



Hospital Nuestra Señora
de los Remedios E.S.E.

Nit. 892115009-7

INFORME

**PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
2016-2017**

(Noviembre. Diciembre de 2016 v Enero. Febrero de 2017)

ADIELA ESTHER HINOJOSA RUDAS
ASESOR DE CONTROL INTERNO

Fecha de Creación: 15/03/2016
Última actualización: 04/05/2016
Código: DYG-PD-001
Versión: 01



INDICE

1. INTRODUCCION.....	2
2. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION	2
2.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO.....	2
2.1.1. NOMINA.....	2
2.1.2. VINCULACION DE PERSONAL	3
2.1.3. FORMACION Y DESARROLLO	7
2.1.4. CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS.....	7
2.1.5. ADMINISTRACION DEL DESEMPEÑO LABORAL - EVALUACION DEL DESEMPEÑO	8
2.1.6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	9
2.1.7. OTRAS GESTIONES DEL ÁREA	10
2.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	11
2.3. COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO	12
3. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO.....	14
3.1. AUTOEVALUACION.....	14
3.2. AUDITORIA INTERNA –PLANES DE MEJORAMIENTO.....	15
4. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION.....	17
4.1. INFORMACION Y COMUNICACIÓN.....	17
5. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	18

1. INTRODUCCION

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011, a continuación se presenta el informe del estado del sistema de Control Interno del Hospital Nuestra de los Remedios en los dos módulos y en el eje transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

2. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

2.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO

En la Gestión de la oficina de Talento Humano de la ESE, se desarrollaron los distintos procesos, el plan de acción, propendiendo por el desarrollo del personal, teniendo en cuenta sus competencias, habilidades, destrezas en el compromiso del cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas de la Institución; procurando conservar un ambiente adecuado y armónico entre los empleados.

2.1.1. NOMINA

Se cumplió en un 100% con la Liquidación a través del software de Dinámica Gerencial – Modulo de Nómina, dando cumplimiento en el 100% de la meta propuesta y se realizó entrega oportuna de las 14 nóminas: 12 de sueldos (enero a diciembre/2016) y dos (2) de prestaciones sociales (prima semestral, prima de navidad, la liquidación de vacaciones y liquidación de la seguridad social) y (1) nómina de reajuste salarial de enero a mayo de 2016 y de junio a septiembre de 2016.

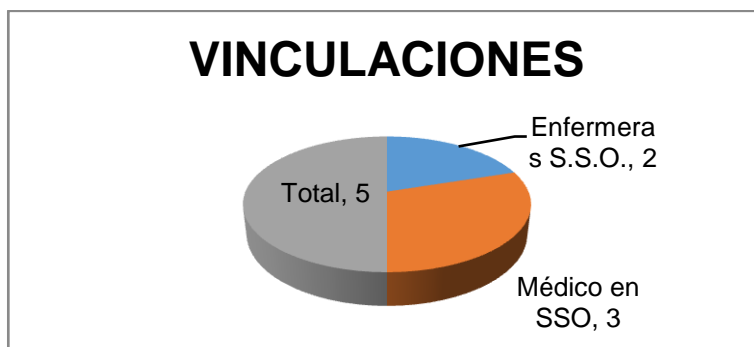
Se reportó al Fondo Nacional del Ahorro las Doceavas de Cesantías mes a mes y Consolidado de Cesantías de los Empleados a Diciembre de 2016, en la plataforma aplicativo del FNA, para su respectiva aplicación.

2.1.2. VINCULACION DE PERSONAL

En enero de 2016, la ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios inicia labores con una planta de personal de 86 cargos. Al finalizar diciembre de la misma anualidad, aplicado el proceso de saneamiento fiscal y financiero en la reducción del gasto se eliminaron (5) cargos, finalizando con una planta de personal de 81 cargos.

