

INFORME EJECUTIVO ANUAL

Jefe de Control Interno,
MILADYS ISABEL JARABA
o quien haga sus veces:

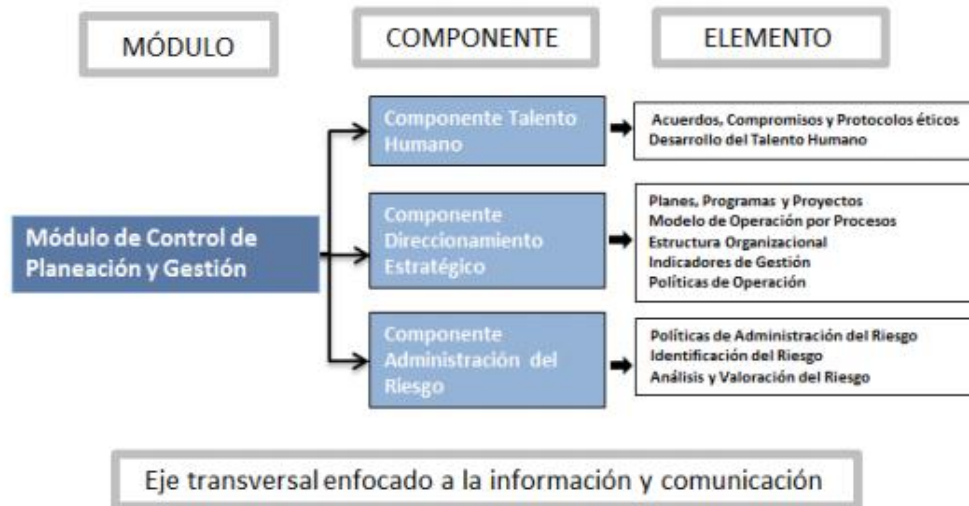
Período evaluado: enero a diciembre de 2015

Fecha de elaboración: diciembre de 2015

A continuación se presenta el informe del estado del Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio, en los dos módulos de control (Módulo de Planeación y Gestión Módulo de Evaluación y Seguimiento) y el eje transversal (Información y Comunicación) del Modelo Estándar de Control Interno- MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014.



1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN



1.1. Componente talento humano

Acuerdos compromisos y protocolos éticos

El elemento “Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos” se fortaleció a través de la socialización de los principios y valores definidos en el Código de Ética, en diferentes medios de difusión interna y de la realización de talleres, jornadas de reflexión y de sensibilización en las que participaron los servidores de la Entidad.

a. REALIZACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO:

Se ha documentado el Código de Bueno Gobierno, y se ha clasificado su archivo y gestión bajo el Proceso de Dirección Estratégico.

El Código de Ética y Buen Gobierno de la E.S.E HRMM, se encuentra actualmente, dentro del Proceso de Dirección Estratégico de la Institución, se ha venido realizando ajustes en cuanto a su estructura documental, tales como, la actualización del Organigrama de la Institución, en la estructura de las Políticas de Calidad, y de Procesos, y en reorganización del Mapa de Procesos de la Institución.

Se viene trabajando en el último trimestre, entre la Oficina de Calidad y la Oficina de Talento Humano, en cuanto al establecimiento de Acciones Correctivas, para realizar nueva implementación dentro del Personal de

Institución, acerca de del Código de Ética y Buen Gobierno, de acuerdo a los ajustes realizados en los últimos meses. Se establecieron fechas para el cumplimiento de éstas acciones, con cierre y seguimiento, a lo cual la Oficina de Talento Humano, establece un cronograma de capacitación para la implementación del código, a llevarse a cabo durante el segundo semestre del año 2015.

b. ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA DEL HOSPITAL:

EL Actual Código de Ética del Hospital, se encuentra, publicado en la página de la E.S.E HRMM. Dicho código, sufrirá una serie de cambios, modificaciones y/o actualizaciones en lo que respecta a los derechos y deberes tanto de los usuarios como del personal asistencial de la E.S.E HRMM. Actualmente, la Gerencia en conjunto con el Personal Asesor, que ha venido realizando una serie de cambios en la redacción de los derechos y deberes de la Institución y ha llegado a un consenso, en donde dichos conceptos son más adaptables a lo que quiere y busca el Hospital; la satisfacción de los Usuarios. Los nuevo Derechos y Deberes ya se encuentran documentados y en procesos de implementación.

c. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA:

Se conformó el Comité de Ética, en donde se estudian los casos de Conductas Médicas y Tratamiento de Quejas y Reclamos. En él, se abren los buzones de sugerencias y se estudian, se atienden y se responden las quejas y reclamos de los Usuarios; así como la gestión y mejoras que surjan del estudio de cada queja tramitada. En dicho Comité no solo se reciben las quejas y los reclamos, también se informa de aquellas observaciones y/o comentarios de felicitaciones dirigidos al personal de la Institución. A lo anterior, el Comité trabaja en los casos en los que la conducta de los Profesionales de la Salud, beneficie, aporte o lleven a decisiones en el tratamiento de sus pacientes. Se elaboro la hoja de vida del comité.

