

SEGUNDO INFORME PORMENORIZADO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO 2016 - LEY 1474 DE 2011

Lady Echeverry Cardona
Jefe Oficina de Control Interno

Periodo evaluado:
Abril - Junio de 2016
Fecha de evaluación:
Julio 12 de 2016

INTRODUCCIÓN

El Modelo Estándar de Control Interno define una metodología para agregar valor a los Procesos Gerenciales que, junto a los Procesos de Apoyo, garantizan un adecuado cumplimiento de las labores Misionales de la Institución. Visto desde un enfoque temporal, el MECI representa la etapa final, en que se evalúa y retroalimenta a la Gerencia sobre efecto real de los Planes y Procesos implementados:

Ubicación del MECI en la Cadena de Valor del Modelo Integrado de Planeación y Gestión:



De esta manera, el MECI se constituye en el complemento necesario del Sistema de Desarrollo Administrativo y del Sistema de Gestión de la Calidad, cuyos resultados evalúa, y proporciona a los mismos las señales para realizar los ajustes necesarios; a fin de aportar al cumplimiento pleno de la Misión Institucional dentro de un Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

1.1 COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos

La Ese Hospital la Misericordia de Calarcá Quindío a través de acuerdos, compromisos y protocolos éticos tiene definidos los estándares de conducta, que son socializados con cada uno de los servidores al momento del ingreso a la Entidad; de tal manera que cada funcionario que ingresa tiene conocimiento de la Misión, Visión, Valores, Principios y Objetivos Institucionales.

La E.S.E. cuenta con un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, que se enmarca normativamente al interior de la Institución en la Resolución 392 de 2014 “por medio de la cual se adoptan las estrategias de comunicación interna, externa e integrada” y en el Acuerdo No. 05 del 10 de septiembre 5 de 2014, por medio del cual la Junta Directiva, adopta el Estatuto de Contratación para la E.S.E Hospital la Misericordia de Calarcá.

Dicho Plan incorpora en su totalidad las directrices del Decreto 124 del 26 de enero de 2016, emitido por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, en el cual se definen nuevos elementos metodológicos. La Oficina de Control Interno realizó y publicó el Seguimiento al Plan Anticorrupción presentado.

Desarrollo del Talento Humano

La E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá cuenta con el Manual de Funciones, Competencias Laborales y Requisitos Aprobado mediante Acto Administrativo (Acuerdo 014 de diciembre 30 de 2013), el cual está en proceso de actualización de acuerdo a los requerimientos de la Comisión Nacional del Servicio Civil para su presentación ante la Junta Directiva.

Se tiene en cuenta al momento de ingresar un funcionario la selección meritocrática de cargos directivos. La evaluación de desempeño, se ha desarrollado a entera satisfacción de acuerdo a los parámetros establecidos por la normativa vigente; donde se evidencia la concertación de objetivos y compromisos laborales y comportamentales con su porcentaje de cumplimiento pactado, y la evaluación a los períodos respectivos.

Durante el segundo trimestre del año, las acciones de auditoría sobre el área se han concentrado en verificar una adecuada planeación y ejecución de los procesos de

inducción y capacitación y en el cumplimiento a cabalidad de las normas de gestión documental en los expedientes laborales; esto último en atención del Plan de Mejoramiento suscrito ante la Contraloría Departamental del Quindío.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Planes, Programas y Proyectos

La ESE Hospital La Misericordia de Calarcá Quindío tiene definida su plataforma estratégica con su Misión, Visión, Valores Corporativos, logo institucional, Mapa de Procesos y el Organigrama; este último en proceso de actualización. Así mismo cuenta con su Plan Operativo Anual (POA) que va articulado del Plan de Gestión del Gerente; Este a su vez divide todas las áreas en tres (3) grandes macro procesos:

1) Direccionamiento Estratégico. Compuesto por las metas e indicadores que se deben lograr a través del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y el Plan Operativo Anual. Estos dos elementos dan una visión estratégica y de mejoramiento continuo motivado por autoevaluaciones y auditorías externas que fortalecen la E.S.E.

2) Clínico-Asistencial. Realiza el seguimiento necesario para todas las áreas que prestan atención directa a pacientes, desde un enfoque humano, esperando que desde los Servicios Ambulatorios, Hospitalarios y Extramurales se garantice calidad y seguridad tanto en el manejo de los dispositivos médicos, como en los medicamentos. Estas áreas, tienen evaluación permanente a través de metas e indicadores que miden el desempeño.

