

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

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011		
Asesora de Control Interno:	Michelle Carolina Ballesteros Torres	Período evaluado: 01 de septiembre hasta 31 de diciembre de 2019
		Fecha de elaboración: 24 de enero de 2020

La oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 y en especial en la Ley 1474 de 2011 presenta el Informe Pormenorizado del Estado del Sistema Institucional de Control Interno de la E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez correspondiente al periodo de Septiembre a Diciembre de 2019.

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se definió un solo sistema de gestión, el cual se articula con el sistema de control interno, estableciendo en su artículo 2.2.23.2 que la actualización del modelo estándar de control interno para el Estado Colombiano –MECI-, se efectuará a través del Modelo Integrado de Planeación y gestión –MIPG-, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5 de la ley 87 de 1993. Se presenta el siguiente informe de acuerdo a los avances en la implementación del modelo en la E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez, con el fin de continuar fortaleciendo e implementando el MIPG.

El MIPG opera a través de siete dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional, a continuación se describen los avances y dificultades presentadas en cada una de estas:

1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Avances

- ✓ El Plan Institucional de Capacitaciones aprobado para la vigencia, no se ejecutó en su totalidad, se encontraron los registros de algunas de las capacitaciones realizadas.
- ✓ El Programa de Bienestar e incentivos establecido para la vigencia 2019, no se desarrolló completamente, se cuenta con las evidencias de las actividades que fueron ejecutadas. En el mismo programa se alcanza a leer que este no cuenta con ningún tipo de recurso disponible, por lo que es poco lo que se alcanza a realizar en la E.S.E.
- ✓ En la entidad se cuenta con un manual de funciones como guía de acción, para cumplir con sus objetivos y compromisos a favor de la institución. De acuerdo con lineamientos y normativa nacional este requiere de su actualización, por lo que se espera que en la entidad se realicen los ajustes a que haya lugar en el menor tiempo posible.
- ✓ Está establecido el programa de inducción. El de reinducción no se encontró documentado, por lo que es necesario implementarlo y por ende darle aplicabilidad. Por su parte se conoció

que se garantiza que el personal que ingresa a laborar en la entidad participe activamente en el proceso de inducción.

- ✓ El Código de ética y buen gobierno. En este cuatrimestre se adoptó el Código de Integridad en la entidad, a través de la resolución N° 017 del 16 de abril de 2019, a este código se le realizó la respectiva socialización, se repartieron unos folletos informativos del mismo y esta oficina en las auditorías practicadas a cada área realiza la respectiva evaluación.
- ✓ El programa de seguridad y salud en el trabajo se encuentra aprobado, no obstante es necesario su fortalecimiento para cumplir a cabalidad con el plan propuesto.

Se revisaron las afiliaciones de los contratistas a ARL, y se verificó que la supervisora contractual exigiera el certificado. Además de contar con el documento de afiliación, la misma supervisora verifica vía electrónica que el contratista se encuentre afiliado y activo en el portal virtual de la respectiva Administradora de Riesgos Laborales.

Es importante resaltar que la Administradora de Riesgos Laborales POSITIVA S.A.S brindó acompañamiento y asesoría a la entidad, además de realizar visitas periódicas de verificación y charlas y/o capacitaciones a quienes aquí laboramos sobre temas relacionados con los riesgos laborales, los cuales fueron de gran soporte para la realización de las actividades diarias en la E.S.E.

- ✓ En cuanto a la plataforma del SIGEP se evidenció que la información de los empleados de planta se encuentra debidamente diligenciada, aunque alguna está incompleta; por su parte, la de los contratistas está muy incompleta, por lo que los atrasos siguen siendo significativos. En el respectivo informe se realizaron las recomendaciones y sugerencias pertinentes.

Recomendaciones

- ✓ Desde el proceso de control interno se recomienda fortalecer el programa de inducción.

De igual forma, implementar y documentar el programa de reinducción.

- ✓ Aunque existe un Programa de Bienestar Social e Incentivos, no se tiene evidencia de la socialización para esta vigencia a los funcionarios y contratistas, por lo que se recomienda hacer una difusión más amplia de este para la próxima vigencia.

