



Nit: 890.205.335-2



## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno ó quien haga sus veces	GLORIA ESPERANZA BERDUGO	Período evaluado: 12 de Noviembre del 2016 al 11 de Marzo de 2016
		Fecha de elaboración: Marzo 11 del 2016

### CONTENIDO

#### 1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

##### Avances y Dificultades

- 1.1. Componente Talento Humano
  - 1.1.1. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos
  - 1.1.2. Desarrollo del Talento Humano
  - 1.1.3. Copasst – Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
- 1.2. Componente Direccionamiento Estratégico
  - 1.2.1. Planes, Programas y Proyectos
  - 1.2.2. Modelo de Operación por Procesos
  - 1.2.3. Estructura Organizacional
  - 1.2.4. Indicadores de Gestión
- 1.3. Componente Administración del Riesgo

#### 2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

##### Avances y Dificultades

- 2.1. Componente Autoevaluación Institucional
  - 2.1.1. Autoevaluación del Control y Gestión
- 2.2. Componente Auditoría Interna
  - 2.2.1. Auditoría Interna
- 2.3. Componente Planes de Mejoramiento
  - 2.3.1. Plan de Mejoramiento

#### 3. EJE TRANSVERSAL DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN

##### Avances y Dificultades

### ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Revisó: AGR/Calidad  
Aprobó: AMTP/Gerencia



09-07-2015  
Versión: 01  
Página



Nit: 890.205.335-2



## 1. MODULO CONTROL PLANEACION Y GESTION

### Avances y Dificultades

#### 1.1. Componente Talento Humano

##### 1.1.1. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:

Las relaciones internas y externas de la Entidad se enmarcan en el Decálogo de Ética y buen Gobierno, construido colectivamente por los servidores de la Institución con el propósito de fortalecer la cultura del comportamiento ético en los funcionarios públicos del Sanatorio de Contratación, y orientar sus acciones hacia una conducta digna ética y transparente como miembros de la sociedad colombiana y orgullosos servidores públicos.

En la ESE Sanatorio de Contratación, continúa fortaleciendo la implementación del Modelo Estándar de Control Interno dentro de una cultura de comportamiento ético en todas y cada una de las diferentes áreas de la Institución.

En la vigencia 2015 la gestión de Talento Humano, se enfocó en el direccionamiento estratégico Institucional, teniendo en cuenta esta premisa buscamos que nuestro Talento Humano este calificado, motivado y comprometido con el cumplimiento de la Misión y Visión institucional.

##### 1.1.2. Desarrollo del Talento Humano: Se presenta el resumen de las actividades realizadas durante el periodo de análisis:

- Inducción al nuevo funcionario:

El área de talento humano del Sanatorio de Contratación viene adelantando la inducción para los nuevos funcionarios vinculados a la Institución donde se ilustra sobre la misión de la entidad, código de ética, manual de funciones, reglamento interno de trabajo y demás planes estratégicos. Se les habla sobre 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- La oficina realizó el ingreso de los funcionarios públicos de la entidad en el Modulo de Vinculación / Desvinculación del sistema de Información y Gestión del Empleo público SIGEP.

- Programa Institucional de capacitaciones:

La entidad realiza de manera periódica capacitaciones a sus empleados haciendo énfasis en el trabajo en equipo así mismo el área jurídica ha venido incorporando en los contratos de órdenes de prestación de servicios cláusulas que obligan al contratista en



Nit: 890.205.335-2



el buen desarrollo de sus actividades, entre las que se encuentran su contribución con la planeación, verificación y ajuste que permitan el desarrollo del Modelo integrado de gestión.

Para el cuarto trimestre de 2015, se llevaron a cabo las siguientes capacitaciones:

TEMA	Horas	# Asisten	# Invit	%
	TRABAJO EN EQUIPO Y RELACIONES INTERPERSONALES TALLER V	02	56	117
TRABAJO EN EQUIPO Y RELACIONES INTERPERSONALES TALLER VI	02	55	117	47%

- Programa de Bienestar Social e Incentivos:

El Programa de Bienestar Social e Incentivos tuvo un porcentaje de cumplimiento del 100%.

