

**RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO
MARZO – JUNIO 2017**

Santiago de Cali, Junio de 2017

CONTENIDO

1. MÓDULO DE PLANEACION Y GESTION

- 1.1 **COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO**
 - 1.1.1. **Acuerdos compromisos y protocolos éticos**
 - 1.1.2 **Desarrollo del Talento Humano**
- 1.2 **COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**
 - 1.2.1 **Planes y programas**
 - 1.2.2 **Modelo de operación por procesos**
 - 1.2.3 **Estructura organizacional.**
 - 1.2.4 **Indicadores de gestión**
 - 1.2.5 **Políticas de operación**
- 1.3 **COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO**

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 2.1 **Componente de autoevaluación institucional.**
- 2.2 **Componente auditoria interna**
- 2.3 **Componente planes de mejoramiento**

3. EJE TRANSVERSAL DE COMUNICACIONES

La Red de Salud del Centro E.S.E en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, presenta por parte de su Asesor de Control Interno, el informe pormenorizado cuatrimestral, del estado de control interno de la Entidad, basándose en tres puntos centrales: Módulo de Planeación y Gestión, Módulo de Evaluación y Seguimiento y Eje transversal de Información y Comunicación, acorde con la estructura del modelo estándar de control interno MECI (Decreto 943 de mayo 21 de 2014).

1. MÓDULO DE PLANEACION Y GESTION

1.1 COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1. Acuerdos compromisos y protocolos éticos

La Red de Salud del Centro E.S.E dentro de sus compromisos cuenta con Código de ética y buen gobierno. El mismo fue revisado y ajustado, en el sentido de incluir los derechos y deberes del cliente interno, la Misión, Visión y los valores institucionales.

El código de ética y buen gobierno define los principios y valores que guían las decisiones y el trabajo diario de los funcionarios y colaboradores de la entidad. Pretende generar y fortalecer una conciencia de control en la entidad; se encuentran publicado en la página. Web y es socializado de manera permanente a todos los funcionarios y contratistas que ingresan a la entidad en sus programas de Inducción y de re inducción.

El código de ética y buen gobierno fue divulgado a todos los colaboradores a través de los siguientes mecanismos:

- ✓ Plan de capacitación e inducción
- ✓ Plataforma de educación virtual MOODEL
- ✓ Plan de comunicaciones
- ✓ Elaboración de una cartilla didáctica que contiene toda la información del código de ética y buen gobierno.
- ✓ Difusión por medios digitales como WhatsApp, correos electrónicos, spark, entre otros.
- ✓ Página WEB e Intranet
- ✓ Plantilla de monitores
- ✓ Video institucional

El código de ética y buen gobierno ha sido entregado en medio físico (cartilla) al 95% de los colaboradores de la institución. Así mismo ha sido socializado mediante capacitación al 80% del personal.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

La Red de Salud del Centro E.S.E aprobó mediante el Acuerdo No. 1-02-06-2015 de mayo de 2015, el manual específico de funciones y de competencias para los empleados de la planta de personal.

El plan de capacitación se elaboró teniendo en cuenta el diagnóstico de necesidades presentadas por cada uno de los procesos tanto administrativos como asistenciales, además se tuvo en cuenta las oportunidades de mejora del informe ICONTEC, auditorías internas y externas, seguimiento de indicadores y evaluaciones de desempeño.

La medición del impacto de las capacitaciones se ha determinado mediante los resultados de las evaluaciones pos-test, evaluación de competencias y cruzando además con los indicadores trazadores relacionados con los ejes de acreditación.

Se ajustó y actualizó el Procedimiento de Inducción y Entrenamiento (GTH – P – 03), alineándolo a los ejes de acreditación, incluyendo la metodología para la evaluación de adherencia a los temas de inducción y adaptabilidad al cargo.

La inducción general de la Red de Salud del Centro E.S.E se realiza de la siguiente manera: A través de la plataforma Moodle, que contiene temas agrupados por módulos y ejes de acreditación (cada uno de ellos con su respectiva evaluación).

