

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	JAMES ANTONIO TREJOS GUTIERREZ	Período evaluado: Julio a Octubre de 2015
		Fecha de elaboración: 11 Noviembre de 2015

Modulo de Planeación y Gestión

Dificultades

TALENTO HUMANO

1. Falta actualizar código de ética y buen gobierno
2. No se ha realizado el proceso de re-inducción anual para todos los empleados.
3. Falta de socialización, aplicación efectiva y seguimiento formal del plan de capacitación.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

4. No se cuenta con manual de procesos y procedimientos administrativos actualizado, contemplando entre otros aspectos las normas contables NIIF
5. El manual de funciones está desactualizado con respecto a la situación actual de la ESE.
6. Efectuar evaluación y seguimiento a los planes de acción POAS por áreas más periódicamente, a fin de establecer el cumplimiento de las metas de acuerdo al Plan Estratégico Institucional adoptado.
7. Falta establecer el cuadro de mando integral de indicadores que faciliten el seguimiento y análisis y control periódico de los mismos.
8. El presupuesto vigente de rentas y gastos con corte al 30 de septiembre de 2015 asciende a la suma de \$ 6.554.660.740 m/cte. Analizando el comportamiento y ejecución a la fecha de corte, se observa los siguientes resultados:

VIGENCIA 2015	Ppto total	Facturado	% Ejec.	Recaudos	% Rec.
Presupuesto Ingresos	6.554.660.740	5.063.057.544	77.24	3.802.582.646	58.01

VIGENCIA 2015	Ppto total	Obligado	% Ejec.	Giros	% Giros
Presupuesto Gastos	6.554.660.740	4.557.969.454	69.54	3.863.814.753	58.95

El presupuesto de ingresos refleja un porcentaje de ejecución según lo facturado del 77.24% y por recaudos del 58.01%, donde se puede establecer al finalizar la vigencia de una insuficiente ejecución en el recaudo de acuerdo a las expectativas presupuestales proyectadas.

En el presupuesto de gastos aprobado se observa una ejecución del 69.54% de acuerdo a lo obligaciones; y estos a su vez en relación con lo pagado o girado presenta una ejecución del 58.95%, lo que indica que se comprometieron más recursos en relación a lo recaudado, generando serias dificultades de flujo de efectivo para cumplir con las obligaciones más inmediatas; esto también influyó en gran parte debido al incumplimiento en el pago de la cartera que le adeudan las EPS, aseguradoras SOAT, entre otras entidades, a la ESE Hospital Nazareth de Quinchía por los servicios prestados a usuarios.

Avances

TALENTO HUMANO

- La Plataforma Estratégica de la ESE Hospital Nazareth se encuentra vigente (2.012-2.015)
- Se realiza de manera permanente y sistematizada el proceso de inducción a funcionarios que ingresan por primera a la institución, donde se da a conocer la entidad en un campo más amplio y personalizado desde las diferentes áreas y procesos.
- De acuerdo a las necesidades de capacitación, se brinda constantemente capacitación a sus funcionarios en diferentes temas.
- Se realiza seguimiento permanente a las Hojas de vida del personal vinculado en la institución; verificando el cumplimiento a la normatividad exigida en el proceso de habilitación de servicios.
- La entidad viene ejecutando el Programa de Bienestar Social e incentivos a los servidores públicos de acuerdo a sus posibilidades presupuestales, brindando espacios de satisfacción de necesidades básicas en el trabajo y generar en ellos la motivación y el rendimiento laboral; entre ellas olimpiadas recreo - deportivas, aportes educativos y por enfermedad.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

- Plan Estratégico Institucional vigente 2.012 - 2.015.
- Mapa de procesos vigente 2.012 - 2.015
- La entidad tiene adoptadas varias Políticas de Operación en diversas áreas administrativas, misionales y de apoyo (Seguridad del paciente, Calidad, Salud Ocupacional, Humanización del Servicio, Lactancia materna, entre otras; que se ejecutan con su respectivo plan de acción permitiendo así gestionar su aplicación y cumplimiento
- Manual de procesos y procedimientos asistenciales actualizados e incorporado en documento Pamec.
- Se tiene definida la política de humanización en el servicio; y se dio inicio a su implementación.

