



INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2012

Corresponde a las Oficinas de Control Interno, presentar al representante de la entidad, un Informe Ejecutivo Anual sobre la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, responsabilidad que fue establecida en el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999, reglamentario de la Ley 87 de 1993, mediante el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial.

El Decreto reglamentario 1599 de 2005, determinó que el informe ejecutivo anual de control interno está estructurado teniendo en cuenta el Modelo Estándar de Control Interno – MECI. A través del aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública se debe remitir el informe antes del 28 de febrero de cada año al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.

Así mismo, el 28 de diciembre de 2012 a través de la Circular Externa 003-100 de 2012 el Departamento Administrativo de la Función Pública emite las directrices para la elaboración y presentación del Informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2012.

En ese sentido, se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de la encuesta MECI – Calidad, realizada por la Profesional Universitaria con funciones de Control Interno, el cual se encuentra soportado en las correspondientes evidencias como evaluaciones independientes, resultados de auditorías internas y documentos que reposan en las diferentes dependencias de la entidad:



ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

PUNTAJE MECI : 76,142 % [Ver Concepto MECI](#)

ELEMENTOS	AVANCE (%)	COMPONENTES	AVANCE (%)	SUBSISTEMAS	AVANCE (%)
Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	100	AMBIENTE DE CONTROL	53	CONTROL ESTRATÉGICO	66
Desarrollo de talento humano	6				
Estilo de Dirección	100				
Planes y programas	80	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	91		
Modelo de operación por procesos	100				
Estructura organizacional	100				
Contexto estratégico	41	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	41		
Identificación de riesgos					
Análisis de riesgos					
Valoración de riesgos					
Políticas de administración de riesgos	100	ACTIVIDADES DE CONTROL	98		
Políticas de Operación					
Procedimientos					
Controles					
Indicadores					
Manual de procedimientos	100	INFORMACIÓN	92	CONTROL DE GESTIÓN	80
Información Primaria	100				
Información Secundaria	50				
Sistemas de Información	100				



Comunicación Organizacional	100	COMUNICACIÓN PÚBLICA	59		
Comunicación informativa	45				
Medios de comunicación	100				
Autoevaluación del control	100	AUTOEVALUACIÓN	100	CONTROL DE EVALUACIÓN	87
Autoevaluación de gestión	100				
Evaluación independiente al Sistema de Control Interno	100	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	97		
Auditoria Interna	93				
Planes de Mejoramiento Institucional	76	PLANES DE MEJORAMIENTO	63		
Planes de mejoramiento por Procesos	100				
Plan de Mejoramiento Individual	13				

Subsistema de Control Estratégico

Avances

Es de señalar que la ESE Hospital Regional Sur Oriental, a partir del mes de abril de 2012 inició una nueva administración, para lo cual fue elegido el actual Gerente por el sistema de meritocracia. En ese sentido, se recibió un modelo Estándar de Control Interno en Estado incipiente, por tanto, fue necesario trabajar en el diseño e implementación, conjuntamente con las políticas decalidad.

En la vigencia 2012 se lograron avances importantes. En el Subsistema de Control Estratégico, se pueden relacionar los siguientes:

Se trabajó con los servidores en la actualización del Código de Ética, a fin de lograr su participación en la consolidación de valores primarios, buscando reducir el listado enorme que contiene el anterior Código, con el objetivo de hacer más fácil el trabajo de interiorización y sensibilización. Se obtuvo respuesta muy positiva por parte de los servidores, para lo cual estos valores se incluyen en todas las actividades que se desarrollan, como un integrante esencial en el mejoramiento de la atención del usuario, en el trabajo en equipo de los servidores y en las relaciones interpersonales.



En la inducción de los nuevos servidores se da a conocer los principios y valores de la entidad y los compromisos que el servidor adquiere en materia de ética.

Se formuló y desarrolló un plan de capacitación, dirigido a los servidores del grupo de atención al usuario, realizando 33 actividades de capacitación en cada IPS, que incluyeron guías de atención, manuales y normas técnicas.

