

**E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE  
PAUL DE LORICA**

**INFORME PORMENORIZADO DE  
CONTROL INTERNO  
ENERO – ABRIL  
2016**

## **1. Módulo de Control de Planeación y Gestión**

### **1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO**

#### **1.1.1 Desarrollo del Talento Humano.**

LA E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA, cuenta con un plan actualizado de capacitación hasta la vigencia 2016, mediante los cuales se desarrollan temas de imagen corporativa, código de ética y buen gobierno, manual de procesos y procedimientos, sistema de gestión de seguridad y salud, atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo, seguridad del paciente.

Existen plan de Bienestar para los funcionarios, se evidencia en físico en la oficina de Talento Humano, dentro este plan se encuentran documentados los planes y estrategias de incentivos y fomento a un buen clima laboral.

El comité de grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria (GAGA) de la entidad se encuentra implementado.

Sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), se encuentra implementado mediante resolución 0304 de agosto de 2010, y el comité se reunió en dos ocasiones en los meses de febrero y abril para tratar temas relacionados que a ellos le competen..

### **1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.**

#### **1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS**

El Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano.

La valoración de los riesgos en la Matriz de Riesgos Anticorrupción.

Se presenta la información de carácter financiero en cuanto a su disponibilidad y pertinencia para la toma de decisiones gerenciales.

El componente de Administración del Riesgo permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar los eventos negativos internos y externos de la institución, por lo que se requiere que cada proceso a través de los líderes respectivos actualice su mapa de riesgos para minimizar los riesgos y evitar su materialización.

La Entidad cuenta con una estructura organizacional que identifica los niveles de autoridad y el organigrama que los interrelaciona.

### **1.2.2 Planes, programas y Proyectos**

Existe el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y su matriz de Riesgos Vigencia 2015 - 2016

La Oficina de Control Interno ha realizado seguimiento a las estrategias planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

### **1.2.3 La Estructura Organizacional**

Ha permitido dar cumplimiento a su direccionamiento estratégico, estableciendo niveles de responsabilidad, a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación entre ciudadanos y servidores públicos. La estructura organizacional ha permitido dar cumplimiento a su direccionamiento estratégico, estableciendo niveles de responsabilidad, a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación entre y servidores públicos.

### **1.2.4 Indicadores de Gestión**

Los Indicadores son mecanismos que permiten que la entidad controle el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad por lo tanto existe una debilidad debido que la gerente por ser encargada no tiene un plan de gestión dificultando al control interno ejecutar un plan de acción donde se permita medir periódicamente la pertinencia de los indicadores, los avances de la ejecución y los resultados del plan de Gestión.

## **1.3.3. Componente Administración del Riesgo de los Procesos**

### **1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo.**

En la feria de la calidad y la hora de la calidad se socializó la política de administración de riesgo de la entidad.

### **1.3.2 Identificación del Riesgo**

Se identificaron los riesgos en cada uno de los procesos de la entidad y se vienen realizando seguimiento periódico al control de los procesos y control de los Riesgos.

## **2. MODULO DE CONTROL EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

Los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad siempre requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad.

### **2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

La autoevaluación se convierte en un proceso periódico de seguimiento y verificación algunas herramientas opcionales para desarrollar la Autoevaluación: mediante de encuesta, Auditorías internas planes de mejoramiento y seguimiento a los mismos.

### **2.2. COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Los Planes de mejoramiento se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de gestión de los procesos, como resultado de la Autoevaluación mediante de la Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno, se suscribieron planes de mejoramiento de los cuales existen una serie de hallazgo que no se han cerrado.

### **2.3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA. La entidad cuenta con canales de información interna y externa como son la página web [esesanvicentedePauldelorica.gov.co/](http://esesanvicentedePauldelorica.gov.co/) folletos carteleras y videos donde nos permites conocer los procesos y procedimiento y dar a conocer nuestros servicios La entidad cuenta con formato institucional de procedimientos frente a la recepción y tramites de quejas, reclamos, sugerencias, peticiones y felicitaciones, información y atención al usuario. En la institución se encuentran varios buzones. Se encuentra definido el procedimiento de apertura de buzones.

En la entidad se realiza el proceso de socialización de los derechos y deberes de los usuarios.

La Entidad debe propender por la actualización permanente de los canales de comunicación para divulgar la información, como son cartelera, la página web en esta existen muchos procesos que no suben información de interés para la comunidad.

### **3. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

La política de riesgos aunque con algunas debilidades es reconocida y aplicada por los procesos, se cuenta con mapas de riesgos institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos, pero debe fortalecerse en el proceso de retroalimentación y socialización al interior de la entidad. Algunos de los elementos del modelo una vez se surta la evaluación y análisis de los mismos deben ser ajustados y actualizados, de tal forma que redunden en la mejora continua al interior de la entidad y el cumplimiento de los objetivos propuestos, evaluados en los resultados de la satisfacción al cliente tanto interno como externo.

### **4. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Se recomienda que los líderes de los procesos o responsables de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento, hagan seguimiento permanente al cumplimiento de las mismas.
- Subir al SIGEP las hojas de vida tanto del personal de planta como del personal contratista.
- Publicar la actividad contractual en el SECOP.

---

**NALDO MEJIA MATUTE**

Oficina asesora control interno