EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NAZARETH

- QUINCHIA RISARALDA -

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011			
Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	JAMES ANTONIO TREJOS GUTIERREZ	Período evaluado: Julio a Octubre de 2016	
		Fecha de elaboración: 11 Noviembre de 2016	

Modulo de Planeación y Gestión

Dificultades

TALENTO HUMANO

-No se ha realizado el proceso de re-inducción anual para todos los empleados.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

-Aunque se tiene definida la plataforma Estratégica y el Plan de Gestión Gerencial, aún no se tiene elaborado el Plan Estratégico Institucional 2016-2019, con el fin de estructurar los proyectos estratégicos operativos y de acción, políticas de operación, entre otros y su articulación con el Plan de Desarrollo Municipal; al igual para el establecimiento de su respectivo evaluación y seguimiento.

-Soporte en las hojas de vida de los funcionarios que ostentan Carrera administrativa, las respectivas copias de las evaluaciones del desempeño laboral por parte de los evaluadores.

- No se han suscrito los Acuerdos de Gestión de la vigencia 2016 los cuales deben estar basados en el plan de Gestión de Gerencial, Plan Estratégico Institucional, planes de acción, las metas y objetivos institucionales con los gerentes públicos.

- El presupuesto vigente de rentas y gastos con corte al 30 de septiembre de 2016 asciende a la suma de $ 6.710.998.941 m/cte. Analizando el comportamiento y ejecución a la fecha de corte, se observa los siguientes resultados:

VIGENCIA 2016	Ppto total	Facturado	% Ejec.	Recaudos	% Rec.
Presupuesto Ingresos	6.710.998.941	5.041.071.244	75.12	4.087.163.619	60.90

VIGENCIA 2016	Ppto total	Obligado	% Ejec.	Giros	% Giros
Presupuesto Gastos	6.710.998.941	5.041.567.349	75.12	4.153.082.799	61.88

El presupuesto de ingresos refleja un porcentaje de ejecución según lo reconocido del 75.12% y por recaudos del 60.90%, donde se puede establecer al finalizar la vigencia de una insuficiente ejecución en el recaudo de acuerdo a las expectativas presupuéstales proyectadas.

En el presupuesto de gastos aprobado se observa una ejecución del 75.12% de acuerdo a lo obligaciones; y estos a su vez en relación con lo pagado o girado presenta una ejecución del 61.88%, lo que indica que se comprometieron más recursos en relación a lo recaudado, generando dificultades de flujo de efectivo para cumplir con las obligaciones más inmediatas; esto también influyó en gran parte debido al incumplimiento en el pago de cartera que le adeudan las EPS, aseguradoras SOAT, entre otras entidades, a la ESE Hospital Nazareth de Quinchía por los servicios prestados a su usuarios.

Avances

TALENTO HUMANO

• De forma permanente se viene realizando inducción a funcionarios que ingresan por primera a la institución, donde se da a conocer la entidad en un campo más amplio y personalizado desde las diferentes áreas y procesos.

• De acuerdo a las necesidades de capacitación la ESE Hospital Nazareth de Quinchía, viene brindando capacitación a sus funcionarios.

• La entidad viene ejecutando el Programa de Bienestar Social e incentivos a los servidores públicos de acuerdo a sus posibilidades presupuéstales, en el que se brindan espacios de satisfacción de necesidades básicas en el trabajo y generar en ellos la motivación y el rendimiento laboral; entre las actividades desarrolladas están: olimpiadas recreo - deportivas, aportes educativos, por enfermedad, y de integración.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

• La alta dirección de la ESE tiene elaborado el Plan de Gestión. Así mismo con la participación activa de los funcionarios se construyó la plataforma Estratégica de la institución

• Es importante destacar las fortalezas adoptadas por la entidad, entre ellas es la presencia institucional permanente mediante la atención personalizada de los servicios de salud que se le brinda a los usuarios residentes de las zonas rurales más apartadas del municipio, mediante la realización de jornadas extramurales con personal interdisciplinario (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos, higienistas, psicólogos, entre otros), donde además se le brinda a los usuarios en estos sitios distantes el suministro de los respectivos medicamentos.

• La entidad tiene adoptadas varias Políticas de Operación en diversas áreas administrativas, misionales y de apoyo (Seguridad del paciente. Calidad, Salud Ocupacional, Humanización del Servicio, Lactancia materna, entre otras; que se ejecutan con su respectivo plan de acción permitiendo así gestionar su aplicación y cumplimiento

• Existe el compromiso y liderazgo por parte de la Alta Dirección en el desarrollo y avance de los Sistemas de gestión de la ESE "Control Interno" y "Sistema de la Garantía de la Calidad en Salud; habilitación, acreditación y Pamec".

ÁDMINISTRACION DEL RIESGO:

• Se proyecto cronograma para la actualización y seguimiento al mapa de Riesgos Institucional vigencia 2016.

Modulo de Evaluación y Seguimiento

Dificultades

AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL:

-Falta del un funcionamiento periódico del comité de Sostenibilidad al Sistema Contable

AUDITORIA INTERNA:

-Socializar los resultados de informes de auditorías al Comité de Coordinación de Control Interno o quien haga sus veces.

