

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRÁN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
		Página 1 de 14
	INFORMES	200-1-1

205-28-06-2016-0001

**INFORME PORMENORIZADO
ESTADO DEL CONTROL INTERNO
PERIODO MARZO A JUNIO DE 2016**

En cumplimiento de lo dispuesto
En el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011

AREA CONTROL INTERNO

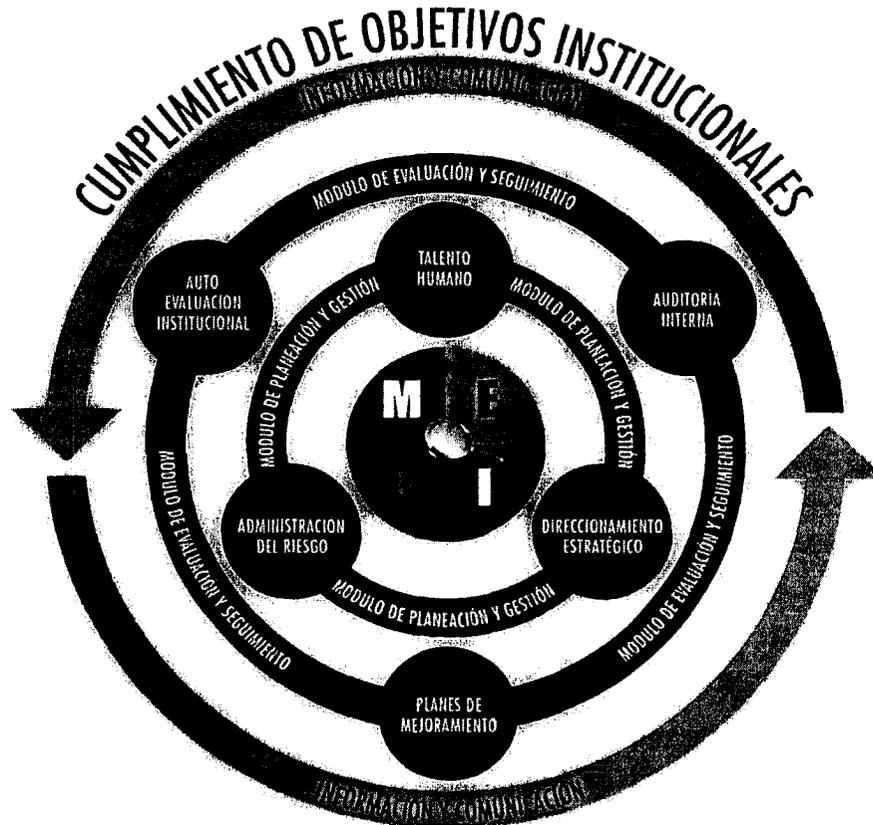
NUEVA IMAGEN EN SALUD
Carrera 16 N°9-53 Conmutador (7) 7274000
Código Postal N° 683551
www.hospitalmanuelbeltran.gov.co
Socorro-Santander-Colombia



	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
		Página 2 de 14
INFORMES		200-1-1

INFORME PORMENORIZADO
ESTADO DEL CONTROL INTERNO
PERIODO MARZO A JUNIO DE 2016

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Manuela Beltrán del municipio de Socorro, presenta a continuación el informe de los avances en cada uno de los Módulos y Eje Transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI.



Durante el periodo de Marzo a Junio de 2016 se realizaron las siguientes actividades en cumplimiento del Decreto 943 de 2014 por medio del cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno. – MECI, a todos los servidores públicos de la Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Manuela Beltrán del municipio de Socorro y al Equipo MECI.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01-30/06/2015
	INFORMES	Página 3 de 14
		200-1-1

1. MODULO DE CONTROL PLANEACION Y GESTION

1.1. COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1 ACUERDOS Y COMPROMISOS O PROTOCOLOS ETICOS

La entidad realizó actualización al Código de Ética y Código de Buen Gobierno siendo adoptados mediante Actos Administrativos No. Resolución 253 del 02 de octubre de 2015, se recomienda durante los primeros meses del segundo semestre de la vigencia 2016 realizar la respectiva socialización a los servidores públicos de la entidad para su conocimiento e interiorización, que redunden en la calidad del servicio al usuario.