Los últimos reportes y avances correspondientes al Comité de Ética, son referidos en cuanto a la gestión para la convocatoria de un representante de los Usuarios, como parte de lo exigido en la normatividad, en cuanto al Comité de Ética. Las reuniones se siguen llevando a cabo. Se crea la Hoja de Vida del Comité de Ética, la cual se socializa en donde se deja registro del objetivo, funciones, agenda, miembros, y normatividad.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

El área de desarrollo de talento humano en estos momentos se está actualizado, apoyado por la oficina de calidad.

a. MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES:

Actualmente se cuenta con el mismo manual de funciones y competencias laborales, sin embargo se está actualizando el tema de habilidades.

b. PLAN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

La E.S.E HRMM, cuenta con un documento: “Guía para la Elaboración del Plan de Formación y Capacitación”, documentado por la oficina de calidad, para su manejo, y administración. La Jefe de talento humano tiene el consolidado de las necesidades de capacitación de los procesos, como evidencia el PLAN DE CAPACITACIONES 2015

- Re inducción General
- Normas Internacionales de contabilidad e información financiera
- Normas de bioseguridad
- Seguridad del paciente
- Autocontrol y administración del riesgo
- formación en auditores internos
- Humanización en la salud
- Formación para la atención a víctimas de violencia sexual
- Toma de muestras para laboratorio clínico
- Manejo de transfusión sanguínea
- Cuidado Neonatal

Fuente: Oficina de talento humano 2014.

c. PROGRAMA DE INDUCCIÓN:

Dicho programa se encuentra a cargo del Área de Talento Humano, quien direcciona el proceso de Inducción al personal que viene a integrar la E.S.E HRMM; en el primer semestre del 2015 se elaboró la evaluación de la inducción al personal y el formato de certificado de Inducción o re inducción al personal específicamente para el personal al cual se le va a orientar con el proceso de inducción y pre inducción personal que labora directamente con la E.S.E HRMM, y por Contrato de Prestación de Servicios. La Inducción del personal asistencial, es realizada por contratación del Sindicato (SINTRASACOL), (Personal Asistencial), y son ellos quienes llevan a cabo el Proceso de Inducción, para luego pasar a orientación por parte de Área de Talento Humano de la E.S.E HRMM, quien orientará al nuevo trabajador en

cuanto a las directrices, políticas y lineamientos de la Institución. En este aspecto el Sindicato ha contribuido al mejoramiento de la calidad del personal, suministrando dotación a personal administrativo, ha realizado eventos de capacitación

d. PROGRAMA DE REINDUCCIÓN:

Dicho programa es realizado al Personal de Planta y el Personal bajo Contrato de Prestación de Servicios, por el Área de Talento Humano de la E.S.E HRMM. El hecho de que el personal asistencial se encuentre contratado por el sindicato (SINTRASACOL), no significa que el área de Talento Humano del Hospital no realice jornadas de Re inducción.

En la capacitación de reinducción se garantizará que los colaboradores conozcan los sistemas y procesos institucionales y los ejecuten de acuerdo a los lineamientos socializados en temas de impacto.

e. PROGRAMA DE BIENESTAR:

Se encuentra Documentada la “Guía del Plan de Bienestar”. Su implementación y desarrollo se encuentra bajo el direccionamiento de la Oficina de Talento Humano, sin embargo actualmente los procesos de esta oficina se encuentran en actualización.

f. PLAN DE INCENTIVOS:

La Guía del Plan de Incentivos se encuentra documentada y bajo la custodia del Área de Talento Humano

g. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO (SERVIDORES QUE OSTENTEN DERECHOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA).

Como el Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 lo menciona, la evaluación de competencias y/o desempeño, aplicará para aquellos cargos de Carrera administrativa, pero la oficina de Calidad, pretende implementar y aplicar evaluación de competencias a proveedores y personal bajo contratación por prestación de servicios a través de la misma.

1.1.1 ESTILO DE DIRECCIÓN

a. DEFINICIÓN DE ESTILO DE DIRECCIÓN

Actualmente, se tiene el documento, con la socialización respectiva del estilo de dirección, su política, sus procedimientos, sus formatos y demás documentos que lo soportan. El proceso de direccionamiento estratégico fue actualizado y aprobado en comité de coordinación de control interno

b. CARACTERIZACIÓN DEL ESTILO DE DIRECCIÓN

Se elaboró por parte del Equipo de Calidad y la Gerencia General de la E.S.E HRMM, la Caracterización del Estilo de Dirección, con los respectivos documentos que la soportan y sus indicadores de gestión (eficacia, eficiencia y efectividad).

La Oficina de Calidad, con el equipo de Profesionales a cargo, cuenta con un Formato de Seguimiento e Implementación de Indicadores de Gestión, el cual en el último trimestre, se ha venido desarrollando. Éste formato, se encuentra y reposa en los Archivos de Gestión de la Oficina de Calidad, y en él, se establecen los Indicadores de Dirección, con los tiempos de reporte, y las características de su hoja de vida; los cuales deben llevarse a reporte bajo Comité de Calidad, y establecer el avance y cumplimiento de los mismos.

