INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO (LEY 1474 DE 2011) ESTATUTO ANTICORRUPCION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – CUCUTA

Responsable:	**Álvaro Becerra Flórez** **Asesor de Control Interno de Gestión**	**Período Evaluado: Marzo de 2016 a Junio de 2016**
		Fecha de Elaboración: 29 de Julio de 2016

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, y conforme al Decreto 943 de 2014 expedido por el Departamento Administrativo de Función Pública DAFP, en el que se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz presenta y publica el informe pormenorizado del estado de control interno correspondiente a los meses de Marzo de 2016 a Junio de 2016, acorde a la estructura de dicho modelo: módulo de planeación y gestión, módulo de evaluación y seguimiento y el eje transversal de información y comunicación.

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.

1. Módulo de Control de Planeación y Gestión

Avances

1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1. ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS:

El Hospital cuenta con el plan de capacitación vigencia 2016 el cual está dirigido a fortalecer los procesos de inducción y re inducción al personal vinculado a la ESE, mediante los cuales se desarrollan temas de sistema de gestión de seguridad y salud, gestión ambiental, atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo, seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, etc.

También se desarrollan actividades periódicas para intervenir en el clima laboral a través del desarrollo e intervención en el riesgo psicosocial, liderazgo, comunicación y humanización del buen trato. Llevándose a cabo actividades de socialización con la presencia de líderes de las diferentes áreas, coordinadores y personal administrativo, teniendo como objetivo principal el de socializar los resultados del diagnóstico de clima laboral realizado en el 2015 y el plan de intervención del 2016.

Además se cuenta con los documentos orientadores de la gestión ética (Código de Ética), efectuándose reuniones periódicas, fortaleciéndose la divulgación de estos valores. Este código se constituye en una herramienta educativa que permite recuperar y mantener los valores propios de la institución, en procura de garantizar el cumplimiento de su Misión y Visión. Durante los meses de Marzo, Abril, Mayo y Junio de 2016, correspondieron los siguientes valores:

MES	VALOR	DEFINICION
MARZO	HONESTIDAD	Es el actuar de todos los funcionarios preservando el uso de los recursos institucionales que le son confiados, repudiando, combatiendo y denunciando toda forma de corrupción
ABRIL	SERVICIO	Servir al cliente y a la empresa no es un momento, es la actitud de todos los días
MAYO	COMPROMISO	Es el sentimiento de afecto y aprecio por la entidad, convirtiéndose en parte esencial y necesaria de la organización de tal manera que se trabaje con el firme propósito de contribuir al logro de la misión y visión institucional.
JUNIO	CUMPLIMIENTO	Es actuar integralmente con calidad, oportunidad y pertinencia. Es el resultado del trabajo de toda la comunidad hospitalaria

1.1.2. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La entidad hospitalaria luego de realizar un análisis interno, ha evidenciado que en el momento actual no cuenta con suficiencia de auxiliares, técnicos, profesionales y profesionales especializados en el plan de cargos (planta) que ejecuten las actividades de apoyo requeridas para el normal funcionamiento institucional acorde al mapa de procesos y manual de procesos y procedimientos aprobados por la ESE HUEM, producto de ello y dentro de los planes de formalización laboral deberá iniciar este proceso de una manera responsable y gradual en el fortalecimiento de estas políticas, propendiendo por un trabajo digno y decente, esto con el fin que los trabajadores puedan ir siendo vinculados con el respeto de los derechos que la Constitución y la Ley les reconoce y sin poner en riesgo la estabilidad financiera de la Empresa.

La Entidad cuenta con su manual de funciones publicado en su página web y mediante Acuerdo No. 003 del 27 de febrero de 2016 se ajustó dicho Manual de Funciones adoptado mediante Acuerdo No. 004 del 7 de abril de 2006

En la Gobernación de Norte de Santander, se realizó el acto de posesión del Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, como Gerente de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz para los periodos 2016-2020 para el cual había sido ratificado por la Junta Directiva efectuada en el mes de Enero de 2016.

La oficina de planeación, realizó en el salón VIP la reunión concerniente a la conformación

de grupos para la aplicación de autoevaluación, de acuerdo al estándar único en acreditación.

