



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

**Periodo Marzo 13 de 2017 a
Julio 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 16

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 Marzo 13 de 2017 a Julio 13 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>ESTRATEGIAS DE SOCIALIZACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.



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
	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. Desde el proceso de Control Interno se recomienda fortalecer este proceso de igual manera se les sugiere la implementación de nuevas tecnologías que sirvan de apoyo para el desarrollo del programa de inducción y reinducción, con el fin de mejorar la amplitud del mismo.
	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 han desarrollado jornadas de verificación y afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales. Se realizó capacitación en pausas activas.



	<p>SISTEMA DE EVALUACIÓN</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>1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	
<p>1.2.1 PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS</p>	<p>PLANEACIÓN</p> <p>La Empresa Social del Estado desarrollo un Plan de Acción en Salud Vigencia 2017, el cual se encuentra desarrollando de acuerdo a las metas y acciones establecidas</p> <p>Es importante resaltar que el PAS vigencia 2017 se formuló en mesas de trabajo con la alta gerencia, la subgerente científica, el subgerente administrativo y financiero y los líderes de los diferentes procesos</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>VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS</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>

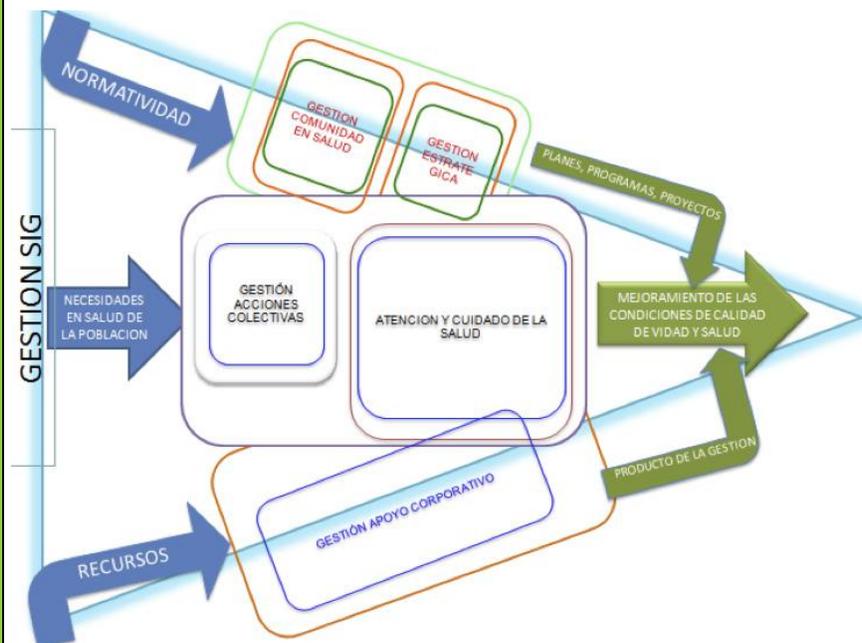


PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

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

Desde el proceso de Servicio de Información y Atención al Usuario se han desarrollado estrategias que permitan brindar un mejoramiento continuo en los diferentes servicios de la entidad, para mejorar la prestación de los servicios a nuestros usuarios.

Desde el proceso de Servicio de Información y Atención al Usuario se lleva a cabo el análisis de las PQRS, se lleva a cabo su priorización y se lleva a cabo procesos de sensibilización en los servicios que presenten un mayor impacto negativo de acuerdo al análisis de las PQRS.

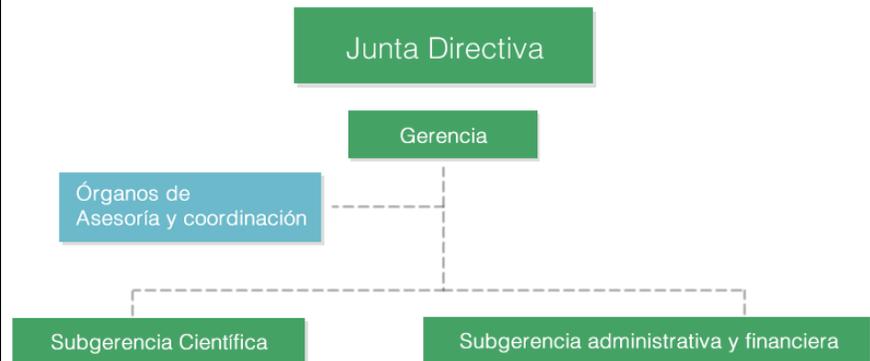
Persisten algunas manifestaciones de insatisfacción de los usuarios del servicio de urgencias, por lo cual se han desarrollado estrategias que permitan mejorar los tiempos de atención, así mismo se han realizado sensibilizaciones sobre el TRIAGE con el fin que los usuarios tengan conocimiento de la clasificación de las urgencias.

