



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

Asesor de Control

Interno:

Pedro Fernández Zambrano

Período evaluado: 12/07/2017 – 11/11/2017

Fecha de elaboración: 17/11/2017

Introducción

La Constitución Política de 1991 se constituye en el punto de partida para la normatividad relacionada con el tema del Control Interno; así, en primera instancia, el artículo 209 establece que “la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones”; estos principios rigen la función administrativa entendida como el desarrollo de las actividades propias de cada entidad pública; en este sentido, el control interno es el garante de la efectividad en la aplicación de dichos principios.

Objetivo

Dar a conocer a la Dirección de la ESE, a los usuarios y partes interesadas de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, de forma periódica, los avances y las dificultades más relevantes en cada uno de los módulos que conforman la nueva estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

Dar estricta aplicación a lo reglamentado en el artículo 9º. Reportes del Responsable de Control Interno, de la Ley 1474 de 2011, Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de los actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública; El citado artículo establece que el Jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.

Alcance

El presente informe involucra todos los procesos y procedimientos estratégicos, misionales, transversales y de evaluación, establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno MECI y en el Mapa de Procesos de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón.

Criterio

Con base en el seguimiento a los avances y dificultades reportados en los informes anteriores, planes de mejoramiento de auditorías internas y externas, en la observación y análisis de documentos relacionados, y en general con reportes del SIAU sobre Peticiones, Quejas y Reclamos presentados por usuarios de los servicios medico asistenciales y público en general.



1. Módulo de Control de Planeación y Gestión

Avances

Componente Talento Humano

Sobre los acuerdos, compromisos y protocolos éticos, se encuentra que los servidores de la entidad tienen conocimiento de la normatividad que los regula sobre su comportamiento y desarrollo de sus funciones; se respetan y acatan los códigos adoptados; los servidores de cada una de las áreas aplican los principios y valores conforme los acuerdos colectivos sobre actitudes, prácticas y formas concretas de actuación en el cumplimiento de la función pública que les corresponde, de acuerdo con las especificidades de la respectiva área en cuanto a sus funciones, competencias y públicos con los que se relaciona.

Para el desarrollo del talento humano se tienen las actividades de bienestar social, salud ocupacional y capacitación. La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón tiene como soporte la resolución N°. 0328 del 13 de marzo de 2017, donde se establece el Plan Institucional de Capacitación, Estímulos y Bienestar Social para los empleados de carrera para la vigencia 2017, el cual crea el sistema interno de capacitación, constituido por el Plan Institucional que se orienta a mejorar el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas de los servidores públicos, en función tanto de su desarrollo personal y laboral, como del logro efectivo de los resultados institucionales, de acuerdo a las estrategias y políticas del Plan Nacional de Formación y Capacitación.

Componente Direccionamiento Estratégico

Atendiendo instrucciones impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP – conforme los términos del Decreto 1499 de 2017, y como responsable de la evaluación del Sistema de Control Interno y de Gestión Institucional, se viene coordinando con los responsables de las temáticas al interior de la ESE: Talento Humano, Calidad, Planeación, Contratación, Presupuestal, Contabilidad y Pagaduría, todo lo pertinente para realizar el proceso de diligenciamiento del Formulario Único de Registro de Gestión FURAG II, herramienta para la captura del reporte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG - que permitirá definir la línea base para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MPG, a partir de la cual se podrán establecer acciones concretas y efectivas orientadas a mejorar la gestión de la ESE. Ello en razón a que el plazo habilitado de la plataforma es entre el 17 de octubre y el 17 de noviembre de 2017.

Dentro del marco de las responsabilidades y competencias de la Oficina de Control Interno definidas por la Comisión Nacional del Servicio Civil a través de la Acuerdo 565 de Enero 26 de 2016 “Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación de Desempeño laboral de los empleados públicos de carrera administrativa y en periodo de prueba”, artículo 8°, numeral 4°, artículo 26°, literal a., se viene socializando y preparando Evaluación de la Gestión de las Dependencias de la ESE, la cual se concibe como un instrumento de mejora institucional y personal, además de tener como propósito principal, contribuir al cumplimiento de los principios y fines de la función pública consagrados en la Constitución Política y las Leyes.

