

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



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO
NOVIEMBRE 2016 – FEBRERO 2017**

Santiago de Cali, Febrero 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, actualizó su código de ética (Resolución No. 1-15-396-2012 del 18 de octubre de 2012); este se encuentra publicado en la página web de la institución.
<http://www.esecentro.gov.co/images/resource/Codigodebuengobierno.pdf>

La socialización del código de ética se realiza a través del programa motivar para crecer; la socialización se incluye en el programa de inducción para los nuevos colaboradores, al momento de ingresar a la entidad.

En conjunto con los colaboradores se definió como valores institucionales: Compromiso, actitud de servicio, honestidad y participación.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

Dado que la E.S.E Centro fue objeto de auditoria de acreditación en octubre de 2016, a partir del recibo del informe del ente acreditador (en el mes de febrero) se realiza una revisión estricta de las oportunidades de mejora identificadas, y se realiza la planeación para la intervención de las mismas. El modelo evaluativo de acreditación incluye un grupo de estándares de Gerencia del Talento Humano que tiene como intencionalidad que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios. Para ello, la organización deberá contar con procesos de:

- ✓ Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano.
- ✓ Planeación del talento humano institucional.
- ✓ Desarrollo de estrategias para promover la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el enfoque de riesgo.
- ✓ Educación continuada.
- ✓ Evaluación competencias y desempeño.
- ✓ Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial.
- ✓ Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno.
- ✓ Desarrollo de la transformación cultural, lo cual incluye:

- Garantizar competencias del talento humano en el rol que desempeña en la institución.
- Empoderar el talento humano para asumir las responsabilidades que le han sido asignadas.

La Red de Salud del Centro Ejecutará durante la vigencia 2017 las acciones que le permitan obtener los objetivos de este grupo de estándares y cerrar las oportunidades de mejora detectadas. La ejecución de las actividades descritas anteriormente contribuye al fortalecimiento y desarrollo del talento humano

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 fueron:

Gestión de ejecución del plan de desarrollo: 90,27%

Cumplimiento del Plan de Gestión: 4,38%

Dado que la E.S.E Centro fue objeto de auditoria de acreditación en octubre de 2016, a partir del recibo del informe del ente acreditador (en el mes de febrero) se realiza una revisión estricta de las oportunidades de mejora identificadas, y se realiza la planeación para la intervención de las mismas. El modelo evaluativo de acreditación incluye un grupo de estándares de Direccionamiento y Gerencia que tienen como intencionalidad que la organización este alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad; así como que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.

La Red de Salud del Centro Ejecutará durante la vigencia 2017 las acciones que le permitan obtener los objetivos de este grupo de estándares y cerrar las

oportunidades de mejora detectadas. 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:

Dado que la E.S.E Centro fue objeto de auditoria de acreditación en octubre de 2016, a partir del recibo del informe del ente acreditador (en el mes de febrero) se realizó la revisión estricta de las oportunidades de mejora identificadas, y se realiza la planeación para la intervención de las mismas. El modelo evaluativo de acreditación incluye el eje de enfoque y gestión del riesgo, cuyo propósito es la **protección a los usuarios**, de los principales **riesgos en la prestación de servicios**, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el **cumplimiento de requisitos** para evitar la presentación del riesgo. En desarrollo del eje de gestión del riesgo del Modelo Evaluativo de acreditación y de la administración del riesgo al que se refiere el MECI, la entidad se encuentra en el ajuste del manual de gestión del riesgo institucional, a fin de incluir en él lo relacionado con riesgo poblacional, riesgo en salud, guías de atención; así como también el abordaje de oportunidades de mejora y capacitación al personal de los procesos en la identificación, gestión de riesgos.

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 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, así como las recomendaciones a que haya lugar.

La Oficina de Control Interno de la Red de Salud del Centro E.S.E, elaboró el Informe Ejecutivo Anual sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno con base en las directrices que cada año expide el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP; a través de la Evaluación y Seguimiento al Sistema de

Control Interno y al de Gestión de la Calidad – NTCGP1000:2009, en donde indica el contenido y la metodología para la elaboración del informe en mención.

Para el desarrollo de las auditorías internas, el proceso de evaluación y mejora (oficina de control interno – oficina de calidad) formuló a finales de la vigencia anterior el cronograma de auditorías y seguimientos para la vigencia 2017.

De acuerdo con el cronograma establecido a la fecha se han adelantado las siguientes actividades: Auditoria interna, Auditoria a la gestión contractual, toma física de inventarios, informes cuatrimestrales, auditoría a la página web (cumplimiento de lineamientos de gobierno en línea y ley 1712 de 2014: ley de transparencia, seguimiento a planes de mejoramiento suscrito con entes de control, rendición de información a entes de control, auditoria interna a los procesos, evaluaciones trimestrales del plan de desarrollo y del plan de gestión,

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 Auditoria – 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 auditorias 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 encuentra publicado en la página web:
 - Manual de logística
 - Manual para asignación de citas virtuales
 - Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica
 - Manual de gestión documental.
 - Plan institucional de archivo.

 - Plan de contingencia informático
 - Estatuto de contratación.
 - Resolución No. 1.02.09.2014 por el cual se adopta el estatuto de contratación.
 - Lineamientos: Política integral de calidad.
 - Tablas de retención documental

La entidad cuenta con política de comunicaciones: La Red de Salud del Centro E.S.E se compromete a asumir la comunicación y la información como bienes públicos, a conferirles un carácter estratégico y orientarlas a la consolidación de su imagen como institución oficial que trabaja por la salud y en general por la promoción y prevención de la comunidad caleña. Hacia el fortalecimiento institucional, de confianza y transparencia regida por las normas vigentes - exclusiones y excepciones- ante el público en general, la adecuada difusión de sus actuaciones y de la información de interés para el sector, el fortalecimiento de la participación social y el apoyo transversal a las demás áreas de la institución.

Frecuentemente se publica información de la gestión de la E.S.E a sus usuarios y en general a la ciudadanía, por medio de los diferentes recursos con que cuenta la entidad: publicaciones, rendición de cuentas, espacios de interacción y participación ciudadana como los chat, redes sociales, etc.



GLORIA HELENA RIASCOS R.
ASESORA DE CONTROL INTERNO