La nueva Gerencia de la entidad se encuentra comprometido y respalda continuamente el control interno y el mejoramiento continuo, éste es un cambio notorio en la entidad, se evidencia en la implementación de políticas de control interno y calidad, en el diálogo continuo con los servidores para planear, revisar avances, ejercer controles e implementar acciones de mejoramiento, como también en la participación activa en el Comité de Control Interno.

La Dirección formuló conjuntamente con el equipo de trabajo (servidores) el plan de Desarrollo de la entidad 2012-2016, y el Plan de gestión, el cual fue aprobado en Acuerdo No. 011 de mayo de 2012 de la Junta Directiva. Este documento se encuentra visible a través de la página web de la entidad: www.esesoriental.gov.co y socializado a los servidores.

Por ser una entidad de salud, el aspecto de seguimiento a la planeación institucional es primordial y es una exigencia de la Junta Directiva y el Instituto Departamental de Salud. Uno de los resultados del seguimiento, tanto a los resultados de gestión como a la ejecución presupuestal, fue el ajuste de la planeación, evidenciado en los planes presentados en el mes de noviembre al Ministerio donde se han ajustado las medidas para fortalecer y sanear fiscalmente a la entidad.

Se diseñó el Modelo de Operación por Procesos, se consolidó el mapa de procesos conjuntamente con el equipo de calidad y MECI, con base en este modelo se diseñaron los procedimientos y demás herramientas de control.

La estructura organizacional es flexible, permite la gestión por procesos.

Se implementó la política de Administración del Riesgo a través de la Resolución número 952 del 15 de noviembre de 2012, se dio a conocer a los servidores y se formuló conjuntamente con los responsables de los procesos la identificación, valoración y acciones preventivas.

Dificultades

La entidad cuenta con el Código de Buen Gobierno, formulado en el año 2010, no obstante requiere ser actualizado al nuevo estilo de dirección; teniendo en cuenta que aún no se han establecido las directrices del elemento de comunicación pública.

La entidad diseñó los procedimientos y políticas de talento humano, no obstante, por falta de recursos económicos y cambios del personal encargado de este proceso, no se consolidaron los planes de Bienestar Social y de incentivos.



Actualmente se encuentra en construcción el normograma de la entidad, teniendo en cuenta que en el 2012 se trabajó en el diseño de los procesos y procedimientos; ya terminada esta actividad se procede a consolidar el normograma.

Teniendo en cuenta que la política del Riesgo se implementó en el mes de noviembre de 2012, y se identificaron los riesgos y las acciones de prevención en esta misma fecha, aún no se ha realizado la etapa de evaluación; no obstante, se contempla en la planeación del 2013 la actividad de seguimiento.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

Por primera vez la entidad ha documentado y caracterizado los procesos y procedimientos, éstos se implementaron a través de la Resolución número 951 del 15 de noviembre de 2012.

De igual manera, se implementaron las políticas, se encuentran documentadas y socializadas. Estas políticas han permitido la organización y el control de los procesos.

Es de resaltar el trabajo realizado por el equipo de calidad, en la actualización de guías y manuales necesarios en el proceso de acreditación en Salud, herramienta esencial para el mejoramiento de la calidad.

Los controles ya han mostrado resultado contribuyendo a que algunos riesgos no se materialicen, al igual que han dado resultados positivos en la productividad de la empresa.

Respecto a los indicadores, algunos son exigidos y regulados por el sistema de salud, los cuales son evaluados mensualmente y monitoreados por el Instituto Departamental de Salud y la Junta Directiva. Los demás indicadores son internos y miden el desempeño y la prevención de riesgos, los cuales serán evaluados en los primeros meses de la presente vigencia.

Los procedimientos establecidos y las capacitaciones realizadas han facilitado la medición oportuna de los indicadores, con base en los cuales se toman decisiones a través de la Junta directiva y la Gerencia.

