



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Página 1 de
13

El Hospital San Juan Bautista Empresa Social del Estado de Chaparral Tolima, mediante el presente informe evaluativo da a conocer los avances y dificultades de la gestión de la Institución, con fundamento en las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011, bajo la orientación de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno –“MECI-2014”. Decreto 943 de 2014.

Los resultados descritos corresponden al resultado del avance en la implementación durante los meses de Enero a Abril de 2017, así:

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS: Parámetros de comportamiento que orientan la actuación de los servidores, generando transparencia en la toma de decisiones y propiciando un clima de confianza para el logro de los objetivos de la entidad y los fines del estado.

El Hospital San Juan Bautista en continuidad con los procesos de inducción y re inducción a los servidores de la entidad ha realizado sensibilización para que los mismos identifiquen la aplicación de conductas éticas deseables, que permitan al Hospital potenciar cambios significativos en concordancia con su direccionamiento estratégico.

El área de Talento Humano, encargada de realizar el direccionamiento del Plan Institucional de Capacitación “PIC” en concordancia con los líderes de cada proceso, estableció los planes de capacitación que serán desarrollados con los servidores públicos, permitiendo a la vez que el personal que labora en la institución obtenga conocimiento y se beneficie de las actividades que se desarrollan en cumplimiento a las metas trazadas. La Oficina de Control Interno, ha participado en dichos procesos de inducción y re inducción, capacitando sobre el marco constitucional y legal del control, así mismo ha venido presentando la nueva estructura del MECI establecido en el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 emitida por Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP”.

El Hospital en cumplimiento con lo establecido en la Ley 1474 de 2011, realizo el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para el año 2017, y se realizó el seguimiento del plan anterior evidenciando cumplimiento de los compromisos pactadas en aras de reducir o mitigar los riesgos, la clasificación de los tramites y el proceso de atención al ciudadano.

DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO: Elemento de control que busca medir el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los servidores públicos a través de las políticas y prácticas de gestión humana, incorporando principios de justicia, equidad y transparencia al momento de la selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los servidores públicos del estado.

En cumplimiento al acuerdo 565 del 25 de Enero de 2016 de la Comisión Nacional del Servicio Civil – CNSC, por la cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en periodo de Prueba, El Hospital San Juan Bautista E.S.E a través de la oficina de recursos humanos, socializo el acuerdo y dio las directrices que conformaran la evaluación del desempeño laboral para el Periodo comprendido entre el 1 de Febrero de 2017 al 31 de Enero de 2018, según los siguientes componentes.

Elaborado por: Jefe Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Gerencia
Revisado por: Comité Coordinador de CI		Fecha de Aprobación: 22-05-2015



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011**

PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

1. Las metas establecidas por la entidad y los resultados de su gestión
2. Competencias Comportamentales
3. Los Compromisos Laborales
4. El Portafolio de Evidencias
5. Evidencias
6. La Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias
7. Los Planes de Mejoramiento Individual

Teniendo en cuenta los anteriores componentes se realizara una evaluación definitiva para el periodo anual u ordinario, según la sumatoria de las calificaciones de la consolidación de las evaluaciones parciales, así:

- | | |
|--|-----|
| 1. Compromisos Laborales | 80% |
| 2. Competencias Comportamentales | 10% |
| 3. La Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias | 10% |

Durante el 01 y 15 de febrero, se realizó la evaluación de desempeño laboral para los servidores públicos en carrera administrativa del período correspondido entre el 01 de febrero de 2016 y el 31 de enero de 2017.

Se esta desarrollando capacitaciones en diversos temas encaminados al mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio, con facilitadores internos y externo como el Sena.

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS: Proceso dinámico y sistemático, que le permite a la Institución proyectar a largo, mediano y corto plazo, los planes, programas y proyectos necesarios para el cumplimiento y ejecución de la misión, visión y objetivos institucionales.

El Hospital San Juan Bautista E.S.E. de Chaparral Tolima, elaboro el plan operativo institucional para el año 2017, proyección que se estableció con el acompañamiento de los líderes de los procesos, de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo, y evaluación.