A partir de la Auditorías Internas se viene desarrollando la revisión y actualización de los mapas de procesos, con el fin de optimizar y reducir los procedimientos, así como un cambio en el bosquejo de mapa de procesos. También, como resultado de las Auditorías Internas se viene adelantando la actualización del Mapa de Riesgo:



Identificados, Analizados y Valorados. Así mismo, en el marco del proceso de implementación del Sistema de Acreditación, la Subdirección Científica viene liderando los ajustes al procedimiento de control de documentos y los formatos relacionados, para la implementación de las Tablas de Retención Documental TRD, y adopción del sistema de gestión documental.

Se evidencia continuidad en la aplicación de encuestas a los usuarios por parte del Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU, con el fin de medir la percepción con relación al servicio y atención recibida. Se evalúan las actividades e indicadores formulados en el Plan de Gestión 2016-2020 y Plan operativo Anual 2017

Marco Estratégico

Se reformula con el fin de institucionalizar la planeación estratégica en coherencia con la del gobierno nacional, departamental y local, de tal forma que permita a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl identificar en dónde está hoy, hacia dónde va, a dónde debe llegar y cómo hacerlo, es decir, especificar los resultados esperados en la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos para lograrlo; Se estructuró y desarrolló en dos partes. La primera comportó la identificación de los problemas principales y de mayor impacto, la definición del problema central, y el análisis de los mismos estableciendo relaciones de causa y efecto. La segunda comportó la construcción de la matriz DOFA institucional, mediante la consolidación de matrices DOFA por servicios y/o dependencias elaboradas por los líderes de los mismos, posteriormente se realizó cruce de componentes de la matriz DOFA (Debilidades/Oportunidades, Debilidades/Amenazas, Fortalezas/Oportunidades, Fortalezas/Amenazas) para establecer las estrategias por medio de las cuales se logrará alcanzar los objetivos estratégicos propuestos.

La planeación estratégica de la ESE es el marco para la operación de todos los procesos que integran el modelo de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, institución de mediana complejidad con servicios habilitados de mayor complejidad y un área de influencia conformada por ocho (8) Municipios que integran la zona centro del Departamento del Huila; Garzón, Tarqui, Suaza, Altamira, Agrado, Pital, Gigante, y Guadalupe; dicho direccionamiento enmarca su gestión estratégica o gerencial, clínica o asistencial, administrativa y financiera, como empresa social del estado.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón continua con el trámite para la acreditación de los procesos, conforme los términos del Decreto N°. 903 de 2014, "Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud", el Decreto N°. 2082 de 2014, "Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud".

Componente Administración del Riesgo

En acta de Comité Técnico No. 360 de fecha 8 de septiembre de 2017 el Comité técnico de Calificación de Value and Risk Rating S.A., Sociedad Calificadora de Valores, decidió asignar la calificación **BB + (Doble B más)** a la **Capacidad de Pago de Largo Plazo de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, Huila**. La Calificación BB (Doble B) aunque no representa un grado de inversión, sugiere que existe menor probabilidad de cumplimiento con respecto a emisiones o entidades calificadas en mejores categorías. En esta categoría la capacidad de pago de intereses y capital es moderada y existe un nivel de incertidumbre que podría



afectar el cumplimiento de las obligaciones. Adicionalmente, para las categorías de riesgo entre AA y B, Value and Risk Rating S.A. utilizará la nomenclatura (+) y (-) para otorgar una mayor graduación del riesgo relativo. La presente calificación se otorga dando cumplimiento al Decreto 610 de 5 de abril de 2002, emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en la cual se establece la obligación de las empresas descentralizadas de tener vigente en todo momento una calificación de su capacidad de pago para gestionar endeudamiento externo u operaciones de crédito público interno o externo con plazo superior a un año.

Según Resolución 1755 de mayo 26 de 2017, la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue categorizada SIN RIESGO, y según cálculos a septiembre 30 de 2017, se mantiene sin riesgo fiscal y financiero.

