

## EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA

### INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011

**Periodo:**

12 de nov 2017 - 12 de marzo de 2018

**ALEXIS BORNACHERA DE LA HOZ**

Jefe de Oficina Control Interno

Soacha, marzo de 2018

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
Nombre Alexis B..	Nombre Cargo: Administrativa	Nombre Cargo

## 1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Este módulo se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración de Riesgo.

### FORTALEZAS

#### 1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.

Tiene como propósito establecer los elementos que le permiten a la Entidad crear una conciencia de control y un adecuado control a los lineamientos y actividades tendientes al desarrollo del talento humano. Dentro de este componente están los Acuerdos, compromisos y protocolos éticos, elementos que buscan establecer un estándar de conducta de los servidores al interior de la Entidad, al igual que el desarrollo del Talento Humano

##### **1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:**

La entidad cuenta con un documento, con los principios y valores de la entidad, construido participativamente, debidamente aprobado y socializado junto con acto administrativo, Acuerdo 001 del 01 de junio de 2016.

Con Resolución 1043 de 2016 se adopta el Código de Ética y Valores y el Código de Buen Gobierno de la Empresa de Salud E.S.E del Municipio de Soacha.

Está documentada la socialización de los principios y valores de la entidad.

El Manual de Funciones y Competencias Laborales se ajusta mediante la Res. 202 de julio 04 de 2017.

El Plan Institucional de Formación y Capacitación se adopta mediante la Resolución 87 del 6 de febrero de 2009 el que comprende las capacitaciones e Incentivos y Estímulos para los servidores Públicos de la Empresa de Salud E.S.E del Municipio de Soacha Anualmente se actualiza el Plan de Capacitación de acuerdo a las necesidades de la Entidad.

El Programa de Inducción y reintegración realizada a los servidores vinculados a la entidad da cumplimiento al Art. 64 de la ley 190 de 1995 y el Art. 7 del Decreto 1567 de 1998, para el personal que ingresa a la Empresa de Salud E.S.E del Municipio de Soacha, contempla las normas sobre inhabilidades, incompatibilidades y normas que rigen con la moral administrativa. Estos procesos están orientados a facilitar y a fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional.

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

Ver: Documento de seguimiento al programa de reinducción de la Oficina Sistema de Seguridad en el trabajo.

Se observa un cumplimiento del 76% para el año 2018.

CUMPLIMIENTO ANUAL													
Cumplimiento del programa	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	CUMPLIMIENTO ANUAL
Actividades Ejecutadas	0	1	6	2	1	1	0	1	0	1	3	0	16
Actividades Programadas	0	1	6	2	1	2	1	2	1	2	3	0	21
% Cumplimiento en el Mes	0	100%	100%	100%	100%	50%	0	50%	0	50%	100%	0	76%
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	

## Debilidades

Se debe implementar el Código de Integridad aplicable a todos los servidores de las entidades públicas en la rama ejecutiva colombiana, según la DAFP, que tiene un enfoque pedagógico y preventivo.

Código que, de manera muy sencilla pero poderosa, nos servirá de guía, sello e ideal de cómo debemos ser y obrar los servidores públicos colombianos, por el hecho mismo de servir a la ciudadanía.

Retomar la VISION institucional y orientar su propósito según el plazo deseado por la administración, que sea la guía de La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha para poder alcanzar el estado deseado: ACREDITACION.

### 1.1.2 Desarrollo del Talento Humano:

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha, cuenta con los Manuales de funciones y responsabilidades para los cargos administrativos que se encuentran vinculados a los procesos del sistema de gestión de calidad. Res. 202 de julio 04 de 2017.

La entidad da cumplimiento al Plan de Capacitación e Incentivos y Estímulos para los servidores públicos de la ESE Municipal año 2017.

La ESE cuenta con un programa de actividades que propenden por el bienestar institucional y que se actualiza cada dos años, en el momento se encuentra en proceso de aplicación el 2018, Res. 595 del 08 de 2016.

