

OFICINA DE CONTROL INTERNO



**INFORME DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO PARA EL
AÑO 2018.**

REALIZADO POR:

CARLOS MAURICIO GARCIA ESCOBAR

Jefe de Control Interno

Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro.

RIONEGRO

DICIEMBRE 19 DE 2018

INFORME EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En la constante tarea de ser eficientes y de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, el Hospital está dando cumplimiento a la iniciativa de gobierno incluida en el artículo 133 de la Ley 1753/15 correspondiente al Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, consolidando todos los elementos que se requieran para la organización y la integración de los Sistemas de Gestión, articulándolos con el Sistema de Control Interno y así poder contar con herramientas que permitan direccionar las tareas y actividades para dar cumplimiento a las metas establecidas.

Con el presente informe la Oficina de Control Interno pone de manifiesto las fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno, realizado con base en los resultados del autodiagnóstico desarrollado a través del aplicativo FURAG II del Departamento Administrativo de la Función Pública y las evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno; haciendo la correspondiente articulación entre los Componentes del Sistema de Control Interno y las dimensiones de Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MiPG), obteniendo como resultado:

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Talento Humano:

Corresponde a la Primera Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en cuanto a la gestión estratégica del Talento Humano y la Integridad, el ciclo del servidor público desde ingreso, desarrollo (crecimiento), finalizando con el retiro.

- Para la vigencia el Hospital destino recursos para capacitaciones, externas e internas fortaleciendo las competencias funcionales del personal profesional, técnico y asistencial; así mismo se realizaron capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo, en aspectos como seguridad, ergonomía, pausas activas, bioseguridad, gestión de riesgo, ambiental y psicosocial.

- En actividades de bienestar también se invirtieron recursos siendo beneficiarios funcionarios del nivel profesional, técnico y asistencial, realizando actividades como celebración de cumpleaños, exaltación de profesiones, seguridad y salud en el trabajo, entre otros.

- Se disminuyeron los accidentes de trabajo con respecto a la vigencia anterior, realizado más inspecciones de las condiciones locativas, porte y uso adecuado de elementos de protección personal (EPP).

Direccionamiento Estratégico:

Este elemento se encuentra articulado con la Segunda Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondiente a las estrategias que guían la gestión institucional

para garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los usuarios y la Tercera Dimensión Gestión de Valores para Resultados, correspondiente a las políticas, prácticas e instrumentos que tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos.

- Mediante Resolución de gerencia se divulgó el Plan de Acción Institucional, con unos objetivos estratégicos, dirigidos a agilizar, simplificar y flexibilizar la operación del Hospital y alcanzar que los servicios resolvieran las necesidades de los usuarios, durante la vigencia se realizaron las Reuniones de Análisis Estratégico, mediante la cual se efectúa el seguimiento periódico de avances al plan de desarrollo, plan operativo anual y plan de acción.

- El promedio para la asignación de citas en Consulta Externa para las especialidades médicas fue de 7 días, resultado que está por debajo del estándar que es de 30 días. Los profesionales del servicio quirúrgico han fortalecido el proceso de programación, en el servicio de hospitalización el indicador giro cama está en 3,45 días, cumpliendo la meta que es 3,68 días.

- El Plan Anual de Adquisiciones fue publicado en el SECOP y en la página web institucional antes del 31 de enero/18.

- En el plan ambiental se programaron actividades dirigidas a crear impactos ambientales, al manejo de residuos, a informes a entes de control, al ahorro y uso eficiente de agua y energía, a inspecciones y capacitaciones, a auditorías a los gestores externos de residuos y empresas contratistas encargadas de la gestión externa de residuos, al análisis de la calidad del agua potable,

- El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se elaboró de acuerdo a los lineamientos establecidos. no se hizo el seguimiento cuatrimestral por parte de la persona responsable, siendo publicado en la página web institucional para consulta de la ciudadanía.

- En la estrategia de racionalización de trámites se logró habilitar desde la página web el acceso a la consulta e impresión de los resultados de exámenes de laboratorio, dándole al paciente mayor facilidad de acceso, reduciendo costos en tiempo y desplazamientos.

-COMPONENTE GESTION RIESGOS INSTITUCIONALES

El trabajo emprendido desde las dimensiones Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores y Resultados y Talento Humano, es esencial para una adecuada gestión del riesgo.

-No existe una política definida de gestión de riesgo (SE ENCUENTRA EN BORRADOR) y ni un programa estructurado de gestión de riesgo adaptado a la nueva normatividad relacionada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, estos deben ser validados por el Comité Coordinador de Control Interno. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, nos trae unos lineamientos que vienen a estructurar todo el tema de la gestión de riesgos con un enfoque más exigente basado en COSO, esto es un reto para avanzar a un modelo de gestión de riesgos que sea consolidado y maduro

-Con los cambios de la normatividad especialmente con el tema el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es importante fortalecer la apropiación de los roles y responsabilidades de las líneas de defensa para la gestión de riesgos institucional, en la medida que se asuman esas responsabilidades por cada nivel se avanzará cultura de gestión del riesgo en la institución.