- Está en desarrollo la implementación de las normas contables NIIF (se realizó el estado de situación financiera y de apertura, diagnóstico, y políticas contables)
- Implementación de estrategia APS que ha permitido fortalecer los programas de P y P y mejorar el acceso a los servicios de salud mediante el aumento de visitas domiciliarias.
- Existe el liderazgo y compromiso por parte de la Alta dirección en la implementación y avance a los Sistemas de gestión de la ESE "Control Interno" y "Sistema de la Garantía de la Calidad en Salud; habilitación, acreditación y Pamec".

ADMINISTRACION DEL RIESGO:

- Se proyecto cronograma para la actualización y seguimiento al mapa de Riesgos Institucional vigencia 2015.

Modulo de Evaluación y Seguimiento

Dificultades

AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL:

9. Se debe atender con mayor oportunidad las recomendaciones que realiza la Oficina Asesora de Control, dentro de la cultura del autocontrol y del mejoramiento continuo.

10. Falta del un funcionamiento periódico, efectivo y eficaz de los comités Intrahospitalarios: Comité de Sostenibilidad al Sistema Contable, Comité de Ética Hospitalaria

AUDITORIA INTERNA:

11. Falta socializar los resultados de informes de auditorías al Comité de Coordinación de Control Interno o quien haga sus veces.

PLANES DE MEJORAMIENTO:

12. Solo se suscriben planes de mejoramiento individuales liderados por las áreas de calidad y Control Interno, falta definir los PM individuales entre los Jefes de Área y/o directivos con funcionarios que estén basados en los resultados de otras evaluaciones internas y/o externas y sus respectivos seguimientos y cierres.

Avances

AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL:

- Se Aplican indicadores en diferentes procesos administrativos y asistenciales, los del Decreto 2193 de 2004 que miden la eficiencia, eficacia, y efectividad mediante la evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa de la institución, informes de producción, financieros; y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), entre otros.

- Está establecido la evaluación de la satisfacción del usuario, mediante la aplicación de encuestas práctico y eficaz de satisfacción por servicios, dicha evaluación está por encima de la meta establecida, con porcentajes del más del 90%.

- Dentro del proceso de mejoramiento continuo se realiza evaluación y seguimiento a los indicadores y a los planes de mejoramiento producto de las evaluaciones realizadas por los entes de control a través del Comité Técnico y de calidad, y demás Comités

Intrahospitalarios, lo que ha contribuido a la retroalimentación y mejoramiento de los procesos; se evalúan periódicamente las actividades desarrolladas, y se realizan las recomendaciones a dichas evaluaciones.

AUDITORIA INTERNA:

- Se ejecuta el plan de auditorías de Control Interno de la vigencia 2015

PLANES DE MEJORAMIENTO:

- Se efectúan seguimientos a los planes de mejoramiento institucionales suscritos con los organismos de control externos como la contraloría General de Risaralda, Secretaria Departamental de Salud y EPS de acuerdo a las auditorías externas realizadas por dichos entes de control.
- Evaluación periódicamente de las actividades desarrolladas, y se realizan las recomendaciones a dichas evaluaciones y de la misma manera se suscriben planes de mejoramiento con los Jefes de Área y funcionarios y se realiza el seguimiento a los mismos.

Eje Transversal Información y Comunicación

Dificultades

INFORMACION Y COMUNICACIÓN:

13. Falta incorporar en las actualizaciones de la página web de la ESE, espacio para la publicación sistemática y periódica de los informes y poder establecer comunicación directa con la comunidad en general, en relación de la información oficial de la empresa y en especial cumpliendo con la ley de Transparencia y acceso a la información pública

14. A pesar que el Plan Comunicaciones y medios publicitarios se actualizó; falta adoptar y socializar dicha actualización, así mismo hacerle seguimiento a su ejecución.

15. No se tiene Implementada la asignación de citas por la página web de la entidad.

16. El Comité de Quejas, Felicitaciones debe reunirse más periódicamente, a fin de seguir fortaleciendo el proceso de gestión de quejas y felicitaciones de la entidad, (mediante trazabilidad de cada queja, retroalimentación y planes de mejora generados).

17. Se han presentado dificultades en el funcionamiento del Software SIFIMED en los diferentes módulos; generando situaciones de falta de información oportuna para la respectiva presentación de informes a los diferentes entes externos y de control, de igual manera información que indispensable para la toma de decisiones a nivel gerencial.

