

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
(LEY 1474 DE 2011 ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN)**Jefe de Control Interno
o quien haga sus vecesNombre: **BIBIANA ISABEL GARNICA
LAGOS**Periodo evaluado: 12 de JULIO al 10
de NOVIEMBRE 2017Fecha de elaboración: NOVIEMBRE
15 de 2017**ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y conforme al Decreto 943 de 2014, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública D.A.F.P. en la cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, la Oficina de Control Interno de Gestión presenta y publica el Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno correspondiente al periodo 12 Julio a 10 Noviembre del 2017, de acuerdo con la estructura del modelo: Modelo de Planeación y Gestión, Módulo de Evaluación y Seguimiento y el Eje Transversal de Información y Comunicación.

Módulo de Planeación y gestión

Este módulo contiene los componentes de:

- ☞ Talento humano.
- ☞ Direccionamiento estratégico.
- ☞ Administración del riesgo.

AVANCES.**1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.****1.1.1 Acuerdos Compromisos y Protocolos Éticos.**

La Alta Dirección actualizó el Código de ética, mediante Resolución No de 217 del 29 de marzo del 2017, el cual fue divulgado a las diferentes áreas, a través de la Pagina Web de la Institución. Así mismo, dentro de este componente se revisó y actualizó el código de buen gobierno.

Dentro del seguimiento realizado por la oficina de control interno, Se evidencia que la oficina de la subgerente realizó la “declaración de compromiso”, tal como se manifiesta en el capítulo X, el día 01 De Noviembre De 2017, documento en el cual se da a conocer y asume la aplicación del código de ética y buen gobierno. Igualmente se cuenta con los soportes de la socialización y divulgación del código de Ética a los servidores públicos de

Carrera 3 calle 10 Esquina Barrio El Dique. Teléfonos: 5864120- 5864490.

www.esesuroriental.gov.co

Chinácota – Norte de Santander

“POR UNA SALUD PRODUCTIVA”



la ESE HRSO en siguientes IPS Toledo, Labateca, San Bernardo, Samoré, Durania, Bochalema, La Don Juana, Ragonvalia y Chinácota, quedando pendiente por firmar el compromiso y la socialización las IPS Samore y Gibraltar, aunque ya se les ha entregado CD con la información para su correspondiente lectura.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano:

Manual de funciones.

La entidad dispone del Manual de Funciones y competencias labores actualizado mediante Acuerdo No 010 del 17 de julio de 2016 el cual se socializo con todos los funcionarios mediante correos institucionales y está publicado en la página WEB de la ESE HRSO, quedando pendiente la socialización con todos los funcionarios en cada IPS de forma presencial.

Plan Institucional de Formación y Capacitación.

El Plan de Formación y Capacitación está en ejecución. Se realizaron encuestas en todas las IPS para detectar las necesidades de capacitación de los funcionarios lo cual se consolido en un informe. Igualmente, se están desarrollando en las IPS los temas de capacitación del área asistencial, según plan y cronograma estipulado (informe de priorización de necesidades de capacitación del área asistencial).

También se pudo apreciar por esta oficina, que la entidad cuenta con un rubro destinado para Capacitación, pero en la actualidad no se está presupuestando.

**DESARROLLO PLAN DE CAPACITACIONES DEL AREA ASISTENCIAL - ESE HRSO- AÑO 2017**

FECHA	TEMA	LUGAR	No. DE ASISTENTES
28/06/2017	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	IPS TOLEDO	25 PERSONAAS
28/06/2017	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTENDIDO	IPS TOLEDO	29 PERSONAS ASISTENTES DE LAS IPS DE TOLEDO, LABATECA Y SAN BERNARDO
28/06/2017	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, NOTIFIACION Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DEL RIESGO	IPS TOLEDO	30 PERSONAS ASISTENTES DE LAS IPS DE TOLEDO, LABATECA Y SAN BERNARDO
28/06/2017	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTES Y MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	IPS TOLEDO	29 PERSONAS ASISTENTES DE LAS IPS DE TOLEDO, LABATECA Y SAN BERNARDO
04/07/2017	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	IPS DURANIA	16 PERSONAS
04/07/2017	GUIA DE PRACTICA CLINICA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA	IPS DURANIA	14 PERSONAS
04/07/2017	NORMA TECNICA Y GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS	IPS DURANIA	14 PERSONAS
04/07/2017	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTENDIDO	IPS DURANIA	14 PERSONAS
04/07/2017	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTES Y MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	IPS DURANIA	14 PERSONAS
04/07/2017	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, NOTIFIACION Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DEL RIESGO	IPS DURANIA	16 PERSONAS