Con el fin de fortalecer la apropiación del conocimiento ofrecido por medio virtual, se cita de manera presencial y con periodicidad mensual al 100% de los colaboradores que ingresan a la institución, donde se pretende afianzar los conocimientos mediante aclaración y ampliación de la información suministrada mediante la plataforma de educación virtual MODLE.

TIPO VINCULACIÓN	No. INGRESOS	No. DE COLABORADORES QUE RECIBIERON INDUCCIÓN	TOTAL EVALUADOS	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	
				≥ 80%	≤ 80%
CONTRATISTAS	2	2	2	2	0
PLANTA	10	10	10	8	2
AGESOC	118	118	118	68	50
TOTALES	130	130	130	78	52
% COBERTURA		100%	100%	60%	40%

Se elaboró y aplicó un instrumento con la finalidad de conocer que actividades prefieren los colaboradores a fin de que fueran tenidas en cuenta en el programa de bienestar de la institución. La herramienta se construyó teniendo en cuenta las

categorías deportivas, recreativas, promoción y prevención, capacitación informal y clima organizacional.

1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.6 Planes, programas y proyectos.

La Red de Salud del Centro E.S.E cuenta con Misión, visión, definidas de manera participativa y divulgada a funcionarios, colaboradores y comunidad; publicada en la página Web de la institución (<http://www.esecentro.gov.co/platestrg.html>).

El plan de desarrollo y el plan de gestión para el periodo 2016-2019 fueron aprobados por la Junta Directiva en el año 2016. El plan de desarrollo fue construido de manera participativa (funcionarios y comunidad) y se articula con las políticas públicas de salud, así como también con compromisos de carácter internacional, nacional, departamental.

Las evaluaciones de estos planes son realizados por la oficina de control interno, y los resultados obtenidos (a junio de 2017) fueron:

Gestión de ejecución del plan de desarrollo: 86%

Cumplimiento del Plan de Gestión: 3,44%

Basado en políticas estratégicas, ha sido posible lo siguiente:

- ✓ Trabajar bajo el enfoque del modelo evaluativo de acreditación
- ✓ Tener implementado un sistema de gestión de calidad
- ✓ Tener un programa de gestión ambiental, realizando inversión en tecnologías limpias (hacer parte de la Red Global de Hospitales Verdes)
- ✓ Contar con apoyo de la OMS para desarrollar un proyecto de investigación en cáncer de cérvix.
- ✓ Trabajo articulado con instituciones gubernamentales; siendo posible participar en la ejecución de importantes proyectos que benefician a la comunidad y fortalecen el desarrollo financiero de la institución.

La Red de Salud del Centro continúa realizando las acciones que le permitan cerrar las oportunidades de mejora del grupo de estándares de direccionamiento y gerencia. La ejecución de las mismas permite el fortalecimiento del elemento planes, programas y proyectos.

Modelo de operación por procesos: Para el cumplimiento de su misión, visión y el logro de sus metas, la Red de Salud del Centro E.S.E basa su operación en un modelo de gestión por procesos; cuenta con un mapa de procesos, en el cual se observa la interacción de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo. El mapa de procesos fue socializado, así como los procedimientos, las caracterizaciones

documentadas; cada proceso cuenta con indicadores de gestión, riesgos identificados y acciones de control que mitigan dichos riesgos. El seguimiento a los indicadores se realiza mensualmente por parte del proceso de Evaluación y mejora; trimestralmente se realiza revisión por la Dirección en la presentación de informes de gestión.

Estructura organizacional: La Administración y Dirección de la Empresa está a cargo de la Junta Directiva y del Gerente; tienen la Misión de mantener la unidad de objetivos e intereses institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios; asignar recursos; adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad, de conformidad con la ley. La estructura organizacional actual facilita la gestión de los procesos; se encuentra publicada en la página web en el siguiente link: <http://www.esecentro.gov.co/nosotros.html>. La estructura organizacional permite trabajar por procesos; en ella se identifican niveles de responsabilidad y autoridad.