18. La entidad no ha presentado oportunamente los informes trimestrales del CGR presupuesta! de la presente vigencia por el sistema CHIP, que se rinde a la Contraloría General de la república; de igual manera se presentó extemporáneo el informe trimestral "Contable Pública", periodo julio a septiembre 2015 y que es rendida a la Contaduría General de la Nación.

19. De acuerdo a las necesidades y requerimientos de información no se ha complementado en su totalidad la parametrización del software SIFIMED.

20. Revisión de las fases de gobierno en línea de acuerdo a su aplicación para la ESE.

Avances

- La oficina del SIAU permanentemente brinda el apoyo, acompañamiento y la asesoría a los usuarios de nuestra Entidad.
- Implementación de Gestor de Soportes, como mecanismo de reportar y gestionar las necesidades de cada área, para el buen funcionamiento de las mismas.
- Operatividad y funcionalidad de la Ventanilla Única de la ESE.
- Se tiene implementado un Sistema de Gestión Documental "Sistema DAR" debidamente codificado, se están actualizando las Tablas de Retención Documental.
- Se tienen canales de comunicación a nivel Interno entre áreas y funcionarios como: Carteleras Institucionales, Folletos, plegables, avisos publicitarios, intranet, red interna de la entidad; entre otros.

Estado general del Sistema de Control Interno

Atendiendo a lo contemplado en el Decreto 943 de 2014, en relación con la actualización del MECI, se vienen culminando los ajustes pertinentes de acuerdo a los cambios surtidos en la Fase de Cierre; con el Grupo de Trabajo MECI se realizó seguimiento al Plan de Acción en el cual arrojó un avance del 36%, según priorización de actividades. Queda en desarrollo el balance final para compararlo con el diagnóstico inicial y lo ejecutado, dando cuenta o culminación del proceso de actualización.

Recomendaciones

- Planear y desarrollar las diversas oportunidades de mejora que se tienen en cada uno de los componentes, elementos y productos del MECI e identificados como debilidades, para fortalecer gradual y progresivamente el estado de desarrollo del sistema de control interno y del MECI de la entidad.
- Culminar la Fase de cierre de la actualización de MECI, y poder garantizar permanentemente la operatividad del sistema de control interno dentro de la Institución.
- Seguir dando integralidad al trabajo conjunto y productivo que deben hacer las áreas de calidad y control interno de la entidad, como líderes de los sistemas de gestión y desarrollo institucional como lo son el SOGC en salud y el Sistema de Control Interno y MECI de la ESE.
- Una de las formas de recuperar la auto-sostenibilidad administrativa y financiera de la entidad, es persistir en la implementación de políticas de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público, para que de manera paulatinamente se reduzca el gasto, sin afectar el normal funcionamiento y su misión institucional.
- De la misma manera se requiere urgentemente continuar con las gestiones de cobro de la cartera que le adeudan a la entidad, por parte de las diferentes EPS del régimen subsidiado y contributivo, al igual con las aseguradoras (SOAT) a fin de mejorar el flujo de efectivo y así poder cumplir con las obligaciones más inmediatas por parte de la ESE

Hospital Nazareth de Quinchía.

- De acuerdo a las necesidades y requerimientos de información por parte de la entidad, es de vital importancia complementar la parametrización del software SIFIMED.
- Es conveniente que se establezca la operatividad de los Comités "Técnico de Sostenibilidad del Sistema Contable" y "Ética Hospitalaria", por medio de la convocatoria de reuniones periódicas.
- Es pertinente que el área de Planeación, realice evaluación y seguimiento a los planes de acción por áreas más periódicamente, a fin de establecer el cumplimiento de las metas de acuerdo al Plan Estratégico Institucional adoptado y los planes de acción.
- En cumplimiento a la ley de transparencia y de acceso a la información pública ley 1712 de 2014; se debe actualizar permanentemente la página web institucional, con información legalmente requerida (informes de gestión, ejecuciones presupuestales, balances, planes, metas y objetivos, entre otros).
- Presentación oportuna de informes a los diferentes entes de control; en especial los informes del CGR presupuesta!, trimestres (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre de la presente vigencia de 2015); que se deben rendir por la página web de la Contaduría General de la Nación, por el sistema CHIIP, así como informes

JAMES ANTONIO TREJOS GUTIÉRREZ
Asesor Control Interno


Firma