05/07/2017	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	IPS BOCHALEMA	12 PERSONAS
05/07/2017	GUIA DE PRACTICA CLINICA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA	IPS BOCHALEMA	12 PERSONAS
05/07/2017	NORMA TECNICA Y GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS	IPS BOCHALEMA	12 PERSONAS
05/07/2017	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, NOTIFICACION Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DEL RIESGO	IPS BOCHALEMA	13 PERSONAS ASISTENTES
05/07/2017	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTENDIDO	IPS BOCHALEMA	11 PERSONAS ASISTENTES
05/07/2017	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTES Y MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	IPS BOCHALEMA	12 PERSONAS ASISTENTES DE LAS IPS DE BOCHALEMA Y LA DONJUANA
27/07/2017	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTENDIDO	IPS RAGONVALIA	10 PERSONAS ASISTENTES
27/07/2017	PROTOCOLO DE IDENTIFICACION DE PACIENTES	IPS RAGONVALIA	10 PERSONAS ASISTENTES
15/08/2017	PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS	IPS TOLEDO	18 PERSONAS ASISTENTES DE IPS TOLEDO, IPS LABATECA, IPS SAN BERNARDO
15/08/2017	PROTOCOLO DE TRIAGE	IPS TOLEDO	18 PERSONAS ASISTENTES DE LAS IPS TOLEDO, IPS LABATECA, IPS SAN BERNARDO
30 Y 31 DE OCTUBRE 2017	TALLER DE ENTRENAMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA MÉDICOS Y ENFERMERÍA	IPS CHINACOTA	15 PERSONAS



Programa de Bienestar e Incentivos.

La entidad cuenta con la reactivación del Comité de Bienestar Social mediante Resolución 035 del 19 de enero del 2017, el cual se ha estado reuniendo para implementar el Programa de Bienestar e incentivos para los servidores públicos de la entidad, la fecha de su última reunión fue el día 1 de agosto del 2017, según acta No. 001 .

Se pudo evidenciar por parte de esta oficina, que la entidad cuenta con el rubro de Bienestar Social con un valor de \$16.068.000 para la vigencia 2017, y a la fecha no se ha ejecutado.

Igualmente, se pudo evidenciar por parte de esta oficina que se realizó un formato de encuestas de Clima Laboral, y se socializó en todas las IPS de la ESE HRSO, quedando pendiente recopilar la información para posteriormente tabularla y presentar el informe de medición del clima laboral de la entidad.

Programa de Inducción y Re inducción.

En la actualidad la oficina de Talento Humano está trabajando en la actualización y documentación del Manual de Inducción y Reinducción a fin de garantizar el desempeño eficiente de las funciones por parte de los servidores públicos de la ESE Hospital Regional Sur Oriental del Municipio de Chinacota, el cual fue allegado por medio magnético, observándose por parte de esta oficina de control interno que no cuenta aún con la respectiva resolución de adopción. Igualmente, esta oficina, está trabajando en la caracterización de su proceso y sus respectivos procedimientos.



Sistema de Evaluación del desempeño.

Dentro del seguimiento realizado a la oficina de Talento Humano con respecto al cumplimiento de la evaluación del desempeño de los 9 empleados de carrea administrativa con que cuenta la entidad, se evidencio que la ESE Hospital Regional Sur Oriental a corte 30 julio realizo la evaluación de desempeño a los 9 funcionarios, pero solo se encontró como evidencia en el expediente físicamente 6 formatos de evaluación de desempeño con corte 30 de julio del 2017.

Sin embargo, podemos apreciar por parte de esta oficina que en la actualidad no se tiene documentado y aprobado el procedimiento para gestionar la evaluación del desempeño, pero esta se realiza teniendo como base los lineamientos aportados por la Comisión Nacional de Servicio Civil.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y proyectos.