El manual de funciones fue aprobado mediante el Acuerdo No. 1-02-06-2015 de mayo de 2015, por el cual se ajusta el manual específico de funciones y de competencias para los empleados de la planta de personal de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Indicadores de Gestión: Cada proceso cuenta con indicadores previamente definidos, los cuales conforman el tablero de mando de la entidad. Los indicadores de cada proceso se generan mensualmente por el líder de proceso.

Se realiza revisión mensual de los mismos con el acompañamiento de **1-02-06-2015** proceso de Evaluación y mejora - oficina de calidad; trimestralmente son considerados por la oficina de control interno como insumo para la evaluación del plan de desarrollo y presentados en informe de gestión a la Gerencia.

Políticas de operación: Estas se encuentran documentadas, y socializadas a los diferentes procesos. La entidad cuenta con manual de calidad (EVM-M-02-MANUAL DE CALIDAD-V06).

1.3 Administración del Riesgo:

La Red de Salud del Centro E.S.E, a fin de abordar el Eje de Enfoque y gestión de riesgos, construyó el documento: EVM-O-02 MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL (VERSION 2 DE MARZO 2017) el mismo tiene como objetivo “Unificar los conceptos que forman parte de la implementación de un modelo de administración del riesgo, establecer una orientación metodológica que facilite la comprensión e implementación partiendo desde la identificación, análisis,

evaluación, medición, monitoreo y comunicación de los riesgos asociados a los procesos de la organización; así como desarrollar el eje Enfoque de riesgos del modelo evaluativo de acreditación”. El manual abarca los lineamientos establecidos en el MECI para las empresas del Estado y el componente de acreditación en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

El Numeral 2.8.3 del manual de gestión del riesgo institucional contiene la “Clasificación de riesgos”; se realiza una descripción de las diferentes categorías en las que pueden clasificarse los riesgos.

La clasificación de riesgos, fue socializada en las diferentes reuniones realizadas con equipo de mejoramiento, líderes de proceso y posteriormente a todos los procesos en el mes de agosto, mes dedicado de manera exclusiva al Eje Enfoque y Gestión del riesgo; logrando una cobertura del 80% (515) del total de colaboradores a capacitar.

De acuerdo con lo anterior, se construyó el mapa de riesgos institucional dando un mayor alcance y especificidad contando para ello con la participación de los equipos de mejoramiento institucional de primer nivel, y líderes de proceso.

La Red de Salud del Centro E.S.E cuenta con la Resolución No. 1-15-011-2015 emitida el 8 de enero de 2015 mediante la cual adopta la política integral de calidad de la entidad.

La política integral de calidad establece: En la Red de Salud del Centro E.S.E nos comprometemos en la búsqueda de la excelencia en la prestación de nuestros servicios, a través de la implementación de altos estándares de acreditación; reconociendo que la satisfacción de las necesidades de los clientes y la superación de sus expectativas, constituyen una responsabilidad en la organización que asegurará su sostenibilidad financiera. **Centraremos nuestros esfuerzos en promover una cultura de servicio y atención humanizada, con seguridad y gestión del riesgo hacia el usuario y su familia**, apoyados en el desarrollo tecnológico e informático, aportando al cumplimiento de los principios de responsabilidad social.

Frente al eje de gestión del riesgo la política establece: “Por lo anterior la Red de Salud del Centro E.S.E se compromete en: Identificar, controlar y gestionar los riesgos internos y externos derivados de la prestación del servicio y la administración de los procesos, con el fin de evitar lesiones que puedan afectar la seguridad del paciente, sus familiares y colaboradores; así como gastos innecesarios para la institución”.