Se recomienda a través de los procesos de inducción, reinducción incentivar en los servidores públicos de la entidad, el compromiso que se tiene frente al cumplimiento de los valores y principios institucionales, toda vez que son el pilar fundamental de E.S.E Hospital Manuela Beltrán para el cumplimiento de los objetivos, y el servicio y atención usuario.

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La entidad realizó mediante Acuerdo No. 018 del 18 de Diciembre de 2014 ajustes al Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de la Planta de Personal de la E.S.E Hospital Manuela Beltrán del Socorro.

Se recomienda realizar evaluación al mismo que permita analizar si se encuentra acorde a las metodologías establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública para Manuales de Funciones, y si está acorde a la estructura de la organización y los cargos actualmente existentes en la entidad, junto con las funciones que se desarrollan en cada área.

Mediante Resolución No. 083 del 4 de marzo de 2016 se adopta el Plan de Capacitación de la entidad, y mediante Resolución No.084 del 4 de marzo de 2016 se adopta el Plan de Bienestar y Estímulos.

Se recomienda publicarlos y socializarlos con todo el personal e implementar el Plan de Acción para el cumplimiento de las metas y tareas programadas para la vigencia.

Se recomienda fortalecer los procesos de inducción y reinducción tanto del personal de planta como del personal de contrato, que desarrollan actividades en la entidad, con respeto a las labores y tareas encomendadas, y los objetivos de la entidad, que redunden en el mejoramiento continuo y en la calidad en cada servicio que se le presta al usuario.

En las Jornadas de Inducción y Reinducción que viene realizando la entidad se recomienda que se socialicen las políticas de Talento Humano de la entidad, esto logrará que los servidores conozcan sus derechos, deberes, y la forma en que la entidad establece la mejora continua del Recurso Humano.

Teniendo en cuenta las directrices y observaciones realizadas por los entes de vigilancia y control se recomienda realizar los respectivos procesos y procedimientos para llevar a cabo la implementación de la Evaluación de Desempeño a los servidores públicos de la entidad, para



	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRÁN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
INFORMES		Página 4 de 14
		200-1-1

estimar la eficacia y eficiencia de los funcionarios en el cumplimiento de las funciones que les han sido asignadas a fin de mejorar la ejecución de las mismas.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.

1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Durante el segundo semestre de la vigencia 2016 la entidad formulara el Plan de Desarrollo para la vigencia 2016-2020, para lo cual se recomienda tener en cuenta las políticas de nivel nacional, departamental y municipal, y aquellas que hacen responsable a la entidad de su cumplimiento, y las recomendaciones y observaciones realizadas por los entes de control externo e interno en el proceso de evaluación y seguimiento, al igual que las necesidades y expectativas de los usuarios, con el fin de priorizar aquellas sugerencias que tengan un mayor impacto en el servicio y en el cumplimiento de los objetivos trazados por la entidad.

La entidad formulo mediante Resolución No. 103 del 30 de marzo de 2016 el Plan Anual Estratégico de Lucha contra la Corrupción y Atención al Ciudadano. Se recomienda realizar evaluación al mismo junto con el equipo de trabajo, que permita realizar los ajustes respectivos y el fortalecimiento de los Planes de Acción en cada componente para el cumplimiento de las metas y tareas establecidas, como tiempos y responsables, y la valoración de los riesgos en la Matriz de Riesgos Anticorrupción.

La entidad adopto mediante Resolución No. 208 del 04 de agosto de 2015 la Misión y la Visión de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

En los procesos de inducción y reinducción se debe asegurar que los servidores conozcan la Misión y Visión de la entidad al igual que los objetivos institucionales, que permita que los servidores públicos tanto de planta como contratistas conozcan hacia donde se dirige el hospital.

1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS.

“La importancia del Modelo de Operación por Procesos se puede identificar en normas como el Decreto 1537 del 2001, en el que se establece la obligatoriedad para la entidad de elaborar, adoptar y aplicar manuales a través de los cuales se documenten y formalicen los procesos y procedimientos. Estos instrumentos, a su vez, facilitan el cumplimiento del Control Interno en las Organizaciones públicas. Así mismo, la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP1000 contempla como uno de los principios de la Gestión de la Calidad que un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso”.