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

Se cuenta con un modelo de evaluación por competencias para los servidores de la entidad. Presenta un estado de evaluado de acuerdo a los formatos del Acuerdo 565 del 25 de enero de 2016.

Acompañamiento por parte del Ministerio de trabajo en desarrollo de investigaciones y algunos casos de funcionarios de la E.S.E.

Teniendo en cuenta algunos casos presentados en disciplinario y por las investigaciones que se adelantan, el comité de convivencia laboral se ha reunido para discutir y hacer el acompañamiento pertinente buscando la conciliación entre las partes al término del comité manifiesta como conclusión "NO CONCILIACION", situaciones que deben dirimirse en otras instancias judiciales y se comprometen dar respuesta a la solicitud presentada por la Procuraduría Regional del Putumayo

Celebraciones de fechas especiales por parte del comité de Bienestar Laboral navidad, día de las profesiones, Navidad entre otros.

### **Debilidades**

Que el cronograma de capacitaciones evidencie la existencia del cumplimiento del proceso adelantado.

## **1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

Se establece su composición a través de cinco elementos: Planes, programas y proyectos; Modelo de Operación por procesos; Estructura Organizacional; Indicadores de Gestión y Políticas de Operación

### **1.2.1 Planes, Programas y Proyectos**

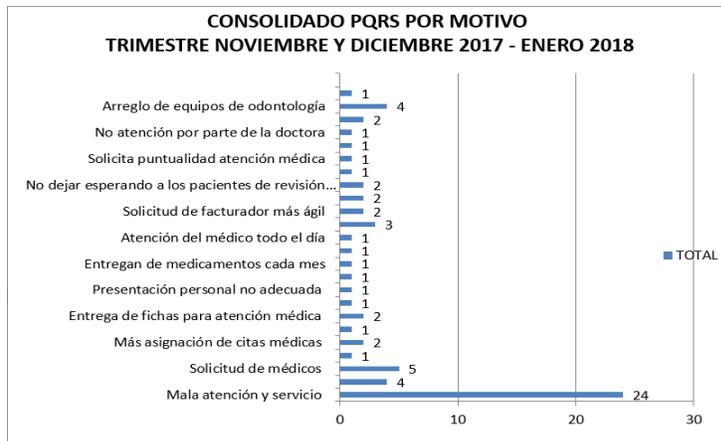
La Empresa de Salud E.S.E del Municipio de Soacha, presenta un Plan de Desarrollo, más que convertirse en dar cumplimiento a la normatividad vigente es la forma como podemos dar respuesta a las necesidades sentidas de la población usuaria y su familia del Municipio, nuestra razón de ser, así como permitir garantizar la viabilidad social y económica dentro de nuestras competencias en la prestación de servicios de salud con continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad y servicio, con eficacia, eficiencia y efectividad. Plan que contiene unos objetivos como: Identificar las variables para la consolidación de la situación actual de la ESE Municipal, Elaborar el plan de acción orientado a la atención y satisfacción del usuario, Definir los mecanismos de seguimiento, control y evaluación del plan.

PLAN DE ACCION EN SALUD. Tendrá una formulación anual, circunscrita al seguimiento de las metas productos planteados.

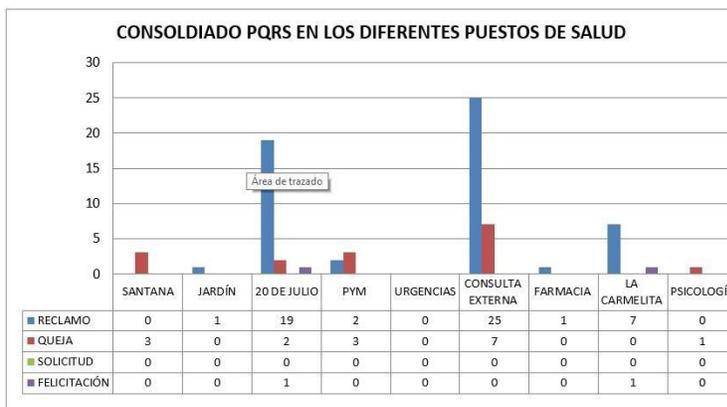
<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