Dentro del proceso de selección se vincularon 5 profesionales en Servicio Social Obligatorio, elegidos en sorteo del Minsalud, previa aceptación de la renuncia de los 5 titulares anteriores, los cuales tenemos:

Cargos	VINCULACIONES
Enfermeras S.S.O.	2
Médico en SSO	3
Total	5



Durante el año 2016, se desvincularon 12 funcionarios de la planta de personal, previa aceptación de la renuncia, (5) pensionados incluidos en nómina, (5)



renuncias terminación año servicio social obligatorio y (2) renuncias por asuntos personales, los cuales tenemos

Cargos	DESVINCULACIONES
Profesionales en Servicio Social Obligatorio	5
Auxiliares en Área de la Salud TBC	1
Técnico en Área de la Salud Grado 09	2
Secretaria Ejecutiva	1
Auxiliares en Área de la Salud Grado 03	1
Auxiliares en Área de la Salud Grado 09	1
Operario	1
Total	12



Dentro del proceso de Tramite de Pensiones, fueron incluidos en nómina de pensionados (5) funcionarios de la ESE, que ocuparon los siguientes cargo

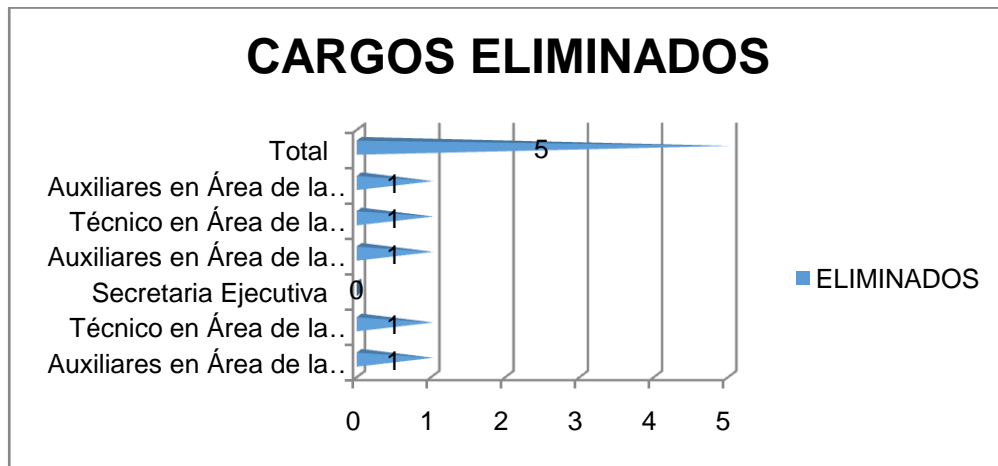
Cargos	PENSIONADOS	ELIMINADOS
Auxiliares en Área de la Salud Grado 09	1	1
Técnico en Área de la Salud Grado 09	1	1
Secretaria Ejecutiva	1	-
Auxiliares en Área de la Salud Grado 03	1	1
Auxiliares en Área de la Salud TBC	1	1



Total	5	4
-------	---	---



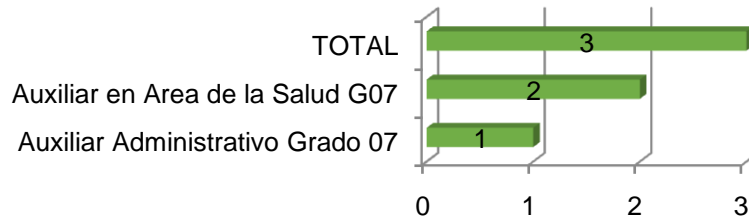
Cargos	DESVINCULADO	ELIMINADOS
Técnico en Área de la Salud Grado 09	1	1
TOTAL CARGOS ELIMINADOS		5



CARGOS PARA INCLUSIÓN NOMINA DE PENSIONADOS	ESTADO
Auxiliar Administrativo Grado 07	1
Auxiliar en Área de la Salud G07	2
TOTAL	3