La junta directiva de la ESE, mediante acuerdo 03 del 3 de Abril de 2017, aprobó el Acuerdo de Gestión para la vigencia fiscal del 1 de Febrero de 2017 al 31 de Marzo de 2020, denominado “EL HOSPITAL QUE SOÑAMOS”, bajo los ejes programáticos de:

1. En el eje de la calidad
2. En el eje de la eficiencia
3. En el eje de la accesibilidad

encuentra en proceso de construcción el PLAN DE DESARROLLO 2016-2019, los cuales se espera que conserve los lineamientos del PLAN DE DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO y la NACION. En la actualidad el hospital, desarrolla actividades, encaminadas, a:

1. Refuerzo a la atención integral demanda inducida y acciones de salud pública.
2. Desarrollo del talento humano.

Elaborado por: Jefe Control Interno

Revisado por: Comité Coordinador de CI

Copia controlada

Aprobado por: Gerencia

Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

3. Mejoramiento de la infraestructura física y tecnológica y mantenimiento continuo,
4. Participación social.
6. Fortalecimiento del área logística.
6. Plan financiero y su respectivo análisis

Para el desarrollo de estas actividades, la institución ha venido implementando un MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS, adoptando e implementado manuales que documenten y formalicen los procesos y procedimientos. Así mismo la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP1000:2009, contempla como uno de los principios de la Gestión de la Calidad lo siguiente: “Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los resultados relacionados se gestionan como un proceso”.

El Hospital San Juan Bautista esta actualizando el manual de procesos y procedimientos, en cumplimiento a lo anterior la Institución estructuro sus procesos en : Estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación, a través de un mapa de procesos donde convergen sus interacciones generando una cadena de valor que busca satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios.

El manual de procesos y procedimientos contiene las guías, protocolos y manuales de manejo de las principales causas de morbilidad institucional, y lineamientos necesarios para el desarrollo de su direccionamiento estratégico, misional, de apoyo y evaluación.

El Hospital San Juan Bautista para cada proceso tiene establecidos indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, con el fin de medir el cumplimiento de las metas planeadas; Igualmente también se mide la satisfacción del usuario, a través, de encuestas, de buzones de, peticiones, quejas, reclamos y sugerencias “PQRS”; resultados que son socializados, con el fin de que se efectúen las acciones de mejoramiento necesarias y cada líder de procesos retroalimenten los resultados con su grupo de trabajo.

Con respecto al Plan Operativo 2017, se obtuvo los siguientes resultados para el periodo de enero a Abril de 2017, así:

CENTROS DE COSTOS POR UNIDADES FUNCIONALES	PLAN OPERATIVO 2017		
	ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR CENTROS DE COSTOS VIGENCIA 2017	ACTIVIDADES PRODUCIDAS POR CENTROS DE COSTOS A MARZO	% CUMPLI MIENTO
URGENCIAS			

Elaborado por: Jefe Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Gerencia
Revisado por: Comité Coordinador de CI		Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Página 4 de
13

CONSULTA MEDICA GENERAL	30.147	6735	22
PROCEDIMIENTOS	4.486	834	19
OBSERVACION	8.529	656	8
TOTAL URGENCIAS	43.162	8.225	19
CONSULTA EXTERNA	-		
CONSULTA MEDICA GENERAL	56.619	12675	22
CONSULTA PSICOLOGIA	1.665	0	-
CONSULTA OPTOMETRIA	4.112	949	23
CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS	1.682	477	28
CIRUGIA GENERAL	2.225	501	23
CIRUGIA PEDIATRICA	284	40	14
GINECOLOGIA	6.333	1319	21
MEDICINA INTERNA	4.594	1051	23
OFTALMOLOGIA	595	137	23
ORTOPEDIA	3.615	902	25
PEDIATRIA	3.698	899	24
ANESTESIOLOGIA	1.147	296	26
GASTROENTEROLOGIA		6	
TRATAMIENTOS TERMINADOS ODONT	9.094	3.030	33
ACTIVIDADES ODONTOLOGO	17.433	6132	35
TOTAL CONSULTA EXTERNA	113.096	28.414	25