TEMA	Horas	# Asisten	# Invit	%
	INTEGRACION DE CUMPLEAÑOS SEGUNDO SEMESTRE	4	45	56
INTEGRACION FAMILIAR DE FIN DE AÑO	4	108	125	86%
INTEGRACION NAVIDEÑA - DESAYUNO	1	122	125	97%

- Evaluación de desempeño laboral

Teniendo en cuenta que la Ley 489 de 1998 destaca que en cumplimiento de los principios de la función pública debe evaluarse el desempeño de las entidades y de manera concomitante el cumplimiento de los deberes constitucionales, legales o reglamentarios de los servidores públicos, lo cual implica que todos los servidores públicos deben estar en condiciones de demostrar los resultados de su desempeño ya que la sumatoria de su gestión determinará el logro de los fines, metas y resultados institucionales. La oficina de Talento Humano realizó la Evaluación parcial de Desempeño Laboral aplicándola a todos los Funcionarios Públicos del Sanatorio de Contratación E.S.E. con el fin de medir el cumplimiento de las metas de la dependencia resultantes del trabajo que desempeñan y de observar su productividad, labor desarrollada en febrero 2016.



Nit: 890.205.335-2



En la actualidad la planta de personal del Sanatorio de Contratación ESE, cuenta con ciento diecisiete (117) cargos, según lo establecido en el Decreto 3684 de 2003, posteriormente mediante Resolución No 0592 de Diciembre treinta y uno (31) de 2006, emanada de la Gerencia de la entidad, se adopta el sistema de Nomenclatura y Clasificación de Empleos públicos de las Instituciones pertenecientes a la Rama Ejecutiva y demás Organismos y Entidades Públicas del Orden Nacional de que trata el Decreto 2489 de 2006.

Para la prestación de servicios de baja complejidad, la entidad cuenta con seis (6) médicos generales, de los cuales, cuatro (4) se encuentran incluidos en la planta de personal, aprobada mediante Decreto 3684 de 2003 y dos (2) de forma permanente contratados mediante Orden de Prestación de Servicios durante las últimas cuatro vigencias, los cuales, fueron contratados a partir del 19 de Mayo de 2015, y están prestando el servicio social obligatorio; adicionalmente desde hace seis (6) vigencias y por la misma modalidad de orden prestación de servicios, se contrata un (1) profesional en fisioterapia para la atención de los enfermos de lepra inscritos en el programa de la entidad. Al igual que con el cargo de Control Interno, se está en espera de la aprobación del Estudio Técnico de Modificación de la Planta de Personal para la creación de la planta temporal la cual incluye dos cargos Medico Grado 17 y un cargo para Profesional de la salud (Fisioterapeuta) Grado 04.

En coordinación con las oficinas de calidad y presupuesto, se proyectó el Estudio Técnico de creación de la planta temporal para la creación de los siguientes cargos: dos (02) médicos y una (01) fisioterapeuta. El cual se presentó al DAFP, para su revisión el día 17 de Diciembre de 2015.

### **1.1.3. COPASST – Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo**

- **Programa de medicina preventiva y del trabajo y vigilancia epidemiológica**

Se realizaron exámenes ocupacionales de retiro y de ingreso a personal que ingresó a la Entidad.

Se llevan estadísticas en conjunto con la oficina de Talento Humano de las ausencias temporales de los trabajadores por enfermedad común, accidentes de trabajo, los cuales, son debidamente reportados y radicados en COLMENA SEGUROS con quien estamos afiliados para Riesgos Laborales.

Se hizo seguimiento a la enfermedad común dictaminada por la Junta de Invalidez al trabajador oficial ARNULFO VILLAMIZAR SANTOS.

Se revisó y modificó el plan de emergencias por el Ingeniero Miguel Angel Mantilla de COLMENA SEGUROS.

Se continuó con el Programa de Espalda sana a cargo de la Fisioterapeuta de la Institución para todo el personal trabajador que necesitó de terapias.



Nit: 890.205.335-2



Se realizó taller sobre estilos de vida saludable con la participación de la mayoría del personal.

- **Subprograma de Seguridad Industrial**

Se hizo seguimiento y control a la utilización de los elementos de protección personal.

Se hizo visitas de Inspección a puestos de trabajo al personal trabajador y se hizo el respectivo informe a la Encargada de Recursos físicos de los lugares que presentan riesgo para los trabajadores.