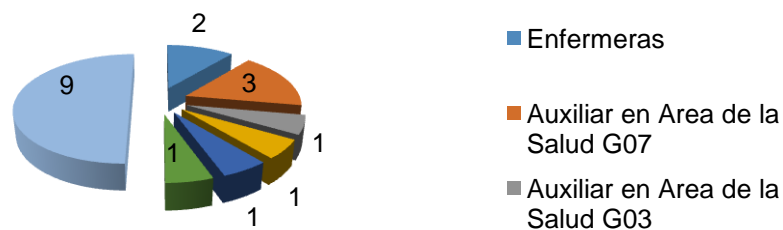


N° CARGOS PARA INCLUSION EN NOMINA DE PENSIONADOS



CARGOS	N° CARGOS EN TRAMITE DE PENSION
Enfermeras	2
Auxiliar en Area de la Salud G07	3
Auxiliar en Area de la Salud G03	1
Tecnico de Imágenes Diagnostica	1
Profesional Universitario Grado Grado 04	1
Médico TBC	1
TOTAL	9

N° CARGOS EN TRAMITE DE PENSION

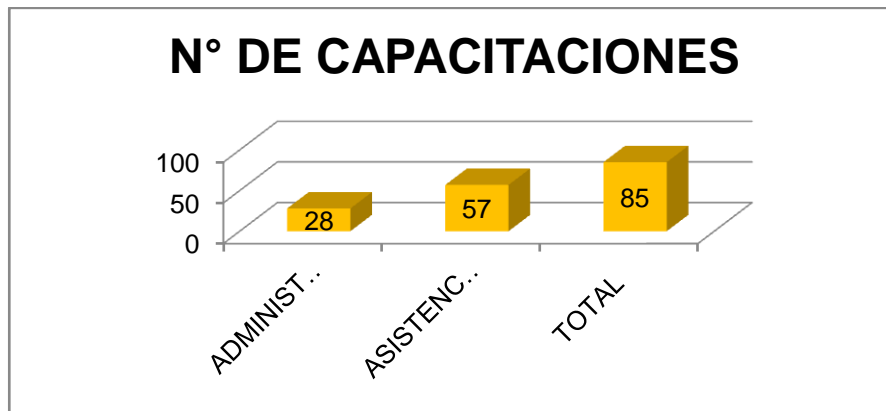




2.1.3. FORMACION Y DESARROLLO

Se desarrolló el 141% de las actividades de capacitación, con la realización de 85 capacitaciones de las 60 programadas para 2016, para las cuales se tuvo en cuenta las necesidades de formación de las distintas áreas de la ESE de acuerdo con los puntos críticos de cada una; con el objeto de fortalecer los procesos institucionales y las competencias laborales de los empleados.

AREAS	N° DE CAPACITACIONES
ADMINISTRATIVA	28
ASISTENCIAL	57
TOTAL	85



2.1.4. CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

En Resolución G-HNSR-2016-4-21-01 se realizó convocatoria para el 24 de mayo de 2016 Elecciones para elegir los Representantes de los Empleados ante Comité de Capacitación, Bienestar Social e Incentivos con el propósito de conformar el

comité y desarrollar las actividades del mismo, pero no se inscribieron aspirantes algunos.

Por medio de Resolución G-HNSR-2016-09-19-04 se realizó nuevamente convocatoria para el 27 de octubre de 2016 Elecciones para elegir los Representantes de los Empleados ante Comité de Capacitación, Bienestar Social e Incentivos. Se eligieron los cuatro miembros representantes de los empleados y la gerencia designo los Representantes de la ESE.

En resolución G-HNSR-2016-10-27-01, se designaron los representantes de los Empleados.

2.1.5. ADMINISTRACION DEL DESEMPEÑO LABORAL - EVALUACION DEL DESEMPEÑO

Se realizaron el 100% de las evaluaciones desempeño laboral correspondiente al periodo de 1 de febrero al 31 de julio de 2016, se oficio a los Líderes de Procesos del área Administrativa y Asistencial, que tienen personal de carrera a cargo, para la culminación del periodo de 01 de agosto al 31 de enero de 2016, calificación final.

Se actualizó el Manual de Funciones de los Empleados, abarcando las cargas laborales, funciones, competencias por áreas y distribución del personal de acuerdo a las necesidades de la ESE, escala salarial; aprobado por la Junta Directiva de la ESE.

