

INFORME PORMENORIZADO MECI

Jefe de Control Interno:	ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA	Período: Marzo de 2018 – Junio de 2018
		Fecha elaboración: 10/07/2018

El siguiente informe presenta el estado del Sistema de control interno de la Empresa Social del Estado Hospital Padre Clemente Giraldo del Municipio de Granada - Antioquia, mostrando las dificultades y avances asociadas a cada una de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, incluido en éste, el Modelo estándar de control interno (MECI).

ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL PARA MIPG

La ESE, adelantó la fase de alistamiento institucional con asignación de responsabilidades para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Para esto creó el Comité Coordinador de Gestión, Desempeño, Control Interno y Calidad y designó el representante del Gerente para liderar la implementación.

DIMENSIÓN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Dificultades

Se cuenta con el instrumento para la realización del diagnóstico de la Gestión del Talento Humano, pero aun no se realiza su aplicación.

Aunque la ESE ha desarrollado diferentes elementos de la gestión del Talento humano aún no se ha consolidado el Plan estratégico que establece MIPG.

Aunque se realizan actividades de inducción se requiere fortalecer en la implementación de soportes que evidencien la realización de éstos (cronograma de inducción, evaluación de la inducción, listados de asistencia).

Avances

Se cuenta con el Manual de Funciones y Competencias actualizado de acuerdo a los cargos que se tiene definidos en la Institución y a los lineamientos normativos, dicho documento ha sido entregado a los funcionarios para su conocimiento.

Para la vigencia 2018 se formulo el Programa de Bienestar Social, como parte de uno de los proyectos definidos en el Plan Operativo Anual para la vigencia 2018, éste se viene implementando.

Se formulo el Plan de Capacitación para la vigencia 2018, documentado con base en proyectos de aprendizaje en una jornada de trabajo con participación de los funcionarios de la institución, éste se encuentra formulado como uno de los proyectos del Plan Operativo Anual para la vigencia 2018 y se vienen realizando las actividades definidas para su implementación.

Se realizó jornada de re-inducción con participación de los funcionarios de la Institución, donde se dictaron temas de interés para fortalecer el conocimiento institucional.

Se viene implementando el Programa de Salud y Seguridad en el Trabajo, desarrollando actividades desde el Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo.

DIMENSIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Dificultades

Aún no se integran en el Plan de Acción todos los planes formulados para el desarrollo estratégico de la entidad, definidos en el Decreto 612 de Abril 4 de 2018, aunque se tienen formulados algunos de ellos.

Oportunidad de mejora en la documentación y/o actualización de los riesgos a nivel de procesos e institucional y así mismo falta frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos.

Avances

Se realizó la conformación del Comité Coordinador de Gestión, Desempeño, Control Interno y Calidad, dando cumplimiento a los lineamientos normativos definidos en el Decreto 1499 de 2017, con el fin de implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Por parte del nivel directivo se tiene compromiso para la implementación del Sistema de Control Interno y de Garantía de la Calidad que aplica a las instituciones de salud, se cuenta con un equipo de trabajo para el desarrollo de las actividades definidas para ambos Sistemas de Gestión.

Se tiene documentada la plataforma estratégica (visión, misión, valores, principios, organigrama y mapa de procesos), la cual fue actualizada con participación de los funcionarios y se ha socializado en actividades de re-inducción.

Se realizó socialización a los funcionarios del Código de Integridad, el cual fue documentado con base en los criterios definidos por la Política de Integridad Nacional, por parte de los funcionarios se firma acta de compromiso con su implementación.

Se tiene documentado y actualizado el organigrama institucional el cual es conocido por los funcionarios de la institución.

Se documentó para la vigencia 2018 el Plan Operativo Anual, para lograr el cumplimiento de las metas trazadas en el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2017 – 2021, éste ha sido socializado a los usuarios internos y externos a través de actividades de rendición de cuentas.