Se hizo inducción en normas y objetivos del Comité COPASST al personal que ingresa a trabajar en la Institución.

Se hizo seguimiento y análisis al accidente de trabajo de la trabajadora DORIS REYES que generó incapacidad.

Se continúa haciendo las recomendaciones a los Empleados sobre la ejecución de las pausas activas.

Según Resolución de la Gerencia del Sanatorio E.S.E. se adoptó e implementó el Sistema de Gestión de la seguridad y el trabajo (SG-SST); según lo establecido en el Decreto 1443 del 31 de Julio de 2014 . En coordinación con el Ingeniero encargado del área de Calidad y Copasst se elaboró el documento del sistema de gestión, la política de seguridad y salud en el trabajo, se realizaron encuestas de perfil sociodemográfico y morbilidad sentida y se está documentando la matriz de peligros y riesgos con la colaboración de COLMENA SEGUROS.

En la presente vigencia se proyectó continuar con cada una de las actividades descritas anteriormente al igual que hacer la socialización y actualización con el personal trabajador en conjunto con COLMENA SEGUROS de los programas elaborados en la vigencia anterior.

## **1.2. Componente Direccionamiento Estratégico**

### **1.2.1. Planes, Programas y Proyectos**

El Sanatorio de Contratación Santander cuenta con el Plan Estratégico Institucional y Plan de acción, los cuales, se encuentran publicados en la página web institucional, constituyéndose en la ruta de acción para éste período.

En este documento se establece el marco estratégico y estructura programática, es decir los diferentes planes estratégicos realizados colectivamente por cada una de las dependencias de la Entidad, donde se concentra su accionar y se posibilita el cumplimiento de los objetivos estratégicos y avanzar en el logro de la visión.

La Planeación de la Entidad para la vigencia 2016, se elaboró de manera participativa, por cuenta de todas las áreas, procesos, líderes de proceso, y servidores del Sanatorio.



Nit: 890.205.335-2



Periódicamente como lo exige la norma se ha estado haciendo seguimiento a los planes y programas como: planes de acción, plan estratégico sectorial y plan anticorrupción, los cuales, se ubican en la página web de la Institución, [www.sanatoriocontratacion.gov.co](http://www.sanatoriocontratacion.gov.co)

### **Finalizando la vigencia 2015 se dio cumplimiento a la ejecución de:**

- **Consultoría para la Implementación y acompañamiento en la aplicación y seguimiento de las normas de información financiera (NIC – NIF) en la entidad:**

La Resolución No. 414 de 2014 establece las entidades sujetas al ámbito de aplicación de las NIIF, dentro de la cual figura el Sanatorio de Contratación ESE, lo que significa que pertenece al grupo que deben regirse por las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público. Motivo por el cual se hizo necesario contratar los servicios profesionales de “**Consultoría para la implementación y acompañamiento en la Aplicación y Seguimiento de las Normas de Información Financiera (NIC-NIF) en la Entidad**” mediante el Contrato 090-2015, el cual, se *ejecutó* dejando plasmadas las políticas relacionadas a continuación: inventarios, propiedad planta y equipo, intangibles, otros activos, cuentas por pagar, beneficios a empleados, provisiones, activos y pasivos contingentes, subvenciones.

El plan de trabajo incluyó la depuración de la cartera de clientes (Particulares y EPS) solución de glosas aceptadas y demás ajustes contables y financieros que ayuden a la aplicación correcta y oportuna de las respectivas Normas

El año 2016 es un año de transición de acuerdo a la circular No. 663 del 2015 de la Contaduría General de la Nación, cuyo propósito es trabajar a la par el plan general de contabilidad actual con las normas internacionales.

- **Los recursos transferidos al Sanatorio de Contratación según resolución No. 2906 de Agosto 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social**

El Ministerio de Salud y Protección Social de la mano con el Sanatorio de Contratación en pro de la salud pública de Colombia suscribió un Convenio Transferencia Nacional Resolución 2906 del 2015 a través del cual se brindó Asistencia Técnica, capacitación en la enfermedad de Hansen, estudio de contactos y convivientes en los departamentos Atlántico, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander y el distrito capital de Cartagena; todo ello encaminado en el mejoramiento del manejo operativo del Programa Lepra de cada Departamento y municipios priorizados.