Según seguimiento realizado por parte de esta oficina, se pudo apreciar, que la subgerencia tienen los soportes de la evaluación de planes de Acción por áreas del primer y segundo trimestre de 2017, pero sin embargo se observó que no se evidencia la evaluación realizada al Plan de Acción del área de Salud Pública y que el documento de la evaluación del Plan de Acción del Área de Gestión Ambiental allegado en el CD soporte no abrió dicho seguimiento. Igualmente, esta oficina de control interno observo que la ESE no ha realizado la evaluación del tercer trimestre de planes de Acción por áreas.

Acuerdos de Gestión.

Dentro del seguimiento realizado por esta oficina de control interno se evidencio que el día 9 de Agosto del 2017, se elaboró, el Acuerdo de Gestión entre el Subgerente y la Gerencia, Donde se concretan los compromisos adoptados por el subgerente con su superior jerárquico.



Cronograma de Diferentes Comités Institucionales

Se realizó el respectivo seguimiento a la actualización de los diferentes comités administrativos con el fin de reactivarlos y hacer un uso correcto de las políticas, objetivos, normativas aplicables a las nuevas actividades misionales y de apoyo de la entidad.

Dentro del seguimiento realizado se evidencio la operatividad de los siguientes comités:

según resolución número 189 del 15 de marzo del 2017, se conforma comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (copasst), y el cual está operando activamente, teniendo su última reunión el 12 de octubre del 2017.

Según resolución número 190 del 28 de octubre del 2016, se crea el comité de sostenibilidad contable, el cual está operando activamente, teniendo su última reunión el 15 de agosto del 2017.

Según resolución número 190 del 15 de marzo del 2017, se crea el Comité de convivencia laboral, el cual está operando activamente, teniendo su última reunión el 29 de agosto del 2017.

Según resolución número 690 del 11 de septiembre del 2017, se crea el comité de Urgencias, el cual está operando activamente, teniendo su última reunión el 15 de agosto del 2017.

Igualmente, no se pudo observar evidencia alguna de la operatividad de los siguientes comités Administrativos:

comité de evaluación de bienes
comité de gobierno en línea

Los Comités Institucionales concernientes al Área Asistencial, de la ESE Hospital Regional Sur-Oriental, cuentan con la implementación y operatividad de estos, aprobados Bajo Actos Administrativos, cumpliendo con la respectiva periodicidad de las reuniones y seguimiento a los compromisos plasmados en cada una de las actas que se desarrollan.



COMITÉ	MARCO LEGAL EXTERNO	RESOLUCION DE ADOPCION DE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL	PERIODICIDAD DE LA REUNION	ACTAS DE REUNION AÑO 2017	OBSERVACIONES
COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	Resolución 1995 de 1999. Ley 1438 de 2011, Ley 1753 de 2015 art. 45, Resolución 671 del 23/07/2012.	RESOLUCION DE CREACION 423 DEL 14 DE JUNIO 2016	Mensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan.	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 14 de Marzo de 2017 Acta 03 de 11 de Abril de 2017 Acta 04 de 09 de Mayo de 2017 Acta 05 de 13 de Junio de 2017 Acta 06 y 07 de 16 de Agosto de 2017 Acta 08 de 23 de Octubre de 2017	En el Mes de Julio el Comité de Historias Clínicas no sesiono por lo cual para el Mes de Agosto se socializaron los temas concernientes a los 2 Meses anteriores, por motivos Académicos de la persona encargada del mismo.
COMITÉ DE CALIDAD	Decreto 2174 de 1996, Decreto 4295 de 2007, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014.	RESOLUCION DE CREACION 422 DEL 14 DE JUNIO 2016	Bimensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 11 de Abril de 2017 Acta 03 de 13 de Junio de 2017 Acta 04 de 16 de Agosto de 2017	La Actas de la Reunión que se llevo a cabo en Octubre esta pendiente por firma de aprobación
COMITÉ DE COVEI	Decreto 3518 de 2006,	RESOLUCION DE CREACION 426 DEL 14 DE JUNIO 2016	Mensual (2 horas) Según calendario Epidemiológico	Acta 01 de 18 de Enero de 2017 Acta 02 de 13 Febrero de 2017 Acta 03 de 13 de Marzo de 2017 Acta 04 de 27	Las Actas correspondientes a los Mese de Septiembre y Octubre está pendiente su entrega por parte