Así mismo, es necesario dar operatividad a este programa con el fin de propiciar y mejorar las condiciones en el ambiente de trabajo que favorezcan el desarrollo de la creatividad, identidad, participación y la seguridad laboral de los empleados y contratistas de la entidad, así como la eficacia, la eficiencia y la efectividad en el desempeño.

- ✓ Dentro del Programa de Bienestar Social e Incentivos no se cuenta con un programa estructurado de incentivos laborales que recompense el trabajo efectivo tanto individual como colectivo, bien sea de tipo económico o no, teniendo en cuenta que ello eleva los niveles de eficiencia, satisfacción, desarrollo y bienestar de los empleados de la E.S.E Hospital José Antonio Socarras Sánchez, en el desempeño de su labor, además de aportar con el cumplimiento efectivo de los resultados institucionales.
- ✓ Es imprescindible darle estricto cumplimiento al Plan Institucional de Capacitaciones, teniendo en cuenta que contribuye con el mejoramiento de la prestación de los servicios de

todas las áreas en la E.S.E., por lo que se espera que la próxima vigencia se ejecute totalmente el cronograma dispuesto en este plan.

- ✓ Por requerimiento del Departamento Administrativo de la Función Pública, es necesario actualizar el manual de funciones acorde a las necesidades de la entidad y a la normatividad vigente.
- ✓ Es recomendable adoptar y/o legalizar en la entidad el manual de actividades y perfiles del personal contratado por las diferentes modalidades a la de planta.
- ✓ Del programa de seguridad y salud en el trabajo se evidenciaron ciertas actividades, por lo que es necesario darle cumplimiento al Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, se debe desarrollar a cabalidad para cumplir con lo estipulado por la normatividad vigente.
- ✓ Es necesario realizar las acciones pertinentes en el aplicativo SIGEP para que permanezca actualizado tal como lo exige la norma, con toda la información tanto de los servidores públicos como la de los contratistas a la mayor brevedad posible. Se recomienda que para la próxima vigencia sea un requisito para legalizar los contratos contar con la hoja de vida debidamente cargada e impresa desde este aplicativo.

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Avances

- ✓ Están documentados y socializados las guías, instructivos, protocolos y procedimientos propios del quehacer diario de la entidad. Además se observó que con en el Plan Institucional de Capacitaciones se realizó un refuerzo de los mismos, pues se llevaron a cabo capacitaciones con el fin de que estuvieran completamente clarificados los temas allí inmersos.
- ✓ Se realizó el seguimiento al tercer y cuarto trimestre del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia, y se evidenciaron avances significativos de las actividades que se planificaron, no obstante, para la próxima vigencia se espera que con el nuevo plan se realicen la totalidad de las actividades.
- ✓ La medición de la satisfacción del usuario se realiza por parte de la oficina del SIAU. Esta oficina recibió la información de las PQRS de todo el año, con la respectiva tabulación de las encuestas de satisfacción que mensualmente se realizan a los diferentes usuarios de las EPS. Cabe resaltar que las PQRS disminuyeron las sugerencias que hicieron fueron pocas y las peticiones se incrementaron. En el respectivo informe se realizaron las recomendaciones con el fin de implementarlas en la vigencia 2020 y lograr que este proceso mejore.
- ✓ La profesional de apoyo al sistema de gestión de calidad, coordinó que los planes aprobados en la E.S.E estuvieran acordes al plan de desarrollo institucional y así mismo propendió por el mejoramiento de cada proceso en la entidad, brindando su acompañamiento.
- ✓ En cuanto a procesos del área de facturación y cartera se encontró que el proceso de gestión de recaudo se debe fortalecer, al igual que los de facturación y radicación. No se debe dejar de lado el recaudo de vigencias anteriores, con la finalidad de que la rotación sea satisfactoria.

