



## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Adriana María Pérez Zueta	Periodo evaluado: Marzo - Junio de 2012
		Fecha de elaboración: 11/07/2012

### Subsistema de Control Estratégico

#### Difficultades:

Aunque se actualizó el Normograma Institucional, no se ha asignado un responsable en la institución al cual se le encargue la actualización permanente de dicho documento, disminuyendo el atraso con la actualización de éste.

En algunas ocasiones la disponibilidad de tiempo del personal por sus múltiples ocupaciones retrasa el desarrollo de las actividades que son programadas.

Aun no se asigna tiempo para la finalización de la calificación y documentación del mapa de riesgos del área financiera.

#### Avances:

Dentro del componente de talento humano, se han venido realizando capacitaciones al personal de acuerdo al plan de capacitación institucional.

Se realizó seguimiento a las políticas institucionales con base en los resultados de los indicadores del año 2011.

Se cuenta con código de ética y buen gobierno, del cual se viene publicando información en carteleras para el conocimiento de los usuarios internos y externos.

Se han documentado los acuerdos de gestión correspondientes a la vigencia.

Se tiene conformado el Comité de Bienestar Social, en éste se elaboró el programa de Bienestar Social y el plan de capacitación, para la vigencia 2012.

Por parte del nivel directivo se tiene compromiso para la implementación del Sistema de Control Interno y de Gestión de la Calidad que aplica a las instituciones de salud, se cuenta con un equipo de trabajo para el desarrollo de las actividades definidas para ambos Sistemas de Gestión.

La entidad tiene definida su plataforma estratégica, se tiene documentado un plegable el cual ha sido entregado a todos los funcionarios para fortalecer la divulgación y socialización de ésta. Igualmente a través de diferentes canales de comunicación que se tienen implementados en la institución se viene realizando la socialización de éstos.

En la entidad se documentó el Plan de Desarrollo Institucional y los Planes de Acción para la vigencia, se viene realizando seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas.

Los procesos cuentan con indicadores, para lo cual se tienen un gerencial de indicadores, el cual fue mejorado en su estructura para fortalecer el reporte, análisis y definición de acciones de mejora con base en los resultados, dicho documento se viene aplicando por parte de los responsables de su implementación.





### Subsistema de Control de Gestión

En la ESE no se han implementado actividades para verificar la oportunidad y funcionalidad de los canales de comunicación, que permita identificar la efectividad de éstos.

En la ESE por costos no se cuenta con un funcionario de tiempo completo encargado del manejo del software y hardware que permita fortalecer los procesos del sistema de información.

Aunque se vienen realizando actividades de divulgación y comunicación, no se ha actualizado el plan de comunicación para la vigencia 2012.

Se incluyó dentro del cronograma de auditorías para la vigencia 2012 auditoría al proceso para la recepción y respuesta de las peticiones, quejas y reclamos e igualmente los correspondientes al proceso de archivo administrativo y archivo clínico para evaluar la recepción y análisis de la información, ya que éstos se encontraban como aspectos por mejorar dentro de la evaluación de la vigencia 2011.

Los procesos se tienen documentados, las actividades se realizan con base en lo definido, en el momento la institución se encuentra en proceso de revisión, ajuste y actualización de éstos con la participación de los líderes de los procesos.

Dentro del programa de auditoría definido para la institución, se incluyen las correspondientes a los procesos en las cuales se cuenta con la participación del equipo MECI-Calidad y los líderes de los procesos.

Se ha fortalecido en la generación de indicadores, se mejoró el instrumento para el reporte, análisis y definición de acciones de mejora el cual se viene implementando en la institución.

La auditoría a los procesos se tiene establecida dentro del programa de auditorías institucional, en ésta se incluye el seguimiento a la implementación de los controles definidos para los procesos.

Se cuenta con la Oficina de Información y Atención al Usuario la cual es operativa y está ubicada en un lugar estratégico de la institución, a través de ésta se realiza la recepción y gestión de quejas, reclamos y peticiones de los usuarios, se asignó un funcionario único para el manejo de ésta.