Gestionar un proceso tiene como punto de partida la caracterización del mismo, que consiste en la determinación de sus rasgos distintivos; esto es, cuando se identifican sus interrelaciones frente a los demás procesos de la entidad determinando sus proveedores (procesos internos o instancias externas) que entregan insumos y clientes que reciben un producto o servicio. La caracterización de los procesos es entonces, el esquema que permite ver en contexto de manera integral y secuencial aplicando el ciclo PHVA, la esencia del proceso frente al aporte que hace al logro de los objetivos institucionales.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRAN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
	INFORMES	Página 5 de 14
		200-1-1

Estos procesos de acuerdo con la NTCGP1000 se clasifican en:

Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.

Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.

Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

Procesos de Evaluación: incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

La representación gráfica de los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y sus interacciones conforman el Mapa de Procesos. A su vez, la interrelación de los procesos misionales dirigidos a satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios se denomina Cadena de Valor.

La forma en la que se realizan los procesos se puede evidenciar a través de procedimientos, entendidos estos como el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la entidad pública. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de Responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

Esto convierte a los procedimientos en un control de la entidad encaminado a lograr que las actividades se desarrollen siguiendo una secuencia lógica, que permita que quien los realice pueda llevarlas a cabo de la misma manera en la que lo efectuaría cualquier otro servidor que siga lo descrito en el mismo.

La entidad mediante Resolución 127 del 01 de abril del año 2011, adopta el Mapa de Procesos, a la fecha no se ha realizado actualización y evaluación que permita que este se ajuste a las necesidades actuales de la entidad, al igual que la caracterización de los procesos y la actualización de los procedimientos de acuerdo a la dinámica y necesidades actuales de la entidad.

Se recomienda iniciar el proceso de evaluación y ajustes respectivos al mapa de procesos, su caracterización y actualización de procedimientos, teniendo en cuenta las metodologías establecidas para este y las directrices dadas por el Departamento Administrativo de la función pública, los procesos deben establecerse de acuerdo a la realidad de la entidad, para la construcción de los procesos y procedimientos se recomienda involucrar a los servidores públicos que hacen parte del mismo, ya que son ellos quienes conocen en realidad como se realizan las actividades y su secuencia.

Una vez realizados los ajustes y actualización de la caracterización se recomienda darlos a conocer a todos los servidores públicos de la entidad, es importante que todos conozcan la forma en la que la entidad funciona, y fortalecer estas actividades en los procesos de inducción y reinducción.



	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRAN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015 Página 6 de 14
	INFORMES	200-1-1

Se recomienda que los procesos y procedimientos sean revisados periódicamente por parte de los responsables o líderes de procesos, y que los ajustes realizados sean socializados de manera oportuna a todos los servidores públicos.

1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad, lo que permite dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con la misión y su función constitucional y legal.

La organización cuenta con una estructura organizacional establecida mediante Resolución No. 266 de septiembre 1 de 2011, sin embargo se evidencian algunos ajustes que se han realizado, y no han sido socializados, lo que no permite establecer, cual es la estructura que rige a la entidad actualmente.

Se recomienda revisar, evaluar y ajustar la estructura actual y socializarla a todos los servidores públicos de la entidad, al igual que ser publicada en los medios de comunicación que se disponen para tal fin.

Se recomienda de igual forma que exista un documento que describa la estructura de la organización, el cual especifique las líneas de autoridad y toda aquella comunicación formal en la entidad.

1.2.4 INDICADORES DE GESTION

Los Indicadores son mecanismos que permiten que la entidad controle el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad.

Estos serán construidos de la Mano del Plan de Desarrollo y Gestión para la vigencia 2016-2020 que se llevara a cabo en el segundo semestre de 2016.

Se recomienda que una vez este sean formulados los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo revisen periódicamente la pertinencia de los indicadores, teniendo en cuenta que la entidad Y su entorno sufre cambios constantes, que pueden afectar la forma en la que fueron formulados inicialmente.

La entidad realizó evaluación del Plan de Gestión de Desarrollo Institucional con corte a 31 de diciembre de 2015, concluyendo que la ejecución fue de un 91.30% de cumplimiento como resultado de aplicar el indicador.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

1.3.1 POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.2 IDENTIFICACION DEL RIESGO

1.3.3 ANALISIS Y VALORACION DEL RIESGO

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRAN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015 Página 7 de 14
	INFORMES	200-1-1

Este componente busca que la entidad pueda emprender las acciones de control necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectarla negativamente en el logro de los objetivos institucionales.