3) Administrativo y financiero. La sostenibilidad financiera es una de las metas, para la Red Hospitalaria Pública del Departamento, que busca fortalecer la efectividad en la gestión de cartera y una facturación real; además de establecer los parámetros legales que le generen a la E.S.E. una mayor rentabilidad social. Actividades que son evaluadas a través de indicadores administrativos y financieros.

Modelo de Operación por Procesos

Se ha avanzado en la actualización de algunos manuales de procesos y procedimientos de la E.S.E.

La Oficina de Control Interno, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina Asesora de Calidad, están liderando y monitoreando de manera permanente todo lo referente al Plan de Mejoramiento de la Calidad.

La E.S.E. realiza monitoreo a los Procesos que requieren intervención, con el acompañamiento de cada Coordinador de Área.

Estructura Organizacional

Durante el segundo trimestre de 2016 fue presentada la propuesta de Estructura Organizacional de la E.S.E. ante la Junta Directiva para su consideración.

Los resultados de dicha reforma serán insumo fundamental tanto para el proceso que se sigue en la implementación del Sistema de Gestión Documental como en el ajuste y actualización del Modelo de Operación por Procesos de la E.S.E.

Indicadores de Gestión

A través de la formulación de indicadores de gestión y por procesos se logra el monitoreo a los factores críticos de éxito, permitiendo establecer las medidas correctivas que garanticen la continuidad de las operaciones y el logro de los objetivos institucionales.

La Oficina Asesora de Planeación adelanta estudios para la actualización de las fichas de Indicadores y el modo en que se articulan; con el ánimo de avanzar hacia un futuro Tablero de Control de Indicadores.

Políticas de Operación

La E.S.E. cuenta con sus respectivos Manuales de Políticas aplicables a cada una de las áreas y procesos.

Durante el segundo trimestre de 2016 se presentó a la Junta Directiva el nuevo Plan de Gestión para el período 2016-2020. Lo que implica la necesidad de actualizar todas las Políticas Institucionales y Manuales de Proceso para su adaptación a esta nueva plataforma estratégica. De este ejercicio se derivará la nueva versión del Manual Operativo Institucional.

1.3 COMPONENTE DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Políticas de Administración del Riesgo

La Empresa Social del Estado Hospital La Misericordia cuenta con las herramientas para el análisis y la valoración del riesgo, tiene identificados cada uno de los riesgos. Se encuentran formalizadas las Políticas para la Administración de Riesgos a través del respectivo Acto Administrativo (Resolución 355 de 2014).

Se está dando cumplimiento al artículo 73 de la ley 1474 de 2011 (Riesgos de Corrupción).

Identificación del Riesgo

La Oficina de Control Interno ha brindado el apoyo en la implementación de la metodología de Administración del Riesgo planteada por el Departamento Administrativo de la Función Pública. El Mapa de Riesgos y Controles incorpora los resultados de los esfuerzos de control de la vigencia anterior y del proceso de identificación y análisis de nuevos riesgos surgidos.

Se han incorporado, a partir de las capacitaciones ofrecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, algunos cambios en la metodología de identificación del Riesgo; que toman en cuenta tanto los resultados de las auditorías realizadas como un más detallado análisis del entorno.

Análisis y Valoración del Riesgo

De acuerdo a lo planteado en el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno, y a las Políticas de Administración del Riesgo adoptadas por la Institución, se realiza la calificación, valoración y actualización de los Mapas de Riesgos, además del seguimiento de aquellos ubicados en las Zonas de Riesgo Alta y Extrema.

A partir del seguimiento y valoración de los Mapas de Riesgos de las Áreas, se identifican aquellos que pasan a formar parte del Mapa de Riesgos Institucional.

En la calificación de Riesgos y valoración de Controles con corte a junio 30 de 2016 se están aplicando los cambios en la metodología planteados por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Versión 3 de su Guía para la Administración de Riesgos.

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.1. COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Se evidencia que por parte de la Gerencia se viene cumpliendo a cabalidad con los compromisos adquiridos en su Plan de Gestión.

