

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

FREDY GERMAN ROSERO MENESES

Período evaluado: JULIO 14 a NOVIEMBRE 14 de 2013

Fecha de elaboración: NOVIEMBRE 12 de 2013

Subsistema de Control Estratégico**Dificultades**

- **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:** Aun no se ha terminado el proceso de estudio técnico de restructuración administrativa debido a la cantidad de actividades que se ejecutan en otras áreas y sus propios cargos; a pesar de este inconveniente el personal encargado demuestra compromiso para el cumplimiento de dicha labor.
- **POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS, IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS Y VALORACIÓN DE RIESGOS:** hasta la fecha no se ha estructurado un plan de gestión del riesgo.

Avances

- **ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS:** los diferentes compromisos y protocolos éticos, ya fueron identificados y caracterizados y en la actualidad se encuentran en proceso de implementación, con cada uno de los coordinadores de cada área involucrada.
- **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:** La entidad cuenta con una planta de personal totalmente capacitada y adecuada a la estructura misional del Centro de Salud "Nuestra señora de Fátima" ESE, se procedió a realizar estudio técnico tendiente a corregir e identificar situaciones contractuales que dieran lugar a constituir y crear cargos de ejecución continua de actividades desde el ámbito legal de empleos temporales. Situación esta que dará como resultado la modificación de la estructura organizacional de la entidad actuando bajo los parámetros de eficiencia y calidad en la prestación del servicio.
- **PLANES Y PROGRAMAS:** Existe proyección de la entidad, mediano y largo plazo, establecida en el plan gerencial que se constituye como herramienta para el cumplimiento misional de la entidad y en la actualidad se encuentra en etapa de evaluación y seguimiento sobre el cumplimiento de los indicadores de gestión propuestos.
- **POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS, IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS Y VALORACIÓN DE RIESGOS:** La entidad cuenta con un mapa de riesgos e indicadores de gestión, que fueron construidos teniendo en como base a las necesidades administrativas y asistenciales.
- **DESARROLLO DE TALENTO HUMANO:** todos los procedimientos del área de gestión del talento humano ya se encuentran documentados implementados y en la actualidad se han ejecutado satisfactoriamente.
- **PROCEDIMIENTOS:** Se documentaron los procesos correspondientes al: **SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:** Procedimiento de control de gestión, Procedimiento de planeación operativa y estratégica, Procedimiento Oferta del servicio, Procedimiento de Gestión de Coordinación Medica y Procedimiento de Gestión de Coordinación de enfermería y Procedimiento de control de gestión.

AREA CALIDAD: Tanto los procesos de urgencias, procesos de Referencia y Contra referencia, procedimientos del área de odontología y apoyo diagnóstico, así como también sus manuales y protocolos ya se encuentran documentados y en la actualidad se han venido ejecutando satisfactoriamente.

Subsistema de Control de Gestión**Dificultades**

- Falta la construcción y desarrollo de un sistema de gestión documental el cual permita obtener la información en un menor tiempo posible y de forma confiable.
- **SISTEMA DE INFORMACION:** No se actualiza constantemente la página WEB de la entidad, en razón a que las dependencias no generan información, pero se realizan campañas de movilización social mediante otros mecanismos tales como radio, televisión local, volantes informativos y perifoneo local.

Avances

AREA CALIDAD: Se realiza constantes mediciones de satisfacción de los clientes, actividad esta que permite identificar los errores que se comenten por parte de los funcionarios de la entidad dentro de la presentación del servicio, mediciones que se constituyen como insumos para realizar los diferentes planes de mejoramiento de cada área involucrada.

