

|   |                                   |               |
|---|-----------------------------------|---------------|
|  <p><b>E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA – YALÍ</b></p> | <b>INFORME PORMENORIZADO MECI</b> | Código:       |
|   |                                   | Versión:      |
|   |                                   | Fecha:        |
|   |                                   | Página 1 de 6 |

| INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011 |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:                        | Adriana María Pérez Zuleta | Período evaluado: Julio - Octubre de 2012 |
|   |                            | Fecha de elaboración: 15/11/2012          |

### Subsistema de Control Estratégico

#### Dificultades

Aunque se actualizo 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.

No se ha finalizado la calificación y documentación del mapa de riesgos del área financiera.

Se definió por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública una nueva metodología para la identificación, análisis y valoración del riesgo, por lo cual se requiere actualizar los mapas de riesgos que se tienen en la institución con base en dicha metodología.

#### Avances

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

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

Se han documentado los acuerdos de gestión correspondientes a la vigencia para los funcionarios que aplica (Técnico Administrativo) y a éste se le ha venido realizando seguimiento por el responsable encargado.

Se llevo a cabo medición del clima laboral con apoyo de la ARP.

Se realizaron actividades de inducción a los funcionarios nuevos que ingresaron a la E.S.E y se llevo a cabo la re-inducción para todos los funcionarios de la institución en los que se fortalecen conocimientos sobre el Modelo Estándar de Control Interno y se fomentan los principios de auto-control, auto-evaluación y auto-regulación.

Se viene desarrollando el Programa de Bienestar Social de acuerdo a las actividades definidas, el Comité de Bienestar Social se encuentra operativo en el cual se realiza seguimiento al cumplimiento del plan de Bienestar Social.

|   |                                   |               |
|---|-----------------------------------|---------------|
|  <p><b>E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA – YALÍ</b></p> | <b>INFORME PORMENORIZADO MECI</b> | Código:       |
|   |                                   | Versión:      |
|   |                                   | Fecha:        |
|   |                                   | Página 2 de 6 |

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 el momento se viene realizando una revisión y ajuste a ésta con la participación de los funcionarios de la institución.

En la entidad se documentó el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2012 – 2016, el cual fue aprobado por la Junta Directiva de la Institución.

Se tienen definidos planes de acción por servicios a los cuales se les viene realizando seguimiento.

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

##### Dificultades

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.

Por cambios en el software se han presentado retrasos en la generación de la información del área financiera y estadística.

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

##### Avances

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.

|   |                                   |               |
|---|-----------------------------------|---------------|
|  <p><b>E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA – YALÍ</b></p> | <b>INFORME PORMENORIZADO MECI</b> | Código:       |
|   |                                   | Versión:      |
|   |                                   | Fecha:        |
|   |                                   | Página 3 de 6 |

Dentro del programa de auditoría definido para la institución, se incluyen las correspondientes a los procesos, para lo cual se capacito a un grupo de auditores internos integrantes del Comité Coordinador de Control Interno y del Comité Operativo MECI-Calidad para fortalecer el proceso de auditoría, contando con la participación de éstos.

Se realizó seguimiento a los indicadores institucionales correspondientes al primer semestre del año 2012 y los resultados son socializados a los integrantes del Comité de Control Interno y de Calidad, se requiere documentar el plan de mejoramiento de aquellos que no lograron su cumplimiento.

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 viene realizando auditoría a los procedimientos que en ésta se realizan.

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 presentadas a través de la Oficina de Información y Atención al Usuario. Se cuenta con buzones de sugerencias los cuales se abren periódicamente y se elaboran las respectivas actas de apertura.

Para fortalecer el Sistema de Gestión Documental, se realizo un diagnóstico en el cual se identifican aspectos por mejorar y fortalezas, de éste se genera un plan de mejoramiento, el cual se vienen aplicando con apoyo de un practicante la Universidad de Antioquia.

#### **Subsistema de Control de Evaluación**

##### **Dificultades**

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.

Aunque se lleva a cabo la documentación de los planes de mejoramiento que se generan como resultado de las auditorías a los procesos, éstos no se vienen documentando de una manera oportuna.