Dificultades

Sobre el resultado del equilibrio presupuestal con recaudos a septiembre 30 de 2017, encontramos que fue de 0,82, con lo cual, no se logra cumplir con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social que es de 0,96

Se hace necesario definir las políticas, estrategias y procedimientos para los procesos de inducción y reinducción. Es de vital importancia definir un Plan Integral de Motivación que contempla actividades de inducción y reinducción, formular un programa para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio

Respecto de los Auditores Internos, se han presentado el retiro de dos de ellos, del equipo de auditores, lo cual representa un alto grado de desmotivación para quienes aún permanecen, debilitando además la disponibilidad del recurso humano para el desarrollo de las auditorías internas.

No se cuenta con un mecanismo efectivo para capacitación y socialización de los procedimientos a nivel de cada área de servicios.

Se requiere capacitación a los líderes de los procesos, con respecto a identificación, análisis, valoración, redacción y conformación del mapa de riesgo.

Se sugiere, como producto de un estudio técnico, tener la posibilidad de contar con personal permanente y/o de tiempo completo para asumir la responsabilidad del área funcional de Planeación, Sistemas y Departamento Jurídico, facilitando y agilizando el desarrollo y ejecución de los procesos estratégicos, misionales y transversales

La Auditoría No. 5, incluida en el programa de auditorías internas de procesos para el proceso Gestión Talento Humano, Subproceso Seguridad y Salud en el Trabajo (Gestión Ambiental), incluida por recomendación de la Contraloría Departamental del Huila, no se pudo realizar por dificultades expuestas por el líder del proceso quien no permitió su desarrollo

Módulo Control de Evaluación y Seguimiento

Avances



Componente Autoevaluación Institucional

Sobre el módulo Evaluación y Seguimiento, en el componente Autoevaluación Institucional, la Oficina de Control Interno realizó los siguientes informes de seguimiento en el periodo comprendido entre el 12 de Julio de 2017 y el 11 de noviembre de 2017

1. Informe de Evaluación y Seguimiento a Peticiones, Quejas y Reclamos-PQR de la oficina de SIAU, correspondiente al primer semestre de 2017
2. Informe de Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano correspondiente al segundo periodo con corte a 30 de agosto de 2017
3. Informe de Austeridad del Gasto Público correspondiente al tercer trimestre de 2017 con corte a septiembre de 2017

Componente Auditoría Interna.

Se realizó la actualización de la resolución institucional N°. 1588 de 2008 conforme lo normado por el Decreto N°. 648 de 2017 y en cumplimiento a lo planeado por el Comité Directivo de Coordinación del Sistema de Control Interno, según consta en Acta No. 001 del 17 de mayo de 2017.

Continua el desarrollo del programa de Auditoria Internas de procesos para la vigencia 2017 aprobado en Comité Directivo de Coordinación del Sistema de Control Interno, desarrollándose las siguientes auditorías:

Nº Auditoría	Proceso	Subproceso	Fecha de Programación
4	Gestión Financiera	Cartera	28 de agosto a 01 de septiembre
7	Gestión Epidemiología	SIVIGILA, prevención, vigilancia y control de IAAS; estadísticas vitales; unidad funcional de apoyo a investigaciones, educación continuada y extensión	02 de octubre al 06 de octubre

Estas auditorías se desarrollaron con el apoyo del equipo auditor capacitado y certificado por la Fundación Visión Salud, el pasado mes de febrero de 2017.

Las auditorias ejecutadas y los planes de mejoramiento suscritos para cada proceso han servido para evaluar y hacer seguimiento de adherencia a los manuales de procedimientos, guías, protocolos y demás normatividad vigente; así como evaluación de riesgos y eventos adversos del servicio.

Se programa el desarrollo de Auditoria Internas de procesos para la vigencia 2017 aprobado en Comité Directivo de Coordinación del Sistema de Control Interno, conforme el siguiente detalle:

Nº Auditoría	Proceso	Subproceso	Fecha de Programación
9	Apoyo Terapéutico	Farmacia	20 al 24 de noviembre



10	Atención al Usuario	SIAU y trabajo social	14 al 17 de noviembre
11	Gestión Internación	Internación Pediátrica y UCIN	14 al 17 de noviembre

Se concluyó con los trabajos de remodelación, y se dio al servicio, las instalaciones del local denominado Casa Blanca que se encuentra ubicado frente al hospital con destino a consulta externa, normalizándose la prestación de este servicio en instalaciones propias.

