

**INFORME PORMENORIZADO  
DEL ESTADO DEL SISTEMA  
DE CONTROL INTERNO DE  
LA EMPRESA SOCIAL DEL  
ESTADO HOSPITAL SANTA  
ROSA DE TENJO**

**Periodo Noviembre 13 de 2016 a  
Marzo 12 de 2017**

**BERNARDO RAMIREZ ROJAS – Asesor Control  
Interno**





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA  
DE TENJO**  
NIT: 860.037.592-9



Página 1 de 14

# **INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO**



## **HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

### **1. PRESENTACIÓN**

El asesor de Control Interno de la Empresa Social del Estado presenta el informe pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno en cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 a partir del seguimiento de los componentes y elementos de control en los Módulos (Planeación y Gestión, y Evaluación y Seguimiento) y el Eje transversal de Información y Comunicación.

### **2. OBJETIVOS Y ALCANCE**

Presentar las acciones y avances del Sistema de Control Interno en el periodo de Noviembre 13 de 2016 a Marzo 12 de 2017 en la Empresa Social del Estado Hospital Santa Rosa de Tenjo



### 3. AVANCES

#### 1. Módulo de Control de Planeación y Gestión.

Durante el periodo de análisis la Empresa Social del Estado Hospital Santa Rosa de Tenjo adelantó las siguientes actividades

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO	
1.1.1.ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS	<p>Mediante la Resolución 020 de 2017 se adoptó y aprobó el Plan institucional anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2017 con el fin de garantizar que las diferentes actuaciones de los funcionarios de la ESE se lleven a cabo dentro de los principios de transparencia, honestidad, agilidad y oportunidad.</p> <p>Garantizando que el desarrollo de las actividades y la atención al ciudadano se desplieguen dentro de los valores de responsabilidad, compromiso, participación, trabajo en equipo y solidaridad.</p> <p>Dando cumplimiento a los principios de honestidad, lealtad, transparencia, respeto y eficiencia.</p>
	<p><b>ESTRATEGIAS DE SOCIALIZACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se realizó socialización en reunión general con el personal en el cuál se llevó a cabo la presentación del Plan institucional anticorrupción y de atención al ciudadano, se realizó mesa de trabajo con los funcionarios y colaboradores de la ESE, y ronda de preguntas, de igual manera se encuentra publicado en la página web de la entidad.</li></ul>



**1.1.2.  
DESARROLLO  
DEL TALENTO  
HUMANO**

**PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN**

En el periodo de análisis se evidencio que el Hospital cuenta con un plan institucional de capacitación el cual garantiza las condiciones mínimas requeridas para el posicionamiento y fortalecimiento institucional

Se destaca la socialización del manual de funciones a los funcionarios de planta, la administración y manejo del almacén, bienes e inventarios.

Con el fin de fortalecer la implementación de la Ley General de Archivos desde la coordinación de Gestión Documental se está realizando un proceso de capacitación a los diferentes colaboradores de la entidad.

**PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**

La responsable del proceso manifiesta que se garantiza que el personal que ingresa a laborar con la entidad, participe activamente en el proceso de inducción, así mismo periódicamente se lleva a cabo procesos de reinducción al personal que labora con la entidad.

**PROGRAMA DE BIENESTAR**

La entidad desarrollo actividades de bienestar tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios de la entidad, de igual manera le desarrollaron actividades de integración, esparcimiento y aprovechamiento del tiempo libre.

**PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

El proceso de afiliación a ARL es continuo, y se garantiza que la totalidad del personal que labora con la entidad se encuentre afiliado y activo en el sistema de seguridad social.

Se realizó capacitación en pausas activas.



	<p><b>SISTEMA DE EVALUACIÓN</b></p> <p>Una vez verificadas las hojas de vida de los funcionarios se evidencio que se llevó a cabo el proceso de evaluación oportunamente, la subgerente científica y el subgerente Administrativo y Financiero han dado estricto cumplimiento a los plazos establecidos por la ley.</p>
<p><b>1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b></p>	
<p><b>1.2.1 PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS</b></p>	<p><b>PLANEACIÓN</b></p> <p>La Empresa Social del Estado desarrollo un Plan de Acción en Salud Vigencia 2016, el cuál logro un porcentaje de cumplimiento optimo, en el proceso de evaluación se identificaron que algunas actividades de salud pública no se ejecutaron al 100% por lo cual se hizo necesaria la reprogramación de las mismas.</p> <p>Así mismo al alta gerencia, la subgerente científica, el subgerente administrativo y financiero y los líderes de los diferentes procesos realizaron la formulación del PAS Vigencia 2017, el cual fue aprobado y socializado en reunión general del 3 de Marzo de 2017.</p> <p>Cada líder de proceso está liderando en su grupo de trabajo el desarrollo y cumplimiento de las metas establecidas en el PAS vigencia 2017.</p>
	<p><b>VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS</b></p> <p>La visión, misión y objetivos institucionales se encuentran debidamente socializados con los funcionarios de la entidad, de igual manera se encuentran publicados en la página web de la entidad, y en los diferentes espacios institucionales se lleva a cabo el proceso nuevamente de socialización con el fin de lograr un alto nivel de adopción por parte de los funcionarios de la plataforma estratégica institucional.</p>

