

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
(LEY 1474 DE 2011) ESTATUTO ANTICORRUPCION**

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – CUCUTA

Responsable:	Carlos Martin Rojas Carvajal Asesor de Control Interno de Gestión	Período Evaluado: NOVIEMBRE de 2019 a FEBRERO DE 2020.
		Fecha de Elaboración: 12 de Marzo de 2020.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz presenta y publica el Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno correspondiente a los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero 2020, acorde y fundamentado en los cinco componentes: ambiente de control, administración del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo; de acuerdo al manual operativo del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG, adoptado mediante Decreto 1499 de 2017.

De esta forma la entidad propende por el aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios, en la asistencia y apoyo administrativo al señor Gerente de la ESE HUEM, así como en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Por lo anterior, la ESE HUEM ha venido realizando actividades de implementación del MIPG, a través de los autodiagnósticos se definieron planes de mejora en cada una de las dimensiones del modelo, presentando avances en la implementación del mismo.

COMPONENTES DEL MECI

Avances

1. ACTIVIDADES DE CONTROL:

1.1 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO:

La ESE Hospital Universitario diseño el plan el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2019, con un total de 47 acciones establecidas, al finalizar la vigencia la ESE cumplió con un 91 % de las acciones establecidas, para el desarrollo del plan anticorrupción y atención al ciudadano.

1.2 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION:

El mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2019 estableció 8 (ocho) riesgos de corrupción y 36 actividades de control, la oficina asesora de control interno de gestión realizo el último seguimiento cuatrimestre septiembre - diciembre, evidenciando un cumplimiento del 86% de las actividades de control establecidas.

1.3 GESTION DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Se realizó la verificación del cumplimiento de los riesgos en las auditorías a los procesos, la oficina asesora de planeación y calidad, está adelantando la actualización de los riesgo de acuerdo a la a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, que fue adoptada mediante resolución interna número 00143 del 30 de enero de 2019.

2. AMBIENTE Y CONTROL:

En la vigencia 2019, la oficina de control interno realizo el 80% de las auditorias establecidas en el plan anual de auditorías, donde se encontraron un total de 127 no conformidades, que derivaron en 56 acciones de mejoramiento, de las cuales solo 36 fueron cumplidas por los responsables, estableciendo un porcentaje de cumplimiento de 60%.

2017	2018	2019
43% de cumplimiento	64,9 de cumplimiento	60% de cumplimiento

3. INFORMACION Y COMUNICACIÓN:

3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La ESE HUEM cuenta en su estructura con un proceso para las comunicaciones tanto internas como externas, el cual mantiene una dinámica permanente de entrega de información sobre el que hacer institucional, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web uno de los más importantes.

A través de Facebook Live la cual es la herramienta de reproducción de vídeo en tiempo real de la red social Facebook, que permite a todos los usuarios del mundo compartir videos en vivo con sus seguidores y amigos, la ESE HUEM aprovechó este espacio para informar y educar a la comunidad nortesantandereana en cuanto a diversos temas de salud, los cuales son direccionados por médicos especialistas que laboran en el Centro Hospitalario.

Estas transmisiones se realizan los viernes cada quince días luego de tener el resultado de la encuesta con dos temas de interés, temas que son seleccionados a través de las Guías de Práctica Clínica adoptadas por el Hospital.

Así mismo, es un programa que está ligado a la interacción con los usuarios buscando una participación constante a través de preguntas, esto conlleva a apuntar a la Política de Humanización, la cual en su línea de acción número 5 “acercamiento a la comunidad” establece temáticas de interés para los usuarios, las cuales son desarrolladas por los especialistas del Hospital.

- Infecciones en la Piel
- Servicio de Laboratorio Clínico
- Servicio de Urgencias
- Balance 2019 Subgerencia Administrativa y Subgerencia de Salud
- Lumbalgia.

Durante el transcurso del 2019 alcanzamos a 231.296 personas, obteniendo 46.683 reproducciones.

4. MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTÍNUA:

En el periodo se han efectuado auditoría interna a los siguientes procesos, consulta externa, direccionamiento estratégico y gerencial, ingreso, egreso, que han sido presentados ante el comité de sistema de control interno de gestión.