Para procurar el adecuado ejercicio de la Actividad de Auditoría Interna, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón, inició la preparación del Código de Ética del Auditor Interno, garantizando la correcta acción y el comportamiento de los auditores internos en la Entidad. Se espera su consolidación, socialización y adopción a través de acto administrativo.

Se proyecta la Resolución Institucional por la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón, en cumplimiento a las normas emitidas por el Instituto de Auditores Internos – IIA en el “Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna” proporcionan un esquema estructurado y “...coherente que facilita el desarrollo, la interpretación y aplicación de conceptos, metodologías y técnicas de forma consiente útiles a una disciplina o profesión...teniendo en cuenta que la Auditoría Interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización.

Sobre el módulo Evaluación y Seguimiento, componente Auditoría Interna, la Oficina de Control Interno ha generado durante el periodo comprendido entre el 12 de Julio de 2017 y el 11 de noviembre de 2017, los siguientes informes de auditoría:

1. Gestión Financiera, Subproceso Cartera
2. Gestión Epidemiología, Subproceso de Epidemiología (SIVIGILA, prevención, vigilancia y control de IAAS; estadísticas vitales; unidad funcional de apoyo a investigaciones, educación continuada y extensión)

Seguimiento a los planes de mejoramiento suscrito, en cumplimiento del artículo 76 de ley 1474 de 2011, Decreto 124 de 2016 y la estrategia para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano (diciembre 2016).

Componente Planes de Mejoramiento.

La oficina de Control Interno en el desarrollo de las auditorías internas ha generado 05 hallazgos en el Proceso Gestión Financiera, Subproceso Cartera y 19 hallazgos en el Proceso Epidemiología, subproceso Gestión de Epidemiología (SIVIGILA, prevención, vigilancia y control de IAAS; estadísticas vitales; unidad funcional de apoyo a investigaciones, educación continuada y extensión)

Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

El desarrollo del artículo 73 de la ley 1474 de 2011 se realiza el 2º seguimiento al plan de acción anticorrupción y



de atención al ciudadano con fecha 31 de agosto de 2017, resaltando el cumplimiento de los reportes relacionados con el Sistema de Administración de Riesgos y Lavado de Activos -SARLAFT, correspondiente a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2017.

Respecto de los mecanismos para Mejorar la Atención al ciudadano se realiza la apertura de buzones de sugerencias, levantando la respectiva acta en la cual intervienen la coordinadora de SIAU, trabajadora social y un representante de la asociación de usuarios. El periodo abarcado fue mayo, junio, julio y agosto.

Se programan y desarrollan capacitaciones sobre lavado de manos, clasificación del Triage – Referencia y Contrareferencia, Maternidad Segura, Trabajo en equipo y relaciones interpersonales

Se aplican encuestas de satisfacción después de prestado un servicio a los usuarios tendientes a evaluar la satisfacción del servicio logrando una satisfacción en por encima del promedio establecido por la Supersalud en mayo y junio; y, en los meses de julio y agosto se presenta plan de mejoramiento en razón a que el porcentaje de satisfacción obtenido fue del 89.02% y del 89.28%, respectivamente, ubicándose por debajo del promedio establecido por la Supersalud, el cual es del 90%.

Respecto a las PQR la oficina de SIAU cumplió sus respuestas dentro de los términos de ley para dar cumplimiento a los requerimientos de los usuarios. En los casos de quejas anónimas, se realizó la respuesta y se publicó en las carteleras de la Institución

Seguimiento Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto (julio a septiembre)

Se realiza en cumplimiento a lo establecido por el Decreto 1737 de 1998, Directiva Presidencial 06 de 2014, y Decreto Nacional 984 de 2012, art. 1º, que trazan políticas sobre medidas de austeridad y eficiencia de las entidades públicas que manejan recursos del Tesoro Público y los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), normatividad que constituye la estructura jurídica en materia de austeridad del gasto, consignándose aspectos relevantes y recomendaciones importantes