Se actualizó el Reglamento Interno de Trabajo, aprobado por la Junta Directiva de la ESE.

2.1.6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Se realizaron actividades de seguridad y salud en el trabajo a los empleados de la ESE con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales en cumplimiento de la normatividad vigente y al bienestar de los empleados, tales como: Afiliaciones de los trabajadores contratistas a ARL, Sensibilización de la importancia del pago de cotización a ARL, Inspecciones de seguridad en las áreas asistenciales y administrativas para identificación de factores de riesgos en los puestos de trabajo, Capacitaciones sobre normas universales de bioseguridad y buen uso de los Elementos de Protección Personal - EPP.

Se actualizó el Plan Hospitalario de Emergencia para el año 2016, está para aprobación de la Secretaria Departamental de Salud de la Guajira, para su ejecución.

Se inspeccionaron los extintores y se realizaron las respectivas recargas para tenerlos aptos para cualquier eventualidad.

Se conformaron el Comité de Convivencia Laboral de la ESE y el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se instalaron dispensadores para gel antibacterial y jabones para lavados de manos quirúrgico, medico y común en el área asistencial de la ESE, y realizó capacitación sobre técnicas de lavado de manos.

Se realizaron actividades de Higiene Industrial como: Mediaciones de la iluminación para identificación de riesgos físicos e inspecciones de riesgos químico y biológico por parte de la ARL Positiva.

Se realizaron charlas sobre Higiene Postural y Pausas Activas a los trabajadores de la ESE.

2.1.7. OTRAS GESTIONES DEL ÁREA

- Se realizó y remitió a la Secretaria de Salud Departamental los Informe AP 3 – Proyección de Salarios y Prestaciones para 2017 e Informe AP 1 – Proyección de la Seguridad Social en Salud para 2017.
- Desde el mes de marzo de 2016 se realizó revisión mensual a la Base de Datos de FOSYGA, verificándose mes a mes la EPS y Fondo de Pensiones a la que está afiliado cada empleado para efecto de pago de seguridad social.
- Durante el año 2016, se elaboraron alrededor de 122 Certificaciones para Bonos Pensionales en formatos 1,2,3 del Ministerio de Hacienda a empleados y ex funcionarios de la ESE para tramites de pensión y reliquidación de pensión.
- En el Proceso de Saneamiento de Aportes Patronales la ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios realizó conciliaciones de Aportes Patronales del situado fiscal y el Sistema General de participaciones con las distintas aseguradoras desde el año 1994 hasta diciembre de 2015, en marco de la Resolución 154 de 2013.

Se confrontaron las Bases de Datos de las Administradoras de Salud, Pensiones y ARL con las Bases de Datos de los Funcionarios de Planta del Hospital de las vigencias 1994 – 2015 para realizar la depuración de la deuda presunta de los aportes patronales.

La Base de Datos de la Aseguradora COLPENSIONES en la plataforma SISIPRO del Minsalud presentó una deuda aproximada de \$2.400 millones de pesos, el resultado del saneamiento de los Aportes Patronales arrojó un saldo final en contra de \$509 millones aproximado.

Con PORVENIR S.A. en el mes de marzo de 2016, la conciliación arrojó una deuda de \$43.251.310,00 al subirla a SISPRO de Minsalud quedó una Deuda de \$11.093 millones de pesos.

Se realizó con conciliación de aportes patronales firmando actas con: CAFESALUD EPS, COOMEVA EPS, NUEVA EPS Y POSITIVA ARL.

En la segunda etapa del proceso de conciliación se recuperaron excedentes firmados en actas con las siguientes aseguradoras:

ASEGURADORA	TIPO	VALOR A FAVOR
COLMENA	ARL	\$89.399.258.00
INSTITUTO SEGUROS SOCIALES	EPS	25.614.575.00
SALUD VIDA	ARL	1.747.433.00
COOMEVA	EPS	97.697.429.00
CAFESALUD ANTIGUO	EPS	4.173.706.00
SALUDCOOP		

2.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

En cuanto al Direccionamiento estratégico, el hospital formulo el plan de desarrollo teniendo en cuenta los lineamientos, necesidades de los usuarios, que resultan en los diferentes espacios comunitarios como el Comité de Ética, y la participación de la comunidad en la Junta Directiva, quienes son los que aprueban el plan de desarrollo.