A través de los comités institucionales ( Calidad, Seguridad del Paciente, Comunicaciones, Coordinador de Control Interno, Comunicaciones, Farmacia, Vigilancia Epidemiológica, Estadísticas Vitales, Infecciones, Historias Clínicas, PYM, Técnico Científico, Ética y Humanización, Atención al Usuario, GAGAS, Emergencias y Desastres, sostenibilidad Financiera) las UGS ( 20 DE Julio, Santana, La Carmelita), Reuniones técnicas de Áreas( Medicina, Enfermería, Odontología, Farmacia, Línea de Frente), se determina el cumplimiento de los objetivos planteados y la gestión realizada. Se verifican además de las actividades, los recursos financieros y los entregables definidos en cada uno de los programas

Se cuenta con documentos que soportan la revisión sobre necesidades de los usuarios (PQRs), documentos que se socializan en los comités de Ética Humanización y Atención al Usuario donde se revisan y se solucionan necesidades presentadas por los usuarios en cada sede como en la sede principal.



Gráfica No 1 –fuente área SIAU



Fuente: SIAU

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

### 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos.

La E.S.E Hospital Local de Puerto Asís, cuenta con un Mapa de Procesos evidenciándose la interrelación y articulación entre estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y seguimiento de la siguiente manera: Procesos estratégicos ( Junta Directiva, Gestión Gerencial y Gestión estratégica), procesos Misionales ( Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización y Cirugía, Atención Extramural, Odontología), Procesos de Apoyo ( gestión administrativa y Financiera, Gestión de la Información, Apoyo Diagnostico y terapéutico y gestión de servicios Generales) y Evaluación ( Gestión de Calidad, gestión de Control Interno, revisoría Fiscal).



En el proceso de seguimiento y evaluación la E.S.E a través de la oficina de sistema de información y atención al usuario (SIAU) realiza encuestas por servicios para medir la satisfacción de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud, las cuales son tabuladas frecuentemente para medir los resultados y realizar las acciones correspondientes en el proceso de mejoramiento continuo institucional.

Según tableros SIAU tenemos:

2017: 68.01% satisfacción al usuario

2018: 69.91% satisfacción al usuario (enero – febrero)

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

## Debilidades

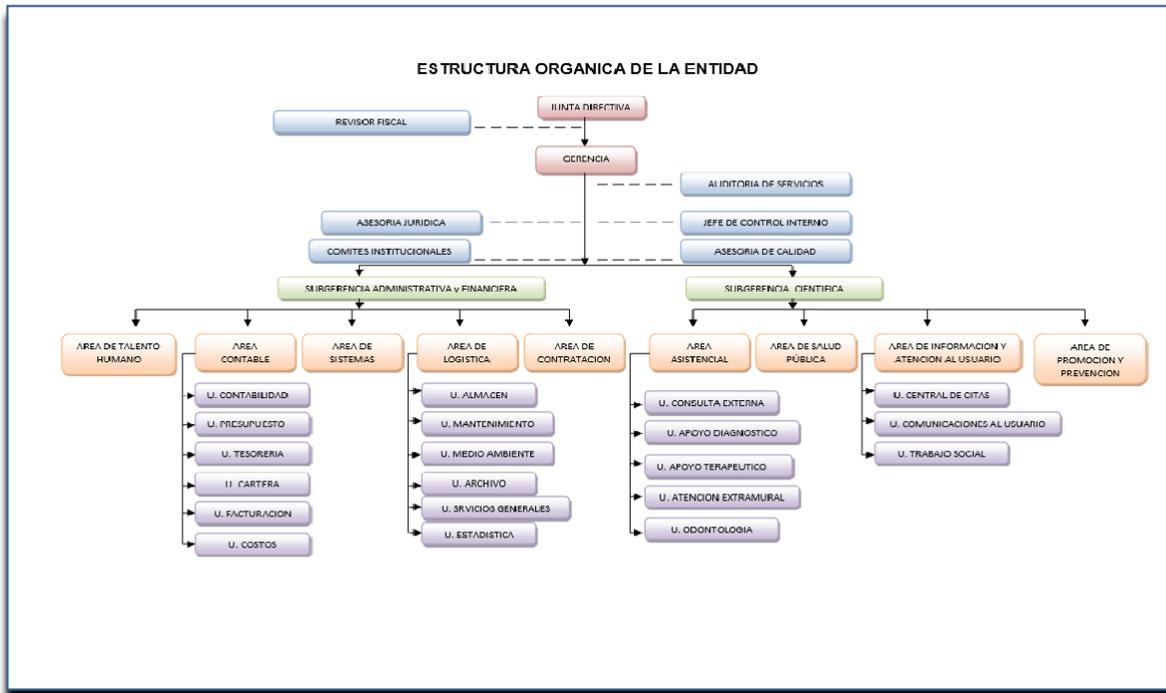
Actualizar el Manual de Procesos y Procedimientos  
Diseñar procedimientos de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos  
Indicadores por Procesos para realizar la medición correspondiente

