

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO 2016		
Jefe de control interno, o quien haga sus veces:	JOSE HERNANDO BOHORQUEZ MENDOZA	Periodo evaluado: Enero a Diciembre
		Fecha de elaboración: Enero de 2017

Estado General Del Sistema De Control Interno

FORTALEZAS

En cumplimiento al artículo 2.2.21.2.5 literal e, del Decreto 1083 del año 2015, le corresponde a la Oficina de Control Interno presentar el Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno, al representante legal de la Institución.

De acuerdo a lo anterior , se presenta el presente informe del Sistema de Control Interno de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, en el marco del Modelo Estándar de Control interno- MECI 2014 con base al anexo técnico del decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

MODULO DE CONTROL PLANEACION Y GESTION

El Componente de Talento Humano:

-Participó activamente en el Plan Estratégico Institucional con iniciativas de fortalecimiento al clima laboral y organizacional de la institución haciendo énfasis en el sistema de seguridad y salud en el trabajo, cumpliendo efectivamente con sus actividades de requerimiento legal como el plan de vacantes, programa de incentivos, programa y/o plan de capacitación y bienestar.

-El sistema de evaluación del desempeño se encuentra debidamente establecido de acuerdo a las políticas de la Comisión Nacional del servicio Civil y los funcionarios de carrera administrativa se evaluaron fijando compromisos de acuerdo o basados en sus funciones y objetivos de la dependencia.

-Los elementos como Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos y sus respectivos actos administrativos que adoptan los principios y valores de la E.S.E. El código de ética construido participativamente y su acto administrativo la resolución 090 del 29 de julio de 2015 el cual enmarcan el comportamiento de todo el personal de la entidad buscando instancias de participación.

-La institución cuenta con el manual de los derechos y deberes de los usuarios



que se ha venido retroalimentando y fue aprobado bajo la resolución 062 de abril 23 de 2013.

-El código de buen gobierno que contiene todas las políticas institucionales se ha modificado y actualizado según resolución 011 del 12 de febrero de 2015 y que hacen inclusión de las políticas de acreditación que vienen siendo socializadas en los diferentes comités, boletines institucionales, pagina web y correos electrónicos de cada uno de los líderes de los procesos.

-Los programas de inducción y re inducción se han desarrollado oportunamente dando a conocer la plataforma estratégica del hospital de manera efectiva y oportuna.

-Se cuenta con un manual de funciones y competencias laborales para el personal de planta debidamente socializado y aprobado y/o actualizado según acuerdo 008 de 2016 y a su vez la entidad adopto el manual para la planeación del recurso humano.

Componente Direccionamiento Estratégico:

-Dentro del componente direccionamiento estratégico se realizó el acompañamiento por parte de los líderes de los procesos y/o comité directivo en la construcción del plan de desarrollo 2016-2019 aprobado por la junta directiva según acuerdo 009 del 01 de agosto de 2016 donde se estableció la Misión, Visión, Objetivos y Metas para el cuatrienio.

- Se llevó a cabo el ejercicio de alineación a los planes operativos, los acuerdos de gestión, programas y proyectos institucionales con los líderes de los procesos y se firmaron las respectivas poas donde se establecieron las tareas a cumplir y/o desarrollar esta actividad permitió que cada uno de los encargados de las áreas y los procesos recordaran los roles de la Oficina de Control Interno y su compromiso con el MECI Modelo Estándar de Control Interno.

-Las actividades de actualización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fueron incluidas en el cronograma de tareas del plan de acción 2016 al igual que el Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional y Riesgos SARLAFT lavado de activos y financiación al terrorismo, se actualizo de acuerdo a lo descrito en el Decreto 124 de enero de la vigencia anterior y demás normatividad vigente, el cual será publicado en la página web de la E.S.E.

-La institución cuenta con políticas institucionales actualizadas y viene formulando sus planes operativos hacia la acreditación, el modelo de operación por procesos fue caracterizado y dado a conocer a todo el personal de la entidad

su normalización se encuentra en desarrollo. La ESE definió el mapa de procesos el cual está publicado en página web se ha socializado a todo el personal, los procedimientos se vienen diseñando de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos y se vienen realizando el proceso de normalización.