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.1 Autoevaluación institucional

Los indicadores de gestión de cada proceso constituyen la herramienta de autoevaluación, estos son generados mensualmente y remitidos a la oficina de calidad. Trimestralmente se presentan a la Gerencia en las reuniones de comité técnico con ocasión de la rendición del informe de gestión de cada proceso. En estas reuniones la gerencia en compañía de los demás miembros del comité técnico (subgerentes, asesores y líderes de proceso) establece lineamientos

De otra parte, los responsables de los procesos desarrollan actividades de autoevaluación (aplicación de listas chequeo, herramienta paciente trazados, rondas de seguridad en los servicios) de forma regular en la revisión de sus procesos y como resultado de esto, de ser necesario sugieren acciones correctivas, preventivas o de mejora a los procesos.

2.2 Auditoría interna

Tal como lo dispuso el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno ha elaborado y publicado en la página web cada cuatro meses, el Informe pormenorizado del Estado de Control Interno de la Entidad, en el cual se presentan los avances frente a la implementación y mantenimiento del Sistema de Control Interno, avances en el cierre de oportunidades de mejora producto de rondas de seguridad, aplicación de listas de chequeo, así como las recomendaciones a que haya lugar.

El proceso de evaluación y mejora (oficina de control interno – oficina de calidad) han desarrollado las auditorías internas programadas y ha centrado sus esfuerzos en apoyar a los líderes en el seguimiento al cierre de oportunidades de mejora producto de auditorías internas y aquellas realizadas por entes externos.

2.3 Planes de mejoramiento

La oficina Asesora de control interno, realiza seguimiento a las acciones de mejora establecidas en los planes suscritos con entes de control y la oficina asesora de calidad acompaña y realiza seguimiento a los procesos en la implementación de las acciones de mejora producto de oportunidades de mejora identificadas en rondas de seguridad, auditorías internas, informe de acreditación etc.

La Red de Salud del Centro, rindió dentro de la oportunidad establecida en el mes de enero el avance del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Santiago de Cali, dichos avances fueron presentados a través del Sistema Integral de Auditoría – SIA de la Contraloría General de Santiago de Cali.

La Oficina de Control Interno ha brindado el acompañamiento pertinente para el seguimiento de las acciones y actividades formuladas en los planes de mejoramiento, producto de las auditorías adelantadas por los entes de Control.

A través de la formulación de acciones correctivas sobre los planes de mejoramiento institucional han permitido resolver de manera oportuna, los hallazgos emanados por los organismos de control, en especial, en el marco de las auditorías regulares. Esto también obedeció al seguimiento permanente efectuado por la Oficina de Control Interno

EJE TRANSVERSAL – INFORMACION Y COMUNICACION

- La Red de Salud del centro E.S.E cuenta con mecanismos para la recepción registro y atención de PQRS en todas las IPS (Buzones). La medición de la gestión de quejas se realiza a través de indicadores. Adicionalmente dispone de:

- Página web: www.esecentro.gov.co en su link Contáctenos
- Comité de comunicaciones con la Asociación de Usuarios.
- Redes sociales de la Empresa (Twitter, Facebook)

Se realizó la rendición de cuentas a la comunidad en el Auditorio del Hotel San Fernando Real previa convocatoria (30 días antes) por diferentes medios (Tarjeta de Invitación personalizada a los miembros de las diferentes Asociaciones de usuarios de la Red de Salud del Centro ESE y otros grupos organizados de la comunidad, cartelera en todas las sedes, página web de la empresa, entre otros), se estimuló la inscripción y radicación de propuestas por parte de la comunidad (se diseñó formato y se distribuyó entre las asociaciones); en esta oportunidad, se recibió 32 peticiones formuladas por la asociación de usuarios del Hospital Primitivo Iglesias, asociación de usuarios de la comuna 12, y el grupo ENTRETEJIDOS, las cuales fueron absueltas durante la audiencia de rendición de cuentas. Se contó con la asistencia de 191 personas (comunidad y funcionarios).



GLORIA HELENA RIASCOS R.
ASESORA DE CONTROL INTERNO