La reunión estuvo encabezada por la profesional de apoyo a la acreditación Olga Lucia Pérez, así mismo, se contó con la presencia de líderes, coordinadores y administrativos asistenciales de las diferentes áreas de la institución, en donde se informó la metodología a seguir y de igual forma se aprovechó dicho espacio para definir el siguiente cronograma; lo que se busca al finalizar con los equipos es conseguir una nueva calificación en acreditación, sobre los cuales se implementaran planes de mejoramiento y acciones de seguimiento con vigencia 2016 / 2017.

Además del trabajo mancomunado por parte de todos los grupos es, tener claro los principios institucionales que son: Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, Gestión clínica excelente y seguro, Responsabilidad social, Procesos de transformación cultural permanente, Gestión de la tecnología, Gestión del riesgo y Humanización de los servicios de salud.

Es importante resaltar, que el pasado 29 de junio en la ciudad de Bogotá, se llevó a cabo la XXVII Asamblea General de Afiliados de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) que tenía como objeto presentar el informe de gestión sobre el trabajo realizado por el gremio durante los años 2014 – 2016.

Así mismo, se aprovechó este espacio para nombrar la nueva la Junta Directiva de la ACHC para el periodo 2016 – 2018 la cual está compuesta por 9 miembros principales (1 Presidente, 8 Vicepresidentes), 9 Suplentes; 1 Representante Miembros Asociativos, 1 Representante Miembros Patrocinadores, 1 Miembro Honorario y 1 Director General, procedentes de diferentes zonas del país, elegidos por la Asamblea General que es conformada por todos los afiliados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, gerente de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz fue elegido como miembro principal (vicepresidente) de dicha Junta para el periodo 2016 – 2018. La ACHC es una entidad sin ánimo de lucro de carácter gremial, la cual busca promover el fortalecimiento técnico y administrativo de las instituciones afiliadas mediante gestiones de concertación, información, comunicación, capacitación y representación, con carácter gremial.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

1.2.1. PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Con el objeto de facilitar el ejercicio del Control Social, contribuyendo al desarrollo de los principios constitucionales de transparencia, responsabilidad, eficacia, eficiencia, imparcialidad y participación ciudadana en el manejo de los recursos públicos; se ejecutó el espacio de interlocución entre los servidores públicos de la E.S.E. H.U.E.M. y la ciudadanía en el área de Consulta Externa de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz para la Vigencia 2015, la cual fue liderada por la oficina de Planeación a través de la Ing. Kelly Patricia Parra, profesional especializado de apoyo a planeación - gestión, quien fue la encargada del desarrollo de la Audiencia Pública vigencia 2015 y presidida por el Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, gerente de la institución, con el apoyo de la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión.

Seguidamente, el gerente de la Institución, Dr. Ramírez Montoya, dio apertura a la Audiencia Pública, agradeciendo a Dios por haber terminado exitosamente el primer periodo de cuatro años. Así mismo, resaltó que durante la actual administración se ha podido reconstruir la imagen de la E.S.E H.U.E.M, mejorando diariamente el trato humanizado con sus usuarios y transformando su estructura física, tecnológica y financiera destacando que "si se puede avanzar hacia el desarrollo pese a las dificultades". De igual manera, manifestó el agradecimiento a los miembros de la junta directiva por el voto de confianza para ser reelegido.

Informé que durante la vigencia 2015 se trabajó para el cumplimiento de los proyectos y/o metas contemplados en el Plan de Desarrollo, entre los cuales se encuentran la II fase del reforzamiento estructural del Ala A desde el piso 3 al 12; III fase del reforzamiento estructural del ala B, adecuación de urgencias pediátricas, señalización institucional; actualización y mejoramiento del sistema de ascensores; y el diseño, dotación y puesta en marcha del archivo central e histórico de la E.S.E. H.U.E.M.

Una vez terminada la audiencia pública vigencia 2015 de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se presentaron los resultados de la encuesta donde la ciudadanía quiso tener información en aspectos administrativos en la E.S.E. H.U.E.M. Tarifas, copagos cuotas moderadoras y documentación para su ingreso y egreso, también fue importante la participación virtual los cuales ingresaron a la página web www.herasmomeoz.gov.co y dejaron sus inquietudes al igual que con el apoyo de la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).