Esta asignación de transferencias de recursos tuvo como objeto contribuir al cumplimiento de este propósito; para lo cual su ejecución debe darse en el aporte territorial al logro de las



Nit: 890.205.335-2



metas nacionales planteadas tanto en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como en los lineamientos nacionales para el manejo programático de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que el Sanatorio de Contratación, tiene por objetivo principal la prestación de servicios de salud a los enfermos de Lepra y sus convivientes, El Ministerio de Salud y Protección Social emitió resolución No. 2906 de Agosto 6 del 2015 “por la cual se efectúa una asignación de recursos de la vigencia fiscal 2015, para el Programa Nacional de Lepra” por valor de \$ 195.500.000

La transferencia tuvo un periodo para ejecutarse desde el 13 de Septiembre de 2015 hasta el 28 de Diciembre 2015.

A través del mencionado convenio se logró:

- ✓ Capacitar a profesionales de la salud en la investigación de campo y estudio de contactos y/o convivientes
- ✓ Promover la búsqueda activa comunitaria (BAC) de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico a través de la visita de convivientes como estrategia de prevención.
- ✓ Realizar asistencia técnica a los diferentes referentes de las entidades Territoriales, Departamentales y Distritales establecidos en los lineamientos nacionales.

Con la ejecución del convenio en mención al realizar el recorrido por diferentes municipios de la Costa Norte de Colombia, Norte de Santander y Santander se pudo presenciar un compromiso por los profesionales de la salud, para atender los eventos de capacitación y actualización que orienta el Ministerio de Salud, sobre la enfermedad Hansen.

Lo evidenciado en las visitas es que el diagnóstico de la enfermedad es muy tardío, el 93% fue diagnosticado en forma multibacilar y un 80% con algún grado de discapacidad. Se observó pacientes con úlceras crónicas las cuales no son atendidas por sus respectivas IPS.

### **Acciones Implementadas en el desarrollo del convenio**

- ✓ Se hizo entrega a las personas encargadas del programa de: material educativo que incluye: cartillas, CD, folletos.
- ✓ Se dejó base de datos de los pacientes y convivientes encontrados en cada municipio.
- ✓ Se capacitó al profesional técnico y asistencial de cada hospital con el fin de comprometerlos con el programa y enseñarles como valorar a los convivientes y pacientes enfermos de HANSEN.
- ✓ Involucrar a las Secretarías de Salud y Planeación municipal, para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de sus pacientes dado que muchos de ellos se encuentran en condiciones inadecuadas de salubridad, a través del mejoramiento de su vivienda, gestión para subsidio de tratamiento para enfermedad de Hansen o apoyo para rehabilitación en el Sanatorio de Contratación o Agua de Dios.

Revisó: AGR/Calidad  
Aprobó: AMTP/Gerencia



09-07-2015  
Versión: 01  
Página



Nit: 890.205.335-2



- ✓ Se realizó una capacitación al personal médico (28 médicos) de la ESE hospital regional del Magdalena medio del municipio de Barrancabermeja sobre diagnóstico enfermedad de Hansen.
- ✓ Se dio manejo a los pacientes, que presentaban úlceras crónicas de Hansen a los cuales se le aplicó el Protocolo manejo de Úlceras Crónicas y Neuropáticas del Sanatorio de Contratación E.S.E. Se brindó educación a personal de Salud, paciente y familiares en el manejo de su auto curación y se realizó entrega Kit de material de curación.
- ✓ Se utilizó como instrumento un FORMATO DE ENCUESTA ESCRITA siendo aplicado a un total de 305 personas de las 654 capacitadas.