Elaborado por: Jefe Control Interno

Revisado por: Comité Coordinador de CI

Copia controlada

Aprobado por: Gerencia

Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Página 5 de
13

PROMOCION Y PREVENCION			
ACTIVIDADES MEDICO	9.783	2701	28
ACTIVIDADES ENFERMERA	12.488	3468	28
CITOLOGIAS	3.617	962	27
ODONTOLOGOS E HIGIENISTAS	52.996	11091	21
VACUNACION	47.707	6458	14
SALUD PUBLICA			
TOTAL PY P	126.591	24.680	19
HOSPITALIZACION	-		
EGRESOS	-		
ESTANCIA CIRUGIA GENERAL	1.559	533	34
ESTANCIA GINECOLOGIA	3.118	704	23
ESTANCIA MEDICINA INTERNA	6.114	1701	28
ESTANCIA ORTOPEdia	871	419	48
ESTANCIA PEDIATRIA	2.597	630	24
TOTAL HOSPITALIZACION	14.259	3.987	28
QUIROFANOS			
CIRUGIA GENERAL	1.334	397	30
CIRUGIA PEDIATRICA	140	24	17
GINECOLOGIA	1.455	386	27
OFTALMOLOGIA	121	34	28

Elaborado por: Jefe Control Interno

Revisado por: Comité Coordinador de CI

Copia controlada

Aprobado por: Gerencia

Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Página 6 de
13

ORTOPEDIA	608	395	65
TOTAL QUIROFANOS	3.658	1.236	34
SALA DE PARTOS	743	175	24
APOYO DIAGNOSTICO			
LABORATORIO NIVEL	247.365	59089	24
RAYOS X	20.017	5435	27
ECOGRAFIAS	6.802	2243	33
TOMOGRAFIA- ESCANOGRAFIAS	410	25	6
COLPOSCOPIAS	374	85	23
MAMOGRAFIAS	368	130	35
BIOPSIAS	1.472	272	18
ELECTROCARDIOGRAMAS	4.227	1490	35
MONITOREO FETAL	2.673	716	27
TOTAL APOYO DIAGNOSTICO	283.708	69485	24
APOYO TERAPEUTICO	-		
TERAPIA FISICA	8.806	2191	25
T ERAPIA RESPIRATORIA	3.054	833	27
TERAPIA CARDIACA	289	68	24
TERAPIA DEL LENGUAJE		0	
CRIOTERAPIA	170	15	9
OXIMETRIA	3.801	637	17

Elaborado por: Jefe Control Interno

Revisado por: Comité Coordinador de CI

Copia controlada

Aprobado por: Gerencia

Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

TRANSFUSION SANGUINEA	614	133	22
FARMACIA (formulas despachadas)	117.702	16770	14
NEBULIZACIONES	19.732	3877	20
TOTAL APOYO TERAPEUTICO	154.168	24.524	16
OTROS	-		
AMBULANCIAS	508.358	127807	25
TOTAL OTROS	508.358	127.807	25
TOTALES UNIDADES FUNCIONAL	1.247.743	288.533	23

Analizado el trimestre de Enero a Marzo de 2017, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento total del 23% del plan operativo anual del 2017, lo que indica que se cumplió la meta prevista del 22.5%, fijada por el ministerio de salud mediante resolución 743 de 2013, donde estableció un estándar anual del 0.90%, es decir que trimestralmente debemos alcanzar el 22.5%, cifra que fue superada en un 0.5%.

COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO: Es un método lógico y sistemático de establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados con los procesos de una forma que permita a la entidad minimizar perdidas y maximizar oportunidades. Debe contener los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se esperan lograr
- Las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar a largo, mediano y corto plazo
- Los riesgos que se van a controlar
- Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido.
- El seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad

IDENTIFICACION DEL RIESGO: Para el manejo del riesgo e identificación del mismo se procedió a dar aplicabilidad a la metodología y hacer uso de las herramientas técnicas que fueron suministradas por el DAFP.

Se diseñó el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2017, de acuerdo a los lineamientos de la contraloría del Tolima según formato 20.

ANALISIS Y VALORACION DEL RIESGO: Para adelantar el análisis del riesgo se considera primero la

Elaborado por: Jefe Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Gerencia
Revisado por: Comité Coordinador de CI		Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Página 8 de 13

calificación del riesgo a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que pueda causar la materialización del mismo, y segundo a través de la Evaluación del Riesgo que se logra comparando los resultados de la calificación del riesgo con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al mismo, considerando los riesgos como:

- Riesgos Aceptables
- Riesgos Tolerables
- Riesgos Moderados
- Riesgos Importantes
- Inaceptables

El Hospital San Juan Bautista de Chaparral Tolima, para el análisis y valoración del riesgo, ha implementado una herramienta suministrada por la Dra. Olga Yaneth Aragón Sánchez, representante del Comité Interinstitucional de Control Interno “CICI”, es un aplicativo formulado y parametrizado en Microsoft Excel 2010 y consta de un libro en el cual analiza los elementos de la metodología de Administración del Riesgo del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública) contenida en la cartilla N°18 del 2011, así como en la metodología de la Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, la cual establece los criterios de calificación de probabilidad e impacto y las medidas de mitigación con relación a las precitadas guías.