Los planes operativos anuales de cada proceso, con las metas, objetivos e indicadores, los cuales se ejecutan por los responsables de proceso y su equipo de trabajo con seguimientos periódicos. El resultado es presentado al comité de

gerencia quien verifica y analiza cada una de las metas y el resultado de los indicadores y se toman decisiones.

Se cuenta con un modelo de operación por procesos con tres procesos estratégicos, ocho misionales, doce de apoyo y uno de evaluación y seguimiento de la gestión institucional debidamente socializado con responsables del proceso que trabajan en forma coordinada para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Se viene direccionando la calidad en la prestación de los servicios, el hospital continua trabajando bajo un proceso periódico y sistemático para mantener las condiciones de habilitación, autorregularse con la normatividad legal vigente, en el trabajo hacia alcanzar niveles superiores de calidad, contamos con planes de mejoramiento que está siendo ejecutados a partir de las observaciones y hallazgos arrojado por las auditorias.

2.3. COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

Se viene realizando seguimiento periódico al control de los procesos y control de los riesgos, se tiene cumplimiento del 60% al seguimiento en los mapas de riesgos de cada proceso y con cada uno de los riesgos controlados al momento del seguimiento.

La oficina de Control Interno, en los informes de seguimiento a los mapas de riesgos, hace recomendaciones puntuales con el fin de evitar la materialización de los riesgos generando alertas tempranas con el fin de que los lideres controlen su ocurrencia y establezcan las acciones necesarias de manera oportuna para minimizar los mismos

Dificultades

Para la presente vigencia se tendrá unificado un solo documento del programa institucional de auditorías indicando los responsables de su ejecución de estas y tiempos de cada una para facilitar el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoras que surjan.

3. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

3.1. AUTOEVALUACION

En desarrollo de la cultura de autocontrol se evidencia específicamente en los ejercicios de seguimiento y evaluación que hace el equipo directivo del hospital, a través del análisis de los indicadores de Gestión del Plan de Desarrollo institucional, el Plan Operativo Anual-POA, agenda estratégica y tablero gerencia de acreditación; así como los indicadores que se reportan a cada uno de los comités institucionales, los reportes de norma 2193, Circular 003 entre otros.

En cumplimiento de POA por procesos vigencia 2016, se socializa por parte de la Asesora de Planeación, en la junta directiva con los reportes de cumplimiento en vigencia y acumulado en general y por proceso.

En la actualidad, la entidad implementa la nueva modificación metodológica, para facilitar el proceso de identificación, valoración y administración de los riesgos, teniendo en cuenta las normas y parámetros que fueron modificados por normas de reciente expedición.

Se realiza la evaluación del control de procesos, el control de los riesgos y el control de los indicadores por los servidores responsables de proceso con el fin de que se cumplan con las metas y objetivos de la institución.

En cuanto a la evaluación independiente. La oficina de Control Interno realizó la evaluación del Sistema de Control Interno de acuerdo con las indicaciones y metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública para el informe que se presentó a los entes de control en la cuenta del mes de febrero y

se realizaron seguimientos al MECI en la institución resultado que es utilizado en los informes publicados en la Web.

De la misma forma, se diligencio la encuesta MECI/FURAG dentro de los plazos legales ante la DAFP, cuyos resultados aun no son visibles en el sistema, en espera de la certificación de entrega.