### **Conclusiones Generales**

- ✓ En general se cumplió con el desarrollo de todas las actividades, acorde a lo establecido, dado que la organización, logística y apoyo tardío del departamento permitió canalizar a los participantes y pacientes enfermos de Hansen y convivientes propuestos para la actividad, quienes de igual forma manifestaron su disposición para atender el servicio y recibir las orientaciones impartidas. Es importante resaltar el interés de los pacientes enfermos de Hansen y sus convivientes por mejorar el conocimiento general respecto a la enfermedad y demás complicaciones relacionadas.
- ✓ A pesar de que en el departamento de Santander y en especial los municipios que visitamos ya habían tenido más de tres visitas este año por AYU, Sanatorio Agua de Dios, y Departamento se logró hacer impacto sobre todo en la búsqueda de sintomático de piel y SSNP.
- ✓ En las capacitaciones a pesar de que hay buena asistencia no hay compromiso de los médicos y el personal que realiza la visita a estos pacientes por eso el diagnóstico tardío y el grado de discapacidad tan alto en estas poblaciones. Los pacientes que se diagnosticaron ya habían sido vistos por sus respectivas IPS y se observa el completo desconocimiento de la enfermedad incluyendo un niño de ocho años que ya tiene la mano derecha en garra de predicador y con varias lesiones anestésicas.
- ✓ Lo evidenciado en las visitas es que el diagnóstico de la enfermedad es muy tardío el 93 % fue diagnosticado en forma multibacilar y un 80% con algún grado de discapacidad.
- ✓ Se observó pacientes con úlceras crónicas las cuales no son atendidas por sus respectivas IPS.





Nit: 890.205.335-2



➤ Plan de salud pública: Contrato Interadministrativo entre el departamento de Boyacá y el Sanatorio de Contratación Empresa Social del Estado

Mediante Resolución No. 2054 del 10 de Junio del 2015 la Secretaria de Hacienda del Departamento de Boyacá, ordenó la celebración de un Contrato Interadministrativo que tiene como finalidad principal: **“FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD TECNICA Y OPERATIVA DE LOS PROGRAMAS DE TUBERCULOSIS Y LEPRO EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA”** por un valor de cincuenta millones de pesos (\$50.000.000) y un plazo a partir del acta de inicio sin que supere el 15 de Diciembre de 2015.

A través de este convenio se logró:

- Socializar la guía de atención integral de Lepra a través de cuatro (4) talleres presenciales entre 30 y 45 personas al personal de salud de los municipios priorizando los de incidencias mayores a cero por 10.000 habitantes.
- Realizar la búsqueda activa de casos a través de la revisión de convivientes de pacientes diagnosticados con lepra como mínimo en los últimos cinco (5) años en el dpto. de Boyacá y sensibilización en la detección y rehabilitación de la enfermedad Hansen a pacientes y convivientes a través de sesiones educativas.
- La entrega de material didáctico como apoyo a las actividades educativas y de asistencia técnica

Para el cumplimiento del objeto del contrato en mención se realizaron compras de materiales e insumos necesarios para el desarrollo del mismo tales como: Compra de material educativo sobre Lepra y tuberculosis.

### 1.2.2. Modelo de operación por procesos

Se actualizaron los mapas de riesgos al 95% de los procesos, a quienes ya se les hizo seguimiento quedando plasmados los hallazgos encontrados y controles a seguir.

Se realizó el levantamiento de las tablas de valoración documental, las cuales, se encuentran en revisión por parte del Archivo General de la Nación.

En la vigencia 2015 los procesos fueron revisados por el área de Calidad en un 80% y se ajustaron los procedimientos en torno al mapa de riesgos, sin embargo, es recomendable continuar con este ejercicio de ajuste puesto que aún existen oportunidades de mejora en su construcción en razón a que los mecanismos con que cuenta la entidad para permitir la realización de sugerencias de mejora, independiente a la auditoria interna, deberán ser fortalecidos a través de mecanismos de autoevaluación y planes de mejoramiento individuales.



Nit: 890.205.335-2



Para la comunicación interna y teniendo en cuenta los lineamientos dados por la política cero papel, la Entidad cuenta con correo electrónico interno y todas las comunicaciones entre funcionarios se realiza por este medio.

### 1.2.3. Estructura Organizacional

En coordinación con las oficinas de calidad y presupuesto, se proyectó el Estudio Técnico de creación de la planta temporal para la creación de los siguientes cargos: dos (02) médicos y una (01) fisioterapeuta. El cual se presentó al DAFP, para su revisión el día 17 de Diciembre de 2015.

### 1.2.4. Indicadores de Gestión

El manual del modelo MECI:2014, establece que los indicadores son una forma clave de realimentar 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 a 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.