La Gerencia de La ESE y el equipo de calidad y control interno le han dado prioridad al funcionamiento del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU, para lo cual se implementaron las directrices e instrumentos básicos necesarios para la ejecución del sistema. El proceso es evaluado permanentemente por la coordinación de control interno y la coordinación de Calidad. Los resultados de las encuestas realizadas a los usuarios, como también el informe de Quejas, Reclamos y Sugerencias son discutidos en el Comité de Calidad y con los representantes de los Usuarios, de igual manera, se dan a conocer a la Gerencia para la toma de decisiones.



Se establecieron procedimientos para la Gestión de la Información tales como: estadísticas, manuales, informes, actas, actos administrativos, permitiendo la consolidación de información y entrega oportuna a las entidades de control.

Así mismo, se implementó el plan de comunicación que comprende la actualización de la página web, a través de la cual se informa a los ciudadanos en general, sobre la planeación, los trámites, los programas, la ejecución presupuestal, entre otros.

De igual manera, las herramientas de información permiten el cruce y verificación de la misma.

Se cuenta con mecanismos documentados de seguimiento y control de Derechos de Petición.

Dificultades

La implementación y aplicación de políticas de control interno y de calidad son nuevas para el personal de la institución, lo cual genera la necesidad de algunos cambios, tanto en los procedimientos como en la actitud de los funcionarios, presentándose algunos inconvenientes en el cumplimiento de las directrices establecidas en el manual de procedimientos, en los controles, en los indicadores, entre otros. En ese sentido, el trabajo de seguimiento debe ser permanente.

Una dificultad grande es la falta de tiempo para efectuar la labor de autoevaluación, teniendo en cuenta que es una entidad que permanentemente efectúa la labor de atención al usuario, por tal razón se requiere constante esfuerzo por parte de los servidores.

De igual manera, se carece de Tablas de Retención Documental, para lo cual se requiere capacitación a los funcionarios, recursos económicos y recurso humano para las labores de organización de los archivos conforme a lo establecido en la Ley de Archivos. En este aspecto ya se solicitó apoyo al SENA para capacitar a los servidores.

Aunque se definió el plan de comunicación, no se logró el cumplimiento de todas las metas establecidas, como es el caso de la publicación de leyes, decretos, actos administrativos, los indicadores, los informes de gestión, la vinculación del recurso humano a la entidad, entre otros.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

En esta vigencia la administración se empeñó en sensibilizar y comprometer a todo el personal en la implementación de procedimientos, que permitiera el autocontrol y la calidad del servicio, como también la correcta organización de la entidad, en ese sentido, se inició con el diagnóstico del sistema de control interno producto de la autoevaluación, lo cual dio la pauta para la planeación de las actividades que han venido desarrollándose y que han permitido avanzar en el autocontrol.



La Gerencia y la coordinación de calidad han propiciado la autoevaluación en los procesos de Atención al Usuario y la consolidación de estadísticas en la prestación del servicio, lo que ha permitido tomar correctivos y estar alerta ante posibles riesgos.

De igual manera, se ha realizado en los procesos administrativos, generándose acciones correctivas, en la gestión de farmacia, almacén, inventarios, facturación, entre otros.

Se efectúa evaluación a la gestión, lo que ha facilitado la toma de decisiones por parte de la gerencia.

La Coordinación de Control Interno permanentemente efectúa seguimiento a la efectividad de control interno, presentando los informes correspondientes a la gerencia para la toma de decisiones.

Con base en los seguimientos se han elaborado planes de mejoramiento y efectuado correctivos.

Es importante el acompañamiento que se ha realizado por parte de la coordinación de control interno, en el establecimiento de procedimientos y políticas y actividades de prevención de Riesgos en algunos procesos, como: SIAU, Gestión de Farmacia, Inventarios, Almacén, entre otros.

En la vigencia 2012 se contó con un plan de auditorías al cual se dio cumplimiento, así mismo se han elaborado y publicado los informes pormenorizados de control interno.