La Evaluación por Componentes al Sistema de Control Interno se ha realizado de una manera mucho más estricta que lo acostumbrado, buscando identificar cualquier oportunidad de mejora que pueda ser insumo para el próximo Plan de Gestión, lo cual ha dado lugar a unos resultados medios en los componentes Ambiente de Control, Monitoreo y de Información y Comunicaciones, mientras que se detectan falencias en los componentes Valoración del Riesgo y Actividades de Control. Dichos resultados señalan la necesidad de priorizar estos últimos componentes en la planeación de las dependencias. Los resultados con corte a Junio 30 se reflejarán en el próximo informe.

El mismo criterio de aumento en la rigurosidad de la autoevaluación se ha aplicado en el diligenciamiento de la Encuesta Anual del MECI generada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

2.2. COMPONENTE DE AUDITORÍA INTERNA

Las Auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno y Oficina Asesora de Calidad, en las áreas administrativas y asistenciales, verifican las actividades para determinar el grado de economía, eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos y los controles, dichos resultados son comunicados a la Gerencia para que se acojan las recomendaciones e implementen las acciones de mejoramiento.

La ESE cuenta con el Manual de Auditoría aprobado mediante resolución Nro. 070 del 21 de enero de 2015 y socializado en cada una de las áreas en el Comité MECI-Calidad. Se han implementado procedimientos estandarizados que permiten una mayor agilidad y claridad para los actores en el proceso de Auditoría.

La Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Gerencia, ha venido fortaleciendo su Componente de Auditoría, tanto en dedicación de su talento humano como en aspectos metodológicos, a fin de brindar mejores insumos para la detección de oportunidades de mejora y formulación de los respectivos Planes de Mejoramiento.

Durante el segundo trimestre de 2016 se continúa cumpliendo a cabalidad la metodología de programación y control de las Auditorías Internas, que logra una mayor efectividad en su ejecución y permite la unificación de diversas actividades relacionadas, de modo que tanto el control de Riesgos como el seguimiento a los Planes de Mejoramiento, entre otros, han sido incorporados como actividades dentro del Programa Anual de Auditoría.

El área de Calidad ha realizado monitoreo permanente de autoevaluación al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad; política que garantiza el mejoramiento continuo en cada uno de los procesos asistenciales de la E.S.E.

2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

Con el fin de dar sostenibilidad al continuo avance en los resultados de Auditoría y seguimiento a Planes de Mejoramiento Institucional emitidos por la Contraloría General del Quindío en las últimas tres vigencias, se ha incorporado el seguimiento a cada uno de los compromisos adquiridos como acciones correctivas en el último Plan de Mejoramiento Institucional suscrito; quedando incluido como parte del Programa Anual de Auditorías aprobado por la Gerencia para la vigencia 2016.

Adicionalmente, se realiza el seguimiento a los Planes de Mejoramiento Interno que surgen de las Auditorías Internas a los diferentes procesos de la E.S.E., los cuales deben ser suscritos ante la Oficina de Control Interno por las respectivas dependencias cuando persisten Hallazgos al momento del Cierre de cada Auditoría.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa

La ESE cuenta con el Área de Comunicaciones dando aplicabilidad al decreto 943 de mayo 21 de 2014, donde aparece la comunicación interna, y externa como eje transversal, facilitándole tanto al cliente interno como externo una participación directa en el logro de sus objetivos.

La ESE garantiza la difusión de la información sobre su funcionamiento, gestión y resultados de una manera transparente hacia los diferentes grupos de interés.

Se actualiza permanentemente la página Web dentro de la cual se publican todos los acontecimientos asistenciales y los reportes administrativos como informes financieros, planes programas y proyectos.

La Oficina de Control Interno realizó y publicó el seguimiento al proceso de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía, desde su fase de planeación, pasando por su realización el día 5 de mayo de 2016, hasta su evaluación y retroalimentación parte de los usuarios y grupos de interés del Hospital.

Se cuenta con la Oficina de Información y Atención al Usuario la cual es operativa y está ubicada en un lugar estratégico de la ESE. A través de ésta se realiza la recepción y gestión de quejas, reclamos y peticiones de los usuarios. Se ha logrado mantener canales de comunicación con los usuarios y se cuenta con la participación de sus representantes en espacios definidos para tal fin.

La entidad rediseño la metodología para la aplicación, tabulación y generación de resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y la recepción y respuesta a reclamaciones, la cual fue presentada al Comité MECI-Calidad con el Manual del SIAU y recomendada a la Gerencia para su aprobación.

