

**INFORME DETALLADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO
– LEY 1474 DE 2011**

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces. | JHON JAIRO ZAPATA SALDARRIAGA | PERIODO EVALUADO: septiembre 1° al 31 de diciembre de 2018. (tercer cuatrimestre) |
| El director administrativo en calidad de delegado ante la ausencia del titular de Control Interno de la E.S.E – Hospital San Juan de Dios de Segovia se permite realizar la evaluación pormenorizada del estado del Sistema de Control Interno y del efectivo cumplimiento en la actualización del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, conforme al contenido del Decreto Nacional 943 de 2014. | | |

Segovia, diciembre 31 de 2018.

PRESENTACION GENERAL

Artículo 1º.- **Definición del control interno**. Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

Mediante decreto 1599 de 2015 se adoptó en el País el Modelo Estándar de Control Interno MECI, bajo un esquema conformado por dos módulos y un eje transversal, con base en el cual se han realizado los informes pormenorizados de control interno en atención al artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y que cita entre otros que “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”

No obstante, para en el año 2017 el gobierno nacional mediante Decreto 1499 adopta una nueva estructura con el fin de articular los sistemas de gestión bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG el cual debería tomar como referencia el segundo informe pormenorizado de control interno 2018, sin embargo, en este momento se están



SEGOVIA - ANTIOQUIA

Más Social ♥ Más Humano

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

montando todas las bases para su implementación en la ESE San Juan de Dios de Segovia, Antioquia.

ESTRUCTURA DEL MODELO MECI

Componentes.

1. Ambiente de Control

- Dimensión de Gestión Estratégica del Talento Humano
- Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación
- Dimensión de Gestión con Valores para resultados

2. Gestión de Riesgos Institucionales

3. Actividades de Control

4. Información y Comunicación

5. Actividades de Monitoreo o Supervisión Continua

1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Antes que todo, la institución debe garantizar un ambiente donde se pueda ejercer el control, donde se permita disponer de las condiciones mínimas para el desarrollo del control interno. Esto se logra gracias al compromiso, liderazgo y a la política y lineamientos de la alta dirección.

En la ESE San Juan de Dios de Segovia, se están revisando y actualizando todos los manuales existentes y activando todos los comités que por norma deben existir al interior de estas entidades.

M
ás
So
cia
l ♥
M
ás
H
u
m
an
o

- **DIMENSION ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO**

La Gestión del Talento Humano de forma estratégica es importante en el logro de los objetivos y metas de la Entidad, todo esto se establece en el desarrollo del Proceso de Gestión del Talento Humano de la institución, para nuestro caso en lo que respecta al año 2018 se ha formulado el Plan Institucional de Capacitación, se está diseñando el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo”, la necesidad surge del Diagnóstico de Necesidades e intereses de los servidores de la E.S.E Hospital San Juan de Dios, a saber: intereses en participación en procesos como promoción y prevención, vigilancia epidemiológica, prioritario asistencial, procesos de actividades culturales y jornadas de esparcimiento y recreación, Brigadas de salud y el programa de Salud Pública..

En este cuatrimestre fue evaluado sobre la planeación estratégica del talento humano, considerando la normatividad y la adecuada articulación de los planes asociados encaminados al logro de los objetivos de la entidad se logró elaborar lo siguiente:

Capacitación en triage a todo el personal asistencial
Capacitación en aseo hospitalario al personal de oficios varios y conductores.
Capacitación al personal de facturación tema empoderamiento.
Realización de la fiesta del empleado.

Desde la política de seguridad y salud en el trabajo la entidad está comprometida en velar por la seguridad y salud de su recurso humano, para ello se ha designado al director administrativo para que lidere todo lo relacionado con la implementación de esta política. Entre las actividades realizadas, están las siguientes:

Realización de una campaña por parte de las funcionarias de salud oral, sobre limpieza de la dentadura

Asistencia a capacitación por parte de la ARL, sobre seguridad en el trabajo y riesgos laborales

Por parte de la secretaria de la institución se sigue haciendo la auditoria al personal como acceder a la página y como suministrar los datos allí solicitados.

Así mismo todos los contratistas nuevos que ingresan a la ESE deben realizar este reporte.