Seguimiento a Comités de Conciliación

Con relación al seguimiento a comités de conciliación en donde se debate la procedibilidad de la conciliación se encontró la siguiente información:

ACTA	FECHA	OBJETO	ORGANO JUDICIAL	DEMANDANTE	DEMANDADO
065	02/13/2017	Estudio de las pretensiones consignadas en la convocatoria a conciliación ante el órgano judicial propuesta por la demandante y otros, como requisito de procedibilidad para demanda de reparación directa	Procurador 090 judicial I para asuntos administrativos de Neiva	Leidy Yumary Escobar Trujillo y otros	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila
067	14/09/2017	Caso 1. Estudio de la conciliación del fallo del proceso 2011-0423 de la	Caso 1. Juzgado 3º	Caso 1. Hermilia	Caso 1. ESE Hospital



		<p>demandante Hermilia Moreno Muñoz de reparación directa contra la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila y la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.</p> <p>Caso 2. Estudio de la conciliación del fallo del proceso 2013-00317 de la demandante Eugenia Guzmán Ramírez de reparación directa contra la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila</p>	<p>Administrativo oral de Neiva</p> <p>Caso 2. Tribunal Contencioso Administrativo del Huila, Sala 3º de Decisión del Sistema Oral</p>	<p>Moreno Muñoz</p> <p>Caso 2. Eugenia Guzmán Ramírez</p>	<p>Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila y la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva</p> <p>Caso 2. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila</p>
068	23/10/2017	<p>Caso 1. Estudio de la conciliación del fallo del proceso 2013-00317 de la demandante Eugenia Guzmán Ramírez de reparación directa contra la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila.</p> <p>Caso 2. Estudio de las pretensiones consignadas en la demanda ejecutiva Rad. 2016-037 ante el juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, interpuesta por la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila contra la Previsora S. A., Compañía de Seguros</p>	<p>Caso 1. Tribunal Contencioso Administrativo del Huila, Sala 3º de Decisión del Sistema Oral</p> <p>Caso 2. Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva</p>	<p>Caso 1. Eugenia Guzmán Ramírez</p> <p>Caso 2. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila</p>	<p>Caso 1. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila</p> <p>Caso 2. La Previsora S. A., Compañía de Seguros</p>

Seguimiento y Evaluación Plan Operativo 2017

En cumplimiento de lo fijado por la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013, la Oficina de Planeación realiza el informe de gestión del tercer trimestre de 2017 y presenta el resultado de monitoreo y seguimiento de los indicadores del Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020, mostrando relevancia en los siguientes aspectos:

- La ejecución del Plan Operativo anual de la ESE, evidencia una ejecución del 74% del total programado para la vigencia fiscal de 2017
- El área de Dirección y Gerencia logra un cumplimiento de ejecución del Plan de Operativo Anual 2017, de 18,2 puntos sobre 20%, equivalente al 91% de lo programado en la vigencia
- En el área Financiera y Administrativa se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Operativo Anual de 26,8 puntos sobre 40%, equivalente al 67% de lo programado en la vigencia
- En el rea Clínica o Asistencial, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Operativo Anual 2016 de 29



puntos sobre 40%, equivalente al 72,5% de lo programado en la vigencia

Se soporta en la Matriz Excel de monitoreo, seguimiento y evaluación de avance del Plan Operativo 2017 y el cuadro de mando de seguimiento de los indicadores del Plan de Gestión 2016-2020, para la vigencia fiscal 2017.

Respecto del monitoreo y seguimiento a los indicadores y metas del plan de desarrollo institucional 2016 – 2020, tenemos el siguiente cuadro se observa el comportamiento de cada uno de los indicadores y metas programadas y alcanzadas con corte a septiembre 30 de 2017.

AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Dirección y Gerencia	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	
	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	
	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	
	TOTAL	18,2

AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Financiera y Administrativa	Riesgo fiscal y financiero	
	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2)	
	Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	
	Monto de la deuda superior a (30) días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	
	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	
	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	
	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	
	TOTAL	26,8



AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Clínica Asistencial	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensión en la gestación	
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).	
	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	
	Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	
	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	
	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	
	Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría	
	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica	
	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	
	TOTAL	29

Dificultades

Es importante que la ESE requiera a las EAPB respecto del cumplimiento a los términos para glosar o devolver facturas radicadas, ya que las facturas glosadas y/o devueltas por parte de la Entidad Deudora llegan de manera extemporánea a la Empresa, dejando en riesgo la gestión de cobro dado que desborda los términos definidos al tenor del Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

La estructura física de la ESE presenta alta vulnerabilidad sísmica e inestabilidad estructural debido a la antigüedad de su construcción ya que no responde a las normas técnicas exigidas por el Ministerio de Salud para este tipo de edificaciones; algunas áreas adolecen de normas sismo resistentes, malas condiciones de las redes hidráulicas, sanitarias, eléctricas, comunicación y sistemas, frecuentes filtraciones de agua y humedad en oficinas, consultorios y habitaciones; y sus instalaciones no responden al volumen de servicios que demandan los usuarios ubicados en la zona de influencia del Hospital como en los casos de consulta externa, urgencias, observación, sala de procedimientos, consultorios médicos, área de sistemas; con el agravante que el servicio de consulta externa se presta frente a las instalaciones de la ESE teniendo los usuarios que facturar el servicio y luego atravesar la avenida hasta consulta externa con el consecuente riesgo especialmente para niños y adultos mayores.



Eje Transversal: Información y Comunicación

Avances

Información y comunicación Interna y Externa

Se evidencia el cumplimiento a trámites de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias

Tablas de Retención Documental

El proceso de gestión documental se ha iniciado involucrando a todas las dependencias de la empresa

Sistemas de Información y Comunicación

El aplicativo Dinámica Gerencial permite realizar el proceso de gestión documental en cuanto a la sistematización de la correspondencia en particular con los procesos de radicación y respuesta escrita que comprende tutelas y PQR

Día a día se viene optimizando el manejo y acceso a la información referente a los procesos y procedimientos misionales y administrativos de la ESE a través de la intranet

Paralelo, se utiliza el correo institucional para el envío o recepción de PQR y para la notificación de actividades y programas internos

Manejo sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos

Los módulos cuentan con flujos organizados, parametrizados e implementados de acuerdo a las necesidades de la unidad funcional, con sus respectivos manuales y de forma sistemática con una herramienta en línea.

Se subsana el inconveniente que se presentaba para la elaboración de la nómina por cuanto no había interfase con presupuesto, la generación de informes correspondientes a la Circular No. 030 de 2013 y Circular No. 014 de 2015.

Se inicia el proceso de inscripción de trámites ante el SUIT, enviando solicitud de asignación de USUARIO y CONTRASEÑA acompañado del formato, debidamente diligenciado, para administrar el Sistema Único de Información de Trámites -SUIT-. A la fecha se está trabajando en un documento que permite reunir los diferentes trámites que realizan los usuarios ante la ESE. Se evidencia del documento Diagnóstico de trámites y servicios que los usuarios realizan ante la ESE en el cual detalla la gestión de formularios e inventario de trámites y otros procedimientos administrativos de cara al usuario en SUIT, consolidándose formatos para los siguientes trámites o procedimientos

1. Solicitud historia clínica
2. Certificado de defunción
3. Certificado de nacido vivo
4. Exámenes de laboratorio clínico



5. Rayos x
6. Tomografías
7. Ecografías
8. Asignación de citas
9. Dispensación de medicamentos
10. Atención inicial de urgencias
11. Asignación fecha cirugía
12. Atención al usuario

Se implementa el Digiturno como un sistema para el manejo de filas y administración de turnos, el cual elimina la fila física de atención y se genera una fila virtual que es guiada por un número de asignación, donde puede ser visualizado por medio de un tablero digital, llamando desde la comunidad de una sala de espera. Se ha implementado para los procesos de Facturación, Laboratorio clínico y Central de citas.

Dificultades

No se cuenta con un Call Center que permita la comunicación permanente las 24 horas del día con los usuarios de los servicios médico asistenciales y para la solicitud de citas médicas.

No se realiza monitoreo, seguimiento y evaluación a los diferentes canales de información utilizados por la ESE para verifica su funcionalidad continuamente.

No se han definido ni programado actividades para el componente “Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información”, pese a existir algunos avances en la página web institucional.

Estado General del Sistema de Control Interno

De acuerdo a los resultados de la Autoevaluación Institucional de Procesos adelantado a los procesos para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, para la vigencia 2017, el estado del Sistema de Control Interno en la entidad fue calificado en nivel **SATISFACTORIO** con un puntaje de 4.71

La evaluación consistió en un examen autónomo e independiente al Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la ESE para dar cumplimiento a los planes, programas y proyectos con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el plan de Gestión en el periodo evaluado.

Recomendaciones

1. Se recomienda muy especialmente incorporar dentro de los contratos de desarrollo de sistemas de información, asesorías, apoyo técnico y software que suscriba la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul con personas naturales y jurídicas cláusulas que obliguen a realizar transferencia de derechos de autor a su favor.



2. Capacitar el personal de la ESE en la nueva versión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, como marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de la entidad, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los usuarios con integridad y calidad en el servicio de salud.
3. Continuar socializando con los funcionarios la importancia de identificar, analizar y evaluar los riesgos y eventos adversos inherentes a cada proceso como mecanismo de mejoramiento continuo para la toma de decisiones que impacten directamente en los procesos de mejoramiento institucional tanto en la metodología MECI para el área administrativa como en la metodología AMFE para el área asistencial.
4. Definir y ejecutar un programa de inducción y reinducción que abarque a todo el personal, que se incorpore y a los antiguos, sobre guías, protocolos, manuales y procedimientos en cada unidad funcional
5. Definir un Plan Integral de Motivación que contempla actividades de inducción y reinducción. Así mismo, formular un programa para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.
6. Estimular a los Auditores Internos capacitados en febrero de 2017, para evitar la deserción lo cual conllevaría a un desgaste administrativo y financiero, sumado a la sobrecarga de trabajo por reducción del equipo auditor.
7. Realizar un estudio técnico con el fin de determinar la viabilidad de contar con personal permanente y/o de tiempo completo para asumir la responsabilidad del área funcional de Planeación, Sistemas y Departamento Jurídico, facilitando y agilizando el desarrollo y ejecución de los procesos estratégicos, misionales, transversales y de evaluación.
8. Dar continuidad al proceso Gestión Comercial, subprocesos Mercadeo de Servicios de Salud, Imagen Corporativa y Contratos o Convenios de Servicios de Salud para dar a conocer el portafolio de servicios de la ESE y suscribir nuevos convenios para la prestación de servicios médico asistenciales que permitan mayor utilización de la capacidad instalada y por ende mejorar la productividad.
9. Que la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila requiera las EAPB respecto del cumplimiento a los términos para glosar o devolver facturas radicadas, ya que las facturas glosadas y/o devueltas por parte de la entidad deudora llegan de manera extemporánea a la Empresa, dejando en riesgo la gestión de cobro dado que desborda los términos definidos al tenor del Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.
10. Continuar con las obras de remodelación de la planta física para generar ambientes adecuados que permitan optimizar la prestación de los servicios misionales.
11. Continuar las gestiones para lograr la habilitación del servicio de la Unidad Renal
12. Continuar con las gestiones para materializar el proyecto de la construcción de un nuevo hospital para Garzón y la región centro del departamento del Huila en razón a la situación de deterioro, obsolescencia e



insuficiente infraestructura física, debido a la creciente demanda de servicios de salud por parte de la población residente en el área de influencia del Hospital y la que nos visita en temporada alta

13. Realizar el estudio que permita la viabilidad para implementar y dar en funcionamiento un Call Center para la comunicación permanente las 24 horas del día con los usuarios de los servicios médico asistenciales y para la solicitud de citas médicas.
14. Delegar responsabilidades para que se programen, implemente y ejecuten actividades tendientes al cumplimiento del componente “Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información”,

(Original firmado)

PEDRO FERNÁNDEZ ZAMBRANO

Asesor de Control Interno