Es importante considerar que un evento puede representar una oportunidad de mejora para la organización, pero si no se maneja adecuadamente y a tiempo, puede generar consecuencias negativas para la misma. Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los riesgos que permiten que la entidad tome decisiones adecuadas y fije estrategias y lineamientos, que transmitan la posición de la Alta Dirección y establezcan las guías de acción necesarias a todos los servidores públicos de la entidad.

La entidad mediante Resolución No. 115 del 15 de abril de 2015 adoptó las políticas y los lineamientos para la Administración del riesgo, aprobó el mapa de riesgos institucional el cual requiere que una vez se realice los ajustes necesarios al mapa de procesos, este también debe ser ajustado.

Se recomienda que estos sean construidos con los responsables y líderes de los procesos y sus equipos de trabajo y realizar la evaluación, seguimiento y verificación permanente a los mismos, en pro de evitar que estos se materialicen.

Se evidencia debilidad en la interiorización y comprensión del Componente de Administración del Riesgo.

2. MODULO DE CONTROL EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad siempre requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad.

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

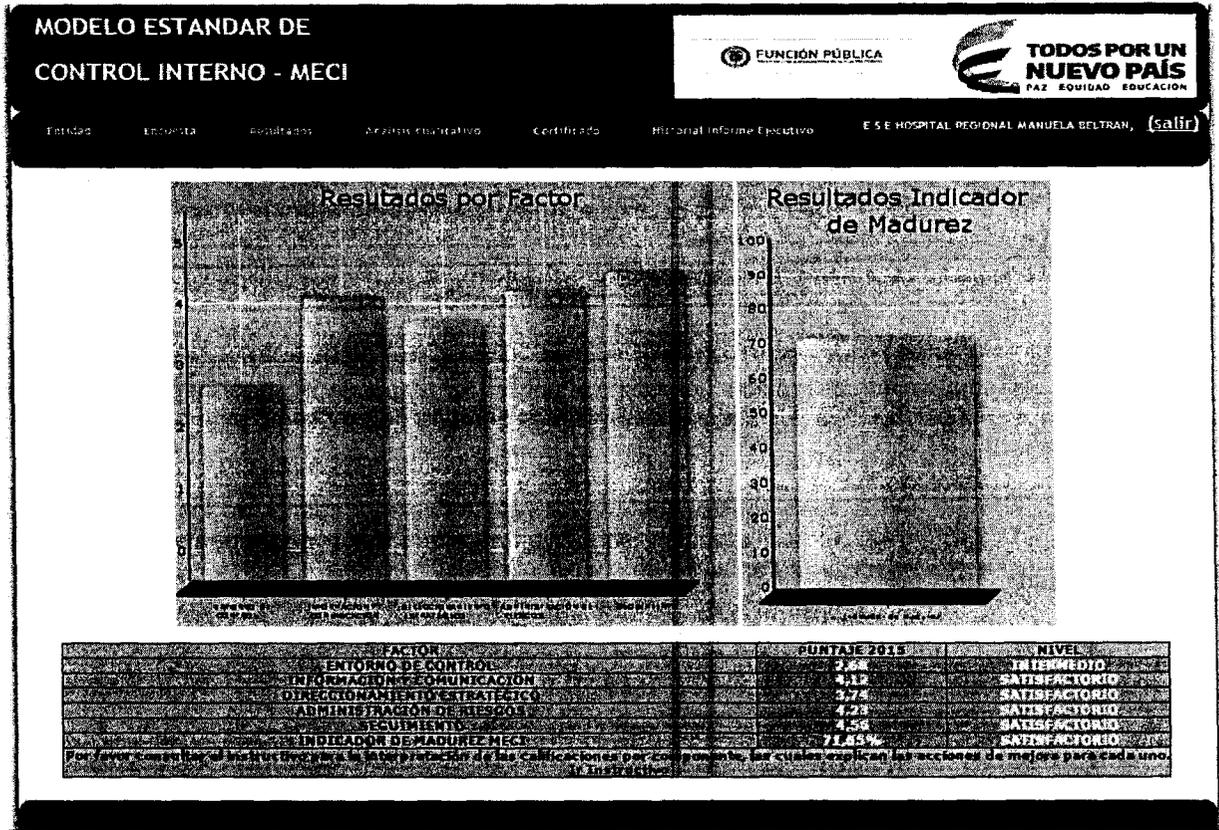
Este componente se debe fortalecer mediante la cultura de la autoevaluación y el autocontrol al interior de la entidad, en cada una de las reuniones que se realizan.

