INFORME PORMENIZADO DE CONTROL INTERNO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO A. CARDONA

PERIODO DE EVALUADO:

01 DE ENERO A 01 DE DICIEMBRE DE 2022

FECHA DE ELABORACIÓN: 05 DE DICIEMBRE DE 2022

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la ley 1474 de 2011 La ESE Hospital Marco A. Cardona, presenta el informe pormenorizado correspondiente a la vigencia 2022; Teniendo en cuenta que el Decreto 1499 de 2017, integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo sistema de gestión el cual se articula con el Sistema de Control Interno creado por la ley 87 de 1993; se define entonces el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, resulta ser un marco de referencia para planear, dirigir, ejecutar, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el ideal de obtener resultados efectivos y generar la capacidad de resolver la problemática de la comunidad con integridad de calidad del servicio.

OBJETIVO PRINCIPAL

Es el mejoramiento de la capacidad de la institución para cumplirle a toda nuestra comunidad, incrementando la confianza de la misma en la ESE y en los funcionarios, logrando mejores niveles de gobernabilidad y legitimidad de la función pública y generando resultados con valores a partir de una mejor coordinación interinstitucional. Compromiso del servidor público mayor presencia en el territorio mejor aprovechamiento y difusión de la información confiable y oportuna.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- Mejoramiento permanente de la eficiencia en la empresa.
- Fomentar la cultura de la salud, incidiendo en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas y la comunidad en materia de salud.
- Promover la humanización en la prestación de los servicios, eficiencia en la gestión administrativa, mejoría de la calidad y la utilización de los servicios de salud.
- Fortalecer el funcionamiento institucional, con gestión administrativa y aplicando óptimamente las políticas de la seguridad social en salud.
- Promover y apoyar el desarrollo de las investigaciones que contribuyan a la solución de los problemas de salud.
- Desarrollar el recurso humano mediante capacitación continua y actualizaciones.
- Contribuir, dentro de las competencias propias, al bienestar y desarrollo de la Comunidad del Municipio.
- Fortalecer el proceso planificador, de tal forma que preveamos el futuro, con el propósito de adecuar nuestro desarrollo acorde a lo estipulado por la ley y según las necesidades de nuestro entorno.

ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL MECI COMO DIMENSIÓN DENTRO DEL MODELO DE MIPG

ACTIVIDADES DE CONTROL

AVANCES.

- Se realiza seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento, propuestos por control interno a cada una de las áreas, estos seguimientos teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en cada una de las auditorias.
- La empresa cuenta con un reglamento interno, el cual es necesario realizar su respectiva actualización.
- Se ha adopto el Programa de Auditoria Interna, en el cual se cumple a cabalidad el Plan Anual de Auditoria.
- Se rindió el Plan Anual de Adquisiciones.
- Se tiene el Plan Acción.
- Se tiene un Manual de Procesos y procedimientos actualizado con vigencia de 2022.
- Se cuenta con un Manual de Funciones actualizado con vigencia de 2022.
- Se cuenta con resolución de Humanización, implementada para que todo el personal de la ESE realice el curso y podamos brindar una atención con empatía para nuestros usuarios.

RECOMENDACIONES.

- Capacitar a líderes de procesos con respecto a la identificación, análisis y redacción de riesgos.
- Revisar y ajustar todas las etapas de administración del riesgo con el fin de mantenerlos actualizados.
- Continuar con las capacitaciones de sensibilización al personal, para el buen trato a los pacientes y una mejor atención.

COMPONENTES DE TALENTO HUMANO

Para la ESE Hospital Marco A. Cardona el componente talento humano es concebido como el centro del modelo, en él se concentra el éxito para la gestión y el logro de los objetivos, planes, programas, la mejora continua y atención al usuario.

Código de Ética: Se realizó su respectiva actualización mediante acto administrativo “Por medio de la cual se actualiza el código de integridad y buen gobierno”. En la institución ya se encuentra constituida la misión, la visión, valores

corporativos y principios institucionales, los cuales se ha venido trabajando con el personal.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS: En la ESE se trabaja en la implementación y socialización para cumplir con la normatividad, políticas de desarrollo administrativo y plan de gestión, el cual define metas institucionales, esenciales, en el desarrollo de la misión y la visión de la entidad.

Para su implementación, se estudian las diferentes políticas de operación para que sus resultados se vean reflejados en la gestión gerencial, y en los mismos informes que le soportan y que son presentados periódicamente a los organismos competentes con el fin de realizar la evaluación de gestión, facilitando la toma oportuna de decisiones; dando cumplimiento a la normatividad vigente y las directrices establecidas por el departamento administrativo de la función pública.

Dentro del Plan Anticorrupción se utilizan herramientas importantes para la prevención, investigación y sanción de actos en pro de la efectividad del control de la gestión pública.

OPERACIÓN DE PROCESOS: Se trabaja en los siguientes macroprocesos: Estratégicos, misional, apoyo y control, que se encuentran proyectados individualmente dentro del Mapa de Procesos definidos por la institución, así como lo son los procesos y los procedimientos.

INDICADORES DE GESTIÓN: La ESE Hospital Marco A. Cardona tiene establecidos los indicadores contenidos en el decreto 2193 de 2004, los cuales permiten llevar a cabo el proceso de evaluación de gestión, con el fin de medir periódicamente los resultados, facilitando la toma oportuna de decisiones y la presentación de informes.