1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 PLANES Y PROGRAMAS

a. PLAN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Se documentó y se trabajo como una OT (OTROS DOCUMENTOS), el Direccionamiento Estratégico, y allí se describen las actividades, procesos y demás lineamientos para llevar a cabo el Direccionamiento Estratégico, a cargo de la Gerencia General, Se Clasificaron a los procesos de jurídica, y auditoría médica dentro del Direccionamiento estratégico, quienes apoyaran dicha gestión a la Gerencia General.

b. PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Se tiene documentado el Plan de Gestión Gerencial, y el reporte de los avances del mismo, se encuentran en la oficina de Planeación de la E.S.E HRMM, a cargo del área de Talento Humano.

1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

a. ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS

EL Mapa de Procesos de la Institución, quedo organizado de la siguiente manera:

Procesos de Dirección:

- Direccionamiento Estratégico con: Proceso de Auditoría Médica y Proceso de Jurídica
- Gestión de Calidad con: Proceso de Calidad.

Procesos Misionales:

- Servicio de Información y Atención al Usuario
- Apoyo Diagnóstico con: Farmacia, Imagenología y Laboratorio Clínico.
- Cirugía.
- Urgencias
- Hospitalización con: Hospitalización de Ginecobstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Sala de Partos.

Procesos de Apoyo:

- Gestión Administrativa con: Cocina, Facturación y Lavandería.
- Gestión Financiera con: Tesorería, Presupuesto, Contabilidad, Cartera y Facturación.
- Gestión de Almacén
- Gestión de Talento Humano.
- Gestión de Infraestructura y Ambiente Físico con: Ingeniería Biomédica y Mantenimiento.
- Recursos Tecnológicos y Sistemas de Información con: Estadística y Subsistemas de Información.

Procesos de Evaluación:

- Control y Evaluación Independiente

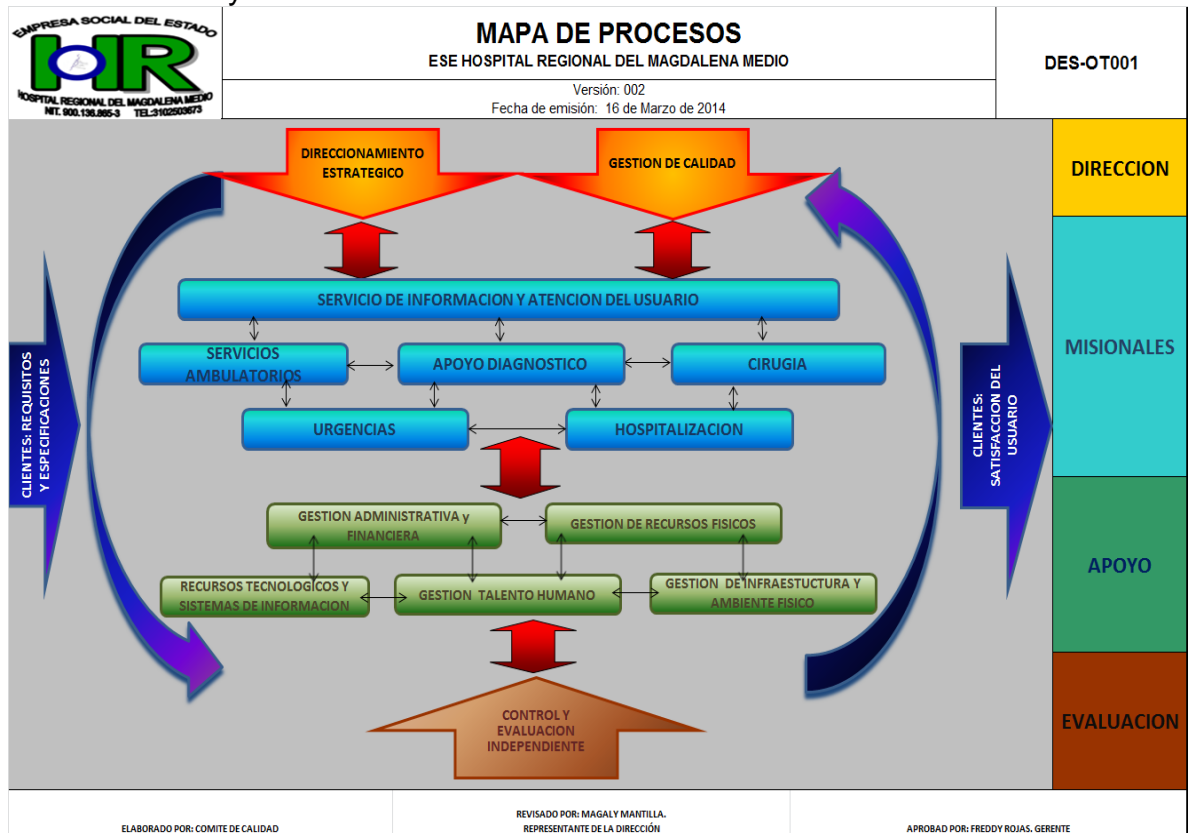
b. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

Se actualizaron las siguientes Caracterizaciones de Procesos, con sus respectivos ciclos PHVA, y sus indicadores de Gestión:

- Caracterización de Direccionamiento Estratégico
- Caracterización de Calidad
- Caracterización de Urgencias
- Caracterización de Control y Evaluación Independiente.
- Caracterización de talento Humano
- Caracterización de infraestructura.
- Caracterización de Gestión Administrativa

Se documentó, socializó e implementó la Caracterización de Procesos de SIAU, a través del Comité Coordinador de Control Interno, con la participación del Líder del Proceso de SIAU, y el Equipo de Calidad, como apoyo en la Asesoría en la Documentación de la misma. El Comité realiza la Aprobación de dicha Caracterización, y se hace entrega formal, por parte del Equipo de Calidad, al líder del Proceso de SIAU, para su implementación y registro en los Archivos de Gestión de la Oficina de SIAU.

