cada uno de los riesgos, generándose como resultado la elaboración de nuevos procedimientos ajustados a la metodología dada por el Departamento Administrativo de la Función Publica DAFP.

-En el 2011 la oficina de Control Interno de Gestión dio aplicabilidad a los procedimientos elaborados en el 2010 según metodología del DAFP, donde se trabajo con cada una de las diferentes áreas que conforman la subdirección administrativa y financiera (Contabilidad, presupuesto y tesorería); y con la subdirección científica dando como resultado el Mapa de Riesgos de la Subdirección administrativa y Financiera y subdirección científica. Así mismo se elaboro el mapa de riesgos de la oficina de Control Interno de Gestión.

- En lo corrido del 2011 se definieron y socializaron los lineamientos estratégicos que orientan las decisiones de la entidad frente a los riesgos a través de la identificación de los factores de riesgo internos y factores de riesgo externos que pueden ocasionar que en la entidad se materialicen los riesgos de las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión.

- Se realizo en lo que va del 2011 para las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión la identificación de riesgos de la entidad y su respectiva socialización del personal a través de la identificación de los factores de riesgo internos y externos, donde se identifico cuales eran las amenazas que ocasionan los factores externos y las debilidades que ocasionan los factores internos al cumplimiento de los objetivos de la entidad.

Una vez se realizo la identificación del riesgo se procedió a determinar sus causas, sus consecuencias y se procedió a ser la descripción del riesgo como tal, para cada una de las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión quedando plasmado en los formatos F-GC02-02 V.01.

- Se determino la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias para las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad para su aceptación o manejo quedando esto plasmado en el formato de análisis de riesgo de la entidad F-GC02-03 V.00.

- Se realizo en la vigencia del 2011 la valoración del riesgo para las áreas de

contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión definiendo los controles óptimos de la entidad en el Formato controles óptimos para administrar el riesgo F-GC02-04 V.01 y se realizó el análisis de controles existentes frente a los controles óptimos según formato aplicado para la entidad Formato análisis de controles existentes F-GC02-05 V.00.

Una vez consolidada toda la información relacionada anteriormente se procedió a realizar el Mapa de Riesgos aplicando el Formato mapa de riesgo F-GC02-06 V.01 creado para tal fin por la entidad.

- Durante el 2011 se definieron los controles en el F-GC02-04 V.01 más no se realizó seguimiento de los mismos, estableciendo si estos eran efectivos y eficaces para mitigar los riesgos establecidos por la entidad.

Dificultades

- Se evidenció que en la entidad está adoptado y socializado el Código de Ética y Buen Gobierno, sin embargo la entidad no ha realizado la respectiva encuesta de adherencia del código Ética y Buen Gobierno al personal, así mismo no se ha realizado el respectivo informe ejecutivo sobre la forma como los miembros de la entidad conciben y practican los principios y valores éticos, contando así con una línea base para evaluaciones posteriores y con un claro panorama de fortalezas y debilidades para el diseño de acciones de mejoramiento.

- Así mismo para la vigencia 2011 se evidenció que no se realizó el diagnóstico de necesidades de capacitación de personal en la entidad y por ende no se cuenta con el Plan Anual de Capacitación de la vigencia 2011.

- No se tiene el proceso de reinducción documentado y su adherencia en la institución, sin embargo se estableció una hoja de ruta de reinducción para los empleados de la institución la cual no se está aplicando, es decir, no se estableció un cronograma de actividades para el 2011 que diera cumplimiento a un programa de reinducción de personal dentro de la entidad.

- No se aplicó la encuesta de clima organizacional en la entidad para el año 2011, su tabulación y respectivo informe consolidado según lineamientos y directrices dados por la Contraloría General del Departamento.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

- Se elaboró el mapa de procesos de la entidad de acuerdo a su misión y visión institucional, donde se tienen definidos claramente sus procesos misionales, de apoyo, estratégicos y de mejora continua; donde se elaboraron con el apoyo del personal de la entidad los diferentes procedimientos de cada una de las áreas de la institución de acuerdo al mapa de procesos establecidos por los diferentes líderes de los procesos, dichos procedimientos se socializaron e implementaron en cada una de las unidades de la entidad en un trabajo continuo realizado en los años 2010 y 2011.