## 1.3. Componente Administración del Riesgo:

### ➤ Políticas de administración del riesgo:

La E.S.E. tiene un Mapa de Riesgos 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.



Nit: 890.205.335-2



La Gerencia viene desarrollando la política para el manejo de los riesgos de operaciones de cada área y cada uno de los encargados de área conoce que deben efectuar autoevaluaciones permanentes para minimizar su posibilidad de ocurrencia. Las políticas de riesgos están divulgadas con el fin de que se apliquen por cada uno de los líderes de área y sean ellos quienes adelanten seguimiento a los riesgos de su proceso, para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que puedan estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas, la materialización de los riesgos o la desaparición o aparición de riesgos.

En consideración a las auditorías realizadas a los procesos y procedimientos, la oficina de Control Interno evalúa que efectivamente, la entidad ha entrado en avanzada en la administración de los riesgos a través de un aplicativo en excell del mapa de riesgos por proceso, esta herramienta permite identificar los riesgos desde su contexto estratégico (causas internas y externas), sin embargo es necesario que se refuercen las políticas en cuanto a las estrategias que se han de desarrollar en el tiempo y la responsabilidad que atañe a cada quién para tomar acciones de mitigación de esos riesgos y de manera más particular evitar la materialización de los de corrupción.

Ya actualizados los mapas de riesgos de los diferentes procesos (90%) de ellos, Control Interno hizo seguimiento a éstos dejando evidencia de los hallazgos encontrados y dejando las observaciones para minimizarlos responsabilidad que está en cabeza del encargado del área.

## **2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

### **Avances y Dificultades:**

#### **2.1. Componente de Autoevaluación Institucional**

##### **2.1.1. Autoevaluación del Control y Gestión**

Este módulo busca que la entidad desarrolle mecanismos de medición, evaluación y verificación, necesarios para determinar la eficacia y eficiencia del sistema de control interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad.

Es decir, si todas las operaciones se realizan de conformidad con los principios de la función pública establecidos en la Constitución política, la ley y las políticas trazadas por la dirección en atención a las metas u objetivos previstos.

La entidad dispone de herramientas de control tales como los riesgos e indicadores, entre otros elementos establecidos, que son fuente de información para realizar autoevaluaciones a la gestión y establecer acciones correctivas en el evento de ser necesarias.



Nit: 890.205.335-2



Producto de las auditorías y seguimientos realizados por la oficina de control interno, debe decirse que la cultura de la autoevaluación a través de los elementos mencionados y demás planteados en el MECI se está desplegando, donde se observa toma de conciencia por parte de los funcionarios. Así las cosas y en el evento que esta cultura se sostenga en el tiempo, los beneficios para el Sanatorio en términos de la consecución de sus objetivos, cumplimiento de su misión y alcance de su visión, serán aún más evidentes.

La alta Gerencia de la entidad viene liderando el cumplimiento de las acciones del mejoramiento y compromisos adquiridos con los entes de control del Estado.

La E.S.E. Sanatorio de Contratación, en su proceso de control realiza un continuo fortalecimiento de las competencias y habilidades adquiridas durante los procesos de formación en humanización, seguridad del paciente y mejora continua de los sistemas de gestión aplicables, trascendiendo del seguimiento al cumplimiento de las funciones, a los procesos reales de autocontrol y autogestión institucional.

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

- Seguimiento IV trimestre Plan de acción.
- Seguimiento II trimestre Plan de adquisiciones
- Seguimiento Plan de anticorrupción
- Informe IV trimestre de austeridad al gasto

## **Dificultades**

La cultura de la elaboración y el seguimiento a los planes de mejora individual aún son débiles ya que existe cierto desinterés por parte de algunos funcionarios en la formulación de los mismos.

## **2.2. Componente Auditoría Interna**

### **2.2.1. Auditoría Interna**

La entidad cuenta con el procedimiento de auditoría interna, un programa de auditorías y se realiza el informe ejecutivo anual de control interno que constituye un ejercicio de fortalecimiento continuo y mejora del Sistema de Control Interno de la Institución.

