INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE

PERIODO EVALUADO: JULIO A OCTUBRE 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 compréndido entre julio a Octubre 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 2017.

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 adopta el Modelo Integral de Planeación y Gestión Mediante la resolución 054 del 22 de marzo del 2019, en cumplimiento al Decreto 1499 del 11 de septiembre del 2017.

Se crea el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante 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, se realizó reunión el 25 de febrero del 2019 en el que se aprobó el Plan Anual de Auditorías Internas para la vigencia 2019, Se crea el Comité de Gestión y Desempeño mediante resolución Nº 56 del 26 de marzo del 2019, actualmente continúan operativos dos comités.

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, inducción y capacitación del personal.

18/11/19
11:20am.

El proceso de contratación cumple con la publicación de contratos realizando los reportes oportunos en la plataforma SECOP I, 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 y 2019, se ha mejorado la actualización de base de datos de tutelas, se elaboró la política de prevención de daño antijurídico, se ha mejorado la comunicación con los responsables de la elaboración de estudios previos y el proceso jurídico lo que ha permitido disminuir el tiempo en la realización de los contratos, se ha mejorado la gestión documental de las carpetas contractuales conforme a la ley de archivo y normativas vigentes, para el presente periodo se actualizó el Manual de Contratación y socializó el cual se encuentra aprobado, se definen indicadores del proceso, se mejoró en gestión documental con relación a organización de archivos, se encuentra en proceso la trasferencia de archivos de vigencias 2016 y 2017, se realizó inclusión de hoja de control en las carpetas contractuales, se cuenta con mapa de riesgos del proceso jurídico, se obtiene avances en la realización de auto diagnóstico, diseño de Política, caracterización del proceso.

Se cuenta con el Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano con sus respectivos seguimientos por control interno, para la vigencia 2017 presentó una ejecución del 94%. Para la vigencia 2018 presentó una ejecución del 100%, Para el segundo cuatrimestre correspondiente al periodo de mayo a agosto del 2019 se ha dado cumplimiento de su ejecución del 78%, se continua con la ejecución para su cumplimiento.

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

TALENTO HUMANO

Se cuenta con el Plan Estratégico de Talento Humano y la política conforme a los lineamientos establecidos en MIPG.

Se cuenta con el Plan institucionales de capacitación – PIC aprobado mediante resolución 027 de marzo 5 de 2018, 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 porcentaje de cumplimiento del 92.5%. 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%.

Los líderes de procesos se concientizan del autocontrol con la realización de autoevaluaciones, El proceso de Planeación realiza seguimientos continuos a los líderes de proceso y la Oficina de control interno realiza seguimientos y auditorías internas a los procesos con el fin de verificar la eficiencia de los controles establecidos.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3. 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.

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, se actualizó formatos para el diligenciamiento por parte los líderes de proceso, se cuenta con el programa a de gestión documental, se realizó procedimiento de tablas de retención documental y formatos por áreas para la organización según organigrama codificado, para este periodo se elaboró diagnóstico, Política, el manual de organización de archivos y el Plan Institucional de archivos PINAR los cuales se encuentra aprobados mediante actos administrativos, se continua realizando capacitaciones.

Actualmente se está trabajando en mejoramiento de la gestión documental, se cuenta con documento de tablas de retención documental en cual está en proceso de aprobación.

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 cuenta con una nueva página web Institucional mejorando su imagen y contenido, se espera continuar fortaleciendo La transparencia y el acceso a la información pública en cumplimiento a las normativas vigentes.

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 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.
- ✓ Se realiza exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y egreso.
- ✓ Se cuenta con Plan de emergencias
- ✓ Se cuenta con Manual de Gestión y seguridad y salud en el trabajo
- ✓ Se cuenta con Política de gestión de Talento Humano
- ✓ Se cuenta con Código de Integridad
- ✓ Se encuentra en proceso de Plan de formalización laboral

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 canceló cuentas inactivas de Banco de occidente –Piamonte

  xxxxxx

PROCESO CONTABLE:

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

  xxxx

PROCESO FACTURACIÓN:

- ✓ Elaboración del manual de procesos y procedimientos de facturación.
- ✓ Definición de indicadores de gestión del proceso.

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

XXXX

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.XXXXX

Se continúa realizando seguimiento 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

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 la vigencia 2018, se obtienen los siguientes resultados:

					Resultado
AREA DE GESTION	No	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DE INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1,20	1,22
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejorámiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	≥ 0, 9	0,96
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	0,95

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CXC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de los gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometido de cxp de vigencias anteriores).	≥ 1	1,08
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	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	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los terminos provistos	No cumplimiento
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la seccion 2, capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Unico reglamentario del sector salud y Proteccion Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de la evaluación.	Cumplimiento dentro de los terminos provistos	Cumplimiento

Resultado calificación	4,39

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

BRIGITH ANDREA HERNÁNDEZ BURBANO– Contratista
CONTROL INTERNO ESE POPAYÁN
Popayán, 15 de noviembre del 2019.