- ✓ De la cartera se observa que muestra un comportamiento de crecimiento en edad y la mayormente comprometida es la de mayor a 360 días, presentándose riesgos inminentes para obtener su recaudo. Por lo que se debe fortalecer de manera inmediata el proceso de gestión de recaudo, se deben implementar además, estrategias tendientes a recuperar la cartera y mostrar que la rotación de esta sea satisfactoria para la E.S.E.
- ✓ Tener en cuenta para la vigencia 2020 que los gastos se deben planear de acuerdo al recaudo, por lo que se debe ser austeros con los compromisos a adquirir.
- ✓ En concordancia con el Decreto 1716 de 2009, no se evidenció que se han efectuado sesiones del Comité de Conciliación, por lo que se debe revisar.
- ✓ La planeación y gestión por parte de la Gerencia y su equipo administrativo permitió el acercamiento con algunas EPS, se lograron concertar pagos, realizar conciliaciones, recuperar cartera y mejoró el proceso de las glosas en la entidad.
- ✓ En materia jurídica la institución se encuentra involucrada en cinco procesos administrativos, estos son revisados y actualizados por la asesora jurídica con frecuencia, quien registra las novedades en la plataforma SIHO. Se conoció que fueron fallados tres procesos en primera instancia, dos en contra y uno a favor; todos fueron apelados, los primeros por parte de la entidad y el último por la parte demandante. De estos, uno fue confirmado en segunda instancia por ende, condenaron a la entidad, y de los otros se está a la espera del pronunciamiento del Tribunal.
- ✓ Al revisar la gestión contractual, se encontró que los contratos están siendo publicados en la plataforma del SECOP I, de estos se evidenció que se presentan atrasos significativos en la celebración de los mismos y en el cargue de los documentos que lo respaldan. Por otra parte, en el aplicativo del SIA OBSERVA, dispuesto por la Contraloría General del departamento del Cesar se observó que hasta la fecha se han realizado las rendiciones de los contratos, sin embargo, se evidenció que los documentos que deben anexarse a cada proceso no están siendo cargados, por lo que se le solicitó al responsable del proceso tomar las acciones a que haya lugar, pues las rendiciones las está tomando este ente de control como incompletas.
- ✓ Como fortalecimiento del talento humano algunos funcionarios participaron en capacitaciones programadas por algunas instituciones, recibiendo información oportuna para aplicar en la entidad de parte de la Contraloría General de la República, la Auditoría General de la Nación, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Escuela Superior de Administración Pública, entre otros.
- ✓ La empresa logró la firma de convenios interadministrativos con el municipio y el departamento, entre los que se encuentran el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), los cuales fueron debidamente ejecutados y se obtuvieron buenos resultados que aportaron al desarrollo de las actividades de la E.S.E.
- ✓ Existe un mapa de riesgos en la ESE, se actualizó con algunas áreas, con las otras se deben tomar las acciones necesarias para renovarlo con los responsables de cada proceso.
- ✓ El Plan Anual de Adquisiciones de bienes, obras y servicios establecido para la vigencia 2019 fue debidamente reportado en la plataforma del SECOP, dentro del término estipulado legalmente.

Recomendaciones

- ✓ Fortalecer por parte del área de calidad los procesos en la entidad, de igual forma es necesario que la responsable del proceso brinde el acompañamiento a la oficina de control interno en el desarrollo de las auditorías debidamente planeadas en cada proceso, en aras de verificar la ejecución de lo asistencial, pues son conocimientos específicos del área de la salud.
- ✓ La visión, misión y objetivos institucionales se deben socializar con los funcionarios y contratistas de la entidad, y aprovechar los diferentes espacios para lograr un alto nivel de adopción de la plataforma estratégica institucional.
- ✓ Se debe continuar con la optimización en el proceso de archivo para los diferentes procesos, atendiendo a los requerimientos de las normas sobre ley general de archivo y gestión documental, siendo necesario impulsar acciones para el logro y la consolidación de las tablas de retención documental, además de completar el proceso para cumplir con lo dispuesto legalmente.
- ✓ Con oportunidad y eficacia se debe realizar mensualmente la rendición de cuentas por parte del representante legal de la entidad en el aplicativo del SIA OBSERVA. Se debe tener en cuenta lo establecido en la Resolución N° 0247 del 13 de octubre de 2017 de la Contraloría General del Departamento del Cesar, relacionado con el cargue de los documentos de cada contrato, pues a través del control de legalidad se observó que en un buen número de meses se ha realizado una rendición incompleta, pues todos los documentos que son requeridos como anexos no están siendo cargados.
- ✓ La empresa a través del Comité de Bajas debe proceder a dar de baja algunos bienes que a la fecha dejaron de ser útiles o se vencieron, esto además de contar con un inventario real y actualizado y además de consolidar los estados financieros acorde a la realidad y por ende darle cumplimiento a las normas NIIF.
- ✓ Es necesario actualizar el mapa de riesgos por procesos de la E.S.E a partir del instructivo para aplicación de la metodología diseñado a partir de la política. Cada uno de los líderes de cada proceso debe contribuir en esta labor, así mismo realizar el seguimiento respectivo por parte de esta oficina para la próxima vigencia.
- ✓ Definir como política institucional el desarrollo de aptitudes, idoneidad y méritos de funcionarios y contratistas de la empresa.
- ✓ Revisar por parte del área jurídica lo referente al Comité de Conciliación, pues se evidenció que se encuentra inactivo.