Cabe destacar la gran participación de asistentes, quienes diligenciaron el formato de presentación de propuestas y/o evaluación para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, las cuales se resolvieron al finalizar el evento con total claridad por parte del Gerente.

Continuando con el fortalecimiento de las acciones previstas con la estrategia de Gobierno En Línea (G.E.L), la oficina de sistemas transmitió la Audiencia Pública, en vivo y en directo, contando con interactividad a través del canal y chat de Youtube.

El evento fue cubierto por los medios de comunicación nacional, regional y local : "La Opinión", "Q'hubo, "ATN", "Canal TRO",Taxi Magazin 6:00 pm", "La Voz del Norte", "Vox-Dei", "Periódico La Verdad", "Tu Kanal", "RCN Radio", "quienes se encargaron de divulgar los resultados de la Rendición de Cuentas Vigencia 2015.

El día 19 de mayo de 2016 con motivo del Día Mundial de la Donación de Leche Humana, el Ministerio de Salud y Protección Social, a cargo del Dr. Alejandro Gaviria Uribe, hizo entrega a la Ing. Soraya Tatiana Cáceres Santos, Gerente encargada; de un reconocimiento por ser uno de los hospitales que desarrollan la estrategia de Bancos de Leche Humana (BLH) en Colombia.

En esta actividad el Ministro hizo una exaltación a aquellas mujeres donantes, beneficiarias, y a los gerentes de los hospitales que cuentan ya con BLH y los que durante este año abrirán sus puertas, es el caso del primer Banco de Leche Humana para el Departamento que está ubicado en el 4 piso del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Nuestro Banco Leche Humana, permitirá que madres lactantes con excedentes de leche puedan hacer sus donaciones y así beneficiar a bebes con bajo peso al nacer.

Con gran aceptación por parte de la comunidad hospitalaria y los norte santandereanos se desarrolló la celebración del Día Mundial de la Donación de Leche Humana y la

primera frascotón que tenía como objetivo recolectar frascos de vidrio para el Banco de Leche Humana (BLH) de la E.S.E H.U.E.M.

La campaña nació como iniciativa para impulsar la labor que adelanta el personal que laborará en el BLH; rápidamente empresas como La Gobernación de Norte de Santander, el Despacho de la Gestora Social del Departamento y el IDS apoyaron esta actividad.

Para dar continuidad a los dos días establecidos para la celebración, se contó con la visita de la Gestora Social del Departamento la doctora Cecilia Soler, y de la Corte Real 2015 – 2016 del Reinado Nacional de Belleza; quienes fueron recibidas por la Gerente encargada, Líderes, Subgerentes, comunidad hospitalaria y visitantes que se encontraban en la entrada principal, seguidamente subieron al tercer piso para realizar un recorrido por las instalaciones del salón Multisensorial donde departieron con los niños que allí se encontraban. Luego se dirigieron a las instalaciones del Banco de Leche Humana, donde La Gestora Social y las reinas hicieron su respectiva donación de frascos para el BLH, inmediatamente ingresaron al área donde se hará el procesamiento de la leche materna y fue la Dra. Liliana Tuesca quien explicó la labor que prestará el banco y del proceso que debe tener la leche donada para que sea de calidad.

De igual manera, el personal que labora en el Banco de Sangre del Hospital Universitario Erasmo Meoz, celebró el Día Mundial del Donante de Sangre. Esta actividad fue desarrollada en el salón VIP de la institución, en donde se contó con la presencia del Dr. Hernando Otero, subgerente de salud; Pilar Medina, jefe de seguridad del paciente, Gloria León, líder de apoyo a la atención, la Dra. Francy Archila, coordinadora de docencia e investigación; y los representantes de cada una de las entidades que abren sus puertas para realizar las jornadas de donación al igual que los donantes habituales que durante el año visitan las instalaciones del Banco de Sangre o asisten a dichas jornadas.

El Dr. Hernando Otero, subgerente de salud agradeció a los asistentes primero por ser donantes habituales y así mismo a las empresas por ofrecer sus espacios a la institución para las jornadas que se realizan en sus instalaciones, de igual forma habló de la importancia de donar y del buen estado en que se encuentra el Banco de Sangre del hospital al momento de atender cualquier eventualidad.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Erasmo Meoz, liderado por el Dr. Ricardo Montoya González, con el concurso del Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, Gerente de la institución, dieron al servicio la Unidad Materno Fetal que estará ubicada en el consultorio número siete de Consulta Externa.