Uno de los pilares del Modelo Estándar de Control interno al interior de la entidad debe ser el autocontrol, entendido como la capacidad que tiene cada servidor público para detectar las desviaciones en su trabajo y realizar los correctivos necesarios; en tal virtud, la autoevaluación, como herramienta complementaria al autocontrol se convierte en un instrumento básico para la mejora continua de la entidad.

Se recomienda durante el segundo semestre de la vigencia 2016 la realización de Talleres de la cultura del Autocontrol con los servidores públicos de la entidad que permitan fortalecer los instrumentos y herramientas de gestión y control de la entidad.

La entidad aplicó la encuesta establecida por el DAFP para la evaluación de la vigencia 2015, junto con el informe ejecutivo del Sistema de Control Interno reportada en el mes de febrero de la vigencia 2016, obteniendo los siguientes resultados:





De acuerdo a los resultados el indicador de Madurez es de 71.65% para la vigencia 2015, significa que la entidad cumple de forma estructurada con la aplicación del Modelo de Control Interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La política de riesgos aunque con gran debilidad es reconocida y aplicada por los procesos, se cuenta con mapas de riesgos institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos.

Sin embargo al analizar los factores de evaluación encontramos que el Entorno de Control que analiza los aspectos básicos que facilitarían la implementación del Modelo de control como son: El compromiso de la Alta Dirección, los lineamientos Éticos, las políticas para el Desarrollo del Talento Humano y aquellos lineamientos básicos para el direccionamiento estratégico de la entidad (misión, visión y objetivos institucionales) obtiene **una puntuación de 2.68** encontrándose en un Nivel de implementación y ejecución intermedio debiendo ser fortalecidos los siguientes aspectos:

- ✓ Fortalecer y establecer claramente las funciones, la periodicidad de reunión y el alcance de las actividades del Equipo de Trabajo institucional frente al Control Interno – MECI.
- ✓ Una Alta Dirección comprometida que propenda por el cumplimiento de la misión y la visión, facilitando que los servidores públicos entiendan su papel en la ejecución de los procesos de la entidad.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL ELTRAN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
		Página 9 de 14
INFORMES		200-1-1

- ✓ Operacionalizar el Comité de Coordinación de Control Interno, periodicidad de reuniones, priorización de temas y actividades a desarrollarse.
- ✓ Contar con procesos de Gestión del Talento Humano en vías de mejora, mediante programas de Bienestar, programa de inducción y reinducción fortalecidos y operando, planes de incentivos, y el plan de formación y capacitación estructurados de acuerdo a las necesidades de la entidad y sus servidores públicos y siguiendo los lineamientos normativos relacionados con estos aspectos.
- ✓ Establecer las interrelaciones entre los procesos, así como planificar, ajustar los procedimientos para la ejecución de los procesos, los cuales requieren mejoras para optimizar la trazabilidad.
- ✓ Facilitar el conocimiento por parte de la Alta Dirección mediante la política de Plan de Comunicaciones e información que requiere ser actualizado, relevante para el cumplimiento de las funciones de los servidores públicos de la entidad.
- ✓ Determinar los niveles de autoridad y responsabilidad para el desarrollo de los procesos, mediante su estructura y cultura organizacional.

El factor de Evaluación direccionamiento estratégico obtiene una calificación 3.74% alcanzando un nivel satisfactorio de implementación encontrándose por debajo de cuatro debiendo ser fortalecido los siguientes aspectos.