Se hizo seguimiento al mapa de riesgos de la entidad, donde se observa interés por parte de los líderes de los diferentes procesos para identificar sus riesgos y adelantar adecuadamente las actividades propuestas para su control y/o mitigación.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE DE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

AUTOEVALUACION DEL CONTROL Y GESTION: Este componente permite evidenciar la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión del hospital verificando la capacidad de cumplimiento de metas y la adopción de acciones correctivas o de mejoramiento para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En el Hospital San Juan Bautista la Autoevaluación se ha tomado como un proceso de retroalimentación de los procesos donde cada líder de proceso se reúne en comité con el fin de evaluar el cumplimiento de las metas programadas por cada una de las 9 unidades funcionales establecidas en el mapa de procesos como: Urgencias, Consulta Externa, Promoción y Prevención, Hospitalización, Quirófano, Sala de Partos, Apoyo Diagnostico, Apoyo Terapéutico y la Unidad Funcional de Ambulancias, las cuales se observó que ha 31 de Marzo se había observado un cumplimiento general del 23% con una desviación negativa de 2% de la meta propuesta en el plan operativo que es del 25% trimestral de la meta anual del 100%, los cuales se espera que sea recuperado en los próximos periodos, en especial las unidades de Apoyo Terapéutico Promoción y Prevención que tan solo lograron un cumplimiento del 16 y 19 % respectivamente, en particular los servicios de crioterapias con el 9% y Vacunación del 14%.

COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA INTERNA: Proceso sistemático que ha permitido a la entidad hallar desviaciones en sus procesos y mejorar la eficacia de los mismos en el cumplimiento de las metas propuestas.

Elaborado por: Jefe Control Interno

Revisado por: Comité Coordinador de CI

Copia controlada

Aprobado por: Gerencia

Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Página 9 de
13

El Comité Coordinador de control interno elaboro y aprobó el Plan Anual de auditoría del Hospital San Juan Bautista E.S.E. para la vigencia fiscal 2017; estando pendiente reprogramarlas por la nueva dirección, mientras tanto no se apruebe el acuerdo de gestión y se revise el direccionamiento estratégico institucional, conforme a los nuevos planes y proyectos gerenciales de la actual administración, los cuales se encuentran en etapa de diagnóstico.

Con corte a 30 de abril 2017 se han presentado los siguientes informes de ley requeridos por los entes de control, con ocasión del cierre de la vigencia fiscal 2016, entre los cuales es importante resaltar los siguientes: Informe Ejecutivo Anual sobre el avance del sistema de Control Interno, Informe Control Interno Contable, Cuenta e Informe Anual Consolidado - SIRECI, Informe de Derechos de Autor a la Dirección Nacional de Derechos de Autor - ONDA .

La institución se fortalece con las auditorías externas que durante el periodo de Enero a Abril de 2017, realizaron las empresas promotoras de servicios de salud “EPSS” como: Cafesalud, Ecoopsos, Salud vida, y Secretaria de Salud Departamental, donde nos evaluaron aspectos como el cumplimiento en estándares de habilitación, capacidad instalada y suficiencia de red, evaluación de calidad, sistemas de información al usuario y el seguimiento a planes de mejoramiento.

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

PLAN DE MEJORAMIENTO: Instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias necesarias para el logro de los objetivos de la institución; Los planes de mejoramiento institucional fortalecen los procesos como a los servidores y la misma institución.

El Gobierno Nacional mediante el Decreto Unico Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, artículos 2.5.1.1.1 y subsiguientes estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud-SOGCS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos componentes según lo establecido por el artículo 2.5.1.2.2. de dicho decreto, está constituido por el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema único de Acreditación, los cuales se interrelacionan entre sí, en cuanto todos apuntan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.

