



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO DEL  
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
PRIMER CUATRIMESTRE 2018 ENERO – ABRIL  
No. RNCI-013-005-013**

**INTRODUCCIÓN:**

Con el presente informe, se pretende resaltar los avances logrados por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo Empresa Social del Estado y las oportunidades de mejora presentadas en los dos Módulos de Control (Módulo de Planeación y Gestión – Módulo de Evaluación y Seguimiento) y el Eje Transversal de información y Comunicación, según lo preceptuado en el Decreto 943 del 21 de Mayo de 2014, modificado por el Decreto 1499 de 2017, durante el cuatrimestre comprendido entre Enero – Abril de 2018; en cumplimiento de lo preceptuado en el Artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011.

**ALCANCE DEL INFORME**

El presente informe, tiene como finalidad determinar el estado del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital La Buena Esperanza de Yumbo durante el período comprendido entre Enero - Abril de 2018.



**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**  
Asesor Control Interno

HOSPITAL  
LA BUENA ESPERANZA  
*Empresa Social del Estado*  
Yumbo - Valle

08 MAY 2018

R.A.D:  
HORA: 3:31 P  
RECIBIDO  
Stcl



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO DEL  
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
PRIMER CUATRIMESTRE 2018 ENERO – ABRIL  
No. RNCI-013-005-013  
LEY 1474 DE 2011**

**MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION**

**AVANCES**

➤ **COMPONENTE TALENTO HUMANO**

**a. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:**

La entidad cuenta con el Código de Ética y Valores y se incentiva periódicamente a los servidores públicos y colaboradores para la consulta periódica de la Carta de valores y políticas éticas de la entidad, denominado Código de Ética y Buen Gobierno.

**b. Desarrollo del Talento Humano:**

1. Se construyó el Plan institucional de Capacitación con la participación de los empleados y atendiendo las orientaciones metodológicas proporcionadas por el DAFP, dirigido por la oficina de talento humano y fue adoptado mediante resolución No. GGH-001-002-0301 del 27 de marzo de 2018, adicionalmente fue socializado por correo electrónico institucional el día 11 de abril de 2018.
2. Por medio de circular No. GATH-006-001-050 del 28 de diciembre de 2017, con asunto: encuesta de necesidades y expectativas, plan de Bienestar Social, estímulos e incentivos vigencia 2018. La resolución GGH-001-002-0215 del 07 de Marzo de 2018, se adopta El PLAN DE BIENESTAR SOCIAL, ESTIMULOS E INCENTIVOS para la vigencia fiscal 2018.
3. El Hospital la Buena Esperanza de Yumbo, cuenta con un programa de inducción con el fin de darle continuidad a los procesos con el personal que ingresa nuevo a la Institución, por medio de circular GATH-006-001-001 del 22 de febrero de 2018, con asunto: Inducción, se solicita, programar al personal contratista y de planta para que asista en las fechas contenidas en esta.

HOSPITAL  
LA BUENA ESPERANZA  
Empresa Social del Estado  
Yumbo - Valle

08 MAY 2018

R.A.D:  
TIORA: 3:31 F  
RECIBIDO  
Sde



## COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

### a.- Planes, Programas y Proyectos.

Durante el primer Cuatrimestre 2018 se establecen los planes para la actual vigencia; Se evidencia en la evaluación del primer seguimiento cuatrimestral a los planes, programas y proyectos 2018 los siguientes resultados:

Plan de Acción Anual "PAA"	16 %
Plan de Auditoria para el mejoramiento de la calidad "PAMEC"	51.8 %
Plan Anual de Adquisiciones "PAA"	71.7 %
Plan Operativo Anual de Inversiones "POAI"	14.5 %
Plan de Bienestar Social e Incentivos ( inicia a partir de mayo )	0.0 %
Plan institucional de Capacitaciones	92.0 %

### b. Modelo de Operación por Procesos:

El Hospital cuenta con un Mapa de Procesos actualizado y socializado utilizando estrategias como Jornadas de inducción y reinducción, correo interno, página Web, entre otras. Cada uno de los procesos cuenta con sus respectivos procedimientos, registros, guías, instructivos, según el caso, los cuales soportan la gestión a cumplir en la entidad.

### c. Estructura Organizacional:

La entidad cuenta con una estructura organizacional, la cual es socializada a los funcionarios y contratistas a través de las jornadas de inducción y reinducción. Cada uno de los procesos y subprocesos cuenta con una carpeta física que contiene entre otros documentos, la estructura organizacional de la entidad, esto como otra estrategia más de socialización.

### d. Indicadores de Gestión:

Se realiza medición periódica de los indicadores de gestión, lo cual permite conocer el cumplimiento de las metas propuestas y la toma oportuna de decisiones. Tanto el ingreso como la consulta de estos se realiza a través del software Daruma.



### e. Políticas de Operación:

Considerando que las políticas de operación constituyen los marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes de direccionamiento estratégico y la administración del riesgo, en la entidad cada proceso y subproceso cuenta con una política de operación establecida y documentada en el Sistema de Gestión de Calidad.