Esta unidad será liderada por el Dr. Samuel Bautista médico perinatologo, quien atenderá a aquellas pacientes con embarazos de alto riesgo del departamento y de nuestra área de influencia que abarca los 40 municipios del Departamento de Norte de Santander, Arauca, el sur del Cesar, norte de Boyacá, así como la población del vecino país Venezuela, por su posición de zona de frontera.

Dicha Unidad cuenta con equipos y tecnología de punta para atender a todas las pacientes que requieran de esta subespecialidad (perinatología); contando con un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud, que vigila el estado de las pacientes mediante permanentes valoraciones para ofrecer las mejores alternativas de tratamiento a la madre en periodo de gestación y a su bebe.

Así mismo, se atenderán casos de Alta Complejidad en Ginecología, Alta Complejidad en Obstetricia, Ginecología Oncológica, Laparoscopia Diagnostica y Operatoria; y Cirugía de

Piso Pélvico Ginecológico.

Se hizo entrega por parte del Club Rotario Internacional de nuevos equipos para el área de Neonatos que servirá para mejorar la prestación del Programa Madre Canguro Hospitalario de la E.S.E H.U.E.M.

Esta donación se articuló por medio del programa Huellas, el cual se encuentra liderado por la oficina de Planeación a través de la Ing. Kelly Patricia Parra, profesional especializado de apoyo a planeación – gestión.

Huellas, fue creado con el objeto de recibir el apoyo de personas naturales o jurídicas, para mejorar las condiciones en la atención de nuestros usuarios logrando ofrecer un ambiente cálido y seguro que permita su pronta recuperación.

En el acto se contó con la presencia del señor gobernador Dr. William Villamizar Laguado, la primera dama del departamento y gestora social Cecilia Soler de Villamizar, el gerente de la E.S.E. H.U.E.M. Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, el presidente del Club Rotario de Monterrey - México el Sr Raúl Dávila; la Sra. Gladys Maldonado contacto enlace para la donación y la Dra. Liliana Tuesca, coordinadora del Programa Madre Canguro Ambulatorio y Banco de Leche Humana del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

En presencia del mandatario departamental y con la finalidad de apoyar las acciones que se vienen realizando por parte del sector salud el Club Rotario Internacional realizó la entrega de los equipos para el área de Neonatos de la E.S.E. H.U.E.M. apoyando de esta manera a recién nacidos y garantizando la supervivencia neonatal.

Posterior a la entrega de los equipos se realizó una visita en compañía de las personas invitadas, al segundo y cuarto piso de la institución para que se viera en detalle el trabajo que se lleva por parte de los especialistas.

Finalmente se destacó que la inversión aproximada fue de 200 millones de pesos los cuales fueron invertidos en lámparas, Incubadoras, sillones entre otros cambiando así la vida de los pequeños beneficiarios y asegurándoles de esta manera un futuro mejor.

La Junta Directiva aprobó el nuevo Plan de Desarrollo del Hospital Universitario Erasmo Meoz el 12 de mayo de 2016 bajo el acuerdo No. 014, allí se han plasmado las nuevas políticas a desarrollar durante los próximos cuatro años buscando siempre fortalecer la prestación de los servicios, la mejora de la infraestructura en general y el posicionamiento de nuestro Hospital como líder en la región.

1.2.2. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

Se estructura el Modelo de Operación por Procesos o elemento de control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de la entidad pública, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos.

Se tienen identificados los Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y los de Evaluación y Control, necesarios para el cumplimiento de las competencias que las normas vigentes le asignan a la E.S.E. HUEM.

A raíz de las diferentes auditorías que realiza la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, donde se evidencia la necesidad de efectuar ajustes y en algunos casos fusiones de procedimientos y/o actividades de los mismos, y/o cargos de responsables, y/o puntos de control, se han ido ajustando los mismos atendiendo las recomendaciones formuladas en los Comités de Control Interno.

A través de las encuestas de satisfacción, de los buzones de PQRSF y el link de encuestas de opinión publicado en la página web del Hospital se busca conocer la expresión de nuestros usuarios con relación a la atención y prestación de los servicios.