- **DIMENSION DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION.**

A comienzos de cada período del Gerente (2016 – 2020) la entidad formula el Plan de Desarrollo Institucional, mediante ejercicios liderados por el Proceso de Direccionamiento Estratégico. Para nuestro caso el gerente actual de la ese inicio su cargo a partir del 3 de noviembre de 2017, y presento su de gestión para los dos años restantes. En este se detalla el camino a seguir con el fin de cumplir con las metas propuestas y en general de los objetivos institucionales, lo cual implica pautas claves para el comportamiento del Sistema de Control Interno.

El Plan de Gestión regulado por la resolución 408 de 2018, la cual modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013, obliga a que los gerentes de empresas sociales del estado que permanezcan desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del mismo año presenten Plan de Gestión ante la Junta Directiva de la Institución en el mes de abril del siguiente año, teniendo en cuenta los anexos de la Resolución 408.

El decreto 612 de 2018 “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado”, orienta a las entidades a que de manera articulada definan todo lo necesario para la consecución de los objetivos y metas institucionales, logrando mejorar el impacto que estos temas tienen y elevar la importancia en la toma de decisiones al más alto nivel de la institución.

La E.S.E ha adelantado estudios técnicos a empleos del área asistencial con el fin de definir estrategias para la formalización laboral.

DIMENSION DE GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS.

Partiendo de la dimensión de Gestión con Valores para Resultados se pretende que la estructura organizacional, los procesos de la cadena de valor y los de apoyo, el uso de los bienes muebles e inmuebles, el suministro de servicios internos, la ejecución presupuestal y la focalización de los recursos, estén en función del cumplimiento de los propósitos de la institución y de atender lo previsto en la planeación institucional, de forma eficiente.

Así mismo se dio a conocer el convenio de salud pública

Compromisos específicos – Tema Servicio al Ciudadano

Siguiendo con la política de buen servicio al ciudadano, se ha mantenido el programa de asignación de citas por teléfono, dejando un espacio en las mañanas para el personal discapacitado, tercera edad, grupos étnicos y los habitantes de las veredas, lo cual por supuesto se refleja en una satisfacción del usuario.

La asignación de citas para el laboratorio y Rayos X, también ha permitido que se tenga un mejor servicio por parte de estas dos áreas.

En el tema de seguridad del paciente, se ha establecido un comité que realiza auditorias constantes en las áreas asistenciales, con el fin de mejorar cada día en este sentido. Igualmente se estableció un grupo interinstitucional con el propósito de acompañar todas las mañanas la entrega de turnos de médicos y auxiliares de enfermería, para darle mayor garantía a los pacientes de urgencias y hospitalización.

Con el lema de una atención más humana, la ESE ha desarrollado una campaña al interior de la institución con contenidos relacionados con el buen trato, respeto, buena comunicación, seguridad, cuidado y auto prevención.

La ESE, por ser de primer nivel está enfocando su accionar sobre todo en prevención y promoción, para esto elaboro un cronograma de Brigadas de Salud para las veredas y zona rural, así como para varios barrios de la zona Urbana y el corregimiento que tiene el municipio. En este orden de ideas en este periodo se realizaron brigadas 20 brigadas.

Situación financiera 2018.

Desde el mes de mayo del 2018, la ESE fue declarada en alto riesgo financiero y fiscal, por esta razón es necesario elaborar un plan de ajuste financiero y fiscal para hacer viable la institución y que siga su funcionamiento. Este plan es a 5 años contados a partir del año 2019.

Este plan debe ser avalado por el Ministerio de Hacienda.

Para la elaboración de este plan la gerencia creo un comité que es el encargado de la estructuración del programa y de su seguimiento.

El objetivo es terminar la vigencia 2018, con unos buenos indicadores financieros, con el fin de mostrar resultados palpables en la implementación del plan de ajuste financiero y fiscal.

Con el fin de buscar alternativas para la recuperación de cartera, se he venido asistiendo a las mesas de concertación (Resolución 030), citadas por la secretaria departamental de salud, para hacer acuerdos de pago con las diferentes EPS, se ha logrado acuerdo con algunas, entre ellas Nueve EPS, AIC. Con Coomeva y Coosalud se está a la esperar de la depuración de cartera.