Se realizó el informe evaluación de la aplicación de las medidas de austeridad del gasto, del periodo comprendido octubre, noviembre y diciembre de 2019, verificando medidas de Austeridad y eficiencia de acuerdo a la normatividad, evidenciando lo siguiente:

GASTO DE PERSONAL 2019

CONCEPTO	CUARTO TRIMESTRE 2019	CUARTO TRIMESTRE 2018	VARIACION	%
NOMINA	4.588.940.920	4.431.576.504	157.364.416	3.6%
HORAS EXTRAS Y FESTIVOS	916.896.577	901.986.076	14.910.501	1.7%
TOTAL	5.505.837.497.	5.333.562.580	172.275.367	3.2%

- Los funcionarios de planta, pasaron de 358 en el año 2018 a 349 en el año 2019 para el periodo octubre a diciembre.
- Los gastos de personal aumentaron 172.275.367 en comparación con el mismo trimestre del año anterior.
- El pago realizado por horas extras y festivos aumentaron un total de 14.910.501.
- En el apartado mantenimiento de vehículos (llantas, repuestos, accesorios, combustible, mantenimiento de vehículos) se obtuvo un aumento de 3.819.841 con respecto al mismo trimestre del año pasado.

4.1 INFORME DE PQRS

Se presentó informe de PQRS de la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz del 1 julio a 31 de diciembre de 2019.

Las PQRSF allegadas en el tiempo en mención, se detallan a continuación:

PERIODO	TOTAL PQRSF
Segundo Semestre de 2019	328

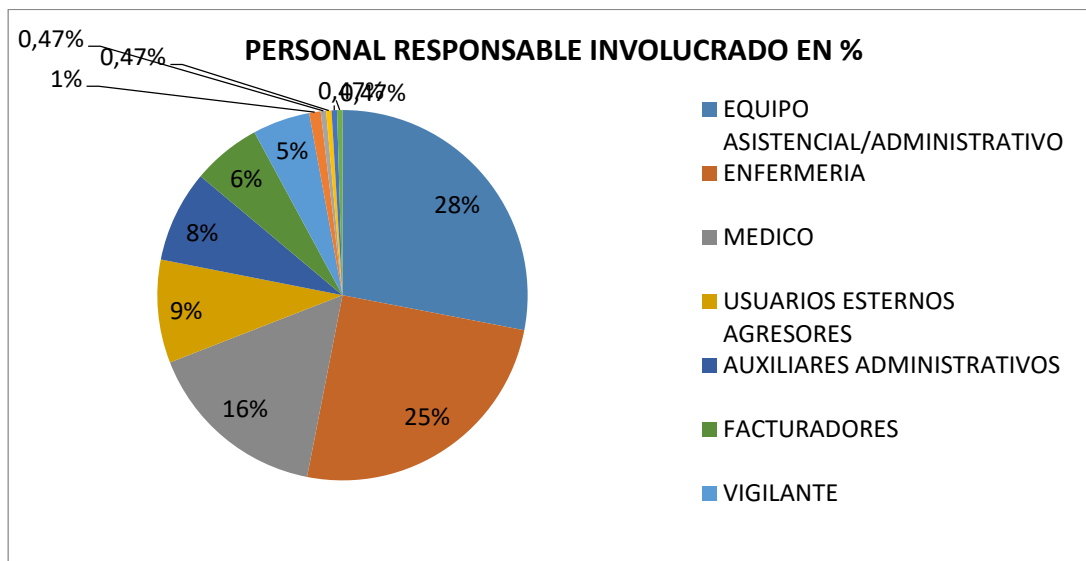
MOTIVO	TOTAL
FELICITACIONES	84
PETICIONES	11
QUEJAS	164
RECLAMOS	48

MOTIVO	TOTAL
SUGERENCIAS	19
DENUNCIAS	2
TOTAL PQRSF	328

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS SEGÚN EL SERVICIO DE OCURRENCIA Y/U ORIGEN

AREA DE OCURRENCIA	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	57
QUIROFANOS	2
RADIOTERAPIA	1
REFERENCIA	1
LABORATORIO CLINICO	1
PATOLOGIA	1
GINECOLOGIA	4
MEDICINA INTERNA	6
SALA DE PARTOS	2
URGENCIA ADULTO	54
URGENCIA PEDIATRIA	36
CIRUGIA GENERAL	23
AREAS COMUNES	12
PEDIATRIA	12
TOTAL	212

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL RESPONSABLE INVOLUCRADO



PERSONAL RESPONSABLE INVOLUCRADO	CANTIDAD	%
EQUIPO ASISTENCIAL/ADMINISTRATIVO	59	28%
ENFERMERIA	53	25%
MEDICO	35	16%
USUARIOS ESTERNOS AGRESORES	19	9%
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	16	8%
FACTURADORES	13	6%
VIGILANTE	11	5%
CAMILLERO	2	1%
TRABAJADOR SOCIAL	1	0,47%
ESTUDIANTES	1	0,47%
COORDINADORES	1	0,47%
INFORMADORES	1	0,47%
	212	100%

Analizando la información de las PQRSF entregada por el responsable del SIAU y su clasificación de acuerdo al personal Involucrado en la ocurrencia de los hechos, se evidencia que el mayor número recae sobre el equipo asistencial administrativo en general; es decir la mayor falencia de la atención al Usuario se presenta con varios actores al tiempo que interviene en la atención del paciente en un 28% de la quejas o reclamos ; un 25% de parte del personal de enfermería y los médicos con un 16% ; lo que significa que si sumamos los porcentajes de mayor incidencia de personal involucrado nos daría el **69%** correspondiente a funciones asistenciales y logísticas, del cumplimiento de nuestra Visión y política Institucional sobre las personas que demandan servicios; las cuales se debe revisar y analizar encaminados a nuestra acreditación punto importante en el plan de desarrollo Institucional.