Se documentaron diez procesos y el cumplimiento del 78% de los procesos documentados y actualizados.



Fuente: Direccionamiento estratégico

Los documentos correspondientes a los procesos de direccionamiento estratégico, urgencias, calidad y control y evaluación independiente, ya fueron aprobados por la gerencia, con firma en cada documento, y la aprobación fue efectuada en comité de calidad efectuado el 16 de marzo de 2014, versión 002.

1.2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

a. ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN Y PLAN DE CARGOS

Se continúa con los dos Organigramas de la Institución: El Organigrama de acuerdo a los Cargos de Planta y el Organigrama de acuerdo a las áreas y demás dependencias.

b. REGLAMIENTO INTERNO DE TRABAJO:

Se continúa con el mismo documento del Reglamento Interno del Trabajo.

1.3 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La E.SE HRMM formuló los mapas de riesgos para los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, determinando el contexto estratégico, la identificación, análisis y valoración de los riesgos. En la vigencia 2014 se realizó la revisión, validación y ajuste de los mapas de riesgos con la participación de los líderes, responsables y actores de proceso.

Se realizó la socialización y capacitación del Mapa de Riesgos de Calidad, se explico las diferentes matrices de riesgos, de acuerdo a la nueva metodología emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y se elaboro la cartilla de Administración de Riesgos que pretende el conocimiento de conceptos y elementos basicos de Administración de Riesgos a los colaboradores y líderes de proceso del HRMM, se procederá a tener los mapas de riesgos en el segundo semestre de 2015.

De acuerdo al Cronograma de Capacitación establecido por la Oficina de Talento Humanos, correspondiente al tema de “Administración de Riesgos”, la Oficina de Calidad, en apoyo de sus profesionales y bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno, llevan a cabo durante el I Trimestre de 2015, Capacitación de acuerdo a la temática, correspondiente a la Administración del Riesgo, y de los cambios que surgen en los formatos de las matrices de acuerdo a la “Cartilla de Administración de Riesgos ”, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Se hace entrega de la Cartilla Institucional de “Administración de Riesgos” a todos y cada uno de los líderes de Procesos, y se expone su contenido bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno.

EL AUTOCONTROL... UNA ACTITUD

Es el proceso que asegura que las actividades que realizamos cada uno De los procesos se cumplan y llenen las expectativas de nuestros usuarios

MARCO LEGAL

Ley 87/93

PRINCIPIOS Y VALORES

D	R	L	O	R	T	N	O	C	O	T	U	A
A	E	F	I	C	I	E	N	C	I	A	Z	C
D	S	T	D	A	D	I	R	G	E	T	N	I
I	P	D	I	N	A	S	E	D	G	A	R	D
L	E	T	I	C	A	L	I	D	A	D	I	U
A	T	U	A	R	A	C	T	I	T	U	D	L
C	O	M	P	R	O	M	I	S	O	R	E	A
L	A	I	C	O	S	O	D	I	T	N	E	S

"Un usuario es el visitante más importante de nuestras instalaciones. Él no depende de nosotros, somos nosotros quienes dependemos de él. No es una interrupción de nuestro trabajo, es la finalidad de éste. No es un extraño en nuestro negocio, forma parte de él. Al servirle no le estamos haciendo un favor, es el quien nos hace un favor al darnos una oportunidad para servir."

Autor desconocido.

EL AUTO CONTROL... ¡UNA ACTITUD!



Quiero cambiar el mundo, pero el mundo es Inmenso...

Empezaré por mi país, pero es tan grande...

Entonces intentaré con mi Entidad, pero no

Puedo llegar a todos...

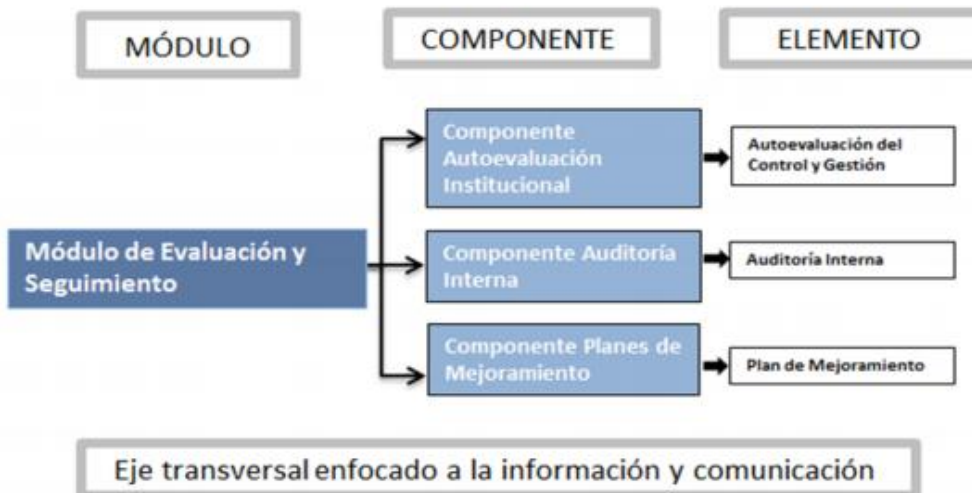
Ya sé: empezaré por mi mismo".