### 1.2.3 Estructura Organizacional.

Se verifica la autenticidad en la documentación presentada para efectos de tener una vinculación exitosa del personal en la entidad.

La estructura organizacional y los procesos son relacionados a través del mapa de procesos.

La entidad a través del grupo de calidad está gestionando el proceso de los estándares de acreditación



## Debilidades

Se cuenta con el correspondiente documento de mapa de procesos, documento que considero debe ser actualizado y ajustado a las necesidades de la ESE.

### 1.2.4 Indicadores de Gestión

La E.S.E Municipal cuenta con los correspondientes indicadores, los cuales son utilizados para medir la gestión y el avance de lo planeado.

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

Se hace seguimiento en los comités a los indicadores de gestión, indicadores de calidad, gestión administrativa, gestión financiera.

Donde se evalúan estos indicadores dependiendo de la periodicidad de la información a los entes de control y se presentan informes a la secretaria de salud departamental como intermediario pues de igual manera esta información se entrega en el Supersalud.

### **1.2.5 Políticas de Operación**

Se tienen identificadas y definidas las políticas de operación por cada uno de los procesos, Prestación de Servicios, Calidad, Seguridad del Paciente, Medicamentos Seguros, Gestión de la Tecnología biomédica, Gestión Ambiental, Cero papel, que se constituyen en los marcos de acción necesarios para la operación de los mismos, del direccionamiento estratégico, análisis de riesgos y la comunicación e información.

La divulgación de las políticas de operación se realiza a través de la página web de la entidad y en los Comités institucionales.

## **1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

### **1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo**

Al ser un componente del Módulo de Control de Planeación y Gestión, faculta a la Entidad para emprender acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Es importante señalar que un evento también puede representar una oportunidad de mejora para la entidad.

### **1.3.2 Identificación del Riesgo**

Es importante dar continuidad a la construcción de los riesgos por proceso, donde los líderes de los procesos deben realizar actividades de identificación y revisión de los riesgos identificados, en acatamiento a los lineamientos dados por la alta dirección, lo anterior teniendo en cuenta los cambios que se presentan al interior de la institución y su entorno

Ante la presencia e identificación de riesgos operacionales en la prestación de servicios, se han tomado las decisiones objetivas para su minimización y mitigación, a nivel administrativo y asistencial

### **1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo**

A través de los comités institucionales se realizan en forma periódica su análisis y toma de correctivos necesarios.

<b><u>Elaborado por:</u></b>	<b><u>Revisado por:</u></b>	<b><u>Aprobado por:</u></b>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

## Debilidades

Es necesario consolidar el mapa de riesgos por procesos actualizarlo y ajustarlo a las necesidades de la empresa: Es pertinente precisar que líderes de los procesos en las actividades de identificación y revisión de los riesgos, tengan en cuenta los factores internos y externos del entorno: situaciones que pueden ser de carácter social, cultural, económico.

