

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

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

- **Gestión del empleo:**

Durante el período comprendido entre el 12 de Julio y el 11 de Noviembre de 2019, se presentaron los siguientes movimientos en la planta de personal de la entidad así:

Desvinculaciones:

Un Auxiliar Administrativo Grado 11, Gloria Esperanza Márquez Correa a partir del 1º de Noviembre de 2019 Terminación del nombramiento provisional
Un Profesional Especializado Grado 14, Ever Sánchez Figueroa a partir del 1º de Noviembre de 2019, Presentó Renuncia
Un Trabajador Oficial, María del Carmen Camacho Roberto a partir del 1º de Noviembre de 2019, Pensionada

Vinculación nuevos funcionarios:

Durante este periodo se vincularon 3 personas a la Institución:

Mediante nombramiento en periodo de prueba, a Rudy Maritza Arquichire Cárdenas, a partir del 01 de Agosto de 2019 en el cargo de Auxiliar Administrativo Grado 11

El señor Oscar Darío Gómez Chacón, mediante nombramiento provisional en el cargo de Profesional Especializado Grado 14 a partir del 8 de Noviembre de 2019.

Actualmente la planta del Sanatorio de Contratación cuenta con 117 empleos distribuidos así:

Nivel	De periodo fijo	De Libre Nombra Y Remoc.	De Carrera	Provisionales	Período de prueba	Trabajador oficial	TOTAL
Directivo	1						1
Asesor		1					1
Profesional			7	2			9
Técnico			6				6
Asistencial - Administrativo		1	56	5	1		63
Trabajador Oficial						37	37
TOTAL	1	2	69	7	01	37	117

- **Programa Institucional de capacitación**

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

TEMA	HORAS	# Asistentes	# Invitados	% Asistencia
ACOSO LABORAL LEY 1010 DE 2006 Y NUEVO CODIGO DISCIPLINARIO	1.30	44	117	37%
ELABORACION PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES	1,00	22	31	70%
INSTALACION Y RECOMENDACIONES BALAS OXIGENO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, CLINICA, OBSERVACION, HOSPITALIZACION	2.00	18	18	100%
PROGRAMA GESTION DOCUMENTAL	1,00	37	80	46%
SEMINARIO TALLER MIPG	20	9	9	100%
CLIMA LABORAL	2,00	67	117	67%

- **Programa de bienestar social e incentivos**

Se realizaron las siguientes actividades del programa de bienestar social:

PROGRAMA BIENESTAR SOCIAL	Felicitación personalizada a los funcionarios que cumplieron años
	Mediante cartelera se exaltaron los VALORES de creatividad, sentido de pertenencia, amabilidad y carisma.
	Bailoterapia y pausas activas
	Celebración de cumpleaños y el día del amor y amistad con todos los funcionarios.
	Campeonato relámpago de ping pong, minitejo, gueca, baloncesto, ciclismo y maratón con la participación de los funcionarios y los enfermos de hansen.
	Comfenalco participó al personal afiliado a la caja de compensación en la realización de un adorno navideño (Estrella)

- **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	0	1	1	2	0	4

➤ **Programa de evaluación de desempeño laboral**

A finales del mes de Julio, se evaluaron los funcionarios del periodo de prueba que iniciaron actividades durante el mes de Enero, en Agosto se evaluó al personal de carrera Administrativa y en el mes de septiembre se evaluó a dos funcionarios en periodo de prueba que iniciaron actividades durante el mes de marzo de 2019

OTRAS RESPONSABILIDADES DE TALENTO HUMANO

Durante este periodo la oficina de Talento Humano, reportó a través de la plataforma SIMO, cuatro (4) cargos en Vacancia Definitiva que a la fecha se encuentran provistos mediante nombramiento provisional así:

- (1) PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 11- Estrella Rodríguez Pereira
- (1) AUXILIAR ADMINISTRATIVO Grado 21 - Martha Yalilí Ariza Amado
- (1) AUXILAIR ADMINISTRATIVO GRADO 11 -Luis Antonio Acuña Bautista
- (1) ENFERMERO AUXILIAR GRADO 19 - Anyolina Cruz

Y un cargo en Vacancia definitiva que a la fecha se encuentra provisto mediante nombramiento provisional en la **condición** de Pre-pensionado así:

- (1) AUXILAIR ADMINITRATIVO GRADO 14 - María Emma Miranda Heredia

Se expidieron aproximadamente 38 certificados laborales al personal activo y retirado de la Institución

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

Actividades ejecutadas por el **SGSST:**

Inspecciones sitios de trabajo:

Se han venido realizando las diferentes inspecciones a cada uno de los sitios de trabajo entre ellos ropería don Bosco, lavandería Bosco y cocina albergue don Bosco. En cada una de las visitas realizadas se recomienda y revisa la utilización de los elementos de protección personal por cada uno de los trabajadores del área visitada, se observa igualmente el lugar donde realizan cada una de las tareas asignadas y los equipos correspondientes en cuanto a su funcionamiento. Se hacen las respectivas actas con las firmas de todos los participantes.

Investigaciones de accidentes:

Se han causado en el periodo seis (6) accidentes de trabajadores oficiales, trabajadores administrativos y auxiliares de enfermería los cuales han sido debidamente reportados y registrados a la ARL COLMENA. Dichos accidentes de trabajo se les ha hecho el seguimiento por la encargada del SG-SST y del COPASST. Se hacen las respectivas actas y formatos con las firmas de los involucrados.

Reunión Comité Copasst:

Se realizaron dos (2) reuniones del comité entre los puntos tratados se analizaron las visitas de inspección a puestos de trabajo, los accidentes laborales y las situaciones de salud que presentan algunos trabajadores con restricciones y recomendaciones que les ha hecho el médico de la EPS y el Profesional contratado por la Institución para la valoración periódica entre otros. Es acordado remitir a dichos trabajadores a los especialistas según su enfermedad.

Actividades saludables:

Se realizaron trece (13) clases de bailoterapia con los funcionarios del Sanatorio en un principio se realizaban los días jueves de todas las semanas y luego se cambió para los días martes, actividad en las cuales participan algunos de los funcionarios de la Institución.

Una caminata por la vía carretable hacia el municipio de El Guacamayo con la participación de trabajadores de todas las áreas del Sanatorio.

Programa Espalda Sana, se ha venido realizando con la asistencia de algunos funcionarios. Para la próxima vigencia se debe replantear este programa organizando a todo el personal para que participe.

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 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)

En Agosto del 2019, se actualizaron los riesgos de gestión en la nueva plantilla diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social donde se tienen definidos riesgos para las áreas: Financiera, control interno, calidad, gestión de información y documentación, ambiente físico, programa hansen, atención en salud y planeación .

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

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.

- **Cumplimiento de la Ley 1712 de 2014:**

A través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado el 18 de septiembre del 2019, el Sr. Ever Sánchez Figueroa – Encargado de la oficina de Planeación, presentó un informe detallado sobre el requerimiento de la Procuraduría General de la Nación relacionado con el incumplimiento por parte del Sanatorio de Contratación ESE en el llenado de requisitos en la Página Web de la entidad, enmarcada en la Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información pública nacional y se dictan otras disposiciones”. Se informó que la calificación obtenida luego de responder el “Reporte de Cumplimiento ITA para el período 2019 semestre 2”, fue de 76 puntos sobre 100; por lo cual se hace necesario establecer un plan de mejoramiento con fecha máxima de cumplimiento a 31 de diciembre de 2019, toda vez que dicho plazo culminó en el año 2017.

- **Gobierno en línea GEL:**

A través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado el 18 de septiembre del 2019, se informó que las actividades de Gobierno en Línea (GEL), no han tenido ningún tipo de avance en los últimos dos años; por lo cual se le sugiere al señor gerente del Sanatorio reactivar nuevamente dichas actividades con los respectivos roles. De acuerdo a lo anterior se hace necesario verificar los roles de este comité y sus obligaciones.

- **Socialización de servicios esenciales para el Ministerio de Salud y Protección Social:**

En mesa de trabajo adelantada en el Ministerio de Salud y Protección Social, se entregó al Sanatorio de Contratación ESE el documento piloto “Plan de protección y defensa de la Infraestructura crítica cibernética del Sector Salud y Protección Social” en el cual se logra evidenciar que el Sanatorio no ha venido cumpliendo con lo requerido por el Ministerio en lo referente a la planificación de los Servicios esenciales e interacción con las demás entidades adscritas al sector. Por lo cual, se delegó al Sr. Pedro Castaño como enlace, quien recibirá toda la información y estará al tanto de dicho procedimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior el Sr. Pedro Castaño, informa que dichos Servicios Esenciales (Interacción con las demás entidades del sector salud) del Sanatorio de Contratación E.S.E. fueron enviados a la mesa técnica del Ministerio de Salud y Protección Social para su inclusión en el documento que está en desarrollo en conjunto con Ministerio de Salud y el Ministerio de Defensa.

➤ **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 período de estudio se realizaron auditorias a los procesos de

- ❖ Tesorería
- ❖ Farmacia
- ❖ Siau
- ❖ Almacén
- ❖ Recursos físicos
- ❖ Sistema de Gestión y Seguridad en el trabajo - SGSST

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.

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

Mes	No de encuestas aplicadas	% satisfacción
Julio 2019	70	94.43%
Agosto 2019	71	92.44%
Septiembre 2019	70	89.75%
Octubre 2019	72	91.94%

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

La oficina de Control Interno junto con Planeación ha venido trabajando en las políticas de gestión y desempeño institucional del modelo MIPG, donde se han realizado gran parte de los auto diagnósticos y se vienen definiendo las prioridades en cuanto al plan de mejoramiento.

Por instrucciones del Departamento administrativo de la función pública – Dafp – el plan de mejoramiento se debe realizar por etapas para desarrollarse como máximo hasta la vigencia del año 2022

Plan de mejoramiento del Formulario Único de Reporte y Avance de la gestión (FURAG)

En reunión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño desarrollada el 18 de septiembre de los corrientes, la funcionaria encargada de la oficina de Control Interno, explicó que el Formulario Único de Reporte y Avance de la gestión (FURAG) es un seguimiento a la implementación del MIPG, por lo cual, motiva a los funcionarios involucrados a trabajar en dicha implementación, a elaborar los auto diagnósticos y ejecutar los respectivos planes de acción.

El Sr. Ever Sánchez Figueroa, encargado de Planeación, informó que en reunión de seguimiento del FURAG, la cual, se llevó a cabo en el Ministerio de Salud y Protección Social el 6 de agosto del presente año, se mostraron los resultados obtenidos por cada una de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 31 de diciembre del 2018, en los cuales el Sanatorio de Contratación ESE, obtuvo un puntaje por debajo de 60 puntos sobre 100; por lo cual el cumplimiento del Ministerio bajó considerablemente. Así las cosas Planeación del Ministerio, propuso que se deben adelantar mesas de trabajo con cada una de las dependencias involucradas con el fin de obtener un mejoramiento mínimo del 10% con corte a 31 de diciembre del presente año.

A inicios de noviembre del 2019, se entregó oficios firmados por el Gerente Dr. Fredy Eduardo Fonseca, a los funcionarios encargados de las dependencias donde se relaciona las actividades pendientes a desarrollar para dar cumplimiento al FURAG, Plan de acción institucional y ley 1712 de 2014.

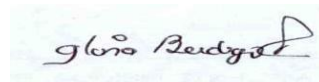
DEBILIDADES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO

- 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.
- Llevar a cabo el plan de mejoramiento del Formulario único de Reporte y Avance de la gestión (FURAG)
- Adelantar acciones de cumplimiento a la Ley 1712 de 2014
- 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.



GLORIA E. BERDUGO
Profesional Universitario Grado 9
Control Interno