En otro aparte el mencionado Decreto 780, específicamente el artículo 2.5.1.4.4. (Numeral 3), establece las funciones y competencias de las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Salud respecto al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC.

Por otra parte, la Resolución 256 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, deroga la Resolución 1446 de 2006 y establece en su artículo 8, que las direcciones Departamentales y Distritales de Salud, brindarán asistencia a los prestadores de servicios de salud habilitados en su jurisdicción para el sistema de información para la calidad.

Elaborado por: Jefe Control Interno

Revisado por: Comité Coordinador de CI

Copia controlada

Aprobado por: Gerencia

Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Por lo anterior la Superintendencia Nacional de Salud, expidió la Circular Externa 000012 del 4 de Agosto de 2016, donde imparte instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

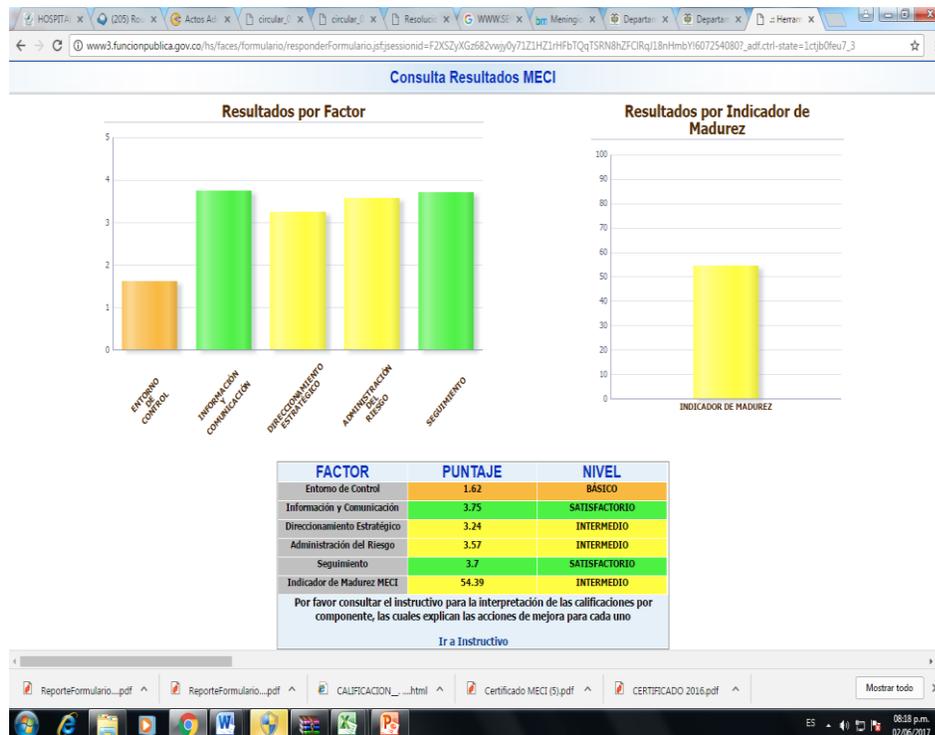
La Secretaria de Salud Departamental del Tolima, en cumplimiento a lo anteriormente expuesto, ha realizado asistencia técnica para la formulación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud “PAMEC” del Hospital San Juan Bautista E.S.E, y a la vez ha solicitado información al respecto, que fue entregada el día 21 de abril de 2017, según radicado 18011 del 2017.

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

INFORMACION Y COMUNICACIÓN EXTERNA: Datos que provienen o son generados por usuario externo. En el Hospital San Juan Bautista, la información y comunicación externa es recibida en la entrada del Hospital en la Oficina de Información y Atención al Usuario “SIAU”, la cual es radicada y controlada a través de un libro de 200 columnas, donde se radica por consecutivo, fecha y asunto, para luego ser entregada a la dependencia correspondiente.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA: Datos que son generados al interior de la entidad; Su registro y/o divulgación oportuna se efectúa a través de cada dependencia y a través de la intranet, página web y el spark.

