Popayán, 12 de marzo de 2019

Doctora
ZULLY BERNARDA RUIZ MENESES
GERENTE
ESE POPAYÁN

Atento saludo,

Adjunto envío informe pormenorizado de Control Interno del periodo comprendido entre el 1 de noviembre del 2018 al 28 de febrero de 2019.

El cual se ha venido publicando en la página web institucional cada cuatro meses en cumplimiento al artículo 9 la ley 1474 de 2011.

Cordialmente,

BRIGITH ANDREA HERNÁNDEZ BURBANO
PROCESO CONTROL INTERNO – Contratista
ESE POPAYÁN

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO
PERIODO EVALUADO: NOVIEMBRE 2018 A FEBRERO DE 2019

Con el fin de realizar seguimiento al Sistema de Control Interno, de acuerdo a los parámetros establecidos por la ley 1474 artículo 9, se presenta el informe cuatrimestral de Control Interno del periodo comprendido entre noviembre del 2018 a febrero del 2019.

En noviembre de 2017 se realizó un diagnóstico inicial con la evaluación del Informe Ejecutivo Anual de Control Interno en aplicativo FURAG II, en marzo de 2018 se da cumplimiento al Reporte FURAG de MECI evaluando el desempeño institucional, teniendo en cuenta el nuevo Modelo Integral de Planeación y Gestión, siendo estos resultados los avances obtenidos con corte a 28 de febrero de 2019.

ESTRUCTURA MIPG - DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO

AMBIENTE DE CONTROL

LÍNEAS ESTRATÉGICA

La alta dirección cuenta con el compromiso, liderazgo y lineamientos a seguir con el fin de fortalecer la cultura organizacional y el mejoramiento continuo de los procesos.

Se ha creado el Comité Institucional de Control Interno (Resolución 077 del 19 de mayo de 2017) como lo indica el decreto 648 del 19 de abril de 2017, el cual se constituye una herramienta para la evaluación y el seguimiento de la gestión institucional, actualmente se encuentra operativo, durante este periodo se realizó reunión el 25 de febrero del 2019 en el que se aprobó el Plan Anual de Auditorías Internas para la vigencia 2019.

La gestión del talento Humano se encuentra alineada con los objetivos de la Entidad, se cuenta con personal idóneo para la gestión de los procesos, se realizan los procesos de selección y capacitación del personal. Durante este periodo se evalúa la ejecución del Plan Institucional de capacitación correspondiente a la vigencia 2018 obteniendo una ejecución del 92.5%

1. **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN**

La Empresa Social del Estado Popayán ESE, cuenta con un Equipo MECI conformado, Se evidencia mediante Acto Administrativo Resolución 183 del 25 de octubre de 2017. Actualmente se realizó cambio de logo Institucional y se está trabajando para mejorar la plataforma estratégica Institucional

(Misión, Visión, Política de Calidad, Valores Coorporativos, Objetivos institucionales, Mapa de proceso), se actualizó el organigrama institucional codificado.

Se cuenta con Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 Planes Operativos Anuales y los Planes Operativos por Dependencia, con relación al Plan Operativo Anual para la vigencia 2017 se obtiene una ejecución del 95% de cumplimiento, para la vigencia 2018 se obtiene 95% de cumplimiento.

Se cuenta con un Plan de Gestión en cumplimiento a la Resolución 743 modificada por la resolución 408 del 2018 y Resolución 1097 del 2018. Obteniendo un 91% de cumplimiento, con una calificación de 4.01 en una escala del 1 al 5. Para el primer semestre 2018 se obtiene una calificación de 4.24.

Se están implementando las políticas Institucionales de seguridad del Paciente y Humanización y se Formuló el Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad PAMEC 2017 -2020, al igual que se han fortalecidos los procesos asistenciales con la elaboración de manuales, procedimientos, guías, formatos y documentos asociados a los procesos, actualmente se está trabajando en la ejecución del PAMEC obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 96,6%

2. GESTIÓN CON VALORES

La Empresa cuenta en su estructura con el proceso SIAU: Sistema de Información y Atención al Usuario) Se está realizando la apertura de los buzones y dando respuesta a las peticiones, quejas y reclamos de forma oportuna.

La Empresa Social del Estado Popayán ESE, en la actual gerencia se ha realizado Audiencia Pública de rendición de cuentas en abril del 2017 y abril del 2018, se han realizando previamente foros en los diferentes municipios que conforman la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, se ha venido implementando mesas de trabajo con los usuarios, permitiendo el dialogo con los diferentes grupos de valor.

El proceso de contratación cumple con la publicación de contratos realizando los reportes oportunos en la plataforma SECOP II, al igual que se rinde información sobre publicación de contratos en la Plataforma SIA OBSERVA, se han realizado acciones de mejora como digitalización documental compartidas con el proceso administrativo y actualización de base de datos de contratos 2018, para este periodo se ha mejorado la actualización de base de datos de tutelas.

Se cuenta con un Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano el cual se ha venido ejecutando y se ha realizado seguimiento por control interno para la vigencia 2017 presentó una ejecución del 94% de cumplimiento. Para la vigencia 2018 presentó una ejecución de cumplimiento del 100%

Se ha implementado la medición de indicadores que permiten hacer seguimiento y evaluación de la gestión Institucional y tomar decisiones de forma oportuna.

Se mide el indicador de ejecución presupuestal los cuales son consistentes en el cumplimiento de los resultados de la Empresa Social de Estado Popayán ESE.

3. TALENTO HUMANO

Se cuenta con manual de procesos y procedimientos de Talento Humano y política los cuales se encuentra en proceso de actualización.

Para la actual vigencia se cuenta con el Plan institucionales de capacitación – PIC aprobado mediante resolución 027 de marzo 5 de 2018 en el cuales para la vigencia 2018 se programaron 54 capacitaciones para el nivel Administrativo, Asistencial y operativo de las cuales se han realizado 50 capacitaciones, obteniendo un 92.5% de cumplimiento. Se cuenta con un Programa de bienestar social aprobado mediante resolución 046 de marzo de 2018 en el cual se programaron 10 actividades aprobadas por el comité de bienestar social en el que se desarrollaron 10 actividades a 31 de diciembre del 2018 con sus respectivos soportes de seguimiento y ejecución del mismo, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 100%.

Se está desarrollando el Programa de Inducción y Re inducción aprobado mediante resolución 100 de agosto 2018, que permite a los líderes del proceso conocer el papel que desarrolla dentro de la Institución, para lograr una adecuada adherencia de los trabajadores a la Institución, durante la vigencia del 2018 se han realizado inducción al personal de planta que ingresa al igual que se realiza inducción a los estudiantes que realizan las pasantías o prácticas, en conjunto con las diferentes instituciones educativas con las que se tienen convenio de docencia de servicios.

Se están implementado el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, se cuenta con personal idóneo y calificado para el desarrollo e implementación del Sistema, se ha capacitado al personal asistencial y administrativo.

Actualmente se cuenta con un código de ética el cual se está ajustando a la nueva normatividad remplazando este documento por código de integridad, aplicando así el nuevo Modelo Integral de Planeación y Gestión.

Actualmente se encuentra en actualización de la información de hojas de vida del personal y declaración de bienes en la plataforma SIGEP.

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Actualmente se cuenta con una política de Administración de Gestión del Riesgo, la cual contiene los factores mínimos que puede afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos de la Empresa.

Se cuenta con mapa de riesgos de corrupción e identificación de riesgos de corrupción, análisis de riesgos y medidas de mitigación, se cuenta con mapa de riesgos asistenciales y mapa de riesgos del proceso contable, se actualizó mapa de riesgos de corrupción para la siguiente vigencia.

ACTIVIDADES DE CONTROL

La alta dirección realiza seguimiento a la adopción e implementación y aplicación de manuales, protocolos y procedimientos tanto de los procesos administrativos como asistenciales.

Los líderes de procesos se concientizan del autocontrol con la realización de autoevaluaciones y auditoria internas a los procesos con el fin de verificar la eficiencia de los controles.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Los servidores de la Entidad identifican, analizan, documentan y difunden el conocimiento adquirido. Se ha mejorado en el registro de la información, a través de medios físicos (papel), Bases de datos, Hojas de cálculo y archivos digitales.

5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

A partir de julio de 2017 contamos con un proceso de comunicaciones, el cual ha venido trabajando con su plan estratégico de Comunicaciones, Actualmente se cuenta con un Plan de Comunicaciones y se cuenta con canales de comunicación internos y externos como: radio, televisión, redes sociales, correos electrónicos institucionales, plataforma SPARK y pagina web institucional, que han permitido mejorar la comunicación a nivel interno y externo.

Actualmente se está diseñando una nueva página web Institucional mejorando su imagen y contenido, se espera continuar fortaleciendo La transparencia y el acceso a la información pública.

Se está implementado el programa de Gestión Documental, frente a la recepción de documentos tiene un control unificado de registro y radicación de documentos recibidos y tramitados, actualmente se está formulando el Plan de Gestión documental, se está aplicando encuestas en cada uno de los procesos para la elaboración de las tablas de retención documental (TRD), se han realizado capacitaciones sobre gestión documental, se realizó procedimiento de tablas de retención documental y formatos por áreas para la organización según organigrama codificado.

ACTIVIDADES DE MONITOREO

La Empresa viene reportando de forma oportuna la información a la Contaduría General de la Nación, Contraloría General del Cauca, Supersalud, Ministerio y Secretaria Departamental del Cauca.

Se reportó a la Contaduría General de la Nación el Informe de Control Interno Contable de la vigencia 2017, Obteniendo una calificación de 4.19 en una escala del 1 al 5, para el presente periodo se evalúa la vigencia 2018 obteniendo una calificación de 4.29 en una escala de 1 a 5.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra operativo cumpliendo con las funciones de evaluación y seguimiento de la gestión Institucional, en el mes de junio del 2018 se aprobó los documentos: Código de ética del Auditor Interno, estatuto de Auditoria Interna, dando cumplimiento al Decreto 648 del 2017, para el presente periodo se aprobó el Plan Anual de Auditorías Internas para la vigencia 2019.

Se cuenta con un Programa Anual de Auditorías Internas 2017 obteniendo una ejecución del 100%, para la vigencia 2017 se priorizaron los procesos de: Planeación, Calidad, Talento Humano, Gestión Documental, Gestión Ambiental, Almacén, Facturación, Cartera, Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y Contratación, Se cuenta con Plan Anual de Auditoria 2018 el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, cumpliendo con el 100% de su ejecución, Se cuenta con el Plan Anual de Auditoria Internas para la presente vigencia 2019, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Actualmente se cuenta con Planes de mejoramiento por proceso entre los que se destacan acciones de mejoramiento como:

PROCESO CARTERA:

- ✓ Cumplimiento en la elaboración del Manual de procesos y procedimientos de cartera.
- ✓ Inclusión dentro del manual de procesos y procedimientos de cartera el proceso de depuración y saneamiento de cartera.
- ✓ Se cuenta con (Bakup) copia de seguridad de la información que reposa en cartera.
- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo 594 de 2000.
- ✓ Mejoramiento en el flujo de información para la identificación de pagos.

PROCESO DE TALENTO HUMANO

- ✓ Se actualizó el manual de procesos y procedimientos del proceso de talento humano
- ✓ Se revisó manual de selección del personal para su actualización.

- ✓ Mejoramiento en la organización de las hojas de vida del personal, su respectiva verificación y consolidación de información de sindicatos.
- ✓ Se proyectó la guía, formato y resolución para acoger procedimiento para evaluación de desempeño.
- ✓ Se elaboró formato para evaluación de capacitación, el cual se está aplicando después de cada capacitación.
- ✓ Se realiza seguimiento a la dotación con a la entrega a partir de abril del 2018.
- ✓ Se incluye plan de incentivos en plan de bienestar el cual es aprobado mediante Resolución 046 del 2018.
- ✓ Se mejoró en el seguimiento a la entrega de dotación a partir de abril del 2018, para cada funcionario que tiene derecho según la norma.
- ✓ Se está aplicando la ley de archivo en los archivos: Hojas de vida y Planes de Talento Humano.

PROCESO DE PRESUPUESTO:

- ✓ Elaboración de procedimientos de ejecución presupuestal de gastos.
- ✓ Elaboración de procedimiento de ejecución presupuestal de ingresos.

Cumplió con su plan de mejoramiento derivado de la auditoría Interna.

PROCESO DE TESORERÍA:

- ✓ Elaboración de procedimiento de tesorería.
- ✓ Mejoramiento en la entrega oportuna de los recaudos de los Puntos de Atención pertenecientes a la ESE Popayán.
- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo.
- ✓ Se cancelo cuentas inactivas de Banco de occidente -Piamonte

PROCESO CONTABLE:

- ✓ Avances en la elaboración del manual de procesos y procedimientos contable
- ✓ Avance en la política contable.

PROCESO FACTURACIÓN:

- ✓ Elaboración del manual de procesos y procedimientos de facturación.
- ✓ Definición de indicadores de gestión del proceso.
- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo.
- ✓ Mejoramiento en la organización de carpetas de contratación con EPS, conforme a la ley de archivo.

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

- ✓ Elaboración del manual de procesos y procedimientos de la Unidad de correspondencia.
- ✓ Mejoramiento en el control de las condiciones ambientales, con la compra de tergohigometro y llevando el control de la temperatura.

PROCESO RECURSOS FÍSICOS

- ✓ Se dio inicio a la actualización de inventarios Bodega Almacén, Kárdex de Almacén el cual se recibió desactualizado.

PROCESO PLANEACIÓN Y CALIDAD

- ✓ Avances en la elaboración de caracterizaciones de los procesos.
- ✓ Revisión de protocolos, manuales, procedimientos.
- ✓ Elaboración de Política de Administración del Riesgo.
- ✓ Elaboración y ejecución del Plan de Auditoria para el mejoramiento continúo de la calidad y operatividad del mismo.
- ✓ Avances en la activación de los comités Institucionales.
- ✓ Elaboración de manual de gestión del riesgo.

PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL

- ✓ Operatividad de comité GAGAS (Resolución 146 de 2017) Operatividad de Comité GAGAS en los Puntos de Atención Hospital Toribio Maya y Hospital María Occidente.
- ✓ Mejoramiento de organización de archivos con la aplicación de ley de archivo 594 de 2000.
- ✓ Mejoramiento de la señalización y Rotulación de los recipientes para el adecuado uso del manejo de los residuos Hospitalarios.

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

- ✓ Mejoramiento de aplicación de ley de archivo en los expedientes contractuales.
- ✓ Fortalecimiento en cumplimiento de soportes contractuales.
- ✓ Mejoramiento de formatos del proceso contractual.

AUDITORIAS INTERNAS TRANSVERSALES REALIZADOS EN LOS PUNTOS ASISTENCIALES, Para la vigencia 2017 se realizó auditorías internas transversales en los Puntos de Atención de Popayán en sus puntos: Hospital del Norte, Centro de Salud María Oriente, Hospital María Occidente, Centro de Salud 31 de marzo y Centro de Salud Loma de la Virgen, Punto de Atención Caldono y en sus puntos Siberia y Pezcador, Punto de Atención Coconuco y Punto de Atención Totoró.

Se continúa realizando seguimiento trimestral a las acciones de mejoramiento por parte de Control Interno al igual que los avances relacionados con el Sistema de Control Interno.

La información generada por la Auditoría Interna ha permitido al equipo directivo tomar decisiones y a líderes de procesos tomar acciones de mejoramiento y garantizar el cumplimiento normativo.

Se realiza seguimiento a la gestión de resultados con los indicadores de gestión a los cuales se le ha realizado seguimiento por parte de la Oficina de Planeación y Control Interno, obteniendo los siguientes resultados para la gestión 2017.

Matriz de calificacion Resolucion 408 de 2018								
Area de Gestion	No	Indicador	Linea base	Meta	Resultado del periodo evaluado	Calificacion	Ponderacion	Resultado Ponderado
a	b	c	d	e	f	g	h	m=g*h
Direccion y Reporte 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluacion en la vigencia anterior			La ESE durante la vigencia evaluada realizo autoevaluacio	3	0,05	0,15
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atencion en salud		≥ 90	97%	5	0,05	0,25
	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo institucional		≥ 90	95%	5	0,10	0,5

Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero			sin riesgo	NA	0,05	#!VALOR!
	5	Evolucion del gasto por unidad de valor relativo producida		< 90	97%	3	0,05	0,15
	6	Proporcion de medicamentos y material medico-quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas 2. Compras a traves de cooperativas de empresas sociales del estado 3. Compras a traves de mecanismos electronicos		≥ 70	0%	5	0,05	0,25
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, y variacion del monto frente a la vigencia anterior		cero o variacion negativa	-783.906.376	3	0,05	0,15

Financiera y administrativa 40%	8	Utilizacion de informacion de registro individual de prestaciones RIPS		4	4	5	0,05	0,25
	9	Resultado equilibrio presupuestal		≥ 1,00	1,13	5	0,05	0,25
	10	Oportunidad en la entrega de reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que sustituya		100%	100%	0	0,05	0
	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que los sustituya		100%	100%	5	0,05	0,25

Gestion Clinica o Asistencial 40 %	21	Proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion		≥ 0,85	0,77	1	0,08	0,08
	22	Incidencia de sifilis congenita en partos atendidos en la ESE		0	0	5	0,08	0,4
	23	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo especifica; guia de atencion de enfermedad hipertensiva		≥ 0,90	90	5	0,07	0,35
	24	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo de crecimiento y desarrollo		≥ 0,80	80	5	0,06	0,3
	25	Proporcion de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas		≤ 0,03	0,01	5	0,05	0,25
	26	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general		≤ 3	1	5	0,06	0,3

91%	Resultado calificacion	4,07

Para la vigencia 2017, se obtiene un 91 % de cumplimiento con una calificación 4,07 en una escala del 1 al 5, siendo está una calificación satisfactoria.

Para el primer semestre 2018, se obtienen los siguientes resultados

Matriz de calificacion Resolucion 408 de 2018

Area de Gestion	No	Indicador	Linea base	Meta	Resultado del periodo evaluado	Calificacion	Ponderacion	Resultado Ponderado
a	b	c	d	e	f	g	h	m=g*h
Direccion y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluacion en la vigencia anterior		Autoevaluacion completa en la vigencia evaluada	La ESE durante la vigencia evaluada realizo autoevaluacion completa de los estandares que le aplican	5	0,05	0,25
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atencion en salud	90%	≥ 90	89%	3	0,05	0,15
	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo Institucional	90%	≥ 90	89%	3	0,10	0,3

Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	sin riesgo		sin riesgo	5	0,05	0,25
	5	Evolucion del gasto por unidad de valor relativo producida	90%	< 90	0,70%	5	0,05	0,25
	6	Proporcion de medicamentos y material medico-quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas 2. Compras a traves de cooperativas de empresas sociales del estado 3. Compras a traves de mecanismos electronicos	50%	≥ 70	0,95%	5	0,05	0,25
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, y variacion del monto frente a la vigencia anterior	0	cero o variacion negativa	-497.727.138	3	0,05	0,15

Financiera y administrativa 40%	8	Utilizacion de informacion de registro individual de prestaciones RIPS	4	4	2	1	0,05	0,05
	9	Resultado equilibrio presupuestal	1,00	≥ 1,00	1,03	5	0,05	0,25
	10	Oportunidad en la entrega de reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que sustituya	100% Oportuna	100%	100%	5	0,05	0,25
	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que los sustituya	100% Oportuna	100%	100%	5	0,05	0,25

Gestion Clinica o Asistencial 40%	21	Proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion	0,85	≥0,85	0,61	3	0,08	0,24
	22	Incidencia de sifilis congenita en partos atendidos en la ESE	0	0	0	5	0,08	0,4
	23	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo especifica; guia de atencion de enfermedad hipertensiva	0,9	≥0,90	95,9	5	0,07	0,35
	24	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo de crecimiento y desarrollo	0,8	≥0,80	98	5	0,06	0,3
	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤0,03	≤0,03	0,00493	5	0,05	0,25
	26	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general	≤3	≤3	1,09	5	0,06	0,3

Resultado calificación	4,24

RECOMENDACIONES:

- ✓ Fortalecer la socialización de Planes Institucionales a todo el personal que conforma la Empresa Social del Estado Popayán ESE.
- ✓ Continuar en la actualización de caracterizaciones, manuales, protocolos, procedimientos, formatos que permita mejorar la organización de la Empresa.
- ✓ Formular una Política contable y de depuración contable para la Empresa Social del Estado Popayán ESE.
- ✓ Actualizar los mapas de riesgos institucionales, realizar análisis y valoración y seguimiento del riesgo.
- ✓ Realizar periódicamente autoevaluaciones y establecer controles a la gestión en cada uno de procesos.
- ✓ Aplicar la ley de Archivo 594 de 2000 en todos los procesos institucionales, con implementación y aplicación de TRD.

- ✓ Actualizar inventarios y mantener los Kárdex al día y realizar seguimiento por parte de los líderes.

- ✓ Fortalecer la operatividad de los comités institucionales.

- ✓ Mejorar la articulación de los procesos e implementación de acciones de mejoramiento encaminados hacia el logro de la misión, visión y objetivos institucionales.

BRIGITH ANDREA HERNÁNDEZ BURBANO– Contratista
CONTROL INTERNO ESE POPAYÁN

Popayán, 12 de marzo del 2019.

PREPARÓ Y APROBÓ: BRIGITH ANDREA HERNÁNDEZ BURBANO – Contratista procesoControl Interno ESE Popayán.