3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO

Avances

- ✓ Mediante la Resolución N° 016 del 16 de abril de 2019 se adoptó en la entidad la Política de Administración del Riesgo. Se realizó la respectiva socialización a los funcionarios y contratistas de la E.S.E.

- ✓ Por procesos se realizó actualización del mapa de riesgos, este no se terminó, por lo que se espera que para la próxima vigencia se realice en su totalidad.

Recomendaciones

- ✓ Contar con un mapa de riesgos institucional actualizado, realizar la respectiva socialización y divulgación del mismo con todos los funcionarios y contratistas de la entidad.
- ✓ Establecer un cronograma por parte de la oficina de Control Interno para realizarle seguimiento al mapa de riesgos institucional por procesos.

4. EVALUACIÓN PARA EL RESULTADO

Avances

- ✓ Permanentemente se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal por parte de la dirección de la entidad en cabeza del Gerente, buscando garantizar la disponibilidad de los recursos para el normal desarrollo de todos los procesos.
- ✓ La E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez en cabeza de la Gerente ha conseguido mantener la disponibilidad de recursos financieros para cumplir con las obligaciones y así cursar el normal desarrollo de los procesos para el efectivo cumplimiento de la misión de la entidad.
- ✓ La oficina de control interno realizó un control de medicamentos, insumos y dispositivos médicos vencidos y averiados durante el período de este informe, lo anterior en aras de dar aplicación a la semaforización de los medicamentos y así poder disminuir con el número de medicamentos vencidos que fueron dados de baja en la vigencia 2018. Se lograron importantes avances respecto a este tema.
- ✓ La Gerencia de la E.S.E y su asesor jurídico han asumido la defensa de los intereses del estado ante las diferentes demandas que cursan en contra de la entidad, se han realizado todas las gestiones pertinentes de las actuaciones judiciales y se está a la espera de los respectivos fallos de segunda instancia.
- ✓ La oficina de control interno realizó seguimientos al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano durante el segundo y tercer cuatrimestre, se realizaron las recomendaciones pertinentes, pues no se alcanzó a realizar la totalidad de las actividades planeadas.
- ✓ La oficina de control interno realizó importantes recomendaciones al proceso de las PQRS, se espera que para la vigencia 2020 se tomen en cuenta y con ello se logren resultados que impacten en la E.S.E.
- ✓ La entidad cuenta con buzones de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias para que la comunidad en general deposite sus inquietudes. Se evidencian encuestas de satisfacción del cliente externo donde se evalúan diferentes criterios, se hace seguimiento mensual, se tiene en cuenta el buzón de sugerencias y las quejas dadas por los usuarios en la oficina del SIAU la cual lleva el respectivo control y suministra la respectiva solución a la queja presentada por el cliente o remite según la competencia al área correspondiente.

- ✓ En cuanto a las auditorías llevadas a cabo por esta oficina, se debe mencionar que no se cumplió con la totalidad de lo proyectado en el Plan Anual de Auditorías. Sin embargo, mientras que se realizaron se pudo identificar fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos y en la entidad en general, con el fin de que la entidad mejore en sus procesos. En los procesos que fue necesario se implementaron planes de mejoramiento y se realizó el seguimiento al cumplimiento de los compromisos, no obstante es importante dejar dicho que hace falta más compromiso por parte de los responsables de los procesos.
- ✓ En relación con la información que debe ser rendida a los entes de control como: Contraloría Departamental del Cesar, Ministerio de la Protección Social, Contraloría General de la República, Contaduría General de la Nación, Secretaria de Salud Departamental, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, entre otros, la entidad presentó de manera oportuna los informes a través de los medios informáticos y físicos dispuestos para tal fin.
- ✓ Se ha avanzado, pero aún se debe fortalecer el cumplimiento y la oportunidad en la publicación de toda la información obligatoria según la ley de transparencia y acceso a la información en los diferentes medios de comunicación, en especial en la página web institucional.
- ✓ La E.S.E cuenta con unas instalaciones físicas y equipos suficientes para la prestación de los servicios de salud que se encuentran habilitados.