				Abril de 2017 Acta 05 de 25 de Mayo de 2017 Acta 06 de 22 de Junio de 2017 Acta 07 de 17 de Julio de 2017 Acta 08 de 29 de Agosto de 2017	de la Enfermera Responsable
COMITÉ DE EMERGENCIAS hospitalaria	resolución 1802 de 1989, Directiva Ministerial 1 de 1993,	RESOLUCION DE CREACION 425 DEL 14 DE JUNIO 2016	Bimensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 11 de Abril de 2017 Acta 03 de 13 de Junio de 2017 Acta 04 de 13 de Agosto de 2017	Este comité ha estado sesionando con la periodicidad indicada en la resolución, es importante aclarar que en el Mes de Octubre la persona responsable de este comité no se presento en la Reunión.
COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA	Resolución 13473 de 1991, Decreto 1757 de 1994, Resolución 1817 de 2009 y Resolución 678 de 2012.	RESOLUCION DE CREACION 428 DEL 14 DE JUNIO 2016	Mensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan.	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 14 de Marzo de 2017 Acta 03 de 11 de Abril de 2017 Acta 04 de 09 de Mayo de 2017 Acta 05 de 13 de Junio de 2017 Acta 06 de 12 de Julio de 2017 Acta 07 de 16 de Agosto de 2017 Acta 08 de 13 de Septiembre de 2017	



COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	Decreto 2200 de 2005, Resolución 1403 de 2007 y Resolución 679 de 2012.	RESOLUCION DE CREACION 427 DEL 14 DE JUNIO 2016	Mensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan.	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 14 de Marzo de 2017 Acta 03 de 11 de Abril de 2017 Acta 04 de 09 de Mayo de 2017 Acta 05 de 13 de Junio de 2017 Acta 06 de 12 de Julio de 2017 Acta 07 de 16 de Agosto de 2017 Acta 08 de 13 de Septiembre de 2017	
COMITÉ DE GESTION AMBIENTAL	Resolución 1164 de 2002, Ley 1252 de 2008, Decreto 351 de 2014 y Resolución 674 de 2012.	RESOLUCION DE CREACION 424 DEL 14 DE JUNIO 2016	Mensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan.	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 14 de Marzo de 2017 Acta 03 de 11 de Abril de 2017 Acta 04 de 09 de Mayo de 2017 Acta 05 de 13 de Junio de 2017 Acta 06 de 12 de Julio de 2017 Acta 07 de 16 de Agosto de 2017 Acta 08 de 13 de Septiembre de 2017	Para le reunión del Mes de Octubre la persona responsable de este comité no se presente ya que se encontraba en visitas de Auditorías internas en las demás IPS de la ESE, Se comprometió a socializar la información en el comité de Noviembre
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Ley 100, Decreto 1011, Resolución 2003 de 2014, PAME y Resolución 123 de 2012	RESOLUCION DE CREACION 369 DEL 23 DE MAYO 2016	Mensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan.	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 14 de Marzo de 2017 Acta 03 de 11 de Abril de 2017 Acta 04 de 09 de Mayo de 2017 Acta 05 de 13 de Junio de 2017 Acta 06 de 12 de Julio de 2017	



				Acta 07 de 16 de Agosto de 2017 Acta 08 de 13 de Septiembre de 2017	
COMITÉ DE VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO AL MODELO DE ATENCIÓN PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Ley 1146 de 2007, Resolución 459 de 2012	RESOLUCION DE CREACION 423 DEL 26 DE JUNIO 2015	Mensual (2 horas) y de manera extraordinaria cuando la necesidades así lo exijan.	Acta 01 del 06 de febrero de 2017 Acta 02 de 14 de Marzo de 2017 Acta 03 de 11 de Abril de 2017 Acta 04 de 09 de Mayo de 2017 Acta 05 de 13 de Junio de 2017 Acta 06 de 12 de Julio de 2017 Acta 07 de 16 de Agosto de 2017 Acta 08 de 13 de Septiembre de 2017	
COMITÉ DE URGENCIAS	Decreto 412 de 1992 Circular Extena 014 de 1995	RESOLUCION 690 DE 11 DE SEPTIEMBRE DE 2017	Trimestral y de manera extraordinaria cuando las necesidades así lo exijan.	Acta 01 de 13 de Septiembre de 2017	