-La institución tiene indicadores de obligatorio cumplimiento, medición y reporte, tales como los de calidad, satisfacción entre otros y se da estricta aplicabilidad a la circular 056 además se están construyendo los indicadores por procesos a través de las etapas de normalización de los mismos. Los indicadores de gestión se miden adecuadamente de acuerdo a lo normado para la institución se vienen efectuado reuniones o comités para su análisis y validación a través paginas Excel electrónicas y por áreas.

Componente administración del Riesgo

-La Institución cuenta con dos matrices de riesgos una para los procesos asistenciales y otra para los administrativos se viene avanzando en su implementación se adopta el SIGRI sistema integrado de gestión de riesgo institucional, las metodologías y se establecen las políticas de administración del riesgo según acto administrativo resolución 221 de 23 de diciembre de 2014, se normalizaron los procesos de riesgos asistenciales bajo la metodología AMFE se desarrolló la metodología planteada con la identificación de los riesgos su análisis y valoración respectivamente, los procesos administrativos basados en la metodología DAFP se retomaron los ya identificados con su análisis y valoración. La institución cuenta con el mapa riesgos de corrupción de acuerdo al modelo de la estrategia anticorrupción se cuenta con la respectiva política institucional.

-La Oficina de Control interno direcciono y realizo el curso en el sistema virtual AVA sobre temas anticorrupción el cual fue realizado y aprobado por 90% de los líderes de los procesos.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Componente Autoevaluación Institucional

-En la vigencia 2016 se hizo seguimiento atraves de los Comités directivos liderados por la Gerencia y los diferentes comités institucionales que se reúnen semanalmente en los cuales se presentan consolidados de avance y de actividades desarrolladas en cada proceso.

El Componente de Auditoria Interna

-Para las auditorías internas se elaboró el programa anual aprobado y suscrito por la Alta dirección y se ejecutaron las auditorias, y seguimiento a la gestión conforme

al cronograma establecido el cual incluyo los informes a entes externos y en general informes de ley a 31 de diciembre de 2016, el Programa Anual de Auditoria de la Oficina de Control Interno conto con un porcentaje de cumplimiento del 100%.

-Se han realizado los informes pormenorizados de control interno que se evidencian en la publicación en página web cada 4 meses con el objetivo de reflejar avances del Sistema de Control Interno y en cumplimiento de la ley 1474 de 2011.

-La Revisoría Fiscal desarrollo efectivamente su plan de auditorías generando oportunamente los respectivos informes.

Planes de Mejoramiento

-La E.S.E. tiene establecido que la oficina de planeación acompaña a las diferentes áreas y/o a los líderes de los procesos en la formulación de los planes de mejoramiento derivados de las auditorias y de los diferentes seguimientos, y consolida la información correspondiente en la matriz del plan de mejoramiento institucional.

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación externa

- Se tiene establecido los lineamientos de Rendición de Cuentas, el cual se llevó acabo Audiencia Pública y su presentación se realizó el 17 de marzo de 2016 con el fin de presentar a la ciudadanía la gestión y los logros correspondientes al periodo.

-La E.S.E. Hospital Regional de Duitama cuenta con el proceso de atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y de satisfacción al ciudadano o usuario; se encuentran buzones de sugerencias en cada uno de los servicios se aplican encuesta de satisfacción al usuario por servicios al igual que se tienen las líneas telefónicas dispuestas, el link de la página Web para pqrs y la publicación de información relacionada con la planeación institucional políticas programas.

Información y Comunicación Interna

-Se realizan los diferentes comités soportados con actas, se rediseño la página WEB cumpliendo con los requerimientos de la ley 1712 de 2014 sobre publicación y fácil acceso, se cumple a cabalidad con el proceso de gestión documental acorde con la ley 594 de 2000 las tablas de retención documental se aprobaron según acuerdo 01 de 2013 y la resolución 102 de 2013 como también el manual de manejo documental y aprobación publicación y socialización del programa de gestión documentas de la E.S.E.