PLAN ANUAL DE AUDITORIAS VIGENCIA 2020 ESE HOSPITAL UNIVERSTARIO ERASMO MEOZ				
PROCESOS INSTITUCIONALES:	TIPO DE AUDITORIA:	FECHA DE APERTURA :	FECHA DE CIERRE:	ALCANCE:
GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	PROGRAMADA	24/01/2020	6/02/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
CONTROL INTERNO DE GESTION	PROGRAMADA	7/02/2020	21/02/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
GESTION JURIDICA	PROGRAMADA	11/02/2020	21/02/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS,

				NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
DOCENCIA E INVESTIGACION	PROGRAMADA	19/02/2020	2/03/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
ATENCION QUIRURGICA	PROGRAMADA	2/03/2020	14/03/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
GESTION FINANCIERA	PROGRAMADA	5/03/2020	27/03/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN	PROGRAMADA	30/03/2020	24/04/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
GESTION DE MERCADEO Y VENTAS	PROGRAMADA	15/04/2020	20/04/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
ÁPOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	PROGRAMADA	23/04/2020	18/05/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	PROGRAMADA	6/05/2020	22/05/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
ATENCION DE URGENCIAS	PROGRAMADA	3/06/2020	19/06/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
FOMENTO A LA CULTURA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	PROGRAMADA	16/06/2020	23/06/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
ATENCION HOSPITALARIA	PROGRAMADA	23/06/2020	10/07/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
GESTION DEL AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS	PROGRAMADA	13/07/2020	31/07/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	PROGRAMADA	27/07/2020	20/08/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
GESTION DE TECNOLOGIA	PROGRAMADA	18/08/2020	11/09/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS,

				NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
ATENCION CONSULTA EXTERNA	PROGRAMADA	14/09/2020	25/09/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROGRAMADA	14/09/2020	30/09/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
INGRESO	PROGRAMADA	2/10/2020	14/11/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
EGRESO	PROGRAMADA	2/10/2020	14/11/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
GABYS	PROGRAMADA	13/10/2020	21/10/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
FOMENTO A LA CULTURA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	PROGRAMADA	1/12/2020	9/12/2020	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
PROCESOS INSTITUCIONALES	TIPO DE AUDITORIA	FECHA DE APERTURA :	FECHA DE CIERRE:	ALCANCE
SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE A PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL		4 de agosto presentación informe a comité de control interno		NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
SEGUIMIENTO SEGUNDO SEMESTRE A PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL		primer comité de enero de 2021		NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
INFORMES DE SEGUIMIENTO A ACCIONES ESTABLECIDAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO		4 de agosto presentación informe a comité de control interno		NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE

INFORMES DE SEGUIMIENTO A ACCIONES ESTABLECIDAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO		primer comité de enero de 2021	NORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE
No está de más mencionar que la oficina asesora no solo efectúa auditorias durante el año también efectuará seguimiento, evaluación, control y verificación de todos los procesos, programas y proyectos institucionales en forma permanente según la ley 87 de 1993 y manual de funciones del Asesor de control interno.			

RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno de Gestión solicita acceso al aplicativo SIEPDOC documental ya que a la fecha no le es permitido el ingreso para gestionar de manera oportuna, el trámite de las PQRSF, como lo establece el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

Por lo tanto se puede concluir lo siguiente:

Insistir en el cumplimiento oportuno de las fechas máximas para la respuesta de las PQRS por parte de la institución.

Realizar la actualización de las fichas técnicas de indicadores para la aplicación del manual de indicadores y la toma correcta de decisiones.

Continuar desarrollando las acciones establecidas en los planes de mejoramiento, derivado de los autodiagnósticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y realizarle seguimiento por parte del comité institucional de Gestión y Desempeño.

Revisar y actualizar de manera permanente la información publicada en la página web de la entidad por los responsables del proceso, con el fin de dar cumplimiento a la ley de transparencia y acceso a la información pública.

Continuar con la aplicación de los lineamientos institucionales para organización y traslado de los archivos de fondo acumulado, labor dispendiosa pero necesaria para cumplir la ley de archivística.

**CARLOS MARTÍN ROJAS CARVAJAL
ASESOR DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**

Proyecto: Luis Leonardo Nova Rivera