Weisel



MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

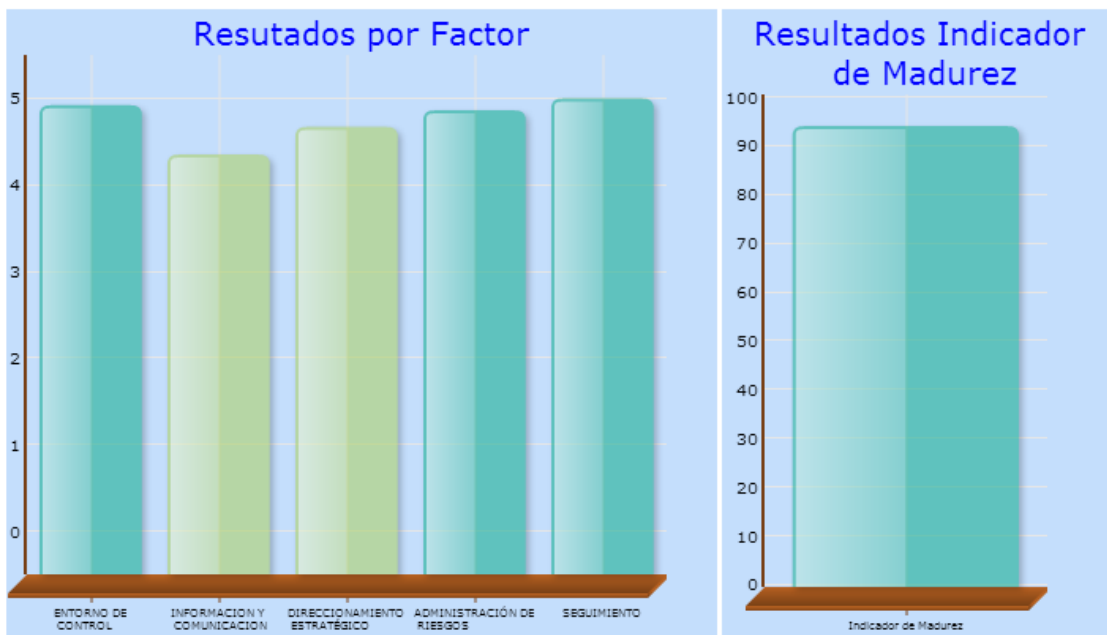
2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO



2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Para la vigencia 2014, la E.S.E HRMM obtuvo un avance significativo en el mantenimiento de su Sistema de Control Interno, pasando de un Nivel Intermedio del 49.4% obtenido en la vigencia 2013, a un Nivel Satisfactorio del 72% para la vigencia 2014. Este resultado, obedeció a los esfuerzos y el compromiso por parte de la Alta Dirección, funcionarios y contratistas de la Entidad en el fortalecimiento del MECI, como componente del Sistema Integrado de Gestión



FACTOR	PUNTAJE 2014	NIVEL
ENTORNO DE CONTROL	4,92	AVANZADO
INFORMACION Y COMUNICACION	4,35	SATISFACTORIO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	4,67	SATISFACTORIO
ADMINISTRACION DE RIESGOS	4,86	AVANZADO
SEGUIMIENTO	5	AVANZADO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	94%	AVANZADO



	PUNTAJE CALIDAD 2014
Indicador Gestión de la Calidad	94
Eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad	94
Efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad	94
Por favor consultar el instructivo para la interpretación de resultados de Calidad. Ir Instructivo	

2.2 Componente auditoria interna

El seguimiento al Sistema de Control Interno de la E.S.E se realiza a través de las auditorías ejecutadas por la Oficina de Control Interno, con el propósito de identificar las oportunidades de mejora a la gestión y contribuir al logro de los objetivos institucionales. Como elemento de control que contribuye a la retroalimentación del Sistema de Control Interno, la Oficina de Control Interno no alcanzo a realizar todas las auditorias de la vigencia 2015, las auditorías previstas en la programación aprobada por el Comité de Coordinación de los Sistemas de Control Interno y. En éstas verificó y validó el cumplimiento normativo, de los objetivos y metas, de la eficiencia, eficacia y /o

efectividad de los procesos y de la ejecución de los recursos, entre otros y realizó las recomendaciones de mejora procedentes.

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento cuenta con una herramienta formalizada en el Sistema Integrado de Gestión que consolida y facilita la formulación y seguimiento a las acciones de mejora del Sistema Integrado de Gestión Institucional. Los planes de mejoramiento individual están previstos como resultado de las evaluaciones de desempeño, sin embargo no se han formulado debido a las altas calificaciones obtenidas como resultado de la evaluación. En consecuencia, en la evaluación anual del Sistema de Control Interno, realizada durante el mes de febrero de 2015, se estableció la necesidad de definir otras opciones de formulación para darles funcionalidad.