- ✓ Validar los procesos y procedimientos con respecto a la información suministrada por los usuarios y/o partes interesadas en cuanto a las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
- ✓ Validar los procesos y procedimientos con respecto a la opinión externa sobre la gestión de la entidad.
- ✓ Analizar y evaluar los resultados a partir de los indicadores diseñados.
- ✓ Divulgar y socializar los cambios a los procesos y procedimientos a todos los colaboradores y servidores públicos de la entidad.
- ✓ Mantener actualizado el Mapa de Procesos de acuerdo a los cambios y mejoras realizadas a las caracterizaciones de los procesos.
- ✓ Mantener actualizado el Manual de Operaciones (o de proceso y procedimientos) de acuerdo a los cambios y mejoras realizadas.
- ✓ Realizar el seguimiento a la planeación institucional frente al cumplimiento del cronograma y las metas asociadas.
- ✓ Contar con un Mapa de Procesos que se revisa y actualiza de acuerdo a los cambios del entorno, normatividad u otros aspectos relevantes para el desarrollo de las funciones y objetivos de la entidad.

A pesar de haberse obtenido un estado de madures satisfactorio en la evaluación del Modelo se recomienda fortalecer los elementos del Modelo Estándar de Control Interno al interior de la entidad, ya que se requiere la actualización de algunos de ellos y la retroalimentación de los mismos al interior de la entidad y sus servidores públicos incluidos los contratistas, que permitan evidenciar la mejora continua, el cumplimiento de los objetivos institucionales y la calidad en los servicios prestados.



	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRÁN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
	INFORMES	Página 10 de 14
		200-1-1

La entidad realizó en el mes de febrero la Evaluación cualitativa y cuantitativa ante la Contaduría General de la Nación a través del Ship, de conformidad con la Resolución 357 de 2008, con relación a las etapas y actividades del proceso contable; evaluación del control Interno contable, obteniéndose un resultado de 4.34.

Resaltado el cumplimiento de los planes de mejoramiento institucional, han venido dando continuidad a las conciliaciones con las demás áreas, obteniendo información contable confiable y verificable. Los registros contables son soportados con los documentos idóneos mejorando la calidad de los mismos. Continúan con el proceso de depuración, conciliaciones, bajas y ajustes de la propiedad planta y equipo con las áreas de almacén e inventarios, procedimientos que fueron documentados y aprobados por el Comité de Sostenibilidad Contable.

Consultan permanentemente la página web de la contaduría general de la nación como mecanismo de consulta y actualización, de igual forma asisten a capacitaciones.

Realizaron inventario y avaluó de la propiedad planta y equipo y los ajustes fueron registrados en la información contable de la E.S.E.

A partir del mes de febrero están implementando la contabilidad de costos y se está en la etapa de análisis de la información emitida por el software.

Se recomendó fortalecer el proceso contable ya que este no opera en un ambiente de sistema integrado de información; circunstancia que conlleva a que la consolidación de la información contable de todas las áreas involucradas no fluya en tiempo real, para la toma de decisiones oportunas por la alta dirección.

Se recomendó integrar los sistemas de información (cartera, auditoría médica, facturación, inventarios, almacén, farmacia) al software financiero y contable de la ESE con el ánimo de obtener información oportuna, confiable, verificable y razonable para su respectivo análisis, toma de decisiones y presentación de informes a los diferentes usuarios tanto internos como externos.

2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

Este componente busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

La entidad según Acta No. 001 del 02 de marzo de 2016 aprobó el Programa Anual de Auditorías, con un total de 87 Auditorías de las cuales 53 pertenecen al área administrativa y 34 a los subprocesos asistenciales.

El Programa Anual de Auditorías se someterá a evaluación y ajustes ya que este fue aprobado en el mes de marzo de 2016 y la entidad no contó con Asesor de Control Interno desde el mes de abril al mes de Julio, lo que no ha permitido dar cumplimiento al Programa formulado.

De igual forma el Programa contiene 87 Auditorías que no fueron planeadas por procesos sino por áreas lo que no permitirá darle cumplimiento, por tal razón se debe ajustar teniendo en cuenta las evaluaciones realizadas por los entes de Control como es el caso de la Auditoría realizada por la Contraloría Departamental para la vigencia 2014, que contiene acciones de mejora que deben ser

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRÁN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
	INFORMES	Página 11 de 14
		200-1-1

implementadas y evaluadas, y que los líderes de procesos deben implementar y corregir las debilidades y falencias detectadas.