Recomendaciones

- ✓ Respecto al tema de la aplicación de la normatividad NIIF, por parte de la entidad se tiene pendiente de depurar partidas como activos fijos, en relación con el inventario físico, dar de baja de elementos obsoletos y en mal estado o que perdieron su vida útil, valoración de los activos fijos, corrección de las vidas útiles y valor razonable de los mismos, que en consecuencia reflejan errores en el cálculo de la depreciación. Tener en cuenta las tareas pendientes con el fin de darle cumplimiento y aplicabilidad de dichas normas.
- ✓ Los diferentes comités creados en las diferentes entidades tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad y establezcan acciones concretas para garantizarla; su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. En la E.S.E es necesario tener total claridad sobre las responsabilidades de cada comité y sobre sus aportes al funcionamiento, planes, metas y logros.

Así mismo, los comités requieren instrumentos y planes de trabajo precisos; métodos para la documentación de reuniones y avances; reglas de interacción entre sus miembros y mecanismos para el abordaje técnico, análisis y solución de problemas, entre otros, por lo que se espera que en la vigencia 2020 la operatividad de estos comités mejore.
- ✓ Es necesario replantear las preguntas realizadas a los usuarios en las encuestas de satisfacción y adecuarlo a los diferentes servicios ofertados en la E.S.E., pues se evidenció que el formato establecido es confuso y evalúa es a las EPS, tarea que fue designada a la responsable del SIAU en las auditorías practicadas.

- ✓ Fortalecer el cumplimiento y la oportunidad en la publicación de toda la información obligatoria según la ley de transparencia y acceso a la información en la página web de la entidad.
- ✓ Es necesario poner en funcionamiento el sistema de información HCLINIC para la gestión de los recursos físicos, pues este debe facilitar la operación contable de los mismos, y así contribuiría a organizar la información del talento humano, presupuesto, inventarios y demás módulos que hacen falta para el efectivo flujo de la información.

5. CONTROL INTERNO

Avances

- ✓ Desde esta oficina se han desarrollado actividades de vigilancia continua a la ejecución de los planes, programas y procesos.
- ✓ Se desarrollaron auditorías internas a los procesos de acuerdo a lo programado en el Plan Anual de Auditorías. En las áreas donde resulta pertinente se implementan planes de mejoramiento con el fin de que la calidad de la atención y el funcionamiento del proceso mejore.
- ✓ A los planes de mejoramiento se les realiza el respectivo seguimiento, esto contribuye a organizar las áreas o procesos, a fortalecerlos y sobre todo a mejorar con la calidad de la atención y de la información en la E.S.E.
- ✓ Los informes que por Ley se deben realizar, hasta la fecha se les ha dado cumplimiento.
- ✓ Se realiza seguimiento a los cronogramas establecidos en los diferentes planes que para esta vigencia fueron aprobados

Recomendaciones

- ✓ Fortalecer las acciones de control dispuesto en cada uno de los procesos.
- ✓ Se recomienda revisar la documentación relacionada con el sistema de gestión de calidad y tomar las acciones necesarias con el fin de dar cumplimiento a la actualización de caracterizaciones, procedimientos, manuales, protocolos, guías, planes de manejo y demás documentación pendiente, siendo estos de gran importancia como base fundamental en los procesos misionales y de apoyo.
- ✓ El objetivo primordial del plan de mejoramiento es promover que los procesos internos de la entidad se desarrollen de manera eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo, motivo por el que se recomienda de forma general el cumplimiento para el cierre de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento institucional y por procesos, continuando con el control y seguimiento permanente de las acciones formuladas y/o autocontrol como principio rector de la actividad diaria de la gestión de los procesos a cargo.
- ✓ La oficina de control interno no cuenta con un equipo multidisciplinario que permita evaluar los procesos misionales o asistenciales en todos sus componentes, por lo que se debe

fortalecer el acompañamiento de ciertos profesionales de la entidad para cumplir a cabalidad con el objetivo de las auditorías, siendo necesario principalmente el acompañamiento de la encargada de calidad.