1.2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La ESE HUEM cuenta con una Estructura Organizacional flexible la cual contribuye a la gestión de los procesos. Se tienen en cuenta los niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de los procesos descritos en la caracterización del mismo, donde se define el responsable de la ejecución.

Los niveles de autoridad y responsabilidad establecidos en la Estructura Organizacional han contribuido al logro de los objetivos de cada proceso. La misma está compuesta por la estructura u organización interna de la entidad, por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales, teniendo la oportunidad de efectuarse modificaciones o ajustes en la misma a través de la Junta Directiva cuando las necesidades lo han requerido.

1.2.4. INDICADORES DE GESTION

Continua vigente el Manual de Indicadores adoptado por la ESE HUEM mediante la Resolución 1728 de 2011, este es un instrumento de gestión que pretende hacer un aporte al desarrollo del ejercicio del seguimiento y control, facilitando un instrumento que suministre a la Gerencia información oportuna, veraz y objetiva que le sirva como elemento válido para ejercer el control y el proceso de retroalimentación comparativa frente a sus resultados, orientados a garantizar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de la salud que presta la ESE HUEM, mediante el establecimiento de indicadores e índices que consoliden toda la información técnica y normativa necesaria para evaluar las actividades que se producen todos los días en la ESE HUEM, e igualmente efectuar comparaciones periódicas de los procesos implantados y los resultados obtenidos.

Este manual aplica para todos los procesos, los productos, las áreas, los objetivos, los programas, los proyectos y demás de la ESE HUEM; los indicadores que se plantean pueden ser de carácter cuantitativo y cualitativo. Las áreas principales en las cuales se pueden aplicar indicadores de gestión son: Áreas Misional: Hace referencia a los procesos básicos, aquellos que son relevantes y contribuyen directamente a la razón de ser de la organización. Se ejecutan con la guía y el liderazgo de la alta gerencia. Áreas de Apoyo: Es aquella, como su nombre lo indica, cuyo objetivo es prestar apoyo a los misionales o sirven para la toma de decisiones sobre planeación, control y mejoras en las operaciones de la organización.

El responsable de efectuar el análisis de los indicadores es el líder del proceso quien debe evaluar el desempeño de los procesos históricamente. Adicionalmente, es

responsable de la formulación e implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados esperados a partir del análisis de los datos del indicador. El líder de cada proceso debe reportar el comportamiento, seguimiento y análisis causal correspondiente a cada indicador a la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión trimestralmente para ser presentado en el Comité de Control Interno o en el Comité de Calidad según correspondan.

Los indicadores son una herramienta decisiva para realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos entre otros y son mucho más importantes aún 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.

1.2.5. POLITICAS DE OPERACIÓN

Este documento es el que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la ESE HUEM, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de nuestra entidad. Establecen las acciones y mecanismos asociados a los procesos que permiten prever los riesgos que inhiben el cumplimiento de las metas y sus resultados; definen parámetros de medición del desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad su ejecución. Así mismo, facilitan el control administrativo y reducen la cantidad de tiempo que los administradores ocupan en tomar decisiones sobre asuntos rutinarios. Estas guías de acción son de carácter operativo, de aplicación cotidiana y dan seguridad y confianza a quien debe responder por la ejecución de procedimientos y actividades muy específicas.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

Los líderes del proceso construyen los mapas de riesgo de su respectivo proceso con el acompañamiento y asesoría del equipo MECI, haciéndose por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión el respectivo seguimiento, asesorando en el proceso de identificación de los riesgos institucionales y con base en ellos realizar las recomendaciones preventivas y/o correctivas con cada uno de los responsables y en su momento se hace la presentación de los mapas de riesgos sujetos a modificación o actualización para el análisis y/o aprobación por parte del Comité de Control Interno.

Dificultades

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

Se encuentran debilidades en el monitoreo y valoración permanente de los riesgos que a pesar de ser objeto de revisión en las auditorías internas requieren mayor atención por parte de los responsables de su administración y concretar las acciones definidas en los mismos.