Igualmente, y en cumplimiento de la normatividad vigente se creó e implemento el comité de urgencias para cada una de las IPS:

COMITÉ DE URGENCIAS CONVOCATORIA Bimensual y de manera extraordinaria cuando lo requiera	Decreto 412 de 1992 Circular Extena 014 de 1995	RESOLUCION DE CREACION 690 DEL 11 DE SEPTIEMBRE 2017	<ul style="list-style-type: none">• Gerente o Subgerente.• Médico general o Medico Servicio Social Obligatorio.• Enfermera de la IPS o Enfermera responsable del Servicio de Urgencias.• Auxiliar enfermería	ACTA 01 DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2017
---	--	--	---	-------------------------------------

1.2.3. Políticas de Operación.

La ESE Hospital regional Sur Oriental del Municipio de Chinacota, dio cumplimiento a las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF, para lo cual se elaboró y aprobó el Manual de Políticas contables del nuevo marco normativo para empresas que no cotizan en el mercado de valores, mediante Acuerdo No. 018 del 17 de noviembre de 2016, siendo ésta, la herramienta principal para consolidar la implementación de las NIIF en la entidad.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL: La oficina de control interno reitera la recomendación de actualizar la estructura organizacional de entidad, a fin de que esta sea compatible con los procesos que desarrolla la entidad para el cumplimiento de su misión institucional.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS:

La entidad está en proceso de actualizar el mapa de procesos, caracterizadores y los procedimientos misionales y de Talento Humano, de lo cual se tiene un cronograma para su ejecución y se espera al final del año disponer de todos los documentos pertinentes. Se aclara que actualmente se dispone de todos los procesos Misionales, pero debido a que se deben actualizar cada 2 años, en la presente vigencia se está adelantando esta actividad.

Carrera 3 calle 10 Esquina Barrio El Dique. Teléfonos: 5864120- 5864490.

www.esesuroriental.gov.co

Chinácota – Norte de Santander

“POR UNA SALUD PRODUCTIVA”



Sobre el consolidado del Manual de Indicadores de Gestión, la ESE dispone de una resolución No. 011 del 07 de Enero de 2015, por la cual adopta los indicadores y estándares por pareja de gestión de la resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social para el seguimiento de la gestión gerencial de la ESE.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

1.3.1. Políticas de administración del riesgo:

La entidad en cumplimiento a las políticas de Administración de riesgos, realiza el seguimiento y monitoreo de manera trimestral y como evidencia de ello se dispone de soportes de seguimiento a los mapas de Riesgo por procesos del Primer Semestre y al Mapa de Riesgo Institucional. se observó por parte de esta oficina que estos informes no son publicados en la página web, pues en ella solo se observó la Política de Administración del Riesgo, y la Nueva Resolución de la Política de Administración del Riesgo. Igualmente, a la fecha se encuentra pendiente por evaluar el tercer trimestre de los mismos.

Dentro del seguimiento realizado por esta oficina en cumplimiento de Ley 1474 de 2011, se evidencia la actualización y publicación del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano en la página web de la entidad. Al cual se le ha realizado seguimiento por parte de esta oficina.

**Observaciones:**

- ☞ No se evidencio socialización y divulgación del código de Ética a los servidores públicos de las IPS Samore y Gibraltar.
- ☞ No se evidencio socialización con todos los funcionarios en cada IPS de forma presencial del Manual de Funciones y competencias labores.
- ☞ Se evidencio que la ESE cuenta con un rubro destinado para Capacitación, pero en la actualidad no se está presupuestando.
- ☞ No se evidencia, el Programa de Bienestar e incentivos para los servidores públicos de la entidad y se puedo evidenciar por parte de esta oficina, que la entidad cuenta con el rubro de Bienestar Social con un valor de \$16.068.000 para la vigencia 2017, y a la fecha no se ha ejecutado.
- ☞ No se evidencio la medición del clima laboral de la entidad.
- ☞ No se ha Documentado e Implementado el Programa de inducción y re inducción.