- ✓ Facilitar el acceso o habilitar la página web para que la oficina de control interno realice el cargue de los diferentes documentos o informes que por ley corresponden.
- ✓ Es necesario que para la vigencia 2020 el Plan Anual de Auditorías se cumpla cabalmente, pues estas auditorías contribuyen a mejorar en todos los aspectos en la E.S.E.

6. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Avances

- ✓ Los empleados y contratistas han cumplido en los términos establecidos la rendición de los informes y/o reportes solicitados por los diferentes entes y demás entidades. Aunque cabe resaltar que en ocasiones se solicita información y esta es reportada a esta oficina de manera tardía, por lo que se espera que en adelante mejore.
- ✓ La comunicación interna fluye de manera ágil y oportuna a través de circulares, memorandos, correo electrónico institucional y reuniones con los funcionarios de la entidad.
- ✓ La E.S.E cuenta con una Oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), que permite de forma activa conocer, mantener y garantizar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que presenta el usuario en relación a los servicios que se prestan en la entidad.
- ✓ Se cuenta en la E.S.E con dos buzones de sugerencias ubicados uno en la sala de urgencias y otro en la sala de espera de consulta externa. La apertura de este proceso es realizado en compañía de la comunidad e integrantes de la asociación de usuarios, la responsable de la oficina del SIAU; una vez recepcionadas todas las manifestaciones, realiza el respectivo oficio al área encargada para que se dé inicio al trámite correspondiente.
- ✓ A partir del seguimiento realizado al sistema de recepción y trámite de PQRSD se evidencia que se dan respuestas oportunas a las quejas y reclamos, no obstante, a los derechos de petición no se les está dando el mismo tratamiento, por lo que se deben tomar las correcciones pertinentes. En el informe de PQRSD se realizaron las respectivas recomendaciones, por lo que se espera que para la vigencia 2020 mejore.
- ✓ La asociación de usuarios de la entidad cuenta con un espacio en la institución donde se pueden reunir mensualmente; a cada reunión asisten funcionarios de la entidad para atender sus inquietudes y aclarar cualquier tipo de información que requieran sobre los procesos que se ejecutan en la E.S.E.
- ✓ Se cuenta con una página web, la cual requiere de manera permanente actualización.

Recomendaciones

- ✓ Fortalecer los canales de comunicación en la entidad. 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.
- ✓ Es imprescindible dar respuestas oportunas y dentro de los términos legales a los derechos de peticiones, quejas y reclamos que son presentados por la ciudadanía a través de los diferentes medios de comunicación que se establecieron para tal fin en la entidad.
- ✓ La oficina del SIAU de manera mensual realiza encuestas a los usuarios sobre la satisfacción en los servicios prestados por parte de la E.S.E, es necesario que dicha información sea socializada con la misma periodicidad a través de un informe consolidado a la Oficina de Calidad y a los entes externos o un encuentro mensual, para tomar las decisiones a que haya lugar respecto a la insatisfacción que se llegue a presentar.
- ✓ Dando cumplimiento y adoptando las recomendaciones de la estrategia Gobierno en Línea, la entidad debe fortalecer la implementación de la estrategia de comunicación mediante el correo electrónico institucional, por lo que es necesario que desde el área de Sistemas se fortalezca su utilidad; así mismo este medio puede ser útil para darle aplicabilidad a la estrategia de la Política Cero Papel, lo que impactaría positivamente en la disminución en la utilización de papel, tonner y energía, aportando con ello a la conservación del medio ambiente y a la disminución de costos, así como a la austeridad del gasto en la entidad.
- ✓ La página web de la entidad debe ser actualizada de manera constante, pues es poca la información a la que se puede acceder. No se registran evidencias fotográficas de aquellas actividades y/o proyectos que se han ejecutado en la E.S.E, no se encuentra información sobre actividades a desarrollar como jornadas o brigadas, reuniones, capacitaciones, etc. Así mismo se debe crear un espacio donde se establezca un link de acceso para realizar a través de este medio las PQRS.
- ✓ Aprovechar los recursos visuales (televisores) que están dispuestos en las salas de espera para presentar espacios informativos a los pacientes, con temas relacionados con los servicios prestados en la ESE, los deberes, derechos, enfermedades, tipo de prevención, PQRS, etc.
- ✓ Se recomienda generar una conductividad y trazabilidad en el software en la entidad, así mismo realizar las adecuaciones pertinentes que las distintas áreas han manifestado con el fin de darle un mejor manejo y aprovechamiento a este, lo que permitirá mejorar los procesos, facilitar el acceso a la información requerida y obtener un reporte oportuno a los diferentes entes y entidades.
- ✓ Es necesario revisar los trámites que se realizan en la entidad y que fueron inscritos en el SUIT, con el fin de realizar la priorización y validación de los mismos, siempre en pro de facilitar procedimientos administrativos al usuario.
- ✓ Realizar la revisión de las guías y formatos recomendados para la implementación del MIPG con la posibilidad de facilitar la integración de los diferentes sistemas de gestión existentes en la entidad.
- ✓ Ampliar espacios para interactuar con la comunidad, en escenarios diferentes a la rendición de cuentas, donde se propicie el diálogo directo entre la alta dirección y la comunidad, con la intención de que la ciudadanía se sienta involucrada y tomada en cuenta en la toma de