- Se definieron controles con el fin de reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de la entidad según metodología de administración de riesgos y formatos aplicados en la entidad Formato controles óptimos para administrar el riesgo F-GC02-04 V.01 y Formato análisis de controles existentes F-GC02-05 V.00.

Así mismo se realizó y documentó en el 2011 para las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería, almacén y Control Interno de Gestión el Procedimiento para determinación y análisis de controles el cual determina los controles óptimos analizándolos frente a los existentes en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios Pamplona, según código de procedimiento P - GC02 - 05 v.00.

- Existen indicadores con sus fichas técnicas definidos en la entidad, en el 2011 se actualizaron los indicadores a los cuales se les aplico su correspondiente ficha técnica; igualmente fueron socializados a los funcionarios de la entidad. Se cuenta con un tablero de mando de indicadores a través del cual se realiza seguimiento a los mismos permitiendo observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

- La información que llega a la entidad es canalizada y clasificada por la oficina de atención al ciudadano (SIAU) donde posteriormente es entregada a los diferentes procesos de la entidad.

Se realizaron en lo que va del 2011 entre la oficina de Control Interno de Gestión y la oficina de Talento Humano de la entidad reuniones con los representantes de los diferentes asociaciones de usuarios, veedores y representantes de las EPS en los distintos municipios que tienen centros de salud adscritos a la entidad, de lo cual se dejaron actas de registro.

Se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2011 a la ciudadanía cumpliendo así con el deber de la Administración de responder públicamente, ante las exigencias que realice la ciudadanía, por los recursos, las decisiones y la gestión realizada en ejercicio del poder que les ha sido delegado.

- Las información relacionada con las historias laborales de los empleados reposan en el archivo central o histórico donde se encuentran organizadas, igualmente lo concerniente a la información de los ex empleados de ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona reposan en el archivo central o histórico de la entidad, dando así cumplimiento a la Ley 594 de 2000.

Durante el 2011 la oficina de control interno de gestión en el 2011 ha realizado seguimiento y acompañamiento a la entidad en la aplicabilidad de la Ley 594 del 14 de Julio de 2000, resultado de este acompañamiento es la adopción en la ESE del Comité de Archivo mediante Resolución No 015 de 14 de enero de 2011. Así mismo se pudo realizar y socializar a través de de la Resolución No 027 del 25 de enero de 2011 el producto de Tablas de Retención documental de acuerdo a lo previsto en la Ley 594 de 2000, a 31 de Diciembre de 2011 se han generado dos versiones de Tablas de Retención Documental gracias al trabajo y esfuerzo de las diferentes áreas, igualmente se esta trabajando en la actualización y generación de la tercera (3) versión de las tablas de retención documental, esto con el fin de que cada vez sean mas completas y acordes con las actividades que realiza cada funcionario en su unidad funcional o sitio de trabajo. Para el 2011 se creo un archivo central o histórico, donde como medida de conservación y re almacenamiento a utilizar en la entidad son cajas y carpetas, las cuales tienen las siguientes especificaciones: Cajas: Materiales. Elaboradas en cartón corrugado, recubierto en su cara interna por una película a base de parafina y ceras vegetales. Adicionalmente, cada caja tendrá dos fuelles elaborados en el mismo cartón. Tamaño. Las dimensiones son: alto 27 cms., ancho 40 cms. y profundidad 12.5 cms. Carpetas: Material. Cartulina bond (blanca). Identificación: Se realizará sobre la solapa, en la esquina superior derecha, con los siguientes datos: serie, subserie, n° de folios, n° de carpeta, n° de caja.

Así mismo la oficina de control interno de gestión a realizado y generado seis (7) informes de gestión o auditorias de concurrencia sobre la implementación de la ley de archivo en la entidad, así mismo a realizado acompañamiento y asesoría a las diferentes áreas de la entidad en lo referente a la Ley de Archivo, informes que se han entregado a la gerencia para la toma de decisiones.

En el segundo y tercer trimestre del 2011 se empezó a realizar nuevas capacitaciones a todo el personal de la entidad y se empezara a realizar en los centros de salud de los

diferentes municipios adscritos a la entidad según cronograma propuesto por la empresa contratista QSI, así mismo se empezó a realizar la digitalización de la documentación desde el año 2007, 2008, 2009 Y 2010 y se realizaron las respectivas capacitaciones del manejo de software de archivo por parte del contratista.