- ☞ La oficina de planeación no realizo monitoreo, seguimiento y evaluación a los mapas de riesgos por proceso del tercer trimestre y al mapa de riesgo institucional.
- ☞ No se evidencia en el expediente físicamente 6 formatos de evaluación de desempeño con corte 30 de julio del 2017.
- ☞ No se evidencio la caracterización del proceso de la oficina de Talento humano y sus respectivos procedimientos.
- ☞ No se evidencia construcción de Fichas de indicadores que permita consultarlos de manera fácil.
- ☞ Se requiere que la entidad actualice la política de administración del riesgo, de acuerdo a la nueva metodología del DAFP Versión 3.

- ☞ La entidad no ha actualizado su mapa de procesos, donde se evidencie la interrelación de esto; articulando entre estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación. Así mismo seguir actualizando los procedimientos que permitan evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios ofrecidos en la organización.



2. Módulo de Evaluación y Seguimiento

Este módulo contiene los siguientes componentes:

- 2.3. Autoevaluación institucional.
- 2.4. Auditoria interna.
- 2.5. Planes de mejoramiento

AVANCES

2.3 COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.

La ESE Hospital Regional Sur Oriental del Municipio de Chinacota, viene evaluando los planes de Acción por áreas y mapa de riesgos del primer y segundo trimestre de 2017, encontrándose en desarrollo la evaluación del tercer trimestre. sin embargo; la entidad presenta debilidades para afianzar la cultura del autocontrol respecto a autoevaluación de procedimientos, mapa de procesos e indicadores por proceso, y caracterizadores de los procesos misionales y de Talento Humano, de lo cual se tiene un cronograma para su ejecución y se espera al final del año disponer de todos los documentos pertinentes donde cada jefe de área con su equipo de trabajo debe verificar el desarrollo y cumplimiento de sus actividades con respecto al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Es preciso mencionar que la ESE en la actualidad desde el pasado 18 de septiembre del año en curso, viene trabajando en la actualización de procedimientos, guía, manuales y protocolos del área misional, a la fecha se cuenta con 51 documentos actualizados elaborados, relacionados a continuación:

1. Protocolo de pinzamiento oportuno del cordón
2. Manual de Esterilización
3. Protocolo de medidas antropométricas
4. Protocolo de limpieza y desinfección
5. Protocolo de Venopunción
6. Manual de uso y reuso
7. Protocolo de manejo de derrames
8. Tarjeta de reuso de medicamentos y dispositivos médicos
9. Guía de remisión a programas
10. Lista de chequeo documentos para remisión a paciente
11. Manual de referencia y Contrarreferencia

Carrera 3 calle 10 Esquina Barrio El Dique. Teléfonos: 5864120- 5864490.

www.esesuroriental.gov.co

**Chinacota – Norte de Santander
“POR UNA SALUD PRODUCTIVA”**



12. Protocolo de referencia y Contrarreferencia
13. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual
14. Procedimientos egreso de paciente con plan ambulatorio
15. Protocolo de atención a urgencias
16. Protocolo de manejo de paciente con enfermedad respiratorio alta y baja
17. Protocolo declaración de muerte cerebral
18. Protocolo de recibo y entrega de turno de enfermería
19. Guías para la preparación de formulas artificiales de lactancia materna
20. Protocolo de manejo del recién nacido prematuro
21. Protocolo para la remisión segura del binomio madre e hijo
22. Protocolo control de líquidos administrados y eliminados
23. Protocolo para atención prenatal
24. Protocolo para la ronda medica diaria de evolución de pacientes
25. Protocolo plan de cuidados de enfermería
26. Protocolo para la revisión de equipo de reanimación
27. Manual de uso del botiquín
28. Protocolo de catetericemos vesical
29. Protocolo de reanimación cardiopulmonar
30. Protocolo para la toma de muestras de laboratorio clínico
31. Protocolo para la prelación y administración de dietas por vía oral
32. Protocolo para la prevención de úlceras por presión
33. Guías medicas de atención pre hospitalaria
34. Guía tomo 3 brotes psicóticos y paciente agitado
35. Guía tomo 3 intento de suicidio
36. Formato 10 correctos de administración segura de Medicamentos
37. Formato de entrega turno medico, urgencias y Hospitalización
38. Política De Uso Y Reuso
39. Política de priorización de la atención
40. Procedimientos criterios explícitos para referir ir de hospitalización y consulta externa
41. Procedimiento de recomendaciones para el egreso
42. Protocolo de administración segura de medicamentad
43. Protocolo de asepsia y antisepsia
44. Protocolo de atención a pacientes con síndromes de abstinencia
45. Protocolo de rehidratación oral
46. Protocolo de entrega de turno del personal médico en el servicio de urgencias y hospitalización
47. Protocolo de etapas de Esterilizacion
48. Protocolo de manejo de paciente con enfermedad respiratorio alta y baja