Se ha logrado mantener canales de comunicación con la Asociación de Usuarios y se cuenta con la participación de sus representantes en espacios definidos para tal fin (Comité de Ética institucional).

En la entidad se viene implementado la aplicación, tabulación y generación de resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y la recepción y respuesta a reclamaciones. Se cuenta con buzones de sugerencias los cuales se abren periódicamente y se tienen los soportes que evidencian la gestión y respuesta a las reclamaciones expresadas por los usuarios y las actas de apertura de los buzones.





## Subsistema de Control de Evaluación

En la institución se realiza seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento, pero no se viene dejando evidencia de que dichas acciones sean efectivas.

Los planes de mejoramiento individual se tienen documentados pero se requiere fortalecer el seguimiento de éstos por parte de los responsables de realizar la evaluación al personal, que permita verificar que las acciones contempladas en dichos planes son las adecuadas para minimizar o eliminar las desviaciones encontradas.

Se documento plan de mejoramiento con los resultados de los indicadores correspondientes a la vigencia 2011 con el fin de implementar para el 2012 las acciones de mejora pertinentes.

Se viene desarrollando el cronograma de auditorías correspondiente a la vigencia 2012.

Se vienen realizando auto-evaluaciones a la institución con base en otros Sistemas de Gestión (Sistema de Habilitación) que fortalecen y complementan el Sistema de Control Interno, dicha actividad se viene realizando con integrantes del Comité de Control Interno y Calidad y el equipo MECI-Calidad.

Se cuenta con Comité de Control Interno y Calidad el cual es operativo y sirve como espacio para identificar el avance en los Sistemas de Gestión que se desarrollan en la institución y definir las acciones a implementar para fortalecer su desarrollo.

La entidad ha definido los indicadores a desarrollar en la institución, éstos cuentan con sus respectivas fichas técnicas, son generados por los responsables y se presentan al Comité de Control Interno y Calidad y/o Comité de Gerencia con el fin de analizar y generar las acciones de mejora pertinentes.

Se actualizo el cronograma de auditorías para la vigencia 2012, el cual fue dado a conocer a los integrantes del equipo auditor para su desarrollo durante el año.

Con base en los resultados de las evaluaciones de desempeño, se han venido documentando los planes de mejoramiento individual.

## Estado general del Sistema de Control Interno

De acuerdo a los resultados de la evaluación correspondiente a la vigencia 2011, se diseño un plan de mejoramiento para la implementación y sostenimiento del Sistema de Control Interno, el cual fue socializado a los integrantes del Comité de Control Interno y Calidad para su revisión, ajuste y aprobación y éste se viene aplicando.

Dentro de éste se definieron actividades que buscan fortalecer el Sistema en aquellos aspectos que se encontraron débiles los cuales corresponden a: la evaluación de las capacitaciones realizadas en la institución, documentación de planes de mejoramiento con base en los resultados de los seguimientos a los acuerdos de gestión, socialización del mapa de procesos a los servidores de la institución, implementación de actividades para seguimiento a la efectividad de los controles, revisión del proceso de recepción y análisis de la información, mecanismos para verificar la oportunidad de la información y seguimiento a los canales de comunicación, documentación al seguimiento de las acciones de mejora definidas para los indicadores.





Por parte del nivel directivo se observa continuidad en el compromiso para la implementación del Sistema de Control Interno y las acciones de mejora resultantes de éste.

El Sistema presenta avance en cuanto a su implementación en todos los subsistemas, se trata de dar cumplimiento al ciclo: planear, hacer, verificar y actuar; pero se requiere fortalecer en las etapas del verificar y actuar, ya que en algunos momentos se realizan las actividades pero no se verifican y si se verifican no se documentan las evidencias que permitan demostrar el impacto en la implementación de las acciones de mejora definidas.