#### ➤ COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo cuenta con la Política de Administración del riesgo, debidamente documentada en el Sistema de Gestión de Calidad, cuyo objetivo es estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad.

Dentro del componente de la Administración del Riesgo la entidad tiene estructurado el elemento de Identificación del Riesgo, con el objetivo de realizar un inventario de los riesgos con su respectiva descripción, de tal manera que se permita relacionar sus causas o factores de riesgo tanto internos como externos y definir sus posibles consecuencias.

Dentro del mismo componente la entidad tiene estructurado el elemento de análisis de riesgo y la valoración del riesgo, documentado en el sistema de Gestión de la calidad, con el objetivo, el primero de ellos, de establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar y el segundo de ellos, con el objetivo de determinar el nivel o grado de exposición de la entidad al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

La entidad cuenta con treinta y dos (32) riesgos identificados, analizados y valorados de la siguiente manera:

CLASIFICACIÓN		
LEVE	MODERADO	IMPORTANTE ( CRITICOS )
<b>RIESGOS 5</b> ( 5, 8, 24, 29,30 )	<b>RIESGOS 17</b> ( 4, 6, 7, 9, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 31, 32 )	<b>RIESGOS 10</b> ( 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18 )



El seguimiento a los riesgos y sus respectivos controles se realizó en las auditorías internas programadas y ejecutadas durante el cuatrimestre.

### **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Continuar con la Programación de jornadas de inducción periódicas, por cuanto permite que los funcionarios y contratistas que ingresen conozcan la entidad en la cual prestarán sus servicios.

Realizar socializaciones continuas del Código de Ética y Buen Gobierno ( Código de Integridad Dec. 1499 de 2017 ), por cuanto es necesario recordar permanente la carta de valores de la entidad.

Socializar la Política de administración del Riesgo actualizada con el fin de dar a conocer los nuevos riesgos que puedan impactar negativamente la gestión incorporando las oportunidades, por cuanto estas pueden impactar positivamente la gestión institucional y en cada uno de los procesos y subprocesos.

### **MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

#### **AVANCES**

##### **➤ COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

Se llevaron a cabo las reuniones de Comité MECI – Calidad, a través de las cuales se fomenta el autocontrol, teniendo en cuenta que es la capacidad de cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos.

La entidad realiza autoevaluación institucional, lo cual le permite medir los avances en los diferentes planes y programas que ejecuta, entre ellos, se realizó seguimiento al avance en la ejecución del Plan de Acción Anual "PAA", Programa de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad "PAMEC", Plan Anual de Adquisiciones "PAA", Plan Institucional de Capacitación "PIC", entre otros.

Tomando como base el "PAMEC" buscamos encontrar un enfoque para fortalecer la seguridad del paciente.



### ➤ COMPONENTE AUDITORIA INTERNA:

La entidad cuenta con un procedimiento de Auditorías Internas conjuntas entre Calidad y Control Interno, documentado en nuestro Sistema de Gestión de Calidad, de fácil acceso a través del software DARUMA el cual se encuentra estandarizado, mediante este procedimiento se establecen las responsabilidades, actividades y requisitos para la planificación y ejecución de las auditorías internas conjuntas, con el propósito de realizar seguimiento a nuestros sistemas integrados de Control Interno, Sistema de Gestión de Calidad, Norma ISO 9001:2015, es importante resaltar que estos procedimientos serán actualizados atendiendo la Resolución 1499 de 2017 MIPG.

Dentro de este componente se elaboró en la entidad el programa anual de auditoría interna del Sistema de Gestión de Calidad/Modelo Estándar de Control Interno, el cual se ejecutó en el primer cuatrimestre de esta vigencia 2018, que tiene como objetivo fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad, Norma ISO 9001:2015, MECI y normatividad vigente, contribuyendo a los mecanismos de optimización y maduración de los procesos/subprocesos que permitan la satisfacción tanto del cliente interno y partes interesadas.

### ➤ COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO:

De conformidad con el resultado de las auditorías internas, los diferentes procesos y subprocesos que así lo requirieron, realizaron Planes de Mejoramiento, documentados en el Sistema de Gestión de Calidad, a los cuales se les realiza el seguimiento correspondiente.

El mes de diciembre de 2017 la entidad formuló Plan de Mejoramiento de conformidad con los 10 hallazgos contenidos en el Informe Definitivo de la Auditoría Gubernamental con enfoque integral realizadas por la Contraloría Municipal, vigencia auditada 2016.

Con la suscripción de estos 10 Planes de Mejoramiento para la vigencia 2016, para un total de 22 Hallazgos pendientes de cierre por cuenta de la Contraloría, por cuanto ya se hicieron las respectivas mejoras.

### **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Promover la aplicación de talleres de autoevaluación por parte de los líderes de los procesos con sus grupos de trabajo, lo cual permitirá fomentar la cultura de la autoevaluación.



## EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### AVANCES

El Hospital cuenta con un subproceso de Gestión para el usuario fortalecido con gestoras para brindar una mejor orientación a nuestros usuarios.

Se cuenta con mecanismos para recibir por parte de la ciudadanía sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas, reclamos y/o felicitaciones, de manera personal a través del Subproceso de Gestión para el usuario, a través de los buzones de sugerencias ubicados tanto en la sede central del hospital como en los Puestos de Salud.

Se realiza un seguimiento oportuno a las Peticiones, Quejas, reclamos y/o felicitaciones, por parte de la líder del subproceso de Gestión para el usuario, lo cual permite brindar oportunamente respuesta a todas las PQRS interpuestas.

Link de quejas y reclamos en la página web institucional, que le facilita a los usuarios la presentación de las PQRS.

Presentación mensual a la alta gerencia de resultados de Peticiones, reclamos y/o felicitaciones, encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias, a través del Tablero de Comando del subproceso de gestión para el usuario, permite un

análisis oportuno y toma de decisiones. Estos resultados son socializados al personal a través del correo interno institucional.

Las encuestas de satisfacción que se realizan de manera mensual, le permite a la entidad conocer oportunamente la percepción de los usuarios e implementar mejoras de ser necesario.

Reuniones periódicas con representantes de la comunidad (voceros de las diferentes Juntas de Acción Comunal, Asociación de usuarios y demás) le permite a la alta gerencia interactuar permanentemente con la comunidad.

En la página web institucional se encuentra disponible la información requerida en la Ley de Transparencia e información adicional que le permite a la comunidad conocer todo lo referente con la entidad hospitalaria.



Las tablas de Retención documental se encuentran en proceso de actualización.

La entidad cuenta con el software ORFEO, el cual es una herramienta informática que apoya la Gestión Documental Desarrollada por la entidad. ORFEO permite la incorporación de flujos de trabajo y flujos documentales, la trazabilidad de los documentos y los trámites relacionados como reflejo de la administración.

Se inició en el mes de Marzo de 2018 el Plan Educativo Comunitario "PEC" a través del cual se está dando formación a 37 estudiantes de los grados 9-1 y 9-4 de educación media de la institución educativa José María Córdoba, con el objetivo de que sean líderes en salud de las comunidades donde residen y en las instituciones educativas donde adelantan sus estudios.

### **ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

El Sistema de Control Interno del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. se encuentra documentado, implementado, evaluado y armonizado con el sistema de Gestión de Calidad, se debe continuar con actividades de mantenimiento para su sostenimiento a largo plazo.

A 31 de Diciembre de 2017 el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. tiene implementados los trece (13) elementos de control del Modelo Estándar de Control Interno "MECI 2014", contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control interno.

La entidad cuenta con el compromiso y apoyo por parte de la Alta Dirección en la ejecución de las actividades del MECI y el Sistema de Gestión de Calidad.

La entidad cuenta con un grupo de colaboradores ( 41 ) capacitados como auditores internos en Calidad, a los cuales se les brinda capacitación y actualización permanente ( ISO 9001:2015 ), esto los motiva a fortalecer su compromiso y a apoyar los procesos de mejora de la Institución.

En cuanto a las políticas de administración del riesgo, estas han sido Revisadas y actualizadas según consta en la Resolución No. GGH-001-002-0392 del 27 de abril de 2018, en donde se ha tenido en cuenta el decreto 1499 de 2017 ( Manual operativo de MIPG ), el cual contiene: un alcance, plan de trabajo, objetivos, tratamiento de los riesgos y su metodología, monitoreo, medición, etc. Así mismo se asigna unos responsables y define unas fechas de socialización de la política. *J*



## RECOMENDACIONES



Haciendo un análisis del cumplimiento de planes, programas y proyectos institucionales, se deben tomar medidas desde la alta Gerencia para mejorar el cumplimiento del Plan de Auditoria para el mejoramiento de la calidad "PAMEC" y del Plan de Acción Anual "PAA", teniendo en cuenta que para este cuatrimestre su ejecución no alcanzó la meta esperada.

La misma situación en lo concerniente al Programa Operativo Anual de Inversiones "POAI", este indicador se ve afectado entre otras cosas por la ley de garantías y esperamos que para el segundo semestre de la vigencia presente un importante avance.

Se deben tomar las medidas necesarias que permitan fortalecer el proceso de planeación Institucional.

Adoptar medidas tendientes a mantener el Sistema de Control Interno, con lo cual se garantizará el sostenimiento del modelo a largo plazo y continuar incluyendo en las jornadas de inducción y reinducción o en otras actividades grupales, la sensibilización y motivación de los funcionarios y colaboradores sobre MECI 2014 haciendo énfasis sobre la importancia del aporte de cada uno para el cumplimiento de la Misión y planes estratégicos institucionales, fomentando la cultura de autocontrol, con el fin de detectar desviaciones e implementar los correctivos.

  
**JHON JAIDER TORRES-PERLAZA**  
Asesor Control Interno