Sistemas de Información y Comunicación

La Oficina de Control Interno ha elaborado un Panorama del Área de Sistemas a fin de identificar el estado de los mismos con miras a la implementación de iniciativas como la Estrategia de Gobierno En Línea, la política de Cero Papel, la Racionalización de Procesos y la Automatización de Trámites.

Como parte del Programa Anual de Auditoría, se está realizando el seguimiento a la efectividad de las actividades de soporte y actualización del aplicativo integrado,



buscando que se cuente con la información confiable, en línea y en tiempo real, sobre la prestación de servicios de la E.S.E., debidamente procesada para la oportuna toma de decisiones tanto gerenciales como operativas.

Si bien se cumple a cabalidad con los requerimientos de las primeras fases de la Estrategia de Gobierno en Línea, se perciben dificultades para avanzar en las siguientes debido a las implicaciones que estas tienen en términos de actualización, racionalización y automatización de trámites; temas en los cuales el desarrollo de la E.S.E. es aún incipiente.

Desde la Oficina de Control Interno se han realizado las verificaciones necesarias en cuanto al cumplimiento y oportunidad en el envío de información a todos los entes de control.

ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA

Calidad, Seguridad, Calidez

4. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Si bien los resultados de las Auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno han generado un impacto positivo en el ajuste de varios procesos, continúa la necesidad de acompañamiento a cada una de las áreas administrativas, para de esta manera generar en cada área una cultura de autocontrol y mecanismos para un mejor desempeño en el cumplimiento de las funciones y actividades por parte de los dueños de cada proceso.

Se está avanzando en el proceso de implementación de la versión actualizada del MECI (V 2014) en sus diferentes módulos, componentes y ejes transversales. Por parte del nivel directivo hay compromiso en la implementación del Sistema de Control Interno y las acciones de mejora resultantes de éste. Se espera el informe con corte a junio 30 para evaluar el impacto de las actividades realizadas.

AVANCES

Desde la Oficina de Control Interno se han realizado las verificaciones necesarias en cuanto al cumplimiento y oportunidad en el envío de información a todos los entes de control, presentando todos los informes con la información fidedigna y en los tiempos establecidos.

Se están realizando las auditorías internas para la vigencia 2016, de conformidad con el Plan Anual de Auditorías aprobado. Se avanza en la ejecución del Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General del Quindío para la vigencia 2016.

RECOMENDACIONES

Se recomienda aprovechar los resultados de la valoración de controles consignada en el Mapa de Riesgos como insumo para la formulación de los Planes institucionales y la actualización de los Procesos en todas las áreas. Se debe avanzar en el establecimiento de Puntos de Control a los procesos que permitan una mayor efectividad en la gestión del Riesgo.

Implementar y Fortalecer una cultura de autocontrol en las áreas administrativas y asistenciales apoyados en la guía del DAFFP. La cual deberá partir de abajo hacia arriba, es decir realizada por las personas involucradas en la operación de los procesos y en la aplicación de los controles, y la Oficina de Control Interno actuando como asesora, dentro de una cultura del autocontrol.

Continuar realizando la evaluación de desempeño al personal de la institución que lo requiera, dando cumplimiento a las fechas establecidas por la normatividad y la Comisión Nacional del Servicio Civil, además de documentar sus respectivos Planes de Mejoramiento Individual.

Cumplir a cabalidad con la permanente actualización del Normograma Institucional por parte de la Oficina Jurídica; responsable del desarrollo de dicha actividad.

Cuidar que las interfaces del aplicativo con los módulos de Contabilidad y Presupuesto estén siempre activas, a fin de asegurar que en todo momento se dispone de información confiable, en línea y en tiempo real.

Se deben consolidar las diversas políticas y manuales de la E.S.E. a través de la construcción de un Manual Operativo Institucional que sirva como guía e instrumento en el logro de la coherencia funcional de las diversas dependencias; además de completar la formulación de los manuales específicos para las áreas o procesos en que aún no se encuentran implementados.

Continuar asegurando la integralidad de la información financiera, mediante el ajuste en los procesos de conciliación entre Contabilidad, Presupuesto, Facturación, Cartera y Tesorería, logrando la plena correspondencia entre los informes presentados desde las diversas perspectivas.



Lady Echeverry Cardona
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró:

Juan Carlos Pineda C. Apoyo Control Interno

Guardado en:

C:\Users\controlinterno\Documents\2016\3. Información y Comunicación\Informes de Control Interno