Dificultades

En la mayoría de servidores aún no hay la cultura del autocontrol, lo cual no facilita la autoevaluación.

En la vigencia 2012, se contó con el funcionario Coordinador de control interno a partir del mes de junio.

Estado General del Sistema de Control Interno

La encuesta dio como resultado un puntaje de 76.142% de avance en el Desarrollo del Sistema de Control Interno, y conforme al concepto MECI; el modelo muestra un buen desarrollo pero requiere mejoras en algunos aspectos, como:

Aplicación de las políticas de talento humano, planeación en cada una de las áreas de trabajo, seguimiento no solo a los indicadores de resultado sino también a los operativos.

De igual manera, se requiere avanzar en el Elemento de Comunicación Informativa, estableciendo acciones claras de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía y más visibilidad de la entidad a través de la página web.



Teniendo en cuenta que el modelo se encuentra en su inicio de aplicación, se debe continuar con la motivación y seguimiento continuo a la aplicación de políticas, procedimientos, controles, indicadores y la autoevaluación permanente.

Es importante señalar que los logros obtenidos en la vigencia 2012 han sido resultado del liderazgo de la Gerencia de la entidad, que se ha desempeñado con gran compromiso en la Dirección, organización y control, incentivando a los servidores a implementar cambios en la organización y mejoramiento de la atención al usuario.

De igual manera, se resalta el trabajo realizado por la coordinación de calidad, y el grupo de profesionales (de medicina, enfermería, odontología, laboratorio clínico), entre otros, quienes lograron la actualización de guías de atención y manuales, esenciales en la prestación del servicio. No obstante, se requiere replantear la metodología de trabajo de implementación de Estándares de Acreditación en Salud y los elementos del MECI y Calidad, teniendo en cuenta que debe trabajarse interrelacionadamente dando cumplimiento a las normas; solo así se puede garantizar la sostenibilidad de la buena operación de la entidad.

Recomendación frente al Sistema de Control Interno

- Continuar con la sensibilización en principios y valores y concretar los compromisos éticos como servidores de la entidad, ante los usuarios, compañeros de trabajo y ciudadanía en general.
- Dar aplicación a las políticas de talento humano, respecto a la calificación de los servidores de carrera, desarrollar planes de Bienestar Social, de incentivos y de capacitación.
- Formular y evaluar los planes de acción operativos en todas las áreas de la entidad.
- Socializar la política de administración del Riesgo y efectuar seguimiento a la efectividad de los controles establecidos en el plan de manejo de riesgos y la actualización de los mismos.
- Por encontrarse el modelo de operación por procesos en su inicio de aplicación, se debe continuar con la motivación y seguimiento continuo a la aplicación de políticas, procedimientos, controles, indicadores y la autoevaluación permanente de cada uno de los procesos de la entidad.
- Socializar el plan de comunicación tanto a los servidores como a la ciudadanía, que contenga la información mínima a publicar en la Web de la entidad, que permita al ciudadano la participación de los programas, facilitar los trámites y permitir el control social.
- Programar y ejecutar Rendición de Cuentas a la Ciudadanía.
- Continuar con las acciones de fortalecimiento de los espacios de participación social a través de la conformación y/o renovación de las Asociaciones de Usuarios de las IPS de la ESE Hospital Regional Sur Oriental.
- Implementar un plan de trabajo a fin de dar cumplimiento a la Ley General de Archivo (Ley 594 de 2000).



**MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD – NORTE DE SANTANDER
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL
N.I.T: 807.008.827-8**



- Con el objetivo de promover que los procesos internos de la ESE HRSO se desarrollen en forma eficiente y transparente, se debe continuar con la adopción de planes de mejoramiento a través de acciones preventivas y correctivas, producto de las autoevaluaciones. éstos se deben formular a nivel *institucional, por procesos o individual*.

ANA EDILIA CARRERO ACEVEDO

Profesional Universitario con funciones de Control Interno