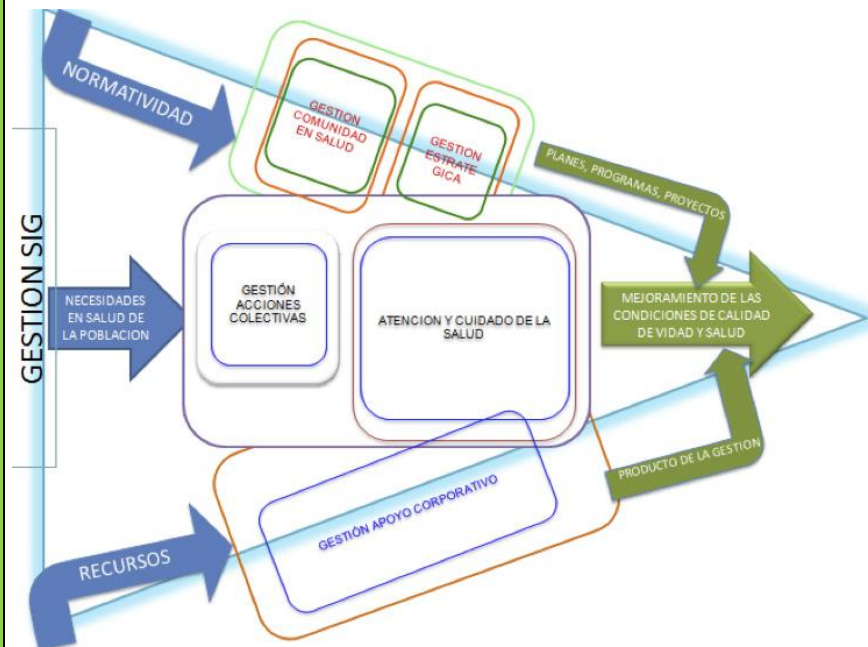


## PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Los planes , programas y proyectos de la entidad se formulan con los diferentes líderes administrativos y asistenciales con el objetivo de desarrollar y dar cumplimiento a las políticas públicas en salud institucionales, municipales, departamentales y nacionales , lo anterior alineado con la Misión y Visión institucional

## MAPA DE PROCESOS

### 1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESO



El modelo de operación de la entidad es por procesos el cual fue aprobado por la junta directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Rosa de Tenjo



## PROCESO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El proceso de Servicio de Información y Atención al Usuario se ha desarrollado estrategias para impactar positivamente en la prestación de los servicios en los diferentes procesos de la entidad.

Una de las estrategias para el mejoramiento de la prestación de los servicios, es analizar las PQRS que se reciben mensualmente y se priorizan de acuerdo al nivel de satisfacción de los usuarios con el fin de poder fortalecer los que se encuentran con una baja calificación.

Se han desarrollado estrategias para el mejoramiento de los tiempos de atención en el servicio de urgencias, con el fin de poder brindar un mejor servicio a nuestros usuarios.

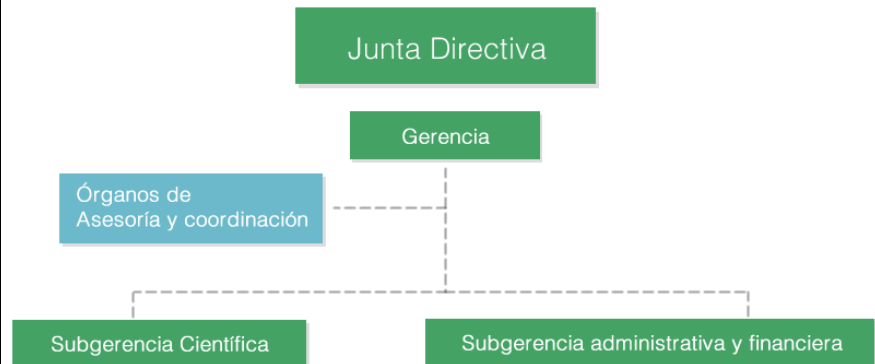
Se ha realizado jornadas de sensibilización en Deberes y Derechos de los usuarios para mejorar sus niveles de conocimiento y con ello tengan dar mayor claridad al funcionamiento del servicio de salud institucional.