Aunque se llevan a cabo las evaluaciones de desempeño y se generan los compromisos a trabajar para el año, en algunos casos no se han documentando los planes de mejoramiento individual con base en los compromisos que no han logrado el resultado esperado en las evaluaciones semestrales.

|   |                                   |               |
|---|-----------------------------------|---------------|
| <br><b>E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA – YALÍ</b> | <b>INFORME PORMENORIZADO MECI</b> | Código:       |
|   |                                   | Versión:      |
|   |                                   | Fecha:        |
|   |                                   | Página 4 de 6 |

#### Avances

Se ha realizado seguimiento al plan de mejoramiento MECI definido para la vigencia 2012 con base en los resultados de la vigencia 2011, éstos se presentan a los integrantes del Comité Coordinador de Control Interno.

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 operativo 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.

#### Estado general del Sistema de Control Interno

El Sistema de Control Interno presenta avances en el desarrollo de actividades que ayudan a la implementación de los Subsistemas, sin embargo es necesario fortalecerse en aquellas encaminadas a las etapas del verificar y actuar.

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.

En la institución se cuenta con equipos de trabajo comprometidos en el desarrollo de actividades para la implementación del Sistema de Control Interno a través del Modelo Estándar de Control Interno.

Desde el nivel funcional se han implementado acciones para el mejoramiento de los procesos y el auto-control de éstos, sin embargo se requiere por parte de algún personal un mayor empoderamiento en la aplicación de las actividades establecidas.

#### Recomendaciones

Continuar para la próxima vigencia con la programación de actividades de re-inducción y con la inducción para el personal nuevo, elaborando el registro de evaluación de la inducción.

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

Elaborar para la vigencia 2012 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.

|   |                                   |               |
|---|-----------------------------------|---------------|
|  <p><b>E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA – YALÍ</b></p> | <b>INFORME PORMENORIZADO MECI</b> | Código:       |
|   |                                   | Versión:      |
|   |                                   | Fecha:        |
|   |                                   | Página 5 de 6 |

Finalizar la revisión y ajuste de la plataforma estratégica y socializarla tanto a usuarios internos como externos e incluir estos elementos dentro del plan de comunicaciones que se defina para la entidad durante la vigencia 2013.

Realizar una revisión a la nueva metodología para la identificación, análisis y valoración del riesgo, con el fin de realizar actualización y ajuste a los riesgos institucionales con base en ésta.

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 con la participación de los funcionarios.

Finalizar la revisión y ajuste de las metas de los indicadores que se han venido trabajando, para definir nuevas metas a partir del año 2013, teniendo en cuenta que a la fecha se cuenta con información que permite mostrar una trazabilidad en el desarrollo de éstos.

Finalizar la documentación de los riesgos de los procesos financieros, teniendo en cuenta la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

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).

Continuar con la implementación del plan de mejoramiento definido para fortalecer los procesos de gestión documental.

Definir e implementar las acciones de mejora con base en los resultados generados de los indicadores correspondientes al primer semestre del año.

Implementar acciones que permitan fortalecer el uso y manejo por parte de los funcionarios del software adquirido, generando la información tanto financiera como estadística de una manera oportuna.

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 2013.

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.

|   |                                   |               |
|---|-----------------------------------|---------------|
|  <p><b>E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA – YALÍ</b></p> | <b>INFORME PORMENORIZADO MECI</b> | Código:       |
|   |                                   | Versión:      |
|   |                                   | Fecha:        |
|   |                                   | Página 6 de 6 |

Documentar de manera oportuna, los planes de mejoramiento que se generan como resultado de las auditorías realizadas a los procesos institucionales.

Continuar dando cumplimiento al cronograma de auditorías documentado para la vigencia 2012.

Continuar con el seguimiento a los planes de mejoramiento que se definan en la institución para el fortalecimiento de los Sistemas de Gestión que se están implementando.

Mejorar la oportunidad en la documentación de los planes de mejoramiento individual con base en los compromisos que no lograron el resultado esperado para cada semestre.

*Adriana Pérez*

---

Firma