3.2. AUDITORIA INTERNA –PLANES DE MEJORAMIENTO

En cumplimiento del programa y del plan de auditorías, la oficina de control interno adelanto el seguimiento y evaluación de procesos, cuyos resultados finales se resumen a continuación:

De las auditorías realizadas con corte a octubre 30 de 2016, se tienen las siguientes conclusiones:

Seguimiento a la Gestión Contractual: Se hizo seguimiento a la gestión contractual, en cumplimiento al programa de Auditoria vigencia 2016, especificando las siguientes observaciones;

- Necesidad de actualizar documentos (Rut, comprobantes de pago, afiliaciones a la Seguridad social,)
- Revisión de consecutivo y foliado de carpetas.

Se realizó seguimiento a 16 comités institucionales de los cuales 10 comités cumplen con las fechas de reunión, actas de reunión de las sesiones del comité

con sus respectivas firmas, su lista de asistentes y compromisos, dando cumplimiento al 70%.

Se recomienda que se realicen los comités en las fechas establecidas de acuerdo a lo consignado en la Resolución de creación, tal como se ha recomendado en los seguimientos anteriores.

Se continua trabajando en lo referente a las normas legales vigentes de anticorrupción como son: la ley 1474 de 2011, el decreto 371 de 2010, el pacto por la transparencia y contra la corrupción, con acciones de capacitación a los servidores públicos, presentación de informes de gestión en la pagina del hospital e incentivar a la comunidad en la participación de los procesos del hospital a través de comités en espacios comunitarios que lidera la Oficina de Atención al Usuario entre otros.

Dificultades

Retraso en el cumplimiento de las acciones de mejoramiento relacionadas con el componente de Gestión ambiental en el plan de mejoramiento debido a que las mismas acciones dependen de las acciones que desarrollen la Secretaria de Salud Departamental.

Se evidencia la necesidad de fortalecer la Cultura de Autocontrol, en especial si tenemos en cuenta que no se observa en lideres de procesos la utilización de un lenguaje claro, unificado y concertado sobre las competencias y responsabilidades en cada uno de los actores e integrantes del sistema de gestión.

4. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

4.1. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

En cuanto a la información y comunicación pública del hospital ha realizado acciones permanentes con la comunidad en cuanto a la satisfacción de la necesidad de forma oportuna en la contestación de las solicitudes de quejas y reclamos y en la publicación de los informes de gestión, indicadores y demás información de interés a la comunidad.

El Hospital dispone de una oficina de Participación Social y Atención al Usuario encargada de resolver y atender a todos los usuarios de las necesidades en cualquiera de los centros. Encargada también de mantener y garantizar la contestación de los derechos de petición quejas y reclamos.

La información recibida por parte de los usuarios se hace a través de los buzones de sugerencias, quejas y reclamos donde se determina la clase de requerimiento y la entrega de información a la ciudadanía. Igualmente realiza diariamente encuesta a los usuarios sobre la satisfacción en los servicios prestados al Hospital, informe que es consolidado y presentado a la gerencia periódicamente.

Dificultades

Se evidencia la necesidad de actualizar y complementar la información que se divulga a través de la página Web, en cumplimiento de la Ley de Transparencia.

5. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se observa un alto grado de consolidación del Sistema Integrado de Gestión, Se avanza hacia el mejoramiento continuo con estándares superiores de Calidad, en mejora de la calidad en la prestación de los servicios de usuario, se evidencia cultura del autocontrol para el cumplimiento de los objetivos instituciones.

RECOMENDACIONES

Conforme a lo informado al Comité de Coordinador de Control Interno se presentan a continuación unas recomendaciones y observaciones:

- Fomento de Cultura Autocontrol, inclusión en planes y programas de capacitación, inducción y reinducción.
- Ajuste definitivo metodológico para la administración del riesgo y programación de ajustes en la identificación y valoración del mismo.
- Realizar, oficializar y socializar el Plan de Comunicaciones.
- Revisión de cumplimiento parámetros de publicaciones en la página WEB, respecto a la ley 1712 /2014. Se observa documentación incompleta desactualizada y no todos los procesos incluidos.
- Fortalecimiento de los sistemas de información.
- Reporte oportuno de la información que se solicita a los líderes de los procesos, principalmente en los seguimientos a los riesgos y planes de mejoramiento.