Ejecución presupuestal

Debido a que no se tiene el corte a diciembre 31 de 2018, se sigue reflejando a junio 30

| E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE SEGOVIA | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|------------------|------------------|------------------|---|------------------|---------------------------------|------------------|
| EJECUCION PRESUPUESTAL A 30 DE JUNIO DE 2018 (Cifras en miles de pesos) | | | | | | | | | |
| | Apropiación Definitiva 2018 | Ejecución Presupuestal a Nivel Compromiso | | | | Ejecución Presupuestal a Nivel Obligación | | | |
| | | Compromisos a junio 30 de 2018 | | Pagos Ejecutados | | Obligaciones a Junio 30 de 2018 | | Obligaciones Pendientes de Pago | |
| | | % | Mil \$ | % | Mil \$ | % | Mil \$ | % | Mil \$ |
| Gastos de funcionamiento | 6.681.402 | 57,44% | 3.837.468 | 40,25% | 2.689.154 | 51,98% | 3.473.083 | 22,57% | 783.929 |
| Gastos de operación comercial y prestación de servicios | 1.242.306 | 34,97% | 434.377 | 17,17% | 213.302 | 34,97% | 434.377 | 50,89% | 221.075 |
| Servicio de la deuda | 200.000 | 21,08% | 42.169 | 21,08% | 42.169 | 21,08% | 42.169 | 0,00% | |
| Inversión (Convenios) | 474.479 | 79,82% | 378.732 | 64,30% | 305.084 | 79,82% | 378.732 | 19,45% | 73.648 |
| Total | 8.598.187 | 54,58% | 4.692.746 | 37,80% | 3.249.709 | 50,34% | 4.328.361 | 24,92% | 1.078.652 |

2. COMPONENTE GESTION DE RIESGOS INSTITUCIONALES

Este ítem se refiere al ejercicio llevado a cabo bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos



SEGOVIA - ANTIOQUIA

Más Social ♥ Más Humano

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

En materia de riesgos, la institución a través del equipo de calidad, viene desarrollando en asocio con los jefes de área los procesos con el fin de trabajar en la actualización y mejora de los procedimientos para que los riesgos sean identificados, Valorados, priorizados y tratados con el fin de mitigarlos y gestionarlos de manera eficaz, sobre todo lo que tiene que ver con el paciente.

Entre otras actividades, se viene implementado el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, con el objetivo de minimizar los riesgos de los empleos y contratistas de la ESE, para esto se ha conformado un equipo de trabajo liderado por el director administrativo y financiero y con la asesoría de un profesional en esta área, el propósito es para el próximo año tener establecido este programa para el bienestar de todas las personas que laboramos en la entidad.

3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

Este tercer componente se refiere a la implementación de los controles, los cuales son los procedimientos en los que la institución se apoya para enfrentar cada uno de los riesgos.

- Se definen y se llevan a cabo las actividades para efectuar los controles que contribuyen a la contrarrestar cada uno de los riesgos logrando niveles aceptables que coadyuven al logro de los objetivos trazados.
- Se implementan políticas de los procesos al interior de la entidad, a través procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.

Dentro de las actividades de control se hicieron algunos hallazgos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo en la remisión y traslado de pacientes.

Campamento La Salada – Segovia, Antioquia

NIT. 800.080.586 – 8

TEL. 831 45 53 EXT. 202

www.hospitaldesegovia.gov.co – gerencia@hospitaldesegovia.gov.co

4. COMPONENTE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

La ESE San Juan de Dios de Segovia, no tiene una dependencia dedicada a las comunicaciones, esta se efectúa a raves de la oficina de tecnología o sistemas, la cual se encarga de emitir la información externa a través de los distintos medios dispuestos para este propósito.

El portal web en este momento está en desarrollo, sin embargo, podemos encontrar información en este sitio web

Las publicaciones y novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional, se hacen a través de mensajes por correo interno, comités, y disposiciones como reuniones internas de las áreas.

Igualmente, la entidad cuenta con redes sociales, administradas por la Oficina Asesora de Comunicaciones, entre otras: Facebook. A través de estos medios permanentemente se publica información, sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes dependencias para el cumplimiento de la misión Institucional.

En la página web corporativa se dispone de información actualizada de los estados financieros, informes, portafolio de servicios, plan de capacitación, programa de bienestar social entre otros.

Para ampliar y mejorar los canales de información con nuestros usuarios externos, se difunde el portafolio de servicios, las diferentes campañas y programas que se adelantan en la institución a través de Facebook, programas radiales y de televisión local.

En este momento se cuenta con tres buzones de sugerencias ubicados estratégicamente en las instalaciones de la ESE y con colaboración de la veeduría en salud se hacen campañas para que los usuarios hagan uso de los mismo, y la apertura se hace en compañía de una de los integrantes de dicha veeduría.