-Se cuenta con fuentes internas de información conformada por los diferentes archivos institucionales. Backus, bases de datos, discos duros, usos de tecnologías en la nube, manuales actas, actos administrativos y demás documentación apta para la gestión de procesos, de fácil acceso y sistematizada, Todas las comunicaciones se realizan atraves de mails y gestor de proyectos.

Sistemas de Información y Comunicación

-El sistema de información y comunicación; el hospital cuenta con el sistema de información para el proceso documental institucional con un manejo adecuado de la correspondencia atreves de la ventanilla única, y la oficina SIAU que maneja los registros y solicitudes de los usuarios pres de manera efectiva y oportuna. Además con redes sociales y correos institucionales.

-Se cuenta con el sistema de información para el manejo de recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros atreves del sistema de información Dinámica Gerencial y otros sistemas y/o aplicativos que satisfacen la calidad de la información y la seguridad de la comunicación.

-Se llevó a cabo la actualización de la página web de la entidad, constituyéndose en una herramienta que facilita la comunicación con los usuarios.

DEBILIDADES

-Es necesario implementar estrategias de socialización y divulgación de los diferentes planes, programas, proyectos, políticas y códigos institucionales en la plataforma estratégica atreves del Gestor de Proyectos, página Web, Carteleras y/o comunicados.

-El Hospital no cuenta con un plan de acción para determinar el tiempo que requiere la normalización de procesos y procedimientos, actualizar el nomograma institucional y definir la guía de seguimiento a los controles de los



procesos, el cronograma para su implementación y establecer la estrategia de socialización, publicación del organigrama y el mapa de procesos de la entidad.

-No se ha efectuado la socialización del mapa de riesgos a todas las áreas funcionales a pesar que se ha efectuado la identificación de los Riesgos asistenciales, los riesgos por proceso, se debe dar a conocer a todo el Recurso Humano de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama para así administrarlos y controlarlos adecuadamente y a su vez definir acciones de manejo.

-Es importante que se fortalezca la cultura de autoevaluación y adopción de estrategias y metodologías para realizar y documentar las acciones de mejora por procesos.

-La entidad no ha realizado actividades efectivas de capacitación a los líderes de las unidades funcionales para la culminación de la normalización de procesos y procedimientos de la E. S. E. Hospital Regional de Duitama.

-Falta compromiso de algunos líderes de los procesos en la suscripción y formulación de planes, manuales y/ o programas como cumplimiento a tareas encomendadas por la alta dirección de acuerdo a las políticas institucionales y en cumplimiento a la normatividad vigente.

-Existen debilidades en la coordinación de planeación y gestión, toda vez que no se realiza seguimiento y evaluación a cada una de las áreas en la formulación de los planes de mejora y la consolidación de los respectivos informes de avance para poder hacer su seguimiento efectivo.

-No se cuenta con mecanismos de control respecto de la información generada a través del software Dinámica gerencial por las diferentes áreas, con el fin de contar con la trazabilidad y calidad de los datos reportados.

-Falta oportunidad en la comunicación de la información generada por parte de Planeación institucional, socialización y capacitación de la misma para desarrollo y aplicación, así como los avances de la política de calidad a través de mesas de trabajo con funcionarios y trabajadores de la institución para la actualización, socialización e identificación de los cambios y a si mismo realizar los ajustes correspondientes de una manera integral y rápida.

-La política o programa de sensibilización de la cultura de autoevaluación y autocontrol para seguir un norte armónico frente a los objetivos y metas establecidas en el plan de desarrollo, no ha sido adoptado, implementado y socializado.

-La entidad no ha facilitado a la oficina asesora de control interno el personal multidisciplinario para dar eficaz cumplimiento y cobertura a las funciones en el desarrollo de sus actividades de control interno basados en la dimensión de la institución.

Diligenciado por: JOSE HERNANDO BOHORQUEZ M.

fecha: 03-01-2017

Sin otro pormenor,

Original firmado por:

JOSE HERNANDO BOHORQUEZ MENDOZA
Asesor Oficina de Control Interno
ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA