OCCI No. 141-2018

Popayán, 16 de noviembre de 2018

Doctora
ZULLY BERNARDA RUIZ MENESES
GERENTE
ESE POPAYÁN

Atento saludo,

Adjunto envío informe pormenorizado de Control Interno del periodo comprendido entre el 1 de julio de 2018 al 31 de octubre de 2018.

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: JULIO A OCTUBRE DE 2018

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 julio a septiembre de 2018.

En noviembre de 2017 se realizó un diagnóstico inicial con la evaluación del Informe Ejecutivo Anual de Control Interno en aplicativo FURAG II, teniendo en cuenta el nuevo Modelo Integral de Planeación y Gestión, siendo estos resultados la línea base para el inicio del Sistema, actualmente los avances con corte a 30 de septiembrede 2018 son los siguientes:

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 de 2017 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.

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.

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) para este periodo se actualizó el organigrama institucional codificado.

Se cuenta con Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 Planes Operativos Anuales y los Planes Operativos por Dependencia para la vigencia 2017 se obtiene una ejecución del 95% de cumplimiento del plan operativo anual, para la vigencia 2018 se encuentra en ejecución.

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 un91% 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, la gerencia y su equipo de trabajo continúan trabando para obtener una buena calificación en la vigencia 2018.

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 al proceso, actualmente se está trabajando en la ejecución del PAMEC obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 62,3%

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.En cuanto tiempo se da respuesta, que otras acciones se ha realizado desde SIAU.

La Empresa Social del Estado Popayán ESE, durante la actual gerencia realizó la Audiencia Publica en mes de abrildel 2017 y la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la comunidad de la vigencia 2017,se realizó en abril del 2018, se realizando previamente foros en los diferentes municipios que conforman la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, se ha venido implementando las 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 decontratos 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.

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 presentóuna ejecución del 94% de cumplimiento para la vigencia 2018 con corte a 31 de agosto del 2018 se obtiene un cumplimiento del 89%.

3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

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.

4. 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 cual se programaron 31 capacitaciones para el nivel Administrativo, Asistencial y operativo de las cuales se han realizado 28 con sus respectivos soportes, obteniendo un 90% 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 han realizado 7 actividades a 31 de octubre del 2018 con sus respectivos soportes de seguimiento y ejecución del mismo, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 80%.

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 realizaseguimiento 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

5. 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.

6. 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, el día 28 de febrero de 2018, Obteniendo una calificación de 4.19 en una escala del 1 al 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.

Se cuenta con un Programa Anual de Auditorías Internas 2017 el cual se ha ejecutóobteniendo 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,Actualmente se cuenta con Plan Anual de Auditoria 2018 el cual fue 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.
- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo 594 de 2000.

PROCESO DE TALENTO HUMANO

- ✓ Se actualizó el manual de procesos y procedimientos del proceso de talento humano
- ✓ 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 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.

PROCESO CONTABLE:

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

PROCESO FACTURACIÓN:

- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo.
- ✓ Mejoramiento en la organización de carpetas de contratación con EPS.

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

- ✓ Avances en la Implementación del programa de gestión documental.
- ✓ Avances en la aplicación de la ley de archivo en los diferentes procesos.
- ✓ Elaboración del manual de procesos y procedimientos de la Unidad de correspondencia.
- ✓ Mejoramiento en el control de las condiciones ambientales.

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	N/A	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	5	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 electrónicos	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	[illegible]	0,08	0,24
	22	Incidencia de sifilis congenita en partos atendidos en la ESE	0	0	0	[illegible]	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	[illegible]	0,07	0,35
	24	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo de crecimiento y desarrollo	0,8	≥ 0,80	98	[illegible]	0,06	0,3
	25	Proporcion de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤ 0,03	≤ 0,03	0,00493	[illegible]	0,05	0,25
	26	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general	≤ 3	≤ 3	1,09	[illegible]	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.
- ✓ Implementar la normas internacionales de Información financiera NIIF
- ✓ Actualizar los mapas de riesgos institucionales, realizar análisis y valoración 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.

FIRMADO EL ORIGINAL

BRIGITH ANDREA HERNÁNDEZ BURBANO
Contratista CONTROL INTERNO
ESE POPAYÁN

Popayán, 31 de octubre del 2018.

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