Mediante los lineamientos de transparencia pasiva se informa a los usuarios cuáles son sus derechos y deberes utilizando plegables que son exhibidos en las diferentes carteleras de la entidad.

M
ás
So
cia
l
♥
M
ás
H
u
m
an
o

**5. COMPONENTE
ACTIVIDADES DE MONITOREO O SUPERVISION CONTINUA**

El Modelo MIPG sugiere las autoevaluaciones y/o evaluaciones independientes continuas, para la verificación de los componentes del Sistema de Control Interno y su adecuada operación, lo mismo que para valorar la efectividad del control interno de la Entidad, el avance en logro de metas y nivel de ejecución de los planes, proyectos y programas, entre otros.

Estas acciones se pueden dar en el día a día del proceder institucional, y a través de autoevaluación y auditorias independientes por parte de la Oficina de Control Interno.

Las actividades de evaluación y sus resultados, lo mismo que las recomendaciones que de estos ejercicios resulten, tienen mérito en la medida en que sean tomados como base para ajuste de desviaciones detectadas, y acciones de permanente mejora.

La Oficina de Control Interno OCI o quien haga sus veces, en su rol de evaluador independiente, debe iniciar la gestión el año 2018 con la elaboración de un plano programa anual donde se plasmen los informes de seguimiento y auditorias de gestión en este año.

La Programación formulada se ha venido ejecutando en el transcurso de la vigencia conforme a las disposiciones de Ley, que generalmente precisan la periodicidad para la elaboración de los informes y/o fecha de presentación y publicación de los mismos.

Durante el presente cuatrimestre evaluado, septiembre – diciembre de 2018, la dirección administrativa y financiera en compañía del grupo PAMEC ejecutó una auditoria a los servicios en urgencia, Odontología, Vacunación, Rayos X, laboratorio y hospitalización.

Se hicieron los seguimientos establecidos por la Ley para dicho periodo, sobre los cuales se presentó los informes correspondientes, entre otros los siguientes: Seguimiento a la Estrategia Anticorrupción y de Servicio al Ciudadano, Informe de Austeridad en el Gasto, Informe de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos, Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado de Control Interno, Seguimiento a la relación de Acreencias a favor de la Entidad, se hizo una campaña de limpieza en toda la ESE para dejar libre de avisos y cuadros todas las áreas asistenciales .

Con relación al informe de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos PQRS, la dirección administrativa y financiera, recibió varias quejas que fueron socializadas con las respectivas áreas y se dio respuesta a los usuarios inconformes.

Durante este periodo se realizaron las encuestas de satisfacción en todos los servicios

Recibimos una visita por parte de la seccional de salud de Antioquia a través de la oficina local, con el fin de revisar la disposición de los residuos Biológicos, los hallazgos fueron mínimos y se están tomando los correctivos necesarios.

Dentro de la política de rendición de cuentas o gestión transparente, se montaron en la plataforma 67 contratos.

Conclusiones y Recomendaciones

- Es necesaria la capacitación en el programa MIPG con el fin de tener las herramientas requeridas para su implementación.
- Se debe implementar un buen programa de Salud pública y P y P para el próximo año.
- Es importante mantener la actualización y reactivación de los manuales de procesos y de los diferentes comités.
- Se ha continuado con la depuración de la cartera que tienen las diferentes EPS con la institución para hacer los respectivos cobros.
- Se solicitaron hojas de vida de profesionales en el área de seguridad y salud en el trabajo con el fin de contratar un funcionario para esta área.
- Es importante continuar revisando las metas y/o compromisos que se adquirieron en el plan financiero y fiscal presentado al Ministerio de Hacienda.
- Se debe mantener el programa de auditorías del programa seguridad del paciente.
- Se debe mejorar en la corrección de los eventos adversos que se presenta en la institución.
- Se debe seguir capacitando el personal de la ESE.
- Es necesario capacitar el personal administrativo para que ellos también contribuyan al cumplimiento de la Misión de la E.S.E.
- Es necesario organizar el archivo de hojas de vida del personal de planta y contratistas de la ESE.
- Se debe elaborar un plan de reparación y mantenimiento de camillas y equipos de refrigeración.

M
ás
So
cia
l
♥
M
ás
H
u
m
an
o

Original Firmado

JHON JAIRO ZAPATA SALDARRIAGA

*M
ás
So
cia
l
♥
M
ás
H
u
m
an
o*