Se documentaron para la vigencia 2018 los Planes de Acción por Dependencia con base en los proyectos y metas establecidos en el Plan Operativo Anual para el año 2018.

Se documento el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2018 de acuerdo a los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el cual se encuentra publicado en la página web de la Institución.

Se elaboro el informe de resultados de los indicadores del Plan de Gestión correspondiente a la vigencia 2017, el cual se presento a la Junta Directiva para su evaluación dentro de los términos establecidos. Por parte de dicho organismo se realizo la respectiva evaluación de acuerdo a los lineamientos definidos por la normatividad.

La ESE cuenta con indicadores para medir la gestión definidos desde el Plan de Desarrollo Institucional, el Plan de Gestión y el desempeño de los procesos, los cuales cuentan con las respectivas fichas técnicas.

Se tienen documentadas políticas institucionales, las cuales han sido socializadas a los funcionarios de la institución.

Se cuenta con una política de administración de riesgos, en la cual se definió la metodología acorde con la Guía publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, ésta ha sido socializada a los funcionarios de la Institución.

Se continúa con la aplicación de instrumentos para la documentación del mapa de riesgos por procesos, con base en los lineamientos establecidos en la nueva metodología de Administración del Riesgo definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, por parte de los líderes de los procesos.

El mapa de riesgos de corrupción se encuentra actualizado para la vigencia 2018, con base en la guía de administración del riesgo de corrupción emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, éste se encuentra publicado en la página web para la divulgación a los usuarios internos y externos.

La ESE cuenta con planeación financiera a través de su presupuesto aprobado por el Consejo Municipal de Política fiscal – COMFIS y la Junta directiva de la ESE (en lo de su competencia).

Para la vigencia 2018 se formuló el Plan Anual de Adquisiciones de Bienes y Servicios.

DIMENSIÓN DE GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de esta Dimensión de MIPG en sus diferentes elementos.

Para algunos elementos no se tienen avances importantes en los términos que lo establece MIPG, entre ellos los de Gobierno Digital, Seguridad digital, Defensa jurídica, Racionalización de trámites.

Aunque se tienen procesos y procedimientos documentados, algunos de éstos requieren revisión y actualización, lo que implica destinar tiempo para el personal en la realización de labores diferentes a las actividades diarias.

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 (Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios).

Avances

Se cuenta con Mapa de Procesos para la ESE en función de las necesidades y la coherencia con la estructura organizacional. En él se definen los estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Se cuentan con los procedimientos relacionados con los procesos, algunos de ellos se han actualizado, a partir de necesidades identificadas en desarrollo del sistema de garantía de la calidad, resultados de la gestión, expresiones de los usuarios y cliente interno.

Se ha realizado divulgación de procesos y procedimientos (priorizados) a través de las sesiones de inducción, de reinducción, reuniones por grupos de trabajo y a través del servidor para el fácil acceso de los funcionarios.

En coherencia con la estructura organizacional y los procesos, se ha definido una planta de cargos aprobada por la Junta Directiva.

Se tienen definidas políticas institucionales las cuales han sido socializadas a los funcionarios en actividades de re-inducción y a través de volantes informativos.

Se cuenta con página web la cual viene siendo actualizada siendo útil como mecanismos de información para los usuarios.

La dirección de la entidad en cabeza del Gerente y la Subgerencia Administrativa ha realizado permanente seguimiento a la ejecución presupuestal buscando garantizar la disponibilidad de recursos para el normal desarrollo de los procesos. Durante el periodo evaluado ha logrado mantener la disponibilidad de recursos financieros para cumplir sus obligaciones y desarrollar los procesos.

La gerencia de la entidad y su asesor jurídico han asumido la defensa de los intereses del estado ante las diferentes demandas que se ha recibido.

Se cuenta con una Oficina de Información y Atención al Usuario, la cual es operativa, a través de la cual se reciben y gestionan las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias presentadas por la ciudadanía.