Del Plan de Auditorías formulado durante el periodo de enero a Marzo se llevaron a cabo 6 auditorías en las áreas de consulta externa en la parte correspondiente a citas, en el área de tecnologías al cronograma de mantenimiento de equipos de cómputo, en el área de trabajo social y al área de almacén en la parte de gestión de compras, tesorería se realizó arqueo de caja, los resultados de las mismas deben socializarse con los líderes y responsables de procesos. Durante el mes de julio y agosto e implementarse los Planes de Mejoramiento por proceso o individual según sea el caso por cada responsable o líder de proceso.

2.3 COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Planes de Mejoramiento: Plan de mejoramiento institucional, plan de mejoramiento funcional (por proceso), plan de mejoramiento individual.

Los Planes de mejoramiento se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de los procesos, como resultado de la Autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

La entidad suscribió en el mes de marzo de 2016 con la Contraloría Departamental el Plan de Mejoramiento correspondiente a la vigencia 2014 la cual fue audita en la vigencia 2015, con un total de 11 hallazgos administrativos, con vigencia de cumplimiento hasta el 30 de diciembre de 2016.

Se rinde el primer informe de Avance de Plan de Mejoramiento suscrito con la contraloría correspondiente al periodo de abril a junio, en el mes de julio de la presente vigencia.

Para llevar a cabo este proceso se socializó durante los días 1 y 2 de julio con todos los líderes de procesos el informe de Auditoría final entregado y el Plan de Mejoramiento suscritos con las acciones de mejora y compromisos adquiridos, para que cada líder de proceso o responsable entregara las evidencias de las acciones implementadas las cuales fueron revisadas y evaluadas por el profesional encargado de Control Interno de la Entidad, quien de acuerdo a lo evidenciado emitió el porcentaje de avance de cada hallazgo junto con el representante legal de la Entidad, en este caso el Gerente.

De igual forma se socializó en las reuniones el Plan de Mejoramiento suscrito con el Archivo General de la Nación suscrito durante las vigencias 2014, y con cumplimiento de algunas acciones correctivas durante la vigencia 2015 y otras durante la vigencia 2016, encontrándose que a la fecha su nivel de cumplimiento es bajo.

Se recomienda fortalecer el Proceso de Gestión Documental al interior de la Entidad, que permita implementar las acciones correctivas establecidas y fortalecer el proceso al interior de la entidad, iniciar un proceso de fortalecimiento de la cultura de implementación de la Ley General de Archivos al interior de la entidad, capacitar a los servidores públicos sobre el manejo de las Tablas



	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015 Página 12 de 14
INFORMES		200-1-1

de Retención Documental, y los estándares mínimos para el manejo de los archivos de Gestión al interior de cada área o proceso.

Se recomienda al momento de realizar los Planes de Mejoramiento tener en cuenta que las acciones allí establecidas deben ser no sólo cumplibles sino que se soporten en un análisis de costo-beneficio; además deben atacar directamente las causas de la situación detectada, y deben ser realizados con objetividad con el fin de asegurar el mejoramiento continuo.

Se recomienda que los líderes de los procesos o responsables de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento, hagan seguimiento permanente al cumplimiento de las mismas.

3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACIÓN

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

La entidad cuenta con un Manual de Comunicaciones elaborado en la vigencia 2011, que no ha sido actualizado.

Se recomienda revisar, evaluar y realizar los ajustes correspondientes al manual de comunicaciones que le permitan estar acordes a las necesidades actuales de la institución y de los usuarios.

La entidad cuenta con formato institucional de procedimientos frente a la recepción y trámites de quejas, reclamos, sugerencias, peticiones y felicitaciones, información y atención al usuario.

Existe el Formato de seguimiento a las inconformidades de los usuarios, pero este no ha sido implementado, se recomienda su implementación al interior del proceso.

En la institución se encuentran ubicados once (11) buzones con la papelería requerida, distribuidos en las diferentes áreas de atención al usuario, y un buzón en el nodo del municipio del Hato y otro en el nodo del municipio del Palmar.

Se encuentra definido el procedimiento de apertura de buzones aprobado en la vigencia 2011 el cual debe ser actualizado, estos tienen una periodicidad de apertura de cada 15 días con la participación de un miembro de la asociación de usuarios.