Se ha llevado a cabo jornadas de sensibilización en Deberes y Derechos de los usuarios para mejorar los niveles de conocimiento; con lo cual se busca que nuestros usuarios tengan un mejor conocimiento de los mismos, y su aplicación en la prestación de nuestros servicios.



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



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

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	
1.3.1 POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	<p>La entidad tiene una 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>
1.3.2 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	<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.

Los líderes de cada proceso desarrollan planes de mejoramiento y acciones tendientes a la minimización de los riesgos y el mejoramiento de los riesgos institucionales.

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

Se ha desarrollado el Programa de auditorías vigencia 2017, con lo cual se ha podido identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la entidad, se han realizado las recomendaciones del caso en busca del mejoramiento continua institucional y se ha llevado a cabo seguimiento al cumplimiento de los compromisos.

De igual manera se ha llevado a cabo el seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2015, este seguimiento ha sido acompañado de solicitudes de acciones de minimización del riesgo las cuales se han presentado a los diferentes líderes de procesos



2.3 COMPONENTES PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 PLAN DE MEJORAMIENTO

El Hospital Santa Rosa de Tenjo se encuentra desarrollando un plan de Mejoramiento integral, como resultado del informe final de la auditoría realizada por la Contraloría de Cundinamarca vigencia 2015 , 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, el área de Control Interno está apoyando el seguimiento y cumplimiento al mismo, de igual manera se han presentado solicitudes de acciones de minimización del riesgo a cada líder de proceso.

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.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Dando cumplimiento y adoptando las recomendaciones de la estrategia Gobierno el Línea, la entidad ha fortalecido la implementación de la estrategia de comunicación mediante el



	<p>correo electrónico institucional, así mismo este medio de comunicación ha sido implementado como una estrategia de la Política Cero Papel, impactando positivamente en la disminución en la utilización de papel, toner y energía, aportando con ello a la conservación del medio ambiente y disminución de costos.</p> <p>Esta estrategia de comunicación mejora los tiempos de entrega de las comunicaciones, mejora los niveles de amplitud y apoya la implementación de nuevas tecnologías.</p> <p>En la adopción de las nuevas tecnologías y medios de comunicación se la realizado la creación de un grupo institucional en la APPS Whatsapp, lo cual permite una comunicación con amplitud, inmediatez y minimiza los costos de comunicación.</p>												
3.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN	<p>MEJORA DE LOS SISTEMAS Y ACCESO A LA INFORMACIÓN</p> <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" data-bbox="540 1402 1500 1896"><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><tr><td>Módulo Facturación</td><td>100%</td></tr><tr><td>Módulo Laboratorio</td><td>100%</td></tr><tr><td>Módulo Activos Fijos</td><td>90%</td></tr></tbody></table>	MODULO	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN	Módulo Odontología	100%	Módulo Presupuesto	100%	Módulo Facturación	100%	Módulo Laboratorio	100%	Módulo Activos Fijos	90%
MODULO	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN												
Módulo Odontología	100%												
Módulo Presupuesto	100%												
Módulo Facturación	100%												
Módulo Laboratorio	100%												
Módulo Activos Fijos	90%												



	Módulo Consulta Externa Citas	100%
	Módulo Envío de Historia Clínica HL7	100%
	Módulo Historia Clínica	100%
	Módulo Cartera	100%
	Módulo CXP	100%

Desde mediados del mes de Julio de 2017 la entidad no cuenta con una herramienta informática para la administración de la correspondencia en la entidad, en la actualidad se está administrando la correspondencia llevando el control de la misma en un archivo Excel, el cual genera un alto riesgo y no garantiza la trazabilidad de la información, el flujo efectivo, la oportunidad en la entrega de la información y puede generarse riesgos en la asignación de número único de identificación, es de resaltar que lo anterior genera un ALTO RIESGO en los procesos institucionales y no brinda garantías de trazabilidad de los procesos.

La información de interés general se debe publicar en medios de fácil acceso a los usuarios de la entidad con el fin de dar cumplimiento 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 de manera URGENTE implementar una herramienta tecnológica para la administración de la correspondencia con el fin de garantizar la trazabilidad, el flujo oportuno y la asignación automática de un número único de consecutivo.
- Los líderes de proceso que tienen a cargo el desarrollo de acciones del Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca vigencia 2015, deben llevar a cabo las acciones necesarias para el cierre del hallazgo y la minimización de los riesgos institucionales, dando cumplimiento de esta manera a las diferentes solicitudes de la alta Gerencia y las múltiples recomendaciones realizadas desde Control Interno.
- 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 y de acuerdo a los parámetros técnicos y normativos establecidos, con el fin de minimizar posibles riesgos a la entidad.
- 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 y de igual manera dar cumplimiento al Plan Anticorrupción.
- 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