Se tienen implementados canales de comunicación institucional internos y externos como página web, cartelera institucional, buzones de sugerencias, espacio en programa radial municipal, reuniones con el personal y comités institucionales.

Se viene realizando mensualmente la identificación de la satisfacción del usuario y la recepción y gestión de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios a través de la Oficina de Información y Atención al Usuario, para lo cual se cuenta con procedimientos documentados y formatos para el registro.

DIMENSIÓN DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de esta dimensión de MIPG en sus diferentes elementos.

Se presentan dificultades para cumplir con todos los seguimientos a los planes de manejo de riesgos y algunos indicadores.

Aunque se viene realizando medición a los indicadores para evaluar la gestión, se requiere mejorar la periodicidad de su revisión y la documentación de los respectivos planes de mejoramiento de manera oportuna con base en los resultados y su respectivo seguimiento

Avances

Se cuenta con indicadores para la gestión de los procesos, los cuales cuenta con sus respectivas fichas técnicas actualizadas con base en su trazabilidad y los cambios normativos.

Se cuenta con espacios institucionales definidos para la medición y análisis de indicadores como lo es el Comité Institucional de Gestión, Desempeño, Control Interno y Calidad y/o el Comité de Gerencia, liderados por el Gerente de la Institución.

Realización de auto-evaluación a algunos de los procesos con base en otros sistemas de gestión que se vienen implementando en la institución (Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación).

Se viene implementando la realización de rondas de seguridad a diferentes servicios, como mecanismos de verificación del cumplimiento de requisitos institucionales y normativos.

Realización de arqueos a la caja de recaudo y control de inventarios a farmacia como actividades de auto-control, con participación de los líderes de procesos.

Se cuenta con planes de mejoramiento documentados con base en los resultados de auditorías externas (de EPS, Contraloría General de Antioquia, otras), de análisis de eventos adversos, de la ejecución del Programa de Auditorías Internas, Auto-evaluación de otros Sistemas de Gestión (Salud y Seguridad en el Trabajo, Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema de Gestión Ambiental) entre otras, de los cuales se ha venido realizando seguimiento.

DIMENSIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de esta dimensión de MIPG en sus diferentes elementos.

No se encuentra operativo el Comité Interno de Archivo Institucional.

Aunque se cuenta con las Tablas de Retención Documental y Tablas de Valoración Documental documentadas, éstas requieren socialización y aplicación.

No se tiene documentado el Programa de Gestión Documental y la Política de Gestión Documental, además se requiere fortalecer en la implementación de las tablas de retención documental y de valoración documental.

No se tiene documentado un plan institucional de archivo administrativo, donde se definan las actividades para fortalecer el Programa de Gestión Documental.

Aunque se cuenta con página web, se requiere continuar mejorando en la publicación de la información correspondiente a lo definido para el desarrollo de la Política de Democracia Participativa (Ley 1474 de 2011, artículo 74 y 78 y el CONPES 3654 de 2010) y la ley de transparencia (Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios: 0103 de 2015), que aplica a las instituciones de la Administración Pública

Avances

Se cuenta con instrumento para identificar la satisfacción con los canales de comunicación, el cual se viene aplicando.

Se cuenta con canales de comunicación institucional internos y externos como página web, carteleras institucionales, buzones de sugerencias, Oficina de Información y Atención al Usuario liderada por la Enfermera Jefe, espacio en programa radial municipal, reuniones con el personal, comités institucionales.

Se viene realizando la identificación de la satisfacción del usuario y la recepción y gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de los usuarios a través de la Oficina de Información y Atención al Usuario, para lo cual se cuenta con procedimientos documentados y formatos para el registro.

Se tiene un software que permite integrar los procesos administrativos y asistenciales.

Se vienen realizando actividades de mantenimiento al software y hardware, fortaleciendo el Sistema de Información de la E.S.E.

Se tiene definido para la institución un plan de comunicaciones el cual se encuentra en proceso de implementación.

