

enon 19/18



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO DEL  
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
TERCER CUATRIMESTRE SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2017  
No. RNCI-013-005-005**

HOSPITAL  
LA BUENA ESPERANZA  
Empresa Social del Estado  
Yumbo - Valle

19 ENE 2018

R.A.D:  
HORA: 3:00 PM  
RECIBIDO KR

**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, por medio del cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI 2014, durante el tercer cuatrimestre de la vigencia 2017 comprendido entre Septiembre - Diciembre; 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 Septiembre–Diciembre de 2017.

**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**  
Asesor Control Interno

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E  
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595  
NIT 800030924-0  
YUMBO - VALLE

[www.hospitaldeyumbo.gov.co](http://www.hospitaldeyumbo.gov.co)



**E.S.E. HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO**  
**INFORME No. RNCI-013-005-005 DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO**  
**PERIODO SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2017- 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:**

2. El Plan de formación y Capacitación institucional vigencia 2017 en el cuarto trimestre presento un cumplimiento del 87.5%.
3. Se incentiva la consulta de la cartilla de inducción la cual es de fácil acceso a través de la intranet.
4. En el cuarto trimestre se cumplió con un 100% de las actividades contenidas en el PLAN DE BIENESTAR SOCIAL, ESTIMULOS E INCENTIVOS VIGENCIA 2017.

➤ **COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

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

Se culmina exitosamente las estrategias contenidas en los Planes y Programas vigencia 2017, entre ellos, Plan de Acción Anual "POA" con un porcentaje de cumplimiento acumulado del 93%, Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad "PAMEC", con un 100%; Plan Anual de Adquisiciones con un porcentaje de cumplimiento acumulado del 87.76%.

De igual manera durante el periodo informado se continuó con la ejecución de las actividades relacionadas con los planes de intervenciones colectivas PIC en virtud de los Contratos Interadministrativos suscritos entre el hospital y la entidad



territorial Municipio de Yumbo, actividades que fueron culminadas en el mes de diciembre de 2017.

#### **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.

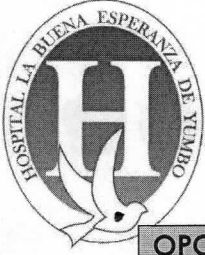
Dentro del mismo componente la entidad tiene estructurado el elemento de análisis de riesgo y la valoración del riesgo, documentado en el sistema de Gestión de la calidad, con el objetivo, el primero de ellos, de establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, 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.

Todos los elementos mencionados conforman el Mapa de Riesgos Institucional, su actualización fue adoptada mediante Acto Administrativo No. GGH-001-002-0723 del 23 de agosto de 2017.

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

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

El seguimiento a los riesgos y sus respectivos controles se realizó en las auditorías internas programadas y ejecutadas durante la vigencia 2017.



## 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, por cuanto es necesario recordar permanente la carta de valores de la entidad.

Revisión y actualización de la Política de administración del Riesgo con el fin de detectar nuevos riesgos que puedan impactar negativamente la gestión e incorporar 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 POA, PAMEC, Plan de Compra y Adquisiciones, Plan Institucional de Capacitación, entre otros.

En el transcurso del tercer cuatrimestre se llevó a cabo autoevaluación institucional de estándares de acreditación, lo cual le permitirá construir un PAMEC con estrategias actualizadas.

Las rondas institucionales y de seguridad del paciente como estrategia de búsqueda activa de incidentes, fortalece la autoevaluación en la entidad.



#### ➤ COMPONENTE AUDITORIA INTERNA:

La entidad cuenta con un procedimiento de Auditorías Internas documentado en nuestro Sistema de Gestión de Calidad, de fácil acceso a través del software DARUMA el cual se encuentra estandarizado mediante el cual se establecen las responsabilidades, actividades y requisitos para la planificación y ejecución de las auditorías internas, con el propósito de realizar seguimiento a nuestros sistemas integrados de Control Interno, Sistema de Gestión de Calidad, Norma Técnica de Gestión Pública 1000:2009.

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 para la vigencia 2017, que tiene como objetivo fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad, Norma ISO 9001:2008, NTCGP 1000: 2009, MECI y normatividad vigente, contribuyendo a los mecanismos de optimización y maduración de los procesos/subprocesos que permitan la satisfacción tanto del cliente interno como externo y el respectivo cronograma, programa que fue ejecutado en el transcurso del segundo cuatrimestre.

#### ➤ 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 hallazgos contenidos en el Informe Definitivo de la Auditoría Gubernamental con enfoque integral realizada por la Contraloría Municipal, vigencia auditada 2016.

Los Planes de Mejoramiento resultan de gran importancia por tratarse de acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en los sistemas de control interno y de gestión de la calidad y en la gestión de los procesos, como resultado de la autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la auditoría Interna, auditorías externas, rondas de seguridad y de reportes del día a día.



## 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 o reclamos, 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.

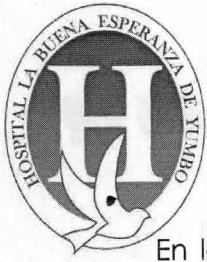
Seguimiento oportuno a las Peticiones, Quejas y Reclamos, por parte de la líder del subproceso de Gestión para el usuario, lo cual permite brindar oportunamente respuesta a todas las PQRS interpuestas.

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, Quejas y Reclamos, 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, conocer su percepción y acercar el staff directivo a las necesidades de 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.

En el mes de Diciembre la presente vigencia se concluyó con el Plan Educativo Comunitario "PEC" a través del cual se formó estudiantes de los últimos grados de educación media, para que sean líderes en salud en 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.

Se brinda capacitación a los Auditores Internos de la entidad, lo cual permite contar un grupo de auditores actualizados.

### **RECOMENDACIONES**

Considerando el dinamismo de los riesgos, es importante revisar las políticas de administración del riesgo e Identificar nuevos factores de riesgos que puedan llegar a afectar potencialmente el desarrollo normal de las funciones de la





entidad y el logro de sus objetivos, con el fin de establecer los controles necesarios que permitan mitigar o eliminar el riesgo.

Adoptar medidas tendientes a mantener el Sistema de Control Interno, con lo cual se garantizará el sostenimiento del modelo a largo plazo

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 y fomentar la cultura de autocontrol con el fin de detectar desviaciones e implementar los correctivos.

Incentivar la consulta de la cartilla virtual de inducción, por cuanto esto permitirá a los nuevos funcionarios y contratistas afianzar la información de la organización.



**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**

Asesor Control Interno