Igualmente se realizó la primera reunión del Comité de Ley de Archivo de la entidad en día 17 de agosto del 2011 donde se dio a conocer cuáles eran sus integrantes, las funciones del comité y se estableció quien iba a quedar como secretario y cuáles eran sus funciones, igualmente se presentó la versión 00 y la versión 01 de tablas de retención documental de la entidad y se dio un informe por parte del contratista QSI de las actividades realizadas a la fecha.

Dificultades

No se presentó ninguna dificultad.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

- Se realizó para el 2011 el folleto MECI – SUBSISTEMA DE CONTROL

ESTRATEGICO por parte de la oficina de Control Interno y se realizó la respectiva sensibilización a los servidores de la entidad, esto con el fin de dar sostenibilidad al Modelo MECI dentro de la ESE.

Se viene realizando en lo transcurrido del 2011 en la inducción de personal de la entidad la cultura de autocontrol, MECI y el sistema de control interno.

Se realizó capacitación del Modelo Estándar de Control Interno MECI a todos los funcionarios de la entidad reforzando así los conocimientos del modelo y de la cultura de autocontrol.

- Se realizó el 2011 el folleto MECI – SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN por parte de la oficina de Control Interno.

Se realizó en la inducción de personal socialización de la cultura de autocontrol, MECI y el sistema de control interno de la entidad.

- Informe ejecutivo anual de control interno

Vigencia 2009: El informe ejecutivo anual sobre el avance del Modelo Estándar de Control Interno para esta vigencia fue presentado a través de forma interactiva a través del Departamento Administrativo de la Función Pública y en febrero 2010 fue presentado a la Gerencia para su aprobación.

Vigencia 2010: El informe ejecutivo anual sobre el avance del Modelo Estándar de Control Interno para esta vigencia fue presentado a través de forma interactiva según directrices dadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el mes de enero 2011 y a su vez fue presentado a la Gerencia para su aprobación.

- Informe de Control Interno Contable

Vigencia 2009: Se realizó el informe de control interno contable según directrices de la Contaduría General de la Nación a través de su Resolución 357, siendo enviado por intermedio del CHIP Contable asignado a la entidad. Los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

Vigencia 2010: Se realizó el informe de control interno contable según directrices de la Contaduría General de la Nación a través de su Resolución 357, siendo enviado el 18 de enero del 2011 por intermedio del CHIP Contable asignado a la entidad. Los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

- Auditoría Interna

Vigencia 2009: La oficina de control interno durante la vigencia 2009 realizó auditorías internas de gestión (de control interno) a los siguientes procesos:

? Auditoría al proceso de almacén.

- ? Auditoria al proceso de farmacia.
- ? Auditoria al Plan de mejoramiento del IDS.
- ? Auditoria al Plan de mejoramiento de la Contraloría General del Departamento.
- ? Auditoria al Informe del Decreto 2193.

VIGENCIA 2010: La oficina de control interno durante la vigencia 2009 realizo auditorias internas de gestión (de control interno) a los siguientes procesos:

- ? Auditoria al Modelo Estándar de Control Interno MECI.

- ? Auditoria a centros de salud adscritos a la ESE:

- Centro de salud Cacota.
- Centro de salud Chitagá
- Centro de salud Pamplonita
- Centro de salud Silos
- Centro de salud Mutiscua

- ? Auditoria a Recursos Humanos

- ? Auditoria de seguimiento Dictamen Revisoría Fiscal 2009

- ? Auditoria Laboratorio Clínico

VIGENCIA 2011: La oficina de control interno en lo que va corrido de la vigencia 2011 a realizo auditorias internas de gestión (de control interno) a los siguientes procesos:

- ? Auditoria a centros de salud Cacota.

- ? Auditoria a Centro de salud Chitagá

- ? Auditoria a Centro de salud Pamplonita

- ? Auditoria a Centro de salud Silos

- ? Auditoria a Centro de salud Mutiscua

- ? Auditoria a Recursos Humanos

- ? Auditoria a la implementación de la Ley 574 del 2000 (7 auditorias).