AVANCES EN LA IMPLEMENTACION



Elaborado por: Jefe Control Interno
 Revisado por: Comité Coordinador de CI

Copia controlada

Aprobado por: Gerencia
 Fecha de Aprobación: 22-05-2015



El Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP” como entidad rectora de la evaluación y seguimiento en la implementación del modelo estándar de control interno “MECI”, de las entidades públicas del estado, reporto los resultados obtenidos en el avance de la implementación, definiendo el nivel de madurez de 0-10 Inicial; 11-35 Básico; 35-65 Intermedio; 66-90 Satisfactorio; 91-100 Avanzado, medición efectuada a través de una encuesta, donde analizaron factores como:

1. Entorno de Control (EC): Análisis aspectos como el compromiso de la alta dirección, los lineamientos éticos, políticas para el desarrollo del talento humano y lineamientos básicos para el direccionamiento estratégico en cuanto a la misión, visión y objetivos institucionales; de los cuales según los resultados de la encuesta se logró un desarrollo y fortalecimiento del componente del Entorno de Control de 1.62 puntos de 5, los cuales nos ubica en un nivel de madurez básico.
2. Información y Comunicación (IC): Análisis aspectos requeridos para el manejo de la información interna y externa, gestión documental, fuentes de información, mecanismos y sistemas de información, los lineamientos relacionados con la política de transparencia y rendición de cuentas, con un resultado de 3.75 puntos de 5, nivel de madurez satisfactorio
3. Direccionamiento Estratégico (DE): Análisis el modelo de operación por procesos en toda su complejidad (análisis de necesidades de usuarios, procedimientos, indicadores, acciones correctivas y preventivas), como base fundamental para el desarrollo de los planes, programas y proyectos de la entidad, diseño y estructura del proceso contable. La implementación de este factor alcanzó un avance de 3.24 puntos de 5, lo que indica que logramos un nivel de desarrollo intermedio.
4. Administración del Riesgo (AR): Análisis cada uno de los elementos que desarrollan y facilitan la gestión del riesgo en todos los niveles de la entidad. Analiza la materialización de riesgos en los procesos y específicamente en el tema contable. Los resultados de la encuesta reflejaron un puntaje de 3.57 de 5, lo que indica un nivel de madurez intermedio en el avance de la implementación del componente de administración del riesgo.
5. Seguimiento (SG): Análisis los procesos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad, por parte de los líderes de procesos, oficina de control interno y organismos de control. Se evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento (institucional, por procesos e individual); En este factor de análisis se obtuvo 3.7 puntos de avance sobre 5, lo que indica que el nivel de desarrollo en la implementación está en una etapa intermedia.

Encuestados cada uno de los factores anteriores se observó un avance en el estado de desarrollo y fortalecimiento de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno “Meci-2014” a 31 de Diciembre de 2016 del 54.39 %, alcanzando un nivel intermedio de madurez, es decir que la institución aplica el modelo de control interno de forma más estructurada, cuenta con sistemas de información y canales de comunicación en operación, ajusta sus procesos con base en la información recolectada de forma interna, ha iniciado con la metodología para la identificación de los riesgos por procesos.

A 31 de Diciembre de 2017 se espera que la entidad alcance un nivel de madurez satisfactorio en cada

Elaborado por: Jefe Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Gerencia
Revisado por: Comité Coordinador de CI		Fecha de Aprobación: 22-05-2015



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE ENERO A ABRIL DE 2017

Página 12 de
13

uno de los factores como analices del Entorno, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento.

DIFICULTADES

En realizar la Evaluación del clima laboral.

En poseer un modelo de operación por procesos que facilite la gestión institucional y la toma de decisiones.

En establecer un modelo integrado de planeación y gestión.

En generar a los funcionarios de la Institución, una cultura de autocontrol, autogestión y autorregulación de la planeación y gestión de las actividades a desarrollar para el cumplimiento de las metas trazadas.

Deficiencias en los mecanismos de evaluación y seguimiento para la valoración permanente de los resultados de la entidad.

En mejorar el plan de bienestar a partir del análisis de la medición del clima laboral.

La falta de evaluación de desempeño de los servidores públicos que no se encuentren en carrera administrativa.

Mantener actualizado el manual de procesos y procedimientos institucional, de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a los procesos.

Incumplimiento de algunos compromisos presupuestales, planes y programas por la iliquidez financiera.

Actualización del sistema de gestión documental.

ARCELIA PERALTA CARDOZO
Control Interno

Elaborado por: Jefe Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Gerencia
Revisado por: Comité Coordinador de CI		Fecha de Aprobación: 22-05-2015