



E.S.E HOSPITAL SAGRADO
CORAZÓN DE JESÚS
Valencia- Córdoba



¡Calidad, nuestra forma de ser!

GESTION CONTROL INTERNO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE
2017

ASESOR
E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.

PRESENTACIÓN

OBJETIVO

METODOLOGÍA

VALENCIA – CÓRDOBA.

Tel: 7773140 - Fax: 7773141 - 3114067991 - Línea gratuita: 018000941904 - Correo Institucional: controlinterno@esehscj.com.co - Página

Web: www.esehscj.com.co - NIT: 812000300-0 - Calle 12 No 8-99 Barrio Nazareth - Valencia-Córdoba



INFORME PORMENORIZADO CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO	
Asesor NINO JAMIR MUÑOZ HERRERA	Periodo Evaluado: Septiembre – Diciembre 2017.
	Fecha De Elaboración Y Publicación: 15 de Enero de 2018

Para dar cumplimiento al artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, a continuación se presenta el informe pormenorizado con corte al 31 de Diciembre del año 2017, correspondiente a la evaluación del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús, correspondiente a los módulos de: 1. Planeación y gestión 2. Evaluación y seguimiento 3. Eje transversal de información y comunicación, presentándose los avances y dificultades del sistema para que a través de estas se tomen acciones de mejora y se puedan cumplir las metas y objetivos institucionales trazados.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
Fortalezas Y Avances.

- La E.S.E. Hospital Sagrado Corazón De Jesús, tiene la plataforma estratégica que define la misión, visión principios y valores y los objetivos estratégicos Institucionales, esta fue elaborada con la asesoría de planeación, calidad y coordinadores o líderes de cada proceso y se mantiene socializada con los funcionarios y contratistas, publicada en la página web de la institución.
- La entidad también cuenta con el estatuto y Manuel de contratación que define los procedimiento para desarrollar la gestión contractual en esta entidad, define las actividades, las funciones y responsabilidades, regidas por los principios de



GESTION CONTROL INTERNO

la función administrativa de que trata el artículo 209 de la constitución política, los contenidos en la ley 489 de 1998, los del sistema de seguridad social en salud y en especial los del debido proceso, igualdad, imparcialidad, buena fe, moralidad, participación, responsabilidad, transparencia, publicidad, coordinación, eficiencia, eficacia, economía y celeridad, conocidos por los funcionarios y contratistas y publicado en la página web de la entidad.

- El plan de formación y capacitación a los funcionarios de la entidad durante la vigencia 2017 se definió según diagnóstico de necesidades por encuestas, entrevistas y observaciones para tratar de atender las necesidades de la institución y a las de funcionarios. clasificándolas de acuerdo a su importancia o urgencia de la siguiente forma: calidad de vida laboral en todas las áreas, gestión de la calidad en todas las áreas, guías y protocolos de la E.S.E. en todas las áreas, seguridad del paciente, seguridad y salud en el trabajos, normas de bioseguridad, comunicación asertiva, trabajo en equipo, solución de conflictos, humanización en salud, servicio al cliente, programas de promoción y prevención, sistema de información, resolución 4505 de 2012 entre otras.
- El programa de inducción se le realizo a todos los médicos rurales, enfermeras, odontólogos y bacteriólogos, así mismo se realizó la reinducción a los demás funcionarios ya vinculados a la entidad, para fortalecer su sentido de pertenencia, responsabilidades, los cambios organizacionales, socializándole las políticas y derechos.
- EL PLAN DE GESTION INSTITUCIONAL para la vigencia 2017 – 2020, fue realizado y publicado, socializado y contiene los resultados a alcanzar durante el periodo para el que se ha nombrado el gerente, donde se determinaron las actividades las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con



GESTION CONTROL INTERNO

dirección y gerencia, financiera y administrativa y gestión clínica, para evaluar la gestión gerencial y mejorar la calidad de los procesos.

- Se ha venido socializando la visión, misión y objetivos institucionales de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, de manera participativa con grupo de trabajos.
- Están caracterizado los procesos de gestión administrativa, gestión financiera, gestión de promoción y prevención, gestión de las tecnologías y la información, gestión de esterilización, gestión de mantenimiento, gestión de compras y suministros, gestión de calidad y seguridad del paciente, gestión del SIAU, gestión de control interno, gestión asistencial, gestión de seguridad y salud en el trabajo, gestión de apoyo diagnóstico, gestión ambiental, gestión del talento humano, gestión documental, gestión de consulta externa, el cual tiene como objetivo describir los procesos, procedimientos y actividades que se realizan en la E.S.E. Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Valencia, fortaleciendo el sistema integrado de Gestión. Estos procedimientos cuentan con la estructura de todas las actividades estratégicas, misionales, apoyo, evaluación y mejora continua del sistema de la E.S.E. Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Valencia.
- Se ha venido desarrollando la política de gestión integral para mejorar la calidad de los procesos, disminuir los riesgos asociados a la atención, prevenir eventos que afecten el medio ambiente y la salud de los trabajadores; para ellos se ha venido trabajando en la mejora continua de los procesos, La calidad y seguridad de pacientes, La seguridad y salud en el trabajo, La gestión ambiental, La gestión del riesgo.
- Se realizó una priorización de procesos cuyos objetivos estratégicos apuntaban a Mejorar la infraestructura hospitalaria para brindar mejores servicios de salud,