2.1.1 POLÍTICA DE OPERACIÓN:

Actualmente, bajo los lineamientos de Direccionamiento Estratégico, se está documentando las políticas de operación por procesos, de la humanización, de seguridad del trabajo, gestión del riesgo, cartera y comunicación“

2.1.2 PROCEDIMIENTOS

Se tiene definido el documento que establecerá las pautas para actualizar todos y cada uno de los procedimientos, protocolos, guías de atención y manuales; y estos con su codificación respectiva, y de acuerdo a unos lineamientos que den forma a la Gestión Documental de la E.S.E HRMM. De acuerdo al nuevo mapa de procesos, se definieron ya todos y cada uno de los procedimientos a actualizar, y se está trabajando por grupos de procesos. Actualmente, el Proceso de Calidad, Control y evaluación independiente y Urgencias están listos.

2.1.3 CONTROLES

Los controles de cada proceso, se describen en la matriz de Controles, adjunta a la temática de la Administración de Riesgos. Se registran los Controles en el Mapa de riesgos de la Gestión de Calidad, con la nueva metodología utilizada por Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

De acuerdo a los conceptos, ajustes y cambios expuestos en la “Capacitación de Administración de Riesgos”, de la E.S.E HRMM, llevada a cabo en el mes de Junio, uno de los mayores compromisos, por parte de los líderes de Procesos, es el de establecer nuevo Controles de acuerdo al ajuste en la calificación de los mismos, por parte de la nueva Cartilla de Administración de Riesgos. Estos Controles serán entregados al

finalizar el primer mes que da inicio al segundo (II) semestre del 2015.

2.1.4 INDICADORES

Se actualizaron los indicadores de los Procesos de Direccionamiento Estratégico, Urgencias, Calidad, y Control Interno, ya que la Oficina de Calidad, se encuentra trabajando por Grupos de Procesos. Actualmente se está trabajando con el proceso de talento humano.

La Oficina de Calidad, a través de sus profesionales estableció una matriz de seguimiento a Indicadores de Gestión por Procesos, dentro de la cual se encuentran registradas las "Hojas de Vida de los Indicadores", con la fecha de reporte y fecha de entrega de los mismos, con su análisis y su gráfica de avance. Estos indicadores se exponen bajo Comité de Calidad, reportando el avance y seguimiento a su cumplimiento. Las Hojas de Vida de los Indicadores fueron dadas a conocer a los líderes de los procesos, los cuales son los responsables de sus reportes, a lo anterior los Indicadores de Gestión, a los cuales los Profesionales de Calidad, realizan seguimiento son a los Indicadores de los Procesos de Calidad, Direccionamiento Estratégico, Control y Evaluación Independiente, Urgencias y SIAU.

2.1.5 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Del Manual de Procedimientos se tienen, ya establecidos y actualizados los siguientes criterios:

- Acto Administrativo de Adopción y/o Modificación del Sistema de Control Interno.
- Código de Ética
- El Enfoque Estratégico: con su misión, visión y objetivos, actualizados de acuerdo al nuevo enfoque de la Actual Administración.
- Indicadores de: Urgencias, Direccionamiento Estratégico, Control Interno y Calidad.
- Manual De Funciones
- Manual de Calidad.

2.2 INFORMACIÓN

2.2.1 INFORMACIÓN PRIMARIA

En el tema de la Administración de Quejas y reclamos, se da inicio al Comité de Ética, en donde cada dos (2) meses, se lleva a cabo la revisión, tratamiento, análisis y respuesta a las quejas , reclamos, observaciones y felicitación en la prestación de los Servicios; por medio de los buzones de sugerencias ubicados en diferentes áreas del Hospital.

Se establecen nuevos mecanismos y herramientas para la Evaluación de la Atención del Usuario, se determinan acciones correctivas para la implementación y evaluación del

Código de Ética y Buen Gobierno y se entregan las pautas para el reporte mensual a entes externos acerca del estado de la atención e información al Usuario. Estas herramientas son entregadas para su implementación al Proceso de SIAU, y su líder.

2.2.2 INFORMACIÓN SECUNDARIA

A través del Procedimiento de Documentación y Registro, se describen las pautas para la materialización de la Estructura Documental en la E.S.E HRMM. Éste, está siendo aplicado, a los procesos trabajados: Direccionamiento Estratégico, Urgencias, Control y Evaluación, y Calidad.

Actualmente, la Oficina de Calidad, bajo los profesionales de apoyo, establece en conjunto con los líderes de procesos de la Institución, Registros Documentales, Listados Maestros de Documentos Internos y Externos, y políticas de la Gestión de Archivo, en pro de unificar la captura y fuentes de información secundaria, y su fácil acceso a todos y cada uno de los funcionarios de la Institución. A lo anterior se utiliza como herramienta para la organización de la Información Secundaria, el Comité de Archivos, el cual a través de sus miembros se encuentra direccionando el registro, archivo y comunicación de la Información en cada Proceso.

2.2.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Se actualizo el mapa de procesos , recursos Tecnológicos y Sistemas de Información con: Estadística y Subsistemas de Información, para tener en cuenta las “Tecnologías Informáticas para captura, procesamiento, administración y distribución de Datos de Información”, “Procedimientos diseñados para Captura, procesamientos, administración y distribución de Datos de Información”, “Mecanismos de control para captura, procesamiento, administración y distribución de Datos de Información”

2.3 COMUNICACIÓN

2.3.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

Se debe trabajar para el año 2015 en la documentación e implementación de un Plan de Comunicación.