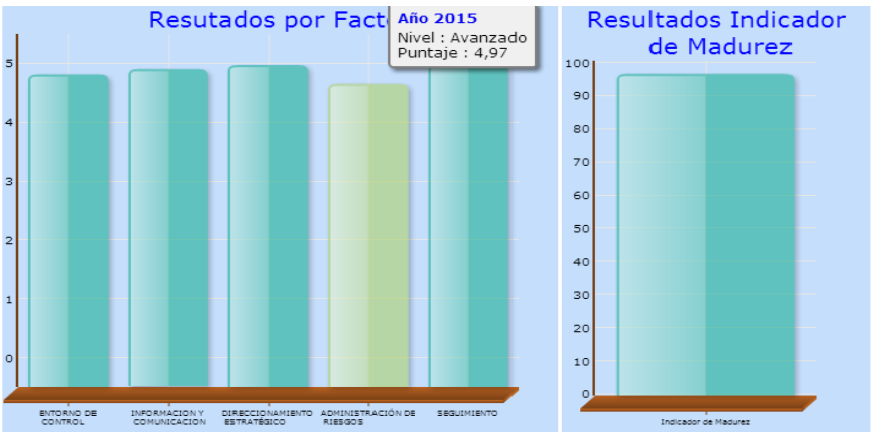
2. Modulo de Evaluación y Seguimiento

Avances

2.1. COMPONENTE AUTOEVALUCAION INSTITUCIONAL

2.1.1. EVALUACION DEL CONTROL Y GESTION

La Oficina de Control Interno diligenció en el aplicativo diseñado por el Departamento Administrativo de la Función Pública el cuestionario sobre el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2015, el cual presentó un resultado de AVANZADO según lo registra la siguiente gráfica donde están detallados cada uno de los factores evaluados:



FACTOR	PUNTAJE 2015	NIVEL
ENTORNO DE CONTROL	4,81	AVANZADO
INFORMACION Y COMUNICACION	4,9	AVANZADO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4,97	AVANZADO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	4,65	SATISFACTORIO
SEGUIMIENTO	4,97	AVANZADO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	96,5%	AVANZADO

Este resultado ubica al Hospital Universitario Erasmo Meoz en el primer lugar en el Departamento Norte de Santander con un resultado definitivo de 96,5 / 100 en el Indicador de Madurez MECI constituyéndose en un logro de esta Oficina que coordina el funcionamiento del Modelo Estándar de Control Interno en la entidad.

2.2. COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

2.2.1. AUDITORIA INTERNA

La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión ha venido cumpliendo con el Plan Anual de Auditorias propuesto para la vigencia 2016, cumpliendo con el respectivo procedimiento el cual se encuentra actualizado y formalizado. Del cumplimiento y ejecución de cada una de las auditorías internas se proyectan los respectivos acuerdos concertados con los líderes de cada proceso, emitiéndose los planes de mejoramiento para el seguimiento respectivo por parte de la Oficina de Control Interno.

2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1. PLANES DE MEJORAMIENTO

Los Planes de Mejoramiento para la E.S.E HUEM son el instrumento que recoge la información y articula todas las acciones prioritarias que se implementaran para mejorar aquellos eventos indeseables que por ende estén incumpliendo la normatividad o pongan en riesgo la buena gestión del Hospital y por consiguiente el logro de nuestros objetivos, es bueno resaltar que estos Planes de Mejoramiento pueden ser generados a partir de una Auditoría Interna o Externa por un ente de control y también por alguna recomendación o solicitud de alguno de nuestros funcionarios del Hospital para mejorar y fortalecer una actividad, procedimientos o proceso en particular. Estos Planes de Mejoramiento pueden ser producto de acciones correctivas o acciones preventivas. Se solicita la presentación al Líder del área auditada del respectivo Plan de Mejoramiento dentro de los ocho (8) días siguientes a su notificación, presentándose algunos casos de incumplimiento en estos términos y por consiguiente contraviniendo lo establecido por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión.

Dificultades

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad. Retraso en la presentación de algunos planes de mejoramiento en los términos establecidos.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

Avances

3.1. COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

En cuanto a la información y comunicación pública el Hospital ha realizado acciones permanentes con la comunidad en cuanto a la satisfacción de las necesidad de forma oportuna, en la contestación de las solicitudes quejas y reclamos y en la publicación de los informes de gestión, indicadores y demás información de interés de la comunidad.

