

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno ó quien haga sus veces	GLORIA ESPERANZA BERDUGO	Período evaluado: 12 Marzo a 11 de Julio 2019
		Fecha de elaboración: Julio 12 del 2019

**ESTADO DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION – MIPG
E.S.E. SANATORIO DE CONTRATACION
Nit: 890.205.335-1**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Empresa Social del Estado E.S.E. Sanatorio de Contratación, presenta a continuación el informe de los avances en cada uno de los Módulos y Eje Transversal del Modelo estándar de control interno MECI en articulación con el Modelo Integral de Planeación y de Gestión.

Mediante la expedición del Decreto 1499 de 2017 se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993, bajo este esquema se define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos, por lo que el Modelo Estándar de Control Interno –MECI continúa siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno, cuya estructura se actualiza en articulación con el MIPG

La Gerencia, mediante Resolución No. 111 del 29 de Enero del 2018 crea y reglamenta el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del Sanatorio de Contratación ESE, el cual, será el encargado de orientar la implementación y la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG en la entidad.

A continuación de manera resumida se reflejan acciones adelantadas en la entidad que se configuran en las siguientes dimensiones:

➤ **DIMENSION TALENTO HUMANO**

De acuerdo a información suministrada por la Oficina de Talento Humano, actualmente la planta del Sanatorio de Contratación cuenta con 117 empleos distribuidos así:

Nivel	De período fijo	De Libre Nombra. Y Remoc.	De Carrera	Provisionales	Período de prueba	Trabajador oficial	TOTAL
Directivo	1						1
Asesor		1					1
Profesional			1	2	6		9
Técnico			2		5		7
Asistencial - Administrativo		1	31	2	28		62
Trabajador Oficial						37	37
TOTAL	1	2	34	43	39	37	117

➤ **Programa Institucional de capacitación**

Durante el segundo trimestre de 2019 se dictaron las siguientes capacitaciones:

TEMA	HORAS	# Asistentes	# Invitados	% Asistencia
PROGRAMA DE GESTION DOCUMENTAL (PERSONALIZADA)	2,00	19	19	100%
ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS	1,00	39	49	79%
HERRAMIENTAS OFIMATICAS	1,00	58	117	49%
TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES (VIRTUAL)	1,00	20	20	100%

➤ **Programa de bienestar social e incentivos**

Se realizaron las siguientes actividades en el segundo trimestre del 2019

PROGRAMA BIENESTAR SOCIAL	Felicitación personalizada a los funcionarios que cumplieron años
	Charla a cerca de clima laboral
	Bailoterapia y pausas activas
	Mediante cartelera se exaltó el VALOR de la puntualidad a un funcionario de cada área (trabajadores oficiales, enfermería y administrativos)

➤ **Programa de Inducción**

En el periodo se realizó inducciones a personal vinculado Así:

ACTIVIDAD	PARTICIPANTES POR NIVEL						
	Direct.	Asesor	Profes	Tecni	Asist	Trab.Ofic.	TOTAL
Bienvenida, charla sobre generalidades de la Institución, normas de Bioseguridad Uso y cuidado de elementos y equipos de trabajo y protección, prestaciones sociales y seguridad social, ubicación en sitio de trabajo -entrega material escrito de inducción-	0	1	2	0	2	0	05

➤ **Programa de evaluación de desempeño laboral**

Como instrumento para la evaluación del desempeño laboral de los funcionarios inscritos en carrera administrativa, El Sanatorio de Contratación, dictó una capacitación a todo el personal a calificar (en periodo de prueba y de carrera) con el fin de concertar los compromisos laborales y comportamentales en la nueva Plataforma SEDEL, dispuesta por la CNSC.

OTRAS RESPONSABILIDADES DE TALENTO HUMANO

La encargada de Talento Humano es la secretaria en los comités de Convivencia Laboral, Comisión de Personal, Comité de Bienestar Social.

Expedición de certificados laborales.

Reportes a la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Custodia de las hojas de vida de los Funcionarios Activos y Pasivos de la Institución.

➤ **SG –SST Sistema de seguridad y salud en el trabajo**

Actividades ejecutadas por el **SGSST**:

Se publicó el plan de trabajo anual de Seguridad y Salud en el Trabajo junto con el Cronograma de actividades del SG-SST para el año 2019, cuyas actividades son programadas en las reuniones del COPASST, dentro de este plan y cronograma se plasmaron actividades de Medicina preventiva y del trabajo y de Higiene y de Seguridad Industrial. Dichos documentos son la guía para el trabajo conjunto e intersectorial de las diversas áreas de la Institución.

Mensualmente se han realizado visitas periódicas de inspección a los puestos de trabajo, a través de las cuales se han detectado condiciones y actos inseguros que han sido informados a las áreas que poseen un factor de influencia sobre dichos hallazgos.

Se ha liderado el programa de pausas activas institucionales siendo una herramienta necesaria para mejorar las condiciones de salud en el trabajo y evitar el sedentarismo y enfermedades relacionadas con posturas estáticas prolongadas, se ha brindado pautas referentes a las series y ejercicios correctos según el estado de salud de los trabajadores.

La Institución se encuentra liderando el programa de espalda sana y riesgo cardiovascular, el cual es ejecutado por el programa de Fisioterapia de la Institución, brindando un espacio de actividad física donde se instruye al trabajador.

Se programó continuar con la socialización del Reglamento de higiene y seguridad industrial y la Política del SG.SST, dichos documentos se han dejado en lugares de la institución.

Semanalmente se ha liderado una actividad de bailoterapia, la cual es direccionada al personal de la institución y ha servido para promover los hábitos y estilos de vida saludable, con pautas sobre el autocuidado y la disminución de enfermedades prevalentes como las dislipidemias.

La Institución posterior a la ejecución de las evaluaciones medicas ocupacionales periódicas, de ingreso, post incapacidad y de retiro que se llevaron a cabo en el mes de Marzo, incluyendo exámenes de laboratorio, se hizo entrega de los resultados a cada uno de los trabajadores con

sus respectivas recomendaciones en cuanto a asistencia a tratamiento médico, estilos de vida saludable, pausas activas y actividad física y control de peso.

Se ha realizado reunión del COPASST mensual, donde se ha analizado los casos de trabajadores con restricciones y se ha hecho las respectivas recomendaciones a los jefes de cada trabajador para que estos sean reubicados en los sitios de trabajo.

1.1. FORTALEZAS

- La administración del talento humano se llevó a cabo mediante la ejecución de las actividades propias de los procedimientos de vinculación, formación, capacitación, seguridad y salud en el trabajo, prevención de riesgos laborales. En la dependencia reposan las hojas de vida y las evaluaciones de desempeño de todos los funcionarios vinculados en los períodos establecidos.

1.2. DEBILIDADES

- Se hace necesario actualizar el Manual de funciones en lo que respecta a las funciones específicas de cada cargo y al modelo de operación por procesos

DIMENSION DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

➤ Planes, Programas y Proyectos

El Sanatorio de Contratación Santander cuenta con el Plan Estratégico Institucional, Plan de acción y Plan anticorrupción, los cuales, se encuentran publicados en la página web institucional, constituyéndose en la ruta de acción para éste período. Periódicamente como lo exige la norma se ha realizado seguimiento a éstos planes y programas. los cuales, se publican en la página web de la Institución, www.sanatoriocontratacion.gov.co

Plan anticorrupción:

Para la vigencia de 2019 se tuvieron en cuenta los lineamientos del Decreto 124 de 2016 sobre las estrategias para la construcción del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano Versión 2, con sus respectivos componentes que menciona la estrategia, para ello se ilustra a continuación:

COMPONENTES	SUBCOMPONENTES	ACTIVIDADES
GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION	1- Política de administración de riesgos de corrupción	4
	2- Construcción del mapa de riesgos de corrupción	3
	3- Consulta y divulgación	1
	4- Monitoreo y/o ajuste	1
	5- Seguimiento	1
RACIONALIZACION DE TRAMITES	1- Identificación de trámites	1
	2- Actualización Estrategia	1
	3- Racionalización de trámites	2
RENDICION DE CUENTAS	1- Información de calidad y en lenguaje comprensible	11
	2- Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	4
MECANISMOS ATENCION CIUDADANO	1- Fortalecimiento de los canales de atención	1
	2- Talento Humano	1
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	1- Lineamientos de transparencia activa	4
	2- Elaborar los instrumentos de Gestión de la Información	2
	3- Criterio diferencial de accesibilidad.	2

➤ Indicadores de Gestión

Los indicadores son una forma clave de retroalimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. Y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna.

Es así que cada uno de los procesos cuenta con indicadores que se encuentran definidos a través de la caracterización de los mismos. A través de las auditorías se ha establecido que los

líderes encargados de cada proceso son los directos encargados de hacer seguimiento a la gestión, se debe reforzar su uso evaluando la gestión en términos de eficiencia, eficacia y efectividad lo cual es de gran utilidad en el evento en que se tenga que tomar alguna decisión.

Se reitera entonces en lo recomendado en razón que aún existen debilidades en torno al seguimiento y monitoreo a través de esta herramienta de gestión puesto que se han encontrado dificultades en los colaboradores para interpretar y poder realizar monitoreo en las actividades propuestas tanto en la caracterización de los procesos como en sus procedimientos y en particular en el mapa de riesgos.

➤ **Modelo de operación por procesos:**

Se cuenta con mapa de procesos de conformidad con el crecimiento institucional y cambios administrativos para una mayor articulación entre procesos. Este mapa está conformado así:

- Procesos misionales: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención en salud, atención integral a la enfermedad de hansen, apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Procesos de apoyo: talento humano, área financiera, ambiente físico, información documentación y atención al ciudadano, área jurídica y área de procesos contractuales.
- Procesos de evaluación y mejora: Gestión de calidad y control interno.

A través de la Resolución No. 0465 del 14 de Junio del 2018, se adopta el Manual Integrado de procesos del Sanatorio de Contratación, ESE.

El Manual de procesos está dirigido a todas las personas, áreas, dependencias de la Entidad, que bajo cualquier modalidad, se encuentren vinculadas al Sanatorio de Contratación, Empresa Social del Estado, constituyendo un elemento de apoyo útil para el cumplimiento de las responsabilidades asignadas.

Este documento describe los procesos del Sanatorio de Contratación, ESE, para el apoyo de la entidad y expone en una secuencia ordenada las principales operaciones o pasos de que se compone el procedimiento y la manera de realizarlas.

➤ **Administración del Riesgo:**

Se cuenta con política de administración del riesgo (Resolución 545 del 22 de Junio del 2016), siendo muy importante para la ESE de Contratación la seguridad del paciente, la cual, se ha socializado ampliamente y es entendida por gran parte del personal del área misional.

A través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se socializó la Resolución No.0224 del 9 de marzo de 2018, por medio de la cual, se actualizan las políticas en materia de Administración de Riesgos para el Sanatorio de Contratación E.S.E.

La E.S.E. tiene Mapa de Riesgos por procesos donde se identifican las causas de los riesgos por proceso y de corrupción en cada una de las áreas. Este mapa nos permite determinar los efectos, agentes generadores y causas de los riesgos que afectan el desempeño de los procesos, subprocesos, procedimientos y actividades.

En noviembre 2018, se ajustó el mapa de riesgos de corrupción de acuerdo metodología establecida por el Ministerio De Salud y Protección Social

El 8 de Julio del 2019, el Jefe de Planeación del Sanatorio de Contratación, asistió a reunión convocada por el Ministerio de Salud y Protección Social a capacitación en “Taller de riesgos de gestión”, en la cual, socializan la NUEVA FICHA del mapa de riesgos (gestión, corrupción y seguridad de la información)

Política Administración del riesgo MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social)

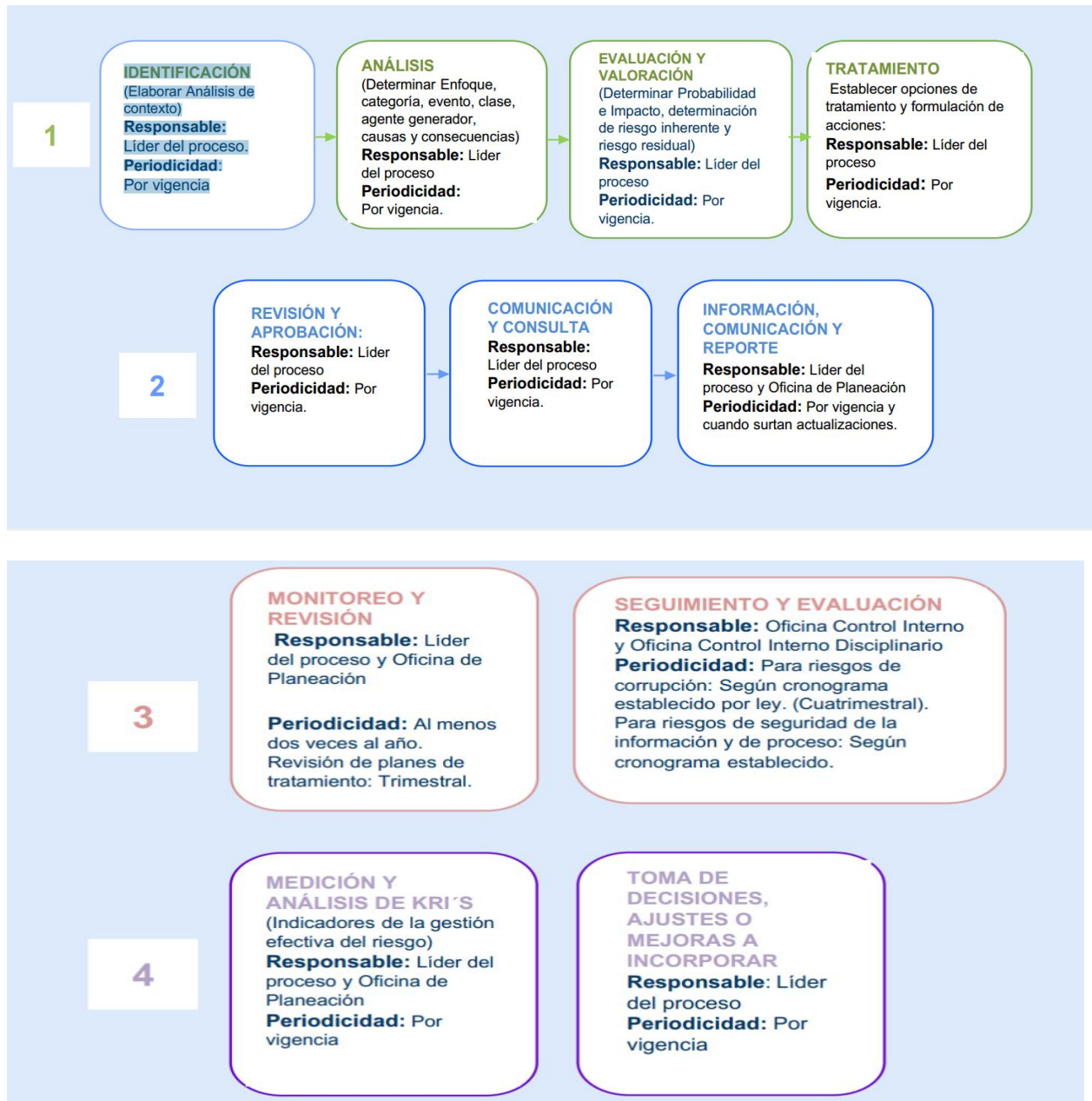
Es el compromiso de controlar los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos de la entidad, mediante una efectiva administración de los mismos, contando con la participación de los líderes de los procesos del Sistema Integrado de Gestión institucional SIGS y de sus equipos de trabajo. Para esto existen dos líneas:

- a- Líneas de acción para los riesgos de gestión y riesgos de corrupción
- b- Líneas de acción para los riesgos seguridad de la información

Líneas de defensa

- a- Estratégica: Ministro de Salud y Protección Social, la Alta Dirección y el Comité Institucional de Control Interno.
- b- Primera línea / Líderes de proceso y equipos de trabajo
- c- Segunda línea / Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles.
- d- Segunda línea / Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación
- e- Tercera Línea / Jefe de Oficina de Control Interno.
- f- Tercera Línea / Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario.
- g- Grupo de Comunicaciones
- h- Grupo de Atención al Ciudadano
- i- Servidores públicos

Etapas de la gestión del riesgo



En este orden de ideas, la oficina de Planeación del Sanatorio solicito capacitación de un funcionario del Ministerio de Salud para el diligenciamiento de la ficha de riesgos por procesos.

2.1. FORTALEZAS

- En cumplimiento a los lineamientos dados por el Estatuto Anticorrupción, se publicaron en la página web de la entidad: los planes a ejecutar en la vigencia con su respectivo seguimiento periódico

2.2. DEBILIDADES

- Idear estrategias para la mayor interiorización de los principios y valores institucionales .
- Se debe dar mayor fortalecimiento al Sistema de Control Interno, por parte de todos los funcionarios de la entidad.
- Se debe fortalecer la cultura del seguimiento, por parte de los procesos a su respectivo mapa de riesgos, en cumplimiento a lo establecido en la política de administración del riesgo.
- Se debe continuar con la actualización y socialización de los manuales de procedimientos
- Las políticas de operación de los procesos en su gran mayoría se encuentran desactualizadas o no se han documentado.
- Falta adhesión a la herramienta definida (ficha de indicador) para seguimiento y análisis de los indicadores, aún no están definidos los indicadores en todos los procesos.
- Falta documentación de acciones correctivas formuladas a los procesos.
- Falta mayor participación de los servidores en el mejoramiento continuo de los procesos.
- Es imperativo continuar con la actualización de los procesos y procedimientos de la entidad, incluyendo los controles e indicadores para cada proceso; mayor compromiso del personal que interviene que favorezcan la aplicación y análisis de los mismos de tal forma que faciliten la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de la calidad.

➤ DIMENSION GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS

En esta sección se agrupa un conjunto de políticas, prácticas e instrumentos que tienen como propósito permitirle a la Institución realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

- **Gobierno Digital**

A través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado el 5 de junio del 2019, se socializó, la Directiva Presidencial No. 02 del 2019 “*Simplificación de la interacción digital entre los ciudadanos y el estado*”. Analizando las disposiciones contenidas en la Directiva Presidencial No. 02 de 2019, el Gobierno pretende transformar al Estado de forma digital integrando todos los

trámites en línea en un portal único, de fácil acceso para todas las entidades de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional.

Mediante la directiva se solicita antes del 15 de junio de 2019, enviar la propuesta de todos los trámites en línea que como Institución del Orden Nacional vamos a implementar a través de esta plataforma. El trámite en línea que actualmente tenemos en nuestra página es el certificado de enfermos hansen. Se debe implementar todos los trámites que se realicen en el Sanatorio por ejemplo: certificados laborales, seguimientos a los oficios recibidos por la Institución; sin embargo se aclara que este proceso es de manera gradual.

El Sanatorio por ser una entidad del Orden Nacional adscrita al Ministerio de Salud, somos parte de la infraestructura crítica del sector salud por ende debemos implementar dos roles nuevos: CIO oficial de seguridad y CISO Director de seguridad.

Con respecto al Manual de políticas de seguridad en la información ya está elaborado está pendiente la resolución de adopción y socialización.

- **Rendición de cuentas**

La rendición de cuentas del Sanatorio de Contratación, vigencia 2018, se realizó el 14 de mayo del 2019.

La Audiencia pública de Rendición de Cuentas del Sanatorio de Contratación, E.S.E., constituyó un espacio de diálogo, entre los usuarios de la salud, personal administrativo, personal asistencial, trabajadores oficiales, y comunidad en general, a través de la cual, además de brindar información completa, de primera mano, de la Gestión que se adelanta al interior de la comunidad, se logró una interacción y participación con la comunidad.

Hubo fluidez en la misma. Fue ágil, sin contratiempos, ni redundancias. El tema presupuestal fue muy global y faltó haber explicado un poco más. Se sugiere para la próxima audiencia pública de rendición de cuentas hacer comparativos entre las dos vigencias.

Para mejorar, se manifiesta que el sonido en el lugar de la Audiencia es bueno, sin embargo al transmitirse por radio, algunos expositores no tienen el manejo adecuado del micrófono por lo cual en ocasiones era difusa la transmisión. Por lo cual se sugiere un micrófono diadema para mejorar el sonido por la radio.

Hubo espacio para la participación ciudadana.

No se hizo presente Coosalud, que tiene la mayor población afiliada. De igual forma tampoco hicieron presencia gremios municipales como profesorado, proveedores, comercio. Faltó mayor presencia de Juntas de Acción Comunal.

Felicitaciones al moderador y a los expositores. Hubo claridad y buena asistencia. Muy bien organizada. Hubo logística para la actividad. Se cumplieron los objetivos.

Se solicita seguir dando importancia a los enfermos de Hansen con el fin que no se sientan aislados. Así como lo hace la Unisangil cuando hace presencia entre nosotros como Institución

Sugerencia: que se adecúe mejor el salón en cuanto a silletería propia, ventilación para las actividades del Sanatorio de Contratación, E.S.E.

Sugerencia adecuar un whassap para el 2020 y encuesta virtual.

En observancia a la normatividad sobre la Rendición de Cuentas, se buscó una vez más, involucrar a la ciudadanía, las organizaciones de la sociedad civil, en la formulación, ejecución, control, y evaluación de su gestión como la proyección de la misma.

➤ **DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS**

A través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se realiza evaluación de los avances logrados en los diferentes planes Institucionales a fin de plantear compromisos y acciones de mejora en los casos requeridos.

Se realiza periódicamente el informe pormenorizado del estado de control interno y su resultado es publicado en la página web de la entidad, evidenciando las debilidades dentro del sistema de control interno.

Durante el período analizado se han efectuado las auditorías previstas por la Oficina de Control Interno, producto de las cuales, se generaron los correspondientes planes de mejoramiento que periódicamente se efectúa seguimiento para verificar su cumplimiento y se valida su efectividad. La última auditoría recibida por la Contraloría General de la República fue realizada hasta la vigencia 2015, como resultado el Sanatorio de Contratación formuló el plan de mejoramiento institucional, quedando un número de diez y nueve (19) hallazgos y a la fecha once (11) hallazgos de estos se tienen pendientes por realizar acciones efectivas de cumplimiento por tratarse de remodelación a la infraestructura de la Entidad. Para lo cual las administraciones han gestionado ante el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades del orden nacional, la asignación de recursos que permitan la realización de las obras necesarias de reparación de la infraestructura de la ESE.

Autoevaluación del Control y Gestión

Las actividades del control son acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

Componente de Auditoría Interna:

En el mes de marzo del 2019 el “Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno” aprobó el plan de auditorías a desarrollarse en la presente vigencia.

En el primer semestre del año se realizaron auditorias a los procesos de

- ❖ Facturación
- ❖ Urgencias
- ❖ Hospitalización
- ❖ Cartera
- ❖ Consulta externa
- ❖ Programa Hansen
- ❖ Procesos contractuales

Se realizó el informe de evaluación de control interno contable que constituye un ejercicio de fortalecimiento continuo y mejora del Sistema de Control Interno de la Institución.

Componente Planes de Mejoramiento

En cada auditoría interna de gestión practicada durante la actual vigencia, se han plasmado los hallazgos en el respectivo plan de mejoramiento del proceso, los cuales, tienen seguimiento continuo por parte de la Oficina de Control Interno.

En el periodo se llevaron a cabo las siguientes herramientas de autoevaluación:

- Seguimiento trimestral al Plan de acción.
- Seguimiento trimestral al Plan de adquisiciones
- Seguimiento Plan de anticorrupción
- Informe trimestral de austeridad al gasto

4.1. DEBILIDADES

- La cultura de la elaboración y el reporte de los planes de mejora individual aún son débiles ya que existe cierto desinterés por parte de algunos funcionarios en la formulación de los mismos; lo que conlleva a un retraso en los posibles planes de mejora o ajustes a los procesos para el mejoramiento de los mismos así como los objetivos misionales de la Institución.
- Se debe insistir en el autocontrol, toda vez que no todos los líderes de los procesos se esmeran por el cumplimiento a los planes de mejoramiento.
- Se requiere fortalecer los mecanismos de verificación y evaluación que permita al proceso medirse así mismo.
- No se está realizando la autoevaluación a través de análisis de los indicadores por proceso.

- Se hace necesario hacer mayor seguimiento a las acciones preventivas y correctivas identificadas en las diferentes áreas, así como seguimiento a planes establecidos.

➤ **DIMENSION INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

La E.S.E. Sanatorio de Contratación, tiene definidas las políticas de participación ciudadana, en las que se tienen detectadas las fuentes de información primaria entre la entidad y los grupos de interés, y se manejan en medios: la página web www.sanatoriocontratacion.gov.co, presencial, carteleras, radial y telefónico.

Sistema de información y atención al usuario - SIAU
Tramites de PQRS

El Hospital con el propósito de mejorar la prestación del servicio de la salud pública, como derecho fundamental del individuo, ha implementado el sistema de buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias ubicados en lugares estratégicos; para que los usuarios depositen sus inconformidades o sus felicitaciones, que persigue la mejora continua de los servicios ofertados por la entidad.

La Entidad cuenta con 3 buzones de sugerencias, quejas y reclamos para que la comunidad en general deposite sus inquietudes, también atendemos de forma personalizada al ciudadano que lo solicite en la oficina del SIAU, y se generen espacios con la comunidad y demás sectores de interés general, que permiten de primera mano obtener la información necesaria para cumplir con el propósito misional y administrativo de la entidad.

La apertura de los buzones se realiza semanalmente en presencia de la Secretaria de Salud Municipal y un representante de los usuarios llevándose un proceso de evaluación y seguimiento a la satisfacción del cliente y partes interesadas.

De igual manera la Entidad tiene identificadas sus fuentes internas de información como son los manuales, informes, actas, a través de medios electrónicos y físicos que permiten consultar la documentación.

A través de la Gerencia se socializa, sustenta y divulga la información de la Institución hacia la comunidad relacionada con la gestión de la Entidad, para ello se tiene en cuenta el Comité de usuarios de la entidad del que hace parte un grupo de ciudadanos del común (clientes, beneficiarios, comunidad, entre otros) y articulada con la Oficina de Atención al Usuario, se evalúa constantemente con el “Formato buzón de sugerencias al usuario” la prestación del servicio.

La ESE Sanatorio de Contratación, semanalmente tiene una hora de transmisión de programa radial en la emisora la Voz de la Fè; los temas tratados en el cuatrimestre fueron: Enfermedad cardiovascular, infarto, ejercicio dieta y salud, invitación a la audiencia pública de cuentas 2018, las pilas, diabetes tipo 1 y tipo 2, hábitos y comida saludable, enfermedades de los adultos mayores, el estigma.

Encuestas aplicadas a usuarios sobre la “Calidad de los servicios de salud hospitalarios”

Mes	No de encuestas aplicadas	% satisfacción
Marzo 2019	70	91.56%
Abril 2019	70	94.18%
Mayo 2019	69	91.86%
Junio 2019	52	95.37%

Gestión Documental:

A la fecha no se ha dado cumplimiento al Decreto 612 del 2018, en lo que corresponde al Plan Institucional de Archivo – PINAR

Sistemas y Comunicaciones:

La institución para dar cumplimiento a la normatividad se encuentra en proceso de elaboración de los siguientes planes:

1. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
2. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
3. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

5.1. FORTALEZAS

El Hospital cuenta con página web www.sanatoriocontratacion.gov.co

Los procesos contractuales se han publicado en la página del SECOP

La entidad está fortaleciendo su sistema de Gestión Documental, por lo que se cuenta con tablas de retención documental.

Se cuenta con once (11) trámites registrados en la plataforma de SUIT.

5.2. DEBILIDADES

- No se ha realizado el 100% de las transferencias documentales por falta de espacio físico en la dependencia del archivo general de la Entidad.
- Se encuentra pendiente por desarrollar el Plan Institucional de Archivos PINAR
- Terminar de implementar la Ley de Transparencia y acceso de la Información.
- A partir de las políticas fijadas en materia de comunicación, la entidad debe establecer la matriz de comunicación, mecanismos internos y externos para socializar la información generada, esto es, rediseñar un Plan de medios de comunicación.
- Es conveniente evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios referente a la funcionalidad y facilidad de los medios de comunicación virtuales a los cuales tiene acceso.
- Socializar y fortalecer el uso de los trámites que pueden ser realizados mediante la página web de la entidad.
- Idear estrategias que permitan mayor participación de la comunidad en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y la generación de espacios para la participación ciudadana.
- Implementar estrategias que conlleven a una mayor y activa participación de los funcionarios en la actualización de los contenidos de la página web de la entidad.

6- DIMENSION CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno del Sanatorio de Contratación E.S.E., en términos generales muestra un desarrollo importante, considerando que los mecanismos y elementos de control adoptados aportan significativamente al logro de los objetivos y metas institucionales, no obstante requiere de mejoras en algunos aspectos, en especial, el fortalecimiento de controles efectivos que aseguren la eficiencia de los diferentes procesos así mismo un compromiso general de todos los funcionarios para cada día mejorar en el desarrollo de sus actividades siguiendo los parámetros ya establecidos por la norma o modelos adoptados por la Institución. Hay que destacar que la mayoría de los funcionarios del Hospital, muestran interés en lograr un mejoramiento continuo de los procedimientos y procesos en general de la entidad y se encuentran en disposición de continuar con una participación activa en el proceso de implementación y mejoramiento del sistema de control interno de la entidad.

Actividades de monitoreo:

Las actividades de monitoreo, busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.

Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

El Hospital Sanatorio de Contratación se encuentra en la etapa 3, “Diligenciamientos de los auto diagnósticos por cada uno de los coordinadores encargados del proceso”. El primer paso es la socialización para dar a conocer la temática del modelo y posteriormente conformar el comité institucional de gestión y desempeño mediante acto administrativo; luego con cada uno de los coordinadores diligenciar el diagnostico que le corresponde para poder empezar a llenar cada uno de los ítem, y de esta manera poder determinar el plan de acción que arroja la matriz e incorporar aquellas actividades más relevantes dentro del plan operativo anual para su respectivo seguimiento.

Su avance ha sido muy poco teniendo en cuenta que la entidad ya cuenta con un plan de desarrollo institucional aprobado, lo cual indica que los recursos están direccionados hacia unas metas para el cumplimiento de la misión y visión institucional.

Avances del comité Institucional de Gestión y desempeño

El comité se creó con la resolución 111 del 29 de enero del 2018, el trabajo primordial es dar cumplimiento al sistema de gestión MIPG, por esta razón planeación y los responsables de estos procesos vienen trabajando en las autoevaluaciones con el objetivo de obtener los planes de acción los cuales se deben alinear con las metas del plan de desarrollo institucional.

Diagnósticos de las evaluaciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

De los 15 diagnósticos que comprende el sistema de MIPG, se han evaluado seis (6), ésta tarea se ha venido realizando con los coordinadores de cada área bajo la supervisión del profesional de planeación.

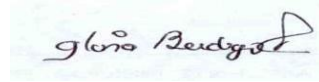
DEBILIDADES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO

- Falta de un profesional para el área de Calidad quien es la persona encargada de evaluar y medir el avance de los procesos establecidos en la entidad.
- Los manuales de procesos y procedimientos de las diferentes áreas se encuentran desactualizados.
- Falta de mecanismos que mida la efectividad de publicación de la información de interés al ciudadano.

RECOMENDACIONES

- Que el Comité Institucional de Gestión y Desempeño sea operativo porque es el responsable de aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Realizar las autoevaluaciones de las siete dimensiones del MIPG y construir los planes de acción.
- Se debe dar mayor fortalecimiento al Sistema de Control Interno, por parte de todos los funcionarios de la entidad.
- Se hace necesario actualizar el Manual de funciones en lo que respecta a las funciones específicas de cada cargo y al modelo de operación por procesos.
- Las políticas de operación de los procesos en su gran mayoría se encuentran desactualizadas o no se han documentado.
- El soporte técnico de la empresa proveedora del Software no es suficiente y oportuno
- Fortalecer la cultura de medición y mejoramiento continuo a través de indicadores, en todos y cada uno de los procesos con el fin de determinar desviaciones de los objetivos y tomar correctivos. Crear cultura de análisis y reporte de indicadores
- Actualizar y socializar procedimiento “seguimiento a indicadores”
- Se debe insistir en el autocontrol, toda vez que no todos los líderes de los procesos se esmeran por el cumplimiento a los planes de mejoramiento.
- No se ha realizado el 100% de las transferencias documentales por falta de espacio físico en la dependencia del archivo general de la Entidad.
- Socializar y fortalecer el uso de los trámites que pueden ser realizados mediante la página web de la entidad.
- Implementar estrategias que conlleven a una mayor y activa participación de los funcionarios en la actualización de los contenidos de la página web de la entidad.
- Que Gerencia tenga en cuenta las recomendaciones realizadas en los informes presentados.

- Realizar auditoria constante e inventarios aleatorios al área de Farmacia y en el caso de identificar faltantes y sobrantes; establecer responsabilidades.



GLORIA E. BERDUGO
Profesional Universitario Grado 9
Control Interno