Se realizó la actividad de audiencia pública y rendición de cuenta con participación de la comunidad.

DIMENSIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Dificultades

Esta dimensión no ha sido trabajada en la entidad bajo la perspectiva que exige el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), más allá que se tenga la documentación de algunas experiencias y se socialice la información a los colaboradores. Se requiere aplicar el diagnóstico e identificar los aspectos puntuales a implementar en adelante.

DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO

Dificultades

Aun no se implementa en la ESE un plan de acción para adecuar la aplicación del Modelo Estándar de control interno MECI bajo la perspectiva del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se encuentra en la etapa de realización de diagnóstico.

Avances

Los avances o logros que se presentan a continuación están expresados en función de los roles que asume el asesor de control interno representante de la firma contratada para tal fin y las acciones del comité coordinador:

Se realizó el informe pormenorizado MECI de acuerdo con los tiempos establecidos por la normatividad (Ley 1474 de 2011), éstos son publicados en la página web de la Institución y puestos en conocimiento de la gerencia de la ESE y del representante de la Dirección para calidad y control interno.

Se han adelantado acciones de implementación del sistema de control interno y del sistema de garantía de la calidad (específico para el sector salud) a través del comité operativo de calidad y control interno.

Se dio cumplimiento con la realización del seguimiento del Plan Anticorrupción correspondiente al período de Enero a Abril de 2018 de acuerdo a lo definido en el Decreto 2146 de 2012. Dicho seguimiento fue publicado en la página web de la E.S.E.

Elaboración y envío del informe sobre uso de software de acuerdo a los lineamientos definidos por el Departamento Nacional de Derechos de Autor.

Definición de un programa de auditoria interna para la vigencia 2018, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Gestión, Desempeño, Control Interno y Calidad, el cual se viene implementando con participación de los líderes de proceso asignados para la participación en éste.

Realización de evaluación de los indicadores del Plan de Gestión correspondiente a la vigencia 2017, dando cumplimiento a los lineamientos normativos.

Realización de seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con base en auditorías externas (Contraloría, entidades administradoras de planes de beneficios).

RECOMENDACIONES

Continuar con la operatividad del Comité Institucional de Gestión, Desempeño, Control Interno y Calidad, como espacio para la implementación de las dimensiones que hacen parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Fortalecer el programa de inducción de acuerdo a los lineamientos establecidos en el proceso de talento humano y elaborando los respectivos registros que evidencian la actividad.

Continuar con la actualización de los procesos y procedimientos que lo requieren con participación de los líderes de procesos.

Continuar con la aplicación de la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la documentación de los mapas de riesgos para los procesos institucionales.

Documentar el mapa de riesgos institucional con los mapas de riesgos que ya se hayan actualizado y continuar alimentando dicho mapa.

Mejorar la periodicidad en la realización de seguimiento a los controles definidos para los mapas de riesgos que se tienen documentados por parte de los líderes de proceso.

Mejorar la periodicidad en la revisión y definición de acciones de mejora de los indicadores de gestión que se tienen definidos para los procesos.

Mejorar en el cumplimiento y la oportunidad en la publicación de toda la información obligatoria según la ley de transparencia y acceso a la información (Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios).

Conformar a través de acto administrativo y operativizar el Comité de Archivo Institucional, como una instancia diferente al Comité de Archivo Clínico.

Socializar y aplicar las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental.

Documentar y socializar el Programa de Gestión Documental y la Política de Gestión Documental para la E.S.E.

Documentar el Plan Institucional de Archivo Administrativo, donde se definan las actividades para fortalecer el Programa de Gestión Documental.

Continuar con la realización de los diagnósticos para evaluar cada una de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), con el fin de implementar las acciones de mejora pertinentes y lograr dar cumplimiento con dicho Modelo.



ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA
Asesora de Control Interno
Funcionario A.C. Auditoría y Consultoría S.A.S.