No se ha llevado a cabo la Documentación del Plan de Comunicación, es un compromiso entre Calidad y la Gestión Estratégica de la Institución.

2.3.2 COMUNICACIÓN INFORMATIVA Y PÚBLICA

Durante el período evaluado se llevaron a cabo actividades tendientes a fortalecer este componente:

- ✓ Se realizaron mediciones a la cantidad de visitas realizadas por los usuarios y la

interacción de la entidad a través de la página web como evidencia el resumen por meses de las visitas de los usuarios a la página <http://www.esehospitalrmm.gov.co/>

La E.S.E HRMM ha fortalecido el sistema de Petición, Quejas y Reclamos, por medio del cual se atiende todas las solicitudes realizadas por los ciudadanos. S.I.A.U ha realizado encuestas a los usuarios de los servicios que presta la E.S.E.

Aplicación de encuestas a septiembre : 300 usuarios

Visitas y rondas diarias a pacientes



Fuente: SIAU

Convocatoria Asociación de Usuarios:



Fuente: SIAU

Se realiza todo el trámite de convocatoria autorizada por el gerente de la ES.E HRMM y bajo el asesoramiento jurídico del Dr. Pedro Arias y el SAC Departamental, la cual se estipula realizar la convocatoria y para esto se envía por correo certificado oficios remisorios a las diferentes ESE y secretaria de Salud Departamental y Local, obteniendo poca participación al proceso, donde los lineamientos estipulados para la realización de dicha actividad no se cumplieron, razón por la cual se debe realizar el nuevo proceso a espera de convocar nuevamente a los líderes municipales e incentivar a que hagan parte del proceso participativo, los soportes se encuentran en la oficina del SIAU.

teniendo en cuenta que nuestra institución se encuentra en proceso de cambios continuos y realizando acciones de mejora en las diferentes unidades funcionales ,existe evidencia a través de la encuesta de satisfacción instrumento de recolección de información, realizado mensualmente se puede establecer o determinar que la satisfacción se ha mantenido de forma positiva en la institución ya que la percepción de los usuarios o clientes externos ha cambiado aumentando los índices de productividad.

2.3.3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN

A interior de la Institución se adopta un área, en la cual se instalaron televisores para a través de éstos también mostrar a la comunidad, informes de la E.S.E HRMM, audiovisuales.

La Comunicación de los procesos, misión, visión, políticas y asuntos que involucran el Direccionamiento Estratégico, son transmitidos a los funcionarios constantemente, a través de los Programas de Capacitación, de Inducción y Re-Inducción, y las jornadas de actualización en temas de carrera y salud. La Oficina de Calidad, Control Interno, Planeación y Talento Humano, son gestoras en la comunicación organizativa, por lo tanto a través de sus programas de capacitación y socialización, procuran difundir el aprendizaje organizacional.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa e Interna

Sistemas de Información y Comunicación El elemento “Sistemas de Información y Comunicación” se fortaleció con la implementación del módulo de nómina del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público- SIGEP, lo cual contribuye a la integralidad de la información de servidores de la Entidad y de los reportes al Departamento Administrativo de la Función Pública. Para le mejora de este elemento, se debe continuar con las actividades de depuración de inventarios con el fin de incluir toda la información correspondiente a los bienes recibidos con la liquidación de la Dirección Nacional de Estupefacientes-DNE e implementar las acciones previstas para facilitar el acceso y la consulta del mapa de justicia. 8 E

3.1 AUTOEVALUACIÓN

La Oficina de control interno en cumplimiento a los roles de evaluación y seguimiento, acompañamiento y asesoría, administración del riesgo, fomento de la cultura de autocontrol y relación con entes externos, ha realizado las siguientes actividades:

Expedición de la cartilla de control interno principios básicos del control interno y la cartilla de administración de riesgos con los que se busca sensibilizar en los temas de autocontrol y riesgos.



EL AUTO CONTROL...



En los diferentes comités institucionales que la Oficina de control interno participa con

voz pero sin voto, formula a la Alta dirección sus recomendaciones en materia de control interno, durante la ejecución de sus actuaciones de seguimiento, acompañamiento y asesoría en tiempo real, la Oficina de control interno brinda sus sugerencias a los funcionarios de las distintas dependencias objeto de las mismas.

La entidad cuenta con el Plan de mejoramiento Institucional que ha reportado un avance y se le ha hecho seguimiento, la Oficina de Control Interno realizó dos jornadas de seguimiento a los Planes de Mejoramiento por Procesos concertados, consolidando todas las acciones producto de los diferentes informes y evaluaciones efectuados por la OCI en aplicación de las diferentes directrices Gubernamentales.

La Oficina de Control Interno ha venido adelantando actividades de socialización y publicación de mensajes en la intranet invitando a todos los colaboradores a fortalecer e implementar en sus labores cotidianas la Cultura del Autocontrol, a través de Pildoritas CONIN y de los avisos de autocontrol.