Desarrollar talleres con el objetivo de identificar, analizar y valorar los riesgos dejando constancia mediante actas u otro documento que soporte la divulgación de los Mapas de riesgo a todos los funcionarios de la entidad.

## 2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

### 2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL.

Los instrumentos y herramientas de gestión y de control requieren evaluación y seguimiento y en este sentido este módulo busca que la Entidad desarrolle mecanismos de medición.

Este módulo se estructura bajo tres componentes: Autoevaluación Institucional, Auditoría interna, Plan de Mejoramiento

#### 2.1. Autoevaluación de Control y Gestión.

Los indicadores y controles establecidos son la fuente para la realización de las autoevaluaciones de la gestión y de esta manera tomar acciones correctivas, los POA y sus avances nos dan los porcentajes de avance obtenidos en el desarrollo de las actividades y es herramienta de autoevaluación.

En el proceso contable los indicadores a 31 de diciembre de 2017 reflejan que a esa fecha la Empresa de Salud E.S.E del Municipio de Soacha, cuenta con una gran solidez respaldada con Activos por valor de \$22.729 millones de pesos, suficiente para cubrir todos los pasivos que a la fecha ascienden a \$3.370 millones de pesos y que corresponden únicamente al 14.82% del total de los activos; de lo anterior se deduce que el nivel de participación de sus acreedores es solo del 14.82%.

En el momento la ESE cuenta con un activo corriente de \$4.739 millones de pesos y un pasivo corriente de \$3.370 millones de pesos esto deja en claro que una vez se cubran todas nuestras obligaciones, la empresa dispone de 1.369 millones para atender compromisos corrientes adquiridos para ejecutar actividades del sector. Es decir que por cada peso que adeuda cuenta con 1.41 de respaldo para cubrir sus compromisos.

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
<u>Nombre</u>	<u>Nombre</u>	<u>Nombre</u>
<u>Cargo</u>	<u>Cargo</u>	<u>Cargo</u>

## **2.2 COMPONENTE AUDITORIA INTERNA.**

### **2.2.1 Auditoría Interna**

El plan de acción y programa de auditoría interna es uno de los instrumentos de fortalecimiento continuo y de mejoramiento del sistema de control interno en la entidad.

La alta gerencia ha mostrado apoyo para fortalecer y mejorar aspectos que se han sugerido mediante recomendaciones por la oficina asesora de control interno. Sin embargo es necesario fortalecer la actualización en evaluación de normas procedimientos y técnicas, mejorar manual de funciones, eliminar vacíos que tiene en su contenido

En la página web se encuentran algunos informes pormenorizados.

Informe Ejecutivo Anual por disposición de la DAFP, se tomó para el 2017 FURAG II, que muestra un nivel de madurez satisfactorio.

En el 2017 se programó la ejecución de auditorías y en el 2018 también se tiene una programación de auditorías a realizarse durante este año.

## **2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.**

### **2.3.1 Planes de Mejoramiento**

En el componente de planes de mejoramiento se trabaja recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del componente de Auditoría Interna y de las observaciones de órganos externos. Igualmente existe un seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno a las acciones definidas en dichos planes. En la Entidad existe plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal, al cual se le ha venido haciendo seguimiento y algunas de las acciones ya se han cumplido, avances que han sido reportados a la Contraloría Municipal para lograr el fenecimiento de esta cuenta del 2017, Al plan de Mejoramiento suscrito en 2018 se inició proceso de seguimiento de parte de la Oficina de Control

La entidad cuenta con un mecanismo para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía PQRs., al que se le hace seguimiento continuo.

## **3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACION**

### **3.1 INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices, y mecanismos de captura, procesamiento y generación de datos al interior y entorno de la Entidad, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados y de las mejoras en la gestión administrativa

<b><u>Elaborado por:</u></b>	<b><u>Revisado por:</u></b>	<b><u>Aprobado por:</u></b>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

orientada a satisfacer las necesidades específicas de la ciudadanía y de las partes interesadas y en este sentido mejorar la transparencia frente a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas a la comunidad

## **FORTALEZAS**

### **Información y Comunicación Interna**

Conjunto de datos que se originan del ejercicio y función de ser de la Entidad, para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar del hospital.