- Se evidencian debilidades en el registro de eventos materializados de riesgo por cada uno de los responsables de los procesos, dicho registro permite tener estadísticas para posteriores análisis de probabilidad de ocurrencia y también permite tener lecciones aprendidas de cómo se gestionó dicho riesgo materializado.

-Cada uno de los 18 procesos debe contar con su matriz de riesgos, donde se debe realizar una valoración de probabilidad e impacto para los posibles eventos de riesgos que impiden el logro del objetivo del proceso y se determine el riesgo residual.

-Cada dueño de proceso es propietario de los riesgos y debe tener la responsabilidad de socializar los riesgos identificados con su equipo de trabajo y realizar el seguimiento a los controles implementados para mitigar dichos riesgos.

-No se evidencia por parte de los responsables de los procesos un seguimiento a los controles implementados para mitigar los riesgos, incluidos los riesgos de corrupción. Todo este ejercicio debe ir en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos.

Para el seguimiento y monitoreo a la gestión de riesgos se debe involucrar y capacitar al personal operativo.

Este mapa no se encuentra actualizado ni publicado , en dicho mapa deben estar incluidos los riesgos de corrupción, allí se deben vincular los procesos más vulnerables de materializarse dichos riesgos y que son transversales en la institución.

Con respecto a este componente se construyó un plan de mejoramiento dirigido a la gerencia y al comité institucional de control interno para fortalecer la gestión y administración de riesgos por procesos y de anticorrupción y pasar en el 2019 a ser una fortaleza para la institución.

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACION

Se encuentra articulado con la sección tres de la Tercera Dimensión Gestión de Valores para Resultados, correspondiente a las tecnologías de la información y las comunicaciones –TIC, que deben ser concebidas en el marco de la gestión, de manera que su uso sea coherente y acorde con las características y necesidades institucionales, así como políticas y seguridad de la información y con la Quinta Dimensión Comunicación e Información, que tiene como propósito garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, que le permite una interacción con los ciudadanos; por lo que se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

- Se elaboró el Plan de Comunicaciones, realizando actividades tales como: publicaciones en la página Web institucional temas como: informes, noticias, instrumentos de gestión, encuestas y boletines; se ha interactuado con la ciudadanía a través de redes sociales observando que las estadísticas han aumentado con mayor participación de la ciudadanía por medio de estos mecanismos.

COMPONENTE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA

Se articula con la Cuarta Dimensión Evaluación de los Resultados y seguimiento a la gestión y su desempeño, así:

Auditoria Interna

La Oficina de Control Interno estableció el Plan Anual de auditorías realizando las evaluaciones a los procesos y áreas indicadas desde el modelo integrado de planeación y gestión MIPG, generando los informes de los resultados que fueron enviados a la gerencia en el informe anual de la oficina de control interno e informes pormenorizados cuatrimestrales, ordenando la elaboración de los planes de mejoramiento para establecer las acciones correctivas.

Planes de Mejora

El Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, correspondiente a la vigencia 2016, presenta un cumplimiento del 100%.

Se tienen suscritos 3 Planes de Mejoramiento realizados desde los informes cuatrimestrales de control interno 2018.

Se tiene suscrito un plan de mejoramiento institucional del plan operativo anual 2017, el cual tiene un 93% de cumplimiento.

OTRAS ACCIONES Y GESTIONES DESDE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO EN EL AÑO 2018

- Realización de los informes pormenorizados cuatrimestrales. (abril, agosto, diciembre).
- Verificación de la realización y seguimiento del plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
- Seguimiento y verificación a la actualización del mapa de riesgos anticorrupción.
- Presidir el comité de sostenibilidad financiera.
- Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de la contraloría.
- Se realizar seguimientos al montaje de la información completa a los aplicativos de la contraloría.
- Se verifico la evaluación a la gestión del gerente.
- Se verifico la planeación y desarrollo de la audiencia publica de la rendición de cuentas a la comunidad.
- se verificó el cumplimiento de la ley 1712 de 2014. LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA NACIONAL .
- Se realizó acompañamiento de las auditorías internas de habilitación.
- Seguimiento a los planes de mejoramiento de atención al usuario.
- Acompañamiento a los inventarios institucionales.
- Se realizó y envió el informe de control interno contable.
- Se realizó y se envió el Informe de derechos de autor.
- Se realizó y envió el informe ejecutivo anual a la función pública.
- Se realizó y envió el informe ejecutivo anual a la gerencia.
- Se verifico la construcción del informe de austeridad del gasto.
- Se le realizó seguimiento al plan de mejoramiento archivístico.
- comité municipal de control interno
- comité municipal (Mico) gestión y desempeño