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: En la ESE está definida la política de gestión de riesgo en la cual plantean los lineamientos encaminados a realizar intervenciones para evitar, disminuir y mitigar los diversos riesgos relacionados con el desarrollo de los procesos institucionales.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Se cuenta con una estructura de los lineamientos para la identificación, manejo y control de los riesgos, así como lo es el mapa de riesgos por proceso institucional y sus respectivos.

ANALISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO: Se puede establecer en este momento que se cuenta con una estructura de riesgo, esta permite realizar la evaluación de la efectividad de los controles de riesgo en cada uno de los procesos, con el ánimo de mitigar su impacto y su ocurrencia. Se avanza en identificar e implementar controles preventivos y correctivos.

Se realizó colaboraciones en la entidad, los mapas de riesgos institucionales y el mapa de riesgos anticorrupción, el plan de emergencia y contingencia con el propósito de garantizar una adecuada gestión frente a los riesgos desde la dirección hasta el nivel operativo de la entidad.

RECOMENDACIONES.

- Fortalecer la gestión del riesgo a partir de las otras dimensiones del MIPG, como direccionamiento estratégico y planeación, gestión con valores para resultados y talento humano, ya que son importantes para materializar de forma efectiva la gestión del riesgo.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de los mapas de riesgos institucionales y el mapa de riesgos de corrupción. El plan de emergencias y contingencias.
- Actualizar el mapa de riesgos institucionales y el mapa de riesgos corrupción.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

AUDITORIA INTERNA: A través de los responsables de control interno, calidad y supervisores de controles se realiza seguimiento a los diferentes procesos, mediante el acompañamiento de cada uno de ellos.

En el periodo de referencia se proyectaron, revisaron y analizaron los informes de evaluación de los PQRS presentadas por los usuarios, dando respuesta oportuna a cada uno de ellos presentados.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: Se cuenta con múltiples canales, tales como carteleras institucionales, vía telefónica, encuestas de satisfacción y buzones de sugerencias para recibir por parte de la ciudadanía las sugerencias, quejas o reclamos, peticiones, necesidades y recomendaciones.

FORTALEZAS

- Se continúa realizando la publicación periódica de informes de gestión en la página web y carteleras de la entidad e información de interés para la comunidad en el blog informativo.
- Se cuenta con una oficina de PGRS (Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes) en el cual se reciben por cualquiera de los medios de comunicación habilitados al público. Cuenta también con buzón de sugerencias en la sede administrativa.
- Se cuenta en el proceso de Gestión Documental una base de datos digitales para evitar la pérdida o robo de la información, adicionalmente se cuenta con formatos de transferencia documental, tablas de retención documental y préstamo de documentos. También se cuenta con un archivo de gestión y un archivo histórico.
- Se cuenta con un personal capacitado en todas las áreas, lo que garantiza calidad en la prestación del servicio al usuario.
- Se han reportado durante el año los correspondientes informes del periodo a los diferentes entes de control de las respectivas áreas.
- Se trabaja siempre en el fortalecimiento de los canales de comunicación a través de la oficina de SIAU para una mejor atención al ciudadano.
- Se cumplió a cabalidad con el plan anual de auditorías dejando con ello unos hallazgos y fortalezas encontrados en cada una de las áreas auditadas.

RECOMENDACIONES

- Publicar en los diferentes canales de comunicación, información relacionada con la estructura organizacional, convocatorias laborales e institucionales, información de interés para la comunidad, informes de gestión, políticas, etc.
- Capacitar a los miembros del comité de coordinación de control interno con el propósito de establecer compromisos con su rol dentro del comité para así seguir avanzando con el mejoramiento de esta dependencia.
- Fortalecer la sensibilización a los lidere de los procesos en su liderazgo para el desarrollo de políticas de operación, actualización de procesos y seguimiento a riesgos.
- Incrementar la socialización de MECI para incentivar aún más a los funcionarios para realizar periódicamente autoevaluaciones a su gestión y de esta manera tomar las acciones correctivas necesarias.
- Profundizar en la sensibilización del compromiso institucional a los funcionarios, en los temas relacionados con el fortalecimiento de los procesos.
- Mantener los canales de atención de la ESE Hospital Marco A. Cardona actualizados y a disposición de la ciudadanía.

- Capacitar a líderes de procesos con respecto a la identificación, análisis y redacción de riesgos.
- Revisar y ajustar todas las etapas de administración del riesgo con el fin de mantenerlos actualizados.
- Continuar con las capacitaciones de sensibilización al personal, para el buen trato a los pacientes y una mejor atención.
- Realizar capacitaciones a las áreas con el fin de dar a conocer todos los manuales que se tienen establecidos en la institución y sus respectivas actualizaciones.
- Realizar planes de mejoramiento por cada área contando con los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas, para ir cada día más enfocados con el mejoramiento de cada proceso.
- Sensibilizar más al personal con reuniones enfocadas en la humanización de los pacientes, para así ir prestando cada día un mejor servicio y atención en salud.

Cordialmente,

Estefania Tobón R.

ESTEFANIA TOBÓN RÍOS
Responsable Control Interno.