Carrera 3 calle 10 Esquina Barrio El Dique. Teléfonos: 5864120- 5864490.

www.esesuroriental.gov.co

Chinácota – Norte de Santander

“POR UNA SALUD PRODUCTIVA”



- 49. Protocolo de inmovilización segura de pacientes
- 50. Protocolo de uso y reuso
- 51. Tarjeta de reuso de dispositivos médicos

Area Administrativo Y Financiero:**INDICADORES FINANCIEROS PRESUPUESTALES**

Análisis Presupuestal Con Corte A 30 De septiembre Del 2017

	DESCRIPCION	VALOR
a	Ingresos Presupuestados	9,970,328,383
b	Ingresos Recaudados	7,182,755,544
c	Compromisos a la fecha	7,273,769,804
d	Gastos Ejecutados	6,756,686,386

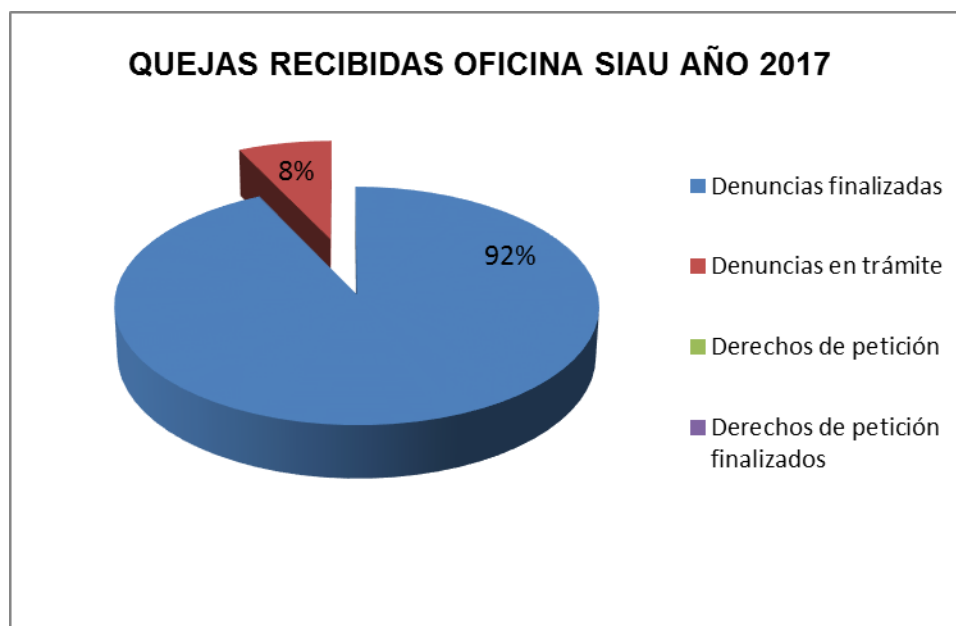
INDICADOR	DESCRIPCION	sep-17
Gastos Ejecutados/Ingresos Presupuestados	d/a	67.77
Ingresos Recaudados /Ingresos Presupuestados	b/a	72.04
Compromisos a la Fecha /Ingresos Recaudados	c/a	101.27

De los ingresos presupuestados la ESE Hospital Regional Sur Oriental del Municipio de Chinacota, con corte al 30 de septiembre del 2017 ha gastado o ejecutado el 67.77%, ha recaudado el 72.04% y posee un 101.27% de compromisos a la fecha.