En términos generales el Sistema de control interno funciona adecuadamente, sin embargo existen oportunidades de mejora, en especial en administración de riesgos, En la gestión documental de la E.S.E HRMM se implementará el Programa de Gestión Documental (PGD) y Plan Institucional de Archivos (PINAR). El primero de ellos es un mapa de ruta para desarrollar la gestión de documentos por medio de la administración de documentos de archivo y el apoyo de la transparencia y eficacia salvaguardando la memoria de la entidad. El segundo permite el seguimiento, medición y mejora de planes y proyectos de la organización, garantizando su relación con la planeación estratégica (misión, visión).

3.1.1 AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL

La oficina de control interno realiza con base en su programa de auditoría segundo semestre, evaluaciones independientes y auditorias de calidad y de acuerdo a los informes generados de las mismas se realizan planes de mejoramiento y acciones correctivas y preventivas respectivamente, las cuales están encaminados a la mejora continua en la gestión.

La entidad requiere metodología adecuada la realización de la autoevaluación y seguimiento de diferentes procesos, con el fin establecer el porcentaje de avance cumplimiento de los planes de mejoramiento de fácil interpretación y apropiación en los líderes de los procesos y su amigable manejo para la efectiva aplicación.

Si bien, existe en la entidad un mecanismo de autoevaluación de gestión, no lo hay para la autoevaluación del control, es decir, verificar la existencia de cada uno de los elementos de control, así como evaluar su efectividad a nivel de los procesos y de la Entidad. No obstante lo anterior se debe buscar revisar los indicadores por proceso y algunos procedimientos. La Oficina Asesora de

Calidad está trabajando en el mejoramiento de las herramientas de medición y seguimiento.

3.1.2 INDICADORES DE GESTIÓN

Se tiene analizados los indicadores del Plan de Gestión, a través de la Oficina de Planeación de la E.S.E HRMM. Dicho análisis reposa en la Oficina de Talento Humano de la E.S.E HRMM.

3.2 EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

La oficina de control interno llevó a cabo la elaboración y presentación de los siguientes informes de ley:

- ✓ Informe ejecutivo anual de control interno (Decreto 2145 de 1999- decreto 1027 de 2007).
- ✓ Informe de control interno contable
- ✓ Informe de Gestión

En los diferentes comités Institucionales que participa la oficina de control interno con voz y sin voto, formula a la alta dirección sus recomendaciones en materia de control interno y gestión institucional. Durante la ejecución de su rol de asesoría, acompañamiento la oficina de control interno brinda sus sugerencias a los funcionarios de las diferentes dependencias.

3.2.1 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

a. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La evaluación independiente de la gestión institucional, es realizada por la Oficina de Control Interno, mediante la ejecución de las auditorías de gestión, y auditorías, las cuales deben hacer parte de un programa semestral de auditorías. A partir de los informes de resultados de las auditorías internas, los procesos formulan sus planes de mejoramiento con las acciones pertinentes, para la mejora continua en la gestión, y a estos la Oficina de Control Interno les hace seguimiento.

b. INFORME DE EVALUACIÓN EVENTUAL (INFORME DE EVALUACIONES EVENTUALES INDEPENDIENTES DE CONTROL INTERNO)

3.2.2 AUDITORÍA INTERNA

En el Segundo semestre se tiene proyectado el plan anual de auditorías

De conformidad con lo previsto en el Decreto 943 de mayo de 2014, por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno-MECI, la E.S.E HRMM adelantó las fases y actividades previstas para la implementación de la actualización del Modelo Estándar de Control Interno, con el liderazgo y acompañamiento de la Oficina Asesora de Calidad, logrando la obtención y validación de los productos mínimos requeridos.

Teniendo en cuenta, que el diagnóstico realizado a Diciembre 31 evidencia un 60% de cumplimiento, al corte junio de 2015, se incrementa al 72%. Se han fortalecido los módulos de Evaluación y Seguimiento y Comunicación e Información, pero presento una disminución Planeación y Gestión (asociado a la gestión de la medición de indicadores en los procesos y la gestión de riesgo en procesos misionales). El mejor evaluado Talento Humano y la menor evaluación Administración del riesgo ya que no se ha consolidado el misional, y no se ha realizado el ciclo de auditoria interna, programado para el segundo semestre de 2015. No se evidencia el monitoreo a controles de la gestión del riesgo.

Recomendaciones

Continuar con el fortalecimiento del componente de Administración de Riesgos como la herramienta para manejar el autocontrol y capacitar a los funcionarios con el objetivo que ellos al interior de los procesos, realicen una efectiva gestión de control, se tiene pendiente los mapas de riesgos de los procesos asistenciales.

Para todas las áreas de la entidad se recomienda hacer los seguimientos a los planes por dependencia, esta actividad más que un cumplimiento de norma es el ejercicio fundamental para la autoevaluación que deben realizar todos los líderes de procesos, cuyo fin tal como lo establece el MECI, es verificar permanentemente la efectividad de los procesos, el cumplimiento de metas y resultados, y tomar medidas correctivas necesarias para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

Trabajar en la interiorización y apropiación de un mayor compromiso por parte de los funcionarios en la implementación de la Cultura de Autocontrol y el mejoramiento continuo sensibilizando a los funcionarios sobre el sistema de control interno.

Isamir Agal

Firma