- Plan de mejoramiento institucional

En el mes de marzo de 2011 se realizo seguimiento de ejecución al plan de mejoramiento institucional de la Contraloría General del Departamento al informe final de análisis de la cuenta anualizada vigencia 2009.

Se realizo el 01 septiembre del 2011 seguimiento de ejecución al plan de mejoramiento institucional de la Contraloría General del Departamento al informe final de análisis de la cuenta anualizada vigencia 2009.

Se realizo el 12 de enero del año dos mil once por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2009 de la revisoría fiscal.

Se realizo el 19 de Mayo del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2010 de la revisoría fiscal.

Se realizo el 18 de Agosto del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2010 de la revisoría fiscal.

Se realizo el 19 de octubre del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2010 de la revisoría fiscal.

Se realizo el 21 noviembre del 2011 seguimiento de ejecución al plan de mejoramiento institucional de la Contraloría General del Departamento al informe de Auditoria Externa Impacto Ambiental al Manejo Integrado de los Residuos Hospitalarios y Similares.

- Se realizo el 26 de enero del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento auditoria realizada a los centros de salud adscritos a la ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona.

Dificultades

No se presento ninguna dificultad.

Estado general del Sistema de Control Interno

El sistema de control interno de la entidad a dado las herramientas necesarias para el sostenimiento del Modelo Estandar de Control Interno MECI en la institución, en la cual se desarrollaron diferentes actividades que permitieron avanzar en su sostenimiento y mejora continua de cada uno de sus subsistemas, componentes y elementos del modelo MECI, permitiendole a la alta dirección una toma de decisiones más acertada , eficiente y eficaz; igualmente se realizaron capacitaciones y actividades que permitieron el fortalecimiento del autocontrol y la autoevaluacion en cada una de las areas de la entidad.

Recomendaciones

? Realizar el diagnostico de adherencia del código de ética en los funcionarios y su respectivo informe por parte de la oficina de Talento Humano de la ESE, con el fin de que el diagnóstico ético permita identificar el estado actual de las prácticas éticas y de responsabilidad social de la entidad, tanto en su proceso de adopción y vivencia de un conjunto de valores y compromisos éticos que unifiquen y guíen el quehacer de todos los servidores públicos en sus actuaciones cotidianas y en la toma de decisiones en el desempeño de la función pública, así como en el tipo de conductas que efectivamente se siguen por parte de los directivos y demás servidores públicos de la entidad, en las interacciones con los diversos grupos o sistemas con los que se relacionan.

? Realizar el diagnostico de necesidades de capacitación de personal en la entidad y por ende el Plan Anual de Capacitación de la vigencia 2011 que permita establecer las necesidades de capacitación de los funcionarios y elaborar con base en ellas las acciones de capacitación para la vigencia.

? Documentar y socializar el proceso de re inducción en la institución, el cual establezca un cronograma de actividades que de cumplimiento a un programa de reinducción de personal dentro de la entidad.

? Realizar el procedimiento de desvinculación de personal de la ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona ya sea por retiro voluntario (renuncia), destitución por consecuencia de un proceso disciplinario, jubilación y por defunción del servidor publico; que permita a la entidad cumplir con la normatividad vigente del Ministerio de Protección Social, de una manera ágil y eficiente y dinámica tanto para el personal en proceso de desvinculación como para la institución.

? Seguir con el proceso que se viene adelantando de la Ley 594 del 14 de Julio de 2000 con el fin de que la institución tenga un manejo adecuado de la información, facilitando el control y acceso a los documentos a través de los tiempos de retención en ella estipulados y garantizando la selección y conservación de los documentos que tienen

carácter permanente.

? Realizar la respectiva convocatoria a elección de los representantes de los empleados en el comité paritario de salud ocupacional de la entidad y posteriormente solicitar al Ministerio de Protección Social Dirección Territorial Norte de Santander la aprobación de dicho Comité.

? Dar continuidad a la sostenibilidad del Modelo Estándar de Control Interno MECI en la entidad.

? Realizar el correspondiente Plan de mejoramiento de la entidad con el fin de subsanar las debilidades encontradas en cada uno de los diferentes procesos y así se pueda cumplir con el respectivo seguimiento por parte de la oficina de control interno de gestión en su rol de evaluación y seguimiento.