decisiones desde la planeación y el control y, se conviertan en un apoyo fundamental en la aplicabilidad del mejoramiento continuo.

- ✓ Se deben realizar diversas campañas internas, utilizando medios de comunicación digitales (Página web, correo electrónico y protectores de pantalla), las cuales estén dirigidas para fomentar el cuidado al medio ambiente, ahorro de agua y energía, austeridad en el gasto, entre otras.

7. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

Avances

- ✓ Esta dimensión no ha sido trabajada en la entidad bajo la perspectiva que exige MIPG, más allá de que se tenga documentada alguna experiencia y se socialice la información a los colaboradores, se requiere aplicar el diagnóstico e identificar los aspectos puntuales a implementar en adelante.
- ✓ Se presentan avances en la puesta en marcha de la Ley general de archivo, no obstante es necesario darle aplicabilidad a lo establecido por la norma.
- ✓ La E.S.E cuenta con una Política de Gestión Documental debidamente aprobada.
- ✓ Se encontraron avances de la elaboración de las tablas de retención documental.

Recomendaciones

- ✓ Establecer un plan de comunicaciones a través del cual se realicen acciones de comunicación organizacional y de tipo informativo a la comunidad. Algunos pueden establecerse a través de los siguientes medios de comunicación: A nivel institucional en: Cartelera, comunicaciones escritas, circulares, y boletín institucional. A nivel informativo (hacia la comunidad): Página web, canales informativos en los televisores dispuestos en las diferentes áreas, espacios de participación comunitaria (Asociación de usuarios), boletín institucional, folletos, etc.
- ✓ Cumplir con lo establecido en la Ley 594 de 2000, denominada Ley general de archivo.
- ✓ Implementar, actualizar y aprobar las tablas de retención documental.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo a lo descrito anteriormente y teniendo en cuenta la información proporcionada por cada líder en cada uno de las áreas y/o procesos, y demás documentación que sirvió de base para la elaboración del presente informe, se afirma que la E.S.E. Hospital José Antonio Socarrás Sánchez cuenta con un Sistema Institucional de Control Interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes.

En términos generales muestra un avance importante, se considera que los mecanismos y elementos de control adoptados aportan significativamente al logro de los objetivos y metas institucionales, no obstante, se requiere de mejoras en algunos de estos aspectos que se mencionaron en el cuerpo del informe, pues persisten debilidades. De esta forma, la oficina de Control Interno recomienda a la Alta Dirección y demás funcionarios de la E.S.EM, aunar esfuerzos para ratificar y profundizar el compromiso de estos frente a la implementación del nuevo Modelo Integrado para la Planeación y Gestión (MIPG), con el ánimo de mejorar los procesos y procedimientos de la institución para que se preste un mejor servicio y se tengan unos procesos administrativos eficaces en beneficio de los usuarios.

Por ser este un modelo integrado de planeación y gestión como un marco de referencia, que sirve para para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, es menester que la institución continúe en su proceso de implementación de MIPG, con el propósito de orientar cada una de sus acciones y a fin de dar cumplimiento a un mandato de Ley.

Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe oficina asesora de Control Interno
ESE Hospital José Antonio Socarrás Sánchez.