### 1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La entidad cuenta con la siguiente estructura organizacional



### 1.2.4 INDICADORES DE GESTIÓN

1. La empresa Social del Estado aplica la Resolución 0743 de 2013 del Ministerio de Salud y protección social en la cual se define los indicadores de evaluación para la gestión del Gerente de la ESE
2. El Hospital Santa Rosa de Tenjo desarrollo el PAS Vigencia 2016 con unos resultados óptimos y en la actualidad se encuentran ejecutando el PAS vigencia 2017 el cual fue concertado con los líderes de los procesos administrativos y asistenciales.
3. Se da cumplimiento a la circular 009 de 2015 de la SUPERSALUD



<b>1.2.5 POLITICAS DE OPERACIÓN</b>	<p>La entidad cuenta con las siguientes políticas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Política de calidad</li><li>• Política de humanización</li><li>• Política IAMI</li><li>• Política Administración del Riesgo</li><li>• Política alcohol y drogas</li></ul>
-------------------------------------	--

<b>1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</b>	
<b>1.3.1 POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</b>	<p>La entidad cuenta con la política de administración del riesgo, la cual se ha socializado a todos los funcionarios y colaboradores de la entidad, esta política fue construida por el grupo líder de MECI, para la implementación de dicha política se articula con el PAMEC institucional.</p>
<b>1.3.2 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>	<p>Los funcionarios de la entidad tienen claridad y capacidad para la identificación del riesgo, por lo cual conjuntamente se llevó a cabo la formulación del mapa de riesgos de la entidad con la participación activa de los líderes de proceso.</p>



### 1.3.3 ANALISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO

A partir del Mapa de Riesgos de la entidad se llevó a cabo el análisis y valoración de los riesgos con el fin de formular estrategias ágiles, oportunas, eficientes y de impacto con el fin de mitigar los riesgos institucionales.

Lo anterior se desarrolló en conjunto con los líderes de proceso con el fin de definir una única línea de acción.

## 2. Módulo de Evaluación y seguimiento

Con el fin de dar cumplimiento a este módulo desarrollo procesos de medición, evaluación, y verificación.

Lo anterior en busca de medir la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno, de lo cual se obtuvo los siguientes resultados, así:

### 2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

#### 2.1.1 AUTOEVALUACION DE CONTROL Y GESTION

La entidad realizó la evaluación del cumplimiento al PAS vigencia 2016 el cual dio un porcentaje de cumplimiento óptimo, es importante resaltar que no se logró un cumplimiento del 100%, por cuanto no se dio cumplimiento al 100% de las actividades de salud pública, por lo cual fue necesario su reprogramación.

Se llevó a cabo la formulación del PAS 2017, el cual fue puesto en consideración, ajustado, aprobado y socializado en reunión general el día 3 de Marzo de 2017



## 2.2 COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

### 2.2.1 AUDITORIAS INTERNAS

Desde el proceso de control interno se presentó a la alta gerencia y líderes de procesos el cronograma de auditorías internas para la vigencia 2017.

El cronograma se formuló de acuerdo a los riesgos identificados en la entidad, a los resultados de los planes de mejoramiento internos y al informe final de la auditoría realizada por la Contraloría de Cundinamarca.

## 2.3 COMPONENTES PLANES DE MEJORAMIENTO

### 2.3.1 PLAN DE MEJORAMIENTO

El Hospital Santa Rosa de Tenjo tiene planes de mejoramiento interno, los cuales están a cargo de cada líder de proceso los cuales se desarrollan en cumplimiento al ciclo de mejoramiento continuo.

Así mismo el Hospital se encuentra desarrollando un plan de Mejoramiento integral, como resultado del informe final de la auditoría realizada por la Contraloría de Cundinamarca , la ejecución de dicho plan se encuentra liderado por la Gerencia , Subgerencia científica , subgerencia Administrativa y Financiera y sus respectivos equipos de trabajo y se presenta informe en los plazos establecidos ante el ente de control.