- El plan de calidad en la actualidad se encuentra en etapa de evaluación teniendo en cuenta cada uno de los procesos priorizados por parte de la entidad:



grado de información que soportan. Se da oportuna contestación a cada una de las solicitudes y/o peticiones presentadas por los usuarios, teniendo en cuenta los mecanismos diseñados dentro del Plan Anticorrupción – Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

- Se han actualizados la mayoría de los procesos y procedimientos del área administrativa, tales como:
 - SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION – PROCESOS DE EVALUACION - PROCEDIMIENTOS DE CONTROL INTERNO: Procedimiento de Auditoría de Control Interno y Procedimiento de Auditoría Control Interno Contable.
 - SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION – PROCESOS DE APOYO – GESTION FINANCIERA – CONTABILIDAD: Procedimiento de conciliación bancaria, Procedimiento causación de cuentas y Procedimiento proveedores
 - SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION – PROCESOS DE APOYO – GESTION FINANCIERA – PRESUPUESTO: Procedimiento de ejecución presupuestal y Procedimiento de modificación de presupuesto.
 - SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION – PROCESOS DE APOYO – PROCESOS DE APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS – SERVICIOS GENERALES: Procedimiento de ingreso y salida de vehículos, Formato de solicitud de transporte, Formato de registro de ingreso y salida de vehículos.
 - SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION – PROCESOS DE APOYO – GESTION JURIDICA Y CONTRATACION: Procedimiento de emisión de concepto jurídico, Procedimiento de representación judicial y extrajudicial de la entidad.
- La gerencia se ha comprometido en la implementación de un sistema de gestión documental que permita la identificación plena de la información interna y externa resultante de la entidad, para ello se está gestionando los recursos económicos necesarios para la implementación de este sistema.
- Se ha logrado un avance importante articulación de los sistema MECI y Sistema de Gestión de calidad de acuerdo a la norma NTCGP 1000:2009, teniendo en cuenta que la mayoría de los procesos y procedimientos ya se encuentran documentados e implementados a satisfacción.

Subsistema de Control de Evaluación

Difficultades

- Se ha diseñado el programa anual de auditorías y plan de auditorías internas el cual nos permitirá identificar las falencias de área que compone la estructura organizacional de entidad. Pero que por razones de actualización de los procesos y procedimientos de las diferentes área, no se ha cumplido con el cronograma establecido.
- Hasta la fecha se ha capacitado y concientizado al personal sobre la aplicación del sistema de autoevaluación, pero que por razones de actualización del cien por ciento de las áreas no se ha cumplido con dicha actividad por parte de cada uno de los responsables de cada proceso.

Avances

- Se ha diseñado el programa anual de auditorías y plan de auditorías internas el cual nos permitirá identificar las falencias de área que compone la estructura organizacional de entidad. Pero que por razones de actualización de los procesos y procedimientos de las diferentes área, no se ha cumplido con el cronograma establecido.
- Se ha diseñando en nuevo Manual de Calidad de la entidad en donde se priorizo los diferentes procesos a auditar tales como: Seguridad del paciente, acceso, planeación del tratamiento, gerencia del ambiente físico y gerencia de la información
- Desde el área de CALIDAD se realizo la formulación conceptual del PAMEC, el que esta en la actualidad en proceso de evaluación, de igual forma se realizo el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación, correspondientes: Gerencia de Talento Humano, Gerencia de la información, Gestión de la tecnología.
- Se ha diseñado y documentado cada uno de los procesos de Control de Evaluación

Estado general del Sistema de Control Interno

En general se ha avanzado en la caracterización y estructuración del MECÍ, ya que el mismo se esta realizando en coordinación con el área de calidad, con el fin de armonizarlo de acuerdo a los lineamientos del sistema de gestión de calidad Norma NTCGP 1000:2009. Circunstancia que evidencia el grado de compromiso de cada uno de los funcionarios adscritos a la entidad.

Se hace necesario proceder a implementar el sistema en cada una de las áreas de prestación del servicio y con cada uno de los responsables de cada proceso; lo anterior con el fin de que una vez implementado y ejecutado los procesos se proceda a realizar la evaluación correspondiente

Con respecto al área de CALIDAD, se ha cumplido con la autoevaluación de los estándares de acreditación y se debe continuar con la evaluación de los procesos priorizados en el PAMEC, para tomar las medidas de mejoramiento necesarias para cada caso.