GESTION CONTROL INTERNO

Garantizar la planificación organizacional para prever escenarios futuros, Fortalecer la implementación del sistema de calidad y la atención primaria en salud para mejorar las condiciones de salud de la población, Fortalecer las competencias del recurso humano para garantizar los resultados institucionales, Maximizar la eficiencia operacional para garantizar la sostenibilidad financiera

- Se realizó la identificación por procesos para llevar a cabo una gestión por procesos y saber la cantidad de actividades a realizar durante la vigencia 2017
- Se realizó el mapa de procesos de la entidad identificando los procesos estratégicos de la organización como son gestión administrativa, gestión de la calidad y seguridad del paciente, gestión del SIAU. Así mismo se identificaron los procesos operativos como son gestión asistencial, gestión de apoyo diagnóstico y promoción y prevención y los procesos de soporte como son gestión documental, seguridad y salud en el trabajo, ambiental, talento humano, control interno, mantenimiento, esterilización, compras y suministro, gestión financiera, presupuestal y facturación, tecnologías.
- Se realizó la caracterización de procesos indicando sus objetivos, alcances, responsables del proceso, con su ciclo PHVA, entradas, proceso –actividades y salidas
- Se realizaron los planes operativos anuales de la organización con los cuales se hizo la programación anual de las actividades estratégicas definidas para el cumplimiento de la política y objetivos institucionales.
- Se realizaron indicadores por procesos para medir sus resultados en referencia con los objetivos institucionales y como herramienta para tener información fiable y confiable, para medir la eficiencia, eficacia, cumplimiento, productividad, calidad y satisfacción al cliente.



GESTION CONTROL INTERNO

- Se elabora Informe de Peticiones Quejas y Reclamos del segundo semestre 2017. OFICINA DE CONTROL INTERNO

Oportunidades De Mejoras

- Se debe tener en cuenta las actividades no ejecutadas en menos de un 20% del mapa de riesgo 2017, para que sean incluidas en la vigencia 2018, se establezcan responsable por procesos y plazos de ejecución a estas actividades para disminuir estos riesgos y su probabilidad de ocurrencia.
- El Programa de bienestar social e Incentivos para los funcionarios del Hospital, debe desarrollarse con el propósito de mantener, mejorar el ambiente laboral y las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del colaborador y su familia.
- Socializar el código de ética institucional, para asegurar que los empleados orienten su actuar al cumplimiento de los fines misionales de la entidad, se desarrolle un clima interno de reglas del juego claras, transparente, para evitar riesgo de corrupción.
- Revisar y socializar el manual de funciones, competencias y requisitos, donde se delimiten responsabilidades, para el uso interno y diario que fomente el orden en las actividades que realizan los empleados, así como para evitar la materialización de posibles riesgos de corrupción.
- Socializar el manual de contratación con todas las personas que intervengan en este proceso, con el fin de que este proceso se siga desarrollando en el marco de los requisitos legales, para que la entidad mantenga un nivel bueno en cuanto a riesgos de corrupción a nivel del proceso de contratación.



MODULO CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Fortalezas y Avances.

- De los planes operativos anuales de la organización con los cuales se hizo la programación anual de las actividades estratégicas definidas para el cumplimiento de la política y objetivos institucionales. Se realizó seguimiento y evaluación observando un cumplimiento de más de un 90% de las actividades durante la vigencia 2017, de las actividades no ejecutadas en menos del 10% se deben tener en cuenta para los planes de la vigencia 2018.
- Se realizó evaluación a las actividades del mapa de riesgo por proceso institucional, evidenciando que se cumplió con más del 80% de las actividades de la vigencia 2017, esto refleja que se han venido logrando los objetivos institucionales, minimizar los riesgos y la posibilidad de ocurrencia.
- Se ejecutó el programa de auditoria de la E.S.E. Hospital sagrado corazón de Jesús, para la vigencia 2017, evidenciándose que se cumplió en más de un 80% de las auditorías programadas a los procesos, el no cumplimiento de menos del 20% de las actividades de auditoria en la organización se debió a la falta de recursos en la organización.
- La entidad ha realizado la evaluación por estándares para el mejoramiento de la calidad observada frente a la calidad esperada a través de la auditoria PAMEC.
- Se realiza seguimiento y evaluación a los procesos y se presenta informes a la Dirección de la entidad, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del Sistema.
- Se realizan planes de mejoramientos para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de los procesos,