### 3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA							
<b>3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA</b>	<b>ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN</b> <p>La entidad cuenta con un proceso de comunicación ágil, oportuno y eficiente el cual está fundamentado en el aprovechamiento de la página web institucional, con el objetivo de mejorar la amplitud de la información mediante los televisores instalados en el servicio de urgencias y consulta externa se socializa información de interés para los usuarios de la entidad.</p> <p>En la implementación y fortalecimiento de la política cero papel se usa como medio de socialización de la información el correo electrónico institucional, y apoyados en el uso de las nuevas tecnologías se utiliza como medio de comunicación la herramienta whatsapp.</p>						
<b>3.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>MEJORA DE LOS SISTEMAS Y ACCESO A LA INFORMACIÓN</b> <p>La institución cuenta con un sistema de información integrado denominado CNT, en cuál garantiza la integralidad y conectividad de la información entre los diferentes procesos de la entidad, dicho sistema de información está conformado por los siguientes módulos de información:</p> <table border="1"><thead><tr><th>MODULO</th><th>PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN</th></tr></thead><tbody><tr><td>Módulo Odontología</td><td>100%</td></tr><tr><td>Módulo Presupuesto</td><td>100%</td></tr></tbody></table>	MODULO	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN	Módulo Odontología	100%	Módulo Presupuesto	100%
MODULO	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN						
Módulo Odontología	100%						
Módulo Presupuesto	100%						



<b>Módulo Facturación</b>	<b>100%</b>
<b>Módulo Laboratorio</b>	<b>100%</b>
<b>Módulo Activos Fijos</b>	<b>90%</b>
<b>Módulo Consulta Externa Citas</b>	<b>100%</b>
<b>Módulo Envío de Historia Clínica HL7</b>	<b>100%</b>
<b>Módulo Historia Clínica</b>	<b>100%</b>
<b>Módulo Cartera</b>	<b>100%</b>
<b>Módulo CXP</b>	<b>100%</b>

La institución cuenta con una herramienta informática mediante la cual se administra la correspondencia de la entidad, y se gestiona en línea en tiempo real lo cual garantiza un flujo efectivo y oportuno de la información.

Dicha herramienta permite gestionar los documentos al correo electrónico de cada uno de los líderes de proceso de esta manera el flujo de información se lleva a cabo en tiempo real, y se apoya la implementación de la política cero papel.

La herramienta de administración de correspondencia cuenta con un repositorio digital en el cual se almacena una copia de seguridad de la correspondencia Entrada – Salida e Interna, lo cual garantiza la preservación de la información en el tiempo.

La información de interés general se publica en la página web de la entidad dando cumplimiento de esta manera a la ley de acceso a la información.



#### 4. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los diferentes líderes de proceso publiquen oportunamente la información que sea de acceso público con el fin de garantizar el dar cumplimiento a la normatividad vigente.
- Se recomienda que los responsables de efectuar calificación y concertación de objetivos con funcionarios de la entidad realicen dicho proceso en los plazos establecidos por la norma, con el fin de minimizar posibles riesgos a la entidad.
- Es importante que los responsables de liderar y consolidar el desarrollo del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca, lo hagan de acuerdo a los plazos establecidos y lleven un seguimiento a los porcentajes de avance y cumplimiento.
- Se recomienda dar continuidad a la implementación del plan anticorrupción y atención al ciudadano del Hospital
- Se recomienda desarrollar las acciones necesarias para proteger y salvaguardar los recursos del estado y por ende minimizar los riesgos de detrimento patrimonial que se puedan presentar en el desarrollo de las diferentes actividades de la entidad.
- Se recomienda que se formule el plan de capacitación institucional de acuerdo a las necesidades de los diferentes procesos de la institución, y que se implementen estrategias de gran amplitud con el objetivo de impactar eficiente y eficazmente en todos los colaboradores de la entidad.
- Se recomienda implementar estrategias que garanticen y evidencien que el 100% de los colaboradores de la entidad participan en el proceso de inducción y reinducción institucional.
- Se recomienda realizar una mayor gestión ante la ARL de la entidad con el fin de que apoye el desarrollo e implementación de la seguridad y salud en el trabajo de nuestros colaboradores en busca de mejorar su calidad de vida en la entidad e impactar positivamente en el clima laboral de la entidad, así mismo con el fin de minimizar los posibles riesgos que se puedan presentar en el desarrollo de las actividades y funciones en los diferentes procesos de la entidad.

ORIGINAL FIRMADO

**BERNARDO RAMIREZ ROJAS**

Asesor Externo de Control Interno

E.S.E Hospital Santa Rosa de Tenjo