En la vigencia 2015 la oficina de Control Interno realizó el total de las auditorías programadas, las cuales, se enfocaron a los procesos de: Farmacia, Imagenología, Consulta Externa, Tesorería, TIC, SIAU, Archivo, Facturación y Cartera. A su vez se hizo auditoría y seguimiento a los mapas de riesgos de cada proceso.



Nit: 890.205.335-2



## 2.3. Componente Planes de Mejoramiento

### 2.3.1. Plan de Mejoramiento

Se efectuó seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno a los Planes de Mejoramiento de los hallazgos de las Auditorías Regulares de la Contraloría General de la República realizadas a las vigencias 2009 y 2013.

En cada auditoría interna de gestión practicada durante el 2015, se han plasmado los hallazgos en el respectivo plan de mejoramiento del proceso, el cual, tendrá seguimiento continuo por parte de la Oficina de Control Interno.

Así mismo se hizo seguimiento a los mapas de riesgos de los diferentes procesos dejando evidencia de hallazgos y recomendaciones con el fin de minimizarlos.

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.

En la vigencia 2016 desde inicios de febrero, nuestra Institución cuenta con la visita regular de la Contraloría General de la República, donde están auditando la vigencia 2014-2015 durante el período de febrero a mayo 2016

## 3. EJE TRANSVERSAL DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

### Avances:

La E.S.E. Sanatorio de Contratación, tiene definida 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](http://www.sanatoriocontratacion.gov.co), presencial, carteleras, radial y telefónico.

La entidad cuenta con mecanismos mediante los cuales ha identificado las fuentes de información externa, como son la recepción de las peticiones, quejas y reclamos, las denuncias, el buzón de sugerencias y encuestas de satisfacción. El análisis lo realizan en el marco del comité de atención al usuario y la tasa de satisfacción del usuario durante el 2015 estuvo en un 93%

El sistema de atención a las quejas y reclamos, se realiza a través del buzón ubicado en las áreas de Consulta Externa y Urgencias, con el fin de obtener información y generar acciones preventivas y correctivas oportunas y adecuadas.



Nit: 890.205.335-2



También se viene implementando la optimización de la ventanilla única, encargada de la gestión de documentos para el manejo de información formal desde el exterior, hacia cada dependencia, de acuerdo con su competencia y según lo establecido en los procesos.

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 este respecto debe entrar la entidad a fortalecer aún más su sistema al tenor de la Ley de Transparencia y Acceso a la información.

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.

El Sanatorio de Contratación orienta sus acciones y más específicamente a través de la oficina del SIAU a involucrar tanto al usuario interno como al externo mediante estrategias de comunicación que permitan el flujo e intercambio de información, para lograr mantener una comunicación transparente, oportuna, eficaz y de acceso libre, promoviendo el sentido de pertenencia y buen uso de la imagen corporativa.

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

### **Dificultades:**

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.

## **ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE 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.



Nit: 890.205.335-2



### Recomendaciones:

- Como oportunidad de mejora es recomendable involucrar en la evaluación del cumplimiento de políticas, los resultados de las auditorías internas o de verificación de adherencias a las diferentes guías, protocolos o manuales.
- Es importante realizar una nueva valoración de controles a los mapas de riesgos, por ser estos una herramienta principal en la reducción de riesgos a un nivel aceptable, es importante documentarlos de forma tal que sea posible conocer cómo se llevan a cabo, quien es el responsable de su ejecución y cuál es la periodicidad para su ejecución, lo cual, determinará las evidencias que van a respaldar la ejecución del mismo.
- Compromiso de los encargados de área en ejecutar los planes de mejoramiento ya establecidos por Control Interno, Calidad y Revisoría Fiscal.
- Compromiso por parte de los responsables de las distintas Políticas Institucionales para una implementación efectiva de las mismas.
- Implementación de mecanismo que permita a los usuarios de la Entidad hacer seguimiento al estado de las manifestaciones interpuestas.
- Dar respuesta a las quejas oportunamente y de una manera eficaz, garantizando a los usuarios su derecho a la prestación de un mejor servicio.

### **GLORIA E. BERDUGO**

Profesional Universitario Grado 9  
Control Interno

Revisó: AGR/Calidad  
Aprobó: AMTP/Gerencia



09-07-2015  
Versión: 01  
Página