GESTION CONTROL INTERNO

como resultado de las verificaciones, evaluaciones y Auditorías Internas de la organización y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

Oportunidades De Mejoras

- Incluir en el programa de auditoria para la vigencia 2018 todas las actividades de auditorías a los procesos no auditados en la vigencia 2017.
- Seguir con el seguimiento a los planes operativos anuales de la organización con los cuales se hace la programación anual de las actividades estratégicas definidas para el cumplimiento de la política y objetivos institucionales.
- Continuar con seguimiento a los riesgos por procesos y hacer la medición a través de los indicadores de gestión para la evaluación y verificación, necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad.
- Realizar seguimiento a los riesgos del mapa de corrupción que establezca la organización para la vigencia 2018.

MODULO DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN.

Fortalezas y Avances.

- La oficina del SIAU cuenta con 3 funcionarios en el proceso de escucha activa y atenta al usuario, con el fin de entregar la respuesta o el servicio según lo requerido, para lo cual se hace uso de los recursos disponibles, contactando funcionarios de otros servicios, personal, o telefónicamente, buscando apoyo en otras entidades cuando esto fuere necesario, sensibilizando sobre los



GESTION CONTROL INTERNO

procesos a seguir y, ofreciendo otras alternativas, cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.

- Se verifico que existen buzones de PQRYs en los servicios de urgencia, consulta externa, hospitalización y P y P, a los cuales se les hace apertura cada 8 días por el comité de apertura, se deja constancia en actas de apertura y se les dan solución y respuesta por parte de la oficina del SIAU en un promedio menor de ocho días.
- Se realizan un promedio de 15 encuestas diarias a los usuarios, para medir el porcentaje de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud que presta la organización y recolectar información que interese a la organización en procura de sus objetivos
- Existe comunicación directa con las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas y la comunidad, los órganos de control y Vigilancia, las Entidades Promotoras de los Servicios de Salud y la comunidad en general.
- También se tiene contacto con la ciudadanía en el proceso de rendición de cuenta de la gestión por procesos de la organización.
- El Hospital dispone de los medios de comunicaciones suficientes y eficientes para la correcta y oportuna comunicación interna y externa, con fácil acceso al público interesado en la gestión del Hospital a través de atención al usuario personalmente, por correo institucional, pagina web de la organización, líneas telefónicas, televisores ubicados en diferentes áreas de la institución con acceso a los usuarios, carteleras entre otros.
- El plan de desarrollo y los planes anuales operativos, mapa de riesgos, misión, visión, mapa de procesos, caracterización de los procesos, programas,



GESTION CONTROL INTERNO

proyectos, políticas, guías clínicas, protocolos etc, son socializados con los clientes internos y externos de la organización.

- La organización está trabajando en la tabla de retención documental para ello ha desplegado algunas actividades sobre formato de la tabla de acuerdo a la normatividad vigente.
- La organización identifica a los usuarios para la prestación de servicios de salud a través de bases de datos para verificar sus derechos a la prestación de este servicio fundamental.
- Se ha realizado control de documentos y registros

Oportunidades De Mejoras

- Implementar listado maestro de documentos y registros.
- Implementar las tablas de retención documental
- Retroalimentar al personal de la organización las manifestaciones de los usuarios con relación a la prestación de los servicios que ofrece la entidad.
- Documentar el proceso de gestión de la información

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La organización ha venido desarrollando las actividades correspondientes a los componentes del sistema de control interno de talento humano, direccionamiento estratégico, administración del riesgo, autoevaluación institucional, auditorías internas, planes de mejoramiento, información y comunicación, reflejadas en actividades como la implementación de los procesos asistenciales enmarcados en la ejecución del plan de desarrollo y gestión; normalización de procesos en las áreas



**E.S.E HOSPITAL SAGRADO
CORAZÓN DE JESÚS**
Valencia- Córdoba



¡Calidad. nuestra forma de ser!

GESTION CONTROL INTERNO

de planeación y sistema obligatorio de garantía de la calidad, el funcionamiento de los Comités institucionales de planeación y de los sistemas de calidad en salud, en la sensibilización al personal de la organización fortaleciendo la cultura de calidad y planeación, Humanización de los servicios de salud, seguridad del paciente; planificación organizacional; en el diseño e implementación de mecanismos o metodologías para la medición, seguimiento y control de los procesos; caracterización de procesos; estandarización de procesos, procedimientos, instructivos, protocolos; elaboración de planes de acción; diseño, manejo y análisis de aplicativos estadísticos para el manejo de los indicadores; elaboración del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad (Pamec); diseño de un aplicativo de administración y control de tareas; Capacitaciones para la mejora continua; programación, planeación y realización de auditorías, evaluación y seguimiento a los planes, programas y proyectos, así como también evaluación y seguimiento a los riesgos.

Cordialmente.


NINO JAMIR MUÑOZ HERRERA.
Asesor