PLANES DE MEJORAMIENTO:

- Solo se suscriben planes de mejoramiento individuales liderados por las áreas de calidad y Control Interno, falta definir los PM individuales entre los Jefes de Área y/o directivos con funcionarios que estén basados en los resultados de otras evaluaciones internas y/o externas y sus respectivos seguimientos y cierres.

Avances

AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL:

• Se Aplican indicadores en diferentes procesos administrativos y asistenciales, los del Decreto 2193 de 2004 que miden la eficiencia, eficacia, y efectividad mediante la evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa de la institución, informes de producción, financieros; y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), entre otros.

• Se viene realizando la evaluación de la satisfacción del usuario, mediante la aplicación de encuestas por áreas o servicios.

• Dentro del proceso de mejoramiento continuo se realiza evaluación y seguimiento a los indicadores y a los planes de mejoramiento producto de las evaluaciones realizadas por los entes de control a través del Comité Técnico y de calidad, y demás Comités Intrahospitalarios, lo que ha contribuido a la retroalimentación y mejoramiento de los procesos; se evalúan periódicamente las actividades desarrolladas, y se realizan las recomendaciones a dichas evaluaciones.

AUDITORIA INTERNA:

• Se ejecuta el plan de auditorías de Control Interno de la vigencia 2016

PLANES DE MEJORAMIENTO:

• Se efectúan seguimientos a los planes de mejoramiento institucionales suscritos con los organismos de control externos como la contraloría General de Risaralda, Secretaria

Departamental de Salud y EPS de acuerdo a las auditorías externas realizadas por dichos entes de control.

• Evaluación periódicamente de las actividades desarrolladas, y se realizan las recomendaciones y oportunidades de mejora

Eje Transversal Información y Comunicación

Dificultades

INFORMACION Y COMUNICACIÓN:

- Revisión de las fases de gobierno en línea de acuerdo a su aplicación para la ESE.

Avances

• La oficina del SIAU permanentemente brinda el apoyo, acompañamiento y la asesoría a los usuarios de nuestra Entidad.

• El Comité de Quejas, Felicitaciones se reúne periódicamente, fortaleciendo el proceso de gestión en relación al mejoramiento continuo de la entidad, (mediante trazabilidad de cada queja, retroalimentación y planes de mejora generados y adoptados).

• La entidad viene presentado oportunamente los informes a las diferentes entidades de control.

• Operatividad y funcionalidad de la Ventanilla Única de la ESE. Así mismo se retomó nuevamente un Sistema de Gestión Documental "Sistema DAR".

• Se tienen canales de comunicación a nivel interno entre áreas y funcionarios como: Carteleras Institucionales, Folletos, plegables, avisos publicitarios, intranet, red interna de la entidad; entre otros.

Estado general del Sistema de Control Interno

Teniendo en cuenta que la entidad viene en un proceso de seguimiento permanente de desarrollo del modelo estándar de control interno (MECI), y de acuerdo a los resultados de las auditorias y evaluaciones realizadas en el periodo evaluado y verificadas las evidencias documentales sobre la existencia y desarrollo de cada uno de los elementos del sistema; es importante conceptuar que se requiere continuamente realizar las mejoras pertinentes para el logro de su sostenibilidad del sistema (MECI) a largo plazo en un buen nivel e **Indicador de Madurez.**

Recomendaciones

• Continuar con la planeación y desarrollo de las diversas oportunidades de mejora que se tienen en cada uno de los componentes, elementos y productos del MECI e identificados como debilidades, para ir fortaleciendo de manera progresivamente el estado de desarrollo del sistema de control interno.

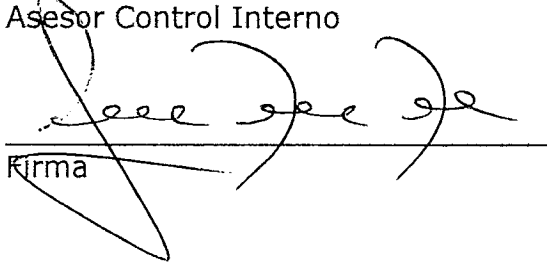
• Persistir en la gestión de cobro de la cartera que le adeudan a la entidad, por parte de las diferentes EPS del régimen subsidiado y contributivo, al igual con las aseguradoras (SOAT) a fin de mejorar el flujo de efectivo y así poder cumplir con las obligaciones más

inmediatas por parte de la ESE Hospital Nazareth de Quinchía.

• Es pertinente que el área de Planeación, realice evaluación y seguimiento a los planes de acción por áreas más periódicamente, a fin de establecer el cumplimiento de las metas de acuerdo al Plan de Gestión adoptado y los planes de acción.

• En cumplimiento a la ley de transparencia y de acceso a la información pública ley 1712 de 2014; se debe actualizar permanentemente la página web institucional, con información legalmente requerida (informes de gestión, ejecuciones presupuéstales, balances, planes, metas y objetivos, entre otros.

JAMES ANTONIO TREJOS GUTIÉRREZ
Asesor Control Interno



Firma