#### Recomendaciones

Implementar para la vigencia 2012 el desarrollo de actividades de re-inducción, donde se involucren las diferentes áreas de la institución y se evalúen las capacitaciones y/o charlas dictadas elaborando y archivando el respectivo registro.

Durante los últimos dos (2) años se realizó medición del clima laboral por parte de la ARP Colmena, se recomienda que se programe para la vigencia 2012 una nueva medición, con el fin de identificar avances y acciones de mejora en el caso que se requiera.

Retomar la evaluación a las capacitaciones que se realicen internamente, con el fin de identificar el conocimiento adquirido por parte de los asistentes y la calidad de la información brindada.

Documentar a través de un plan de mejoramiento las acciones que se definen como resultado del seguimiento a las políticas del talento humano evaluadas tanto desde el seguimiento a los planes de acción como desde el Comité de Bienestar Social.

Elaborar para cada vigencia un informe en el que se consoliden los resultados de las inducciones realizadas durante el año, con el fin de identificar aspectos por mejorar en el desarrollo de éste proceso.

En la institución se vienen documentando los acuerdos de gestión, a éstos se les realiza seguimiento anual, se recomienda que dicho seguimiento sea realizado semestralmente y se documenten los respectivos planes de mejoramiento en el caso que se requieran o se deje registrado que no se requieren definir acciones de mejora para dicho periodo, ya que no se cuenta con la evidencia de la documentación de planes de mejoramiento con base en los resultado del seguimiento a éstos.

Continuar con la socialización y divulgación de la plataforma estratégica institucional, incluyendo estos elementos dentro del plan de comunicaciones que se definida para la entidad durante la vigencia 2012.

Asignar un responsable en la institución que se encargue de la actualización permanente del Normograma Institucional.

Continuar con la revisión, actualización y documentación de los procesos institucionales que se viene desarrollando en la institución.

Durante el año 2012 revisar y ajustar las metas de los indicadores que se han venido trabajando, teniendo en cuenta que a la fecha se cuenta con información que nos permita mostrar una trazabilidad en el desarrollo de éstos y definir una línea base.



Incluir dentro del plan de comunicación para la vigencia 2012 la divulgación del mapa de procesos institucional y ajustar el plegable en el cual se documenta la plataforma estratégica, teniendo en cuenta dicho tema.

Finalizar la documentación de los riesgos de los procesos financieros.

Fortalecer la socialización de los mapas de riesgos a los funcionarios de la institución.

Continuar mejorando la utilización de la página web institucional, incluyendo normatividad actualizada de interés para la comunidad sobre diferentes temas (facturación, sistema de control interno, sistema de gestión de la calidad, cobro de copagos y cuotas moderadoras, servicios POS, entre otras).

Diseñar estrategias para verificar la oportunidad en la entrega de información y la funcionalidad de los canales de comunicación elaborando los respectivos registros que permitan evidenciar el desarrollo de las actividades.

Documentar el plan de comunicación para la vigencia 2012, definiendo actividades que puedan ser de fácil cumplimiento y practicidad, además de mejorar el empoderamiento en el desarrollo de éste por parte de los responsables asignados.

Continuar realizando actividades de auditoría a los diferentes Sistemas de Gestión que se desarrollan en la institución, documentar las respectivas acciones de mejora y realizar verificación al cumplimiento de éstas.

A los planes de mejoramiento que se generan como resultados de la revisión y análisis de los indicadores que permiten medir la gestión institucional, documentar el seguimiento que se realiza para la verificación del cumplimiento de las actividades definidas y la efectividad de éstas dentro de los Comités de Control Interno y Calidad.

Dar cumplimiento del cronograma de auditorías documentado para la vigencia 2012.

Dentro de la revisión a los planes de mejoramiento que se realizan en la institución, dejar registro en el informe de seguimiento de la efectividad de las acciones que se hallan definidas, mejorando así la documentación de dicho informe.

Firma