El Hospital dispone de una oficina de Atención al Usuario (SIAU) encargada de resolver y atender a todos los usuarios las necesidades en cualquiera de los centros, encargada también de mantener y garantizar la contestación de los derechos de petición quejas y reclamos. La información recibida por parte de los usuarios se hace a través de los buzones de sugerencias, quejas y reclamos, donde se determina la clase de requerimiento y la entrega de información a la ciudadanía, igualmente realiza encuestas a los usuarios sobre la satisfacción en los servicios prestados al Hospital.

En lo referente a la Información y Comunicaciones se tiene la Oficina de Prensa encargada de difundir todas y cada una de las actividades que se realizan en la ESE HUEM.

Para la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz este eje transversal busca que nuestra gestión sea transparente ante nuestra comunidad y el cumplimiento de las obligaciones

frente a las necesidades de nuestros usuarios y tiene que ver con la Información y Comunicación Externa; Información y Comunicación Interna.

La página Web de la entidad es permanentemente actualizada y alimentada constituyéndose en una fortaleza dentro las medios de comunicación Institucional, con los link requeridos por la normatividad y que son de interés general. Para el cliente interno además se dispone del correo Institucional y carteleras.

Se ha venido trabajando en la matriz de responsabilidades de la información y la comunicación y la preparación de los respectivos procedimientos.

Dificultades

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

La Oficina de Control Interno continúa adelantando seguimiento a la oportuna respuesta de cada una de las peticiones presentadas ante CEGDOC con el fin que las mismas sean emitidas dentro de los términos legales evitando situaciones comprometedoras para la Institución, procurando mejorar el manejo de las comunicaciones en el Hospital.

Estado general del Sistema de Control Interno

El Hospital avanza en la mejora de la calidad en la prestación de los servicios al usuario, se profundiza a través de la Oficina de Control Interno de Gestión en las políticas del fortalecimiento de la cultura del autocontrol, autorregulación y autogestión para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En base a los resultados ya referidos, se evidencia un equipo de trabajo alineado y comprometido con la gestión del día a día, bajo los principios de legalidad, transparencia, eficacia y calidad, implementando modelos que permiten el autocontrol, seguimiento y evaluación permanente, sin perder de vista la responsabilidad social del Hospital con la comunidad hospitalaria y la ciudadanía en general,

Recomendaciones

La Oficina de Control Interno considera que es importante que la Administración continúe desarrollando el acompañamiento, seguimiento y adelantando las acciones que contribuyan a lograr un sistema de gestión que opere con calidad y con niveles altos de satisfacción de los usuarios por los servicios prestados, haciendo énfasis en el cumplimiento oportuno del servicio que garantice su calidad, al igual que un sistema propositivo que impulsa la mejora continua.

Por lo tanto se puede concluir en lo siguiente:

- Fortalecer el Sistema de Atención al Usuario permitiendo que las quejas y reclamos de los usuarios generen respuestas y ajustes para el mejoramiento institucional con oportunidad y ofrecer un mayor acompañamiento a familiares y pacientes internos en el hospital.
- Trabajar decididamente en los programas de formalización laboral, propendiendo por un trabajo digno y decente, esto con el fin que los trabajadores puedan ir siendo vinculados con el respeto de los derechos que la Constitución y la Ley les reconoce y sin poner en riesgo la estabilidad financiera de la Empresa.
- Mejorar los horarios de visitas de los familiares a los pacientes internos tanto en hospitalización como en urgencias.
- Concentrar la atención en los planes de mejoramiento constituidos como una única herramienta que detalla las oportunidades de mejora generadas en cada una de las auditorías realizadas.
- Dar cumplimiento a las acciones establecidas tanto en los Planes de Mejoramiento como en los Mapas de Riesgos definidos por cada uno de los procesos.
- Incrementar la aplicación y análisis de los Indicadores establecidos en el Manual respectivo.
- Insistir en el cumplimiento oportuno y con calidad en cada uno de los servicios que se prestan en la ESE HUEM por ser este nuestro objetivo misional.
- Ajusté definitivo metodológico para la administración del riesgo y programación de ajustes en la identificación y valoración de los mismos.

ALVARO BECERRA FLOREZ
Asesor de Control Interno de Gestión
ESE HUEM