


 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</p> <p><small>NT: 800204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 – FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
PÁGINA:			1	

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE PAUL DE LORICA

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011 ART 9

**PERIODO EVALUADO MARZO – JUNIO
2018**

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>UIT: 000204153-7 Cra 20 N° 17-124 - Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
PÁGINA:			2	

El decreto 1499 de 2007, por medio el cual se modifica el decreto 1083 de 2015, decreto único reglamentario del sector función pública, en lo relacionado con el sistema de gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015, determino que el sistema de control interno previsto en la ley 87 de 1993 y en la 489 de 1998, Se articulara al sistema de gestión en el marco de modelo integrado de Planeación y Gestión (MIPG), a través de los mecanismo de control y verificación que permita al cumplimiento de los objetivos y logros de los resultados de la entidad.

El control interno es transversal a la gestión y desempeño de la entidad y se implementa a través de modulo estándar de control interno MECI.

Por lo anterior se realiza en informe pormenorizado de control interno con el objetivo de cumplir con los requisitos en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011 que establece” Que el jefe de control interno debe publicar cada cuatro (4), Meses en la página WEB, de la entidad o so pena incurrir en falta disciplinaria grave”

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011

Permite los resultados de la entidad, sus avances en las políticas, estrategias y direccionamientos dados por la alta dirección, además se tiene en cuenta las ejecuciones de planes, proyectos y programas que determinan los logros propuestos y alcanzados por la entidad.


1. Módulo de Control de Planeación y Gestión

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO



1.1.1 Acuerdos, Componentes y protocolo Éticos

La entidad cuenta con la plataforma estratégica en la que cuenta la misión. Visión,

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>UIT: 900204153-7 Cra 26 N° 17-124 - Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
PÁGINA:			3	

principios, valores y políticas institucionales, Esta fue elaborada con líderes de cada procesos y representantes de forma participativa de la comunidad en general.

Esta se mantiene publicada en la página Web, de la E.S.E Hospital san Vicente de Paul, y se socializa a los colaboradores a través de la inducción y en el cronograma de la hora de la calidad, módulo conozcamos a nuestra empresa.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano.

La entidad cuenta con sus planes operativos anuales en las áreas administrativas y áreas asistenciales, El cual busca involucrar a los colaboradores con las actividades propuestas para el buen funcionamiento de la entidad. Estos planes operativos se les realizan seguimiento trimestralmente por el área de planeación y control interno.

La E.S.E Cuenta con un sistema de gestión de seguridad y salud del paciente, atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la seguridad del paciente.

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

Le Entidad se encuentra implementando el cronograma de capacitación vigencia año 2018

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

El área de talento humano, ha avanzado con el ingreso de las hojas de vida en el programa del SIGEP, de los funcionarios de planta.

Se sigue avanzando en el 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 reúne constantemente para tratar temas de suma importancias.

Se activó el comité del grupo de brigadista de la E.S.E Hospital.

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>MIT: 000204153-7 Cra 20 N° 17-124 - Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
			PÁGINA:	4

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.



1.2.1 Planes Y Programas

En la E.SE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. Avanzamos en el desarrollo estratégico, mediante la clara articulación anual.


Se avanza en el Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano.

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

El área de SIAU, La alianza de los usuarios y control interno, revisan las propuestas de las quejas, reclamos y subgerencias aplicando los correctivos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios y reportando la información a los entes que la requieran.

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

Se cuenta con un plan de gestión de un periodo del 2016 al 2020, según la resolución 710 de 2012 y la resolución 743 de 2014 del ministerio de salud protección social y un plan de desarrollo adoptado por el acuerdo número 04 de 2016.

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>MIT: 000204153-7 Cra 20 N° 17-124 Tel 004-7735742 – FAX 004-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
PÁGINA:			5	

1.2.2 Modelos de operación por proceso

La E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA, Cuenta con un mapa de procesos y procedimientos donde se involucran los aspectos misionales, evaluación y seguimientos.

La E.S.E, cuenta con los indicadores incluidos en los planes operativos anuales por procesos, el cual se le hace seguimientos a los poas trimestralmente.

La oficina de SIAU, Diariamente realiza encuestas encaminada a medir la satisfacción de los usuarios.

Se realizan aperturas de los buzones de quejas y sugerencias, el cual se tabulado en el área de SIAU, para darle repuestas oportunas a los usuarios.

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.

1.2.5 políticas operativas

La E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAAUL DE LORICA, Se desarrolla a través de políticas que sirven para definir los parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento en función a la misión de nuestra entidad.

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>MIT: 000204153-7 Cra 20 N° 17-124 - Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
PÁGINA:			6	

1.3. 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 siguen 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.

2.2.1 Autoevaluación y control de gestión.

Se puede verificar el desarrollo de las actividades de los procesos al interior de la institución, evaluados periódicamente mediante indicadores que permiten avaluar, tomar correctivos para lograr las metas propuestas.

Los seguimientos se realizan permanentemente a través de los diferentes comités y auditorías realizadas por la oficina de calidad y control interno.

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT: 800204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
			PÁGINA:	7

2.2. COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA



2.2.1 Auditoria Interna

La oficina de control interno realizó el plan de auditoría interna año 2018, el cual se está realizando de acuerdo al cronograma establecido y aprobado por el comité de coordinación del sistema de control interno de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Llorica, el cual nos permite tomar decisiones oportunas y prevenir situaciones de riesgo y cumplir con las metas y objetivos de la entidad.

2.3 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 hallazgos que no se han cerrado.

2.3.1 Plan de Mejoramiento

En este cuatrimestre se realizaron planes de mejoramientos liderados por la oficina de calidad y control interno, además se suscribió un plan de mejoramiento con la Contraloría Departamental de Córdoba, de la auditoría regular de la vigencia 2016 y el cual se le realizó seguimiento para el informe de dicho ente en el mes de junio de 2018.

3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Se sigue avanzando en la Información y Comunicación en su 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

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NIT: 800204153-7 Cra 26 N° 17-124 - Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
PÁGINA:			8	

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/ 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 los buzones de: Urgencia, Laboratorio, Transición, Quirúrgica, Medicina interna, Pediatría, Maternidad y Uci. El cual se realizan aperturas el primer día y los dieciséis de cada mes.

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.

4. DEBELIDADES

- En la página existe el link donde se pueden tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos, pero no se encuentra en funcionamiento.
- Falta que el software integre todos los módulos para que facilite el control de los procesos y procedimientos en la entidad.
- No se tiene un programa de gestión documental adecuado, por lo tanto dificulta el manejo de la información de institución.
- Hay que seguir en la actualización de mapa de riesgo.

5. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Aun 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.

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NIT: 800204153-7 Cra 28 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	PROCESO	ASESORIA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2005 	
	Tipo de documento	INFORME PORMENORIZADO 2018	CODIGO:	CI
	OD		VERSION:	001
PÁGINA:			9	

6. RECOMENDACIONES GENERALES

- Implementar la oficina de cobro coactivo
- Implementar el sistema de costo
- Establecer, socializar e implementar procesos de gestión documental
- Seguir con el proceso de actualizaciones de las hojas de vida a la plataforma del SIGEP
- Los responsables de las áreas de procesos que tengan en cuenta los planes de mejoramiento y los POA, Porque nos ayuda a fortalecer la tarea diaria para un buen funcionamiento continuo de la entidad.

JANER JULIAN SARMIENTO NEGRETE

Oficina asesora control interno