Se recomienda la actualización del Manual de procesos y procedimientos del SIAU y su socialización.

En la entidad se realiza el proceso de socialización de los derechos y deberes de los usuarios, se recomienda fortalecer esta actividad.

Comunicación Pública: Comunicación organizacional, comunicación informativa, medios de comunicación.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
	INFORMES	Página 13 de 14
		200-1-1

La comunicación interna también se ha fortalecido optimizando en los procesos el uso de los canales de comunicación correos electrónicos institucionales, carteleras, intranet, teléfono fijo, celular, entre otros.

La entidad creó la ventanilla única, sin embargo se recomienda fortalecer el proceso con los elementos y herramientas requeridas para el desarrollo de las labores que se llevan a cabo en el proceso, que permitan optimizar el servicio.

La Entidad debe propender por la actualización permanente de los canales de comunicación para divulgar la información, como son la página web, carteleras, redes sociales, boletines externos, comunicados de prensa, Emisora Local.

La entidad cuenta con Tablas de Retención Documental aprobadas por el Comité de Archivo de la entidad según Resolución No. 319 de 21 de octubre de 2013, donde se adoptan e implementan las Tablas de Retención Documental de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

Las mismas fueron enviadas al Archivo Departamental para su correspondiente evaluación y aprobación sin que a la fecha se haya recibido concepto.

Se recomienda realizar socialización y capacitación a todas las áreas para el manejo de las Tablas de Retención documental, ya que se evidencia que en algunas áreas existe debilidad en su implementación. V

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno de acuerdo al reporte de la DAFP presenta los resultados y el indicador de Madurez de 71.65% para la vigencia 2015, significa que la entidad cumple de forma estructurada con la aplicación del Modelo de Control Interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos.

La política de riesgos aunque con algunas debilidades es reconocida y aplicada por los procesos, se cuenta con mapas de riesgos institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos, pero debe fortalecerse en el proceso de retroalimentación y socialización al interior de la entidad.

Algunos de los elementos del modelo una vez se surta la evaluación y análisis de los mismos deben ser ajustados y actualizados, de tal forma que redunden en la mejora continua al interior de la entidad y el cumplimiento de los objetivos propuestos, evaluados en los resultados de la satisfacción al cliente tanto interno como externo.

La Alta Dirección está comprometida a desarrollar la nueva labor de liderazgo en actualización de los elementos del Modelo que lo requieren.

Se reconoce las fortalezas y las debilidades del sistema, así como el grado de compromiso de los servidores públicos y la alta gerencia al cumplimiento de los mismos.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD DEL SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL BELTRÁN, SOCORRO	Código: RG02-PL11001
		Versión: 01- 30/06/2015
	INFORMES	Página 14 de 14
		200-1-1

RECOMENDACIONES GENERALES

Se recomienda socializar y sensibilizar a los funcionarios de la entidad sobre los productos de la Actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI según lo establecido por la guía MECI de actualización, que permita garantizar el mejoramiento continuo del Sistema.

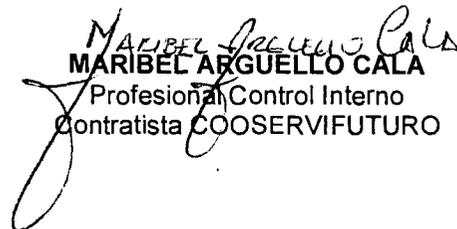
Se recomienda aplicar la metodología de construcción de indicadores para medir la gestión administrativa.

Fortalecer los mecanismos de evaluación de los servicios por parte de los usuarios, aplicar un instrumento de medición que permita evaluar la percepción del cliente en cuanto a los servicios prestados, tiempo de respuesta y actitud y disposición del servidor público que los atendió.

Ajustar el Mapa de Procesos y Consolidar el manual de procesos y procedimientos como apoyo a los líderes de proceso.

Fortalecer el área de Gestión Documental.

Priorizar en los subsistemas, componentes y elementos en los cuales se encuentra un grado de dificultad, a fin de retroalimentar y fortalecer su actualización, ajustes e interiorización del modelo con el desarrollo al interior de la Administración Municipal.


MARIBEL ARGUELLO CALA
 Profesional Control Interno
 Contratista COOSERVIFUTURO