Se tienen identificadas las fuentes internas de información como son manuales, informes, actas a través de medios electrónicos (correo electrónico por proceso, acceso a Drive) y físicos que permiten consultar la documentación.

La ESE, cuenta con tablas de retención documental con necesidad de actualizar códigos y ajustar bien la información por cuestiones de modificaciones mínimas en el organigrama y manuales de funciones.

Se continúa trabajando los módulos de CNT mejorando cada vez el trabajo con las interfaces de manera que la información resulte más consistente y oportuna.

### **Debilidades**

Continuar con la actualización de las tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en la normatividad vigente y aplicable en cada una de las áreas de la Entidad.

### **Información y Comunicación Externa**

Éste elemento debe garantizar que efectivamente la interacción de la Entidad con las partes interesadas y la ciudadanía estén enfocadas a la construcción de lo público y a la generación de confianza, mediante la definición de políticas de comunicación, participación ciudadana, de comunicación de gestión y resultados y la formulación de parámetros que orienten el manejo de la información.

La principal fuente de Información Externa es la ciudadanía y las partes interesadas, por consiguiente, debe ser observada de manera permanente con el fin de reducir los riesgos y optimizar la efectividad de las operaciones

La entidad cuenta con mecanismos los cuales identifican las fuentes de información externa, como son la recepción de PQRs, denuncias, buzón de sugerencias, comité de comunicaciones con su líder quien publica los diversos programas que se desarrollan al interior de la entidad, buscando la interacción mediante las redes sociales de los usuarios

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
<u>Nombre</u>	<u>Nombre</u>	<u>Nombre</u>
<u>Cargo</u>	<u>Cargo</u>	<u>Cargo</u>

y la entidad. En lo que corresponde a peticiones quejas, reclamos y solicitudes, el análisis de estas se realiza en el marco del comité de atención al usuario,

### **Sistemas de información y comunicación**

La entidad recibe y radica información en gestión documental, se encuentra en proceso de mejoramiento continuo con la aplicación de la normatividad vigente, se direcciona la información a las diferentes áreas para dar respuesta a requerimientos cumpliendo de manera eficiente con la producción de información y para mayor fluidez en el proceso. Teniendo en cuenta la importancia en el proceso de gestión documental, se efectuaron cotizaciones para el desarrollo de estos procesos, pero en proceso de habilitación y acreditación no se pueden efectuar gastos sin saber el futuro de la entidad.

### **Debilidades**

Se debe continuar perfeccionando el acceso la página WEB de la Entidad y actualizándola con el cargue de la información generada en las diferentes áreas.

## **ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

El desarrollo del Sistema de Control Interno en la Empresa se encuentra en un nivel de madurez satisfactorio, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo mejora de algunos procesos, sin embargo se hace necesario actualizar y ajustar manual de funciones, reglamento interno de trabajo, la codificación de tablas de retención documental.

La Política de Riesgos no se está aplicando, aunque las áreas conocen los tipos de riesgo en su gestión, no se ha definido bien el manejo de este en algunos procesos. Hacer el levantamiento de los riesgos midiendo su impacto.

Apoyarse en las subgerencia científica y administrativa, teniendo en cuenta que son cargos creados para mejor desarrollo de las acciones que se generan al interior de la entidad y que tienen un comportamiento diferente en el mapa de procesos.

Darle continuidad a los programas e incentivos laborales con los cuales se contaba en vigencias anteriores

EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA  
Jefe de Control Interno

<u>Elaborado por:</u>	<u>Revisado por:</u>	<u>Aprobado por:</u>
Nombre Cargo	Nombre Cargo	Nombre Cargo

<b><u>Elaborado por:</u></b>	<b><u>Revisado por:</u></b>	<b><u>Aprobado por:</u></b>
<u>Nombre</u> <u>Cargo</u>	<u>Nombre</u> <u>Cargo</u>	<u>Nombre</u> <u>Cargo</u>