**Oficina de SIAU:**

Quejas recepcionadas en la oficina SIAU, el año en curso:

Denuncias recibidas y atendidas	14
Denuncias finalizadas	13
Denuncias en trámite	01
Derechos de petición	00
Derechos de petición finalizados	00

**2.4 COMPONENTE AUDITORIA INTERNA.**

Auditoria interna. La oficina de Control interno en cumplimiento de sus funciones no ha dado cumplimiento al plan anual de auditorías aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno, ya que a la fecha se evidencia que se han auditando los siguientes procesos: proceso de Gestión jurídica, proceso de Gestión Financiera y facturación (Tesorería), esto debido a que a la fecha la ESE Hospital Regional Sur Oriental del Municipio de Chinacota no contaba con Asesor de Control Interno, por tal motivo están pendiente de realizar las auditorías a los

Carrera 3 calle 10 Esquina Barrio El Dique. Teléfonos: 5864120- 5864490.

www.esesoriental.gov.co

Chinacota – Norte de Santander

“POR UNA SALUD PRODUCTIVA”



procesos de Almacén General, Auditoría de austeridad del gasto, Auditoría al Mapa de riesgos por dependencias, a los comités institucionales, Auditoría PGIRHS y SIAU.

2.5 PLANES DE MEJORAMIENTO

La ESE Hospital Regional Sur Oriental del Municipio de Chinacota, evidenció un cumplimiento del **100%** del plan de mejoramiento suscrito con la contraloría Departamental correspondiente a la cuenta de la vigencia 2015. Igualmente, cuenta con planes de mejoramiento por procesos, producto de las auditorías internas de la oficina de Control interno, a los cuales se les está realizando seguimiento en la presente vigencia, para evaluar su cumplimiento.

DIFICULTADES

- ☞ No es entendida claramente en valor que tiene la evaluación independiente y los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas para afianzar el MECI en la entidad.
- ☞ Falta madurar el componente de autoevaluación institucional por parte de los líderes de proceso, a fin de activar el mejoramiento continuo del sistema en todos los procesos de la entidad y falta realizar los seguimientos del tercer trimestre de los planes de acción, con el fin de lograr los objetivos institucionales.



3. Eje Transversal de Información y Comunicación

AVANCES

3. COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA

La entidad tiene identificada e implementada las fuentes de información externa como lo son Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias, Buzón de sugerencias, Encuestas de satisfacción, entre otras. Así mismo tiene identificadas y documentadas las fuentes de información interna.

Así mismo esta oficina recomienda a la gerencia continuar con la elaboración del Plan Institucional de Archivo PINAR y la gestión del fondo acumulado que tiene la entidad, a fin de salvaguardar el patrimonio histórico y documental de la entidad en cumplimiento de la ley general de archivo y de las directrices del archivo general de nación.

DIFICULTADES

- ☞ Se evidencia que la entidad continúa presentado debilidades para publicar en la página web toda la información que evidencie el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.
- ☞ La ESE no posee una política de comunicación, plan de comunicación y no se registra avance sobre el plan de acción de Gobierno en línea- GEL.

Estado general del Sistema de Control Interno

El Estado General del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Regional Sur Oriental del Municipio de Chinacota, se encuentra en desarrollo de acuerdo a lo establecido en los rangos de calificación del Departamento Administrativo de la Función Pública. La entidad se encuentra trabajando para fortalecer los roles y responsabilidades del equipo MECI y dar el cumplimiento de los objetivos instituciones y la contribución de estos a los fines esenciales del estado.

Carrera 3 calle 10 Esquina Barrio El Dique. Teléfonos: 5864120- 5864490.

www.esesoriental.gov.co

Chinacota – Norte de Santander

“POR UNA SALUD PRODUCTIVA”



Recomendaciones

Continuar con el compromiso adquirido por la alta dirección y los funcionarios que hacen parte de esta entidad, para el cumplimiento de los objetivos del Plan De Desarrollo 2016-2020 Por una Salud Productiva.

Chinácota, Noviembre 14 de 2017.

BIBIANA ISABEL GARNICA LAGOS

Asesor de Control Interno