

**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 2015 a Junio de 2015
		Fecha de Elaboración: 31 de Julio de 2015

Teniendo en cuenta que a partir del Segundo Semestre de 2014, el nuevo modelo estándar de control interno entró en vigencia, conforme lo señalado en el Decreto Nacional 943 del 21 de mayo de 2014, el presente informe se efectúa conforme la estructura de dicho modelo; es decir, en sus Módulos de Control de Planeación y Gestión, Modulo de Evaluación y Seguimiento y el Eje 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:

Se trabaja al interior de la Entidad la actualización de MECI en un trabajo conjunto entre la Oficina Asesora de Control Interno, el equipo MECI y la Dirección de la ESE HUEM, según los lineamientos del Decreto 943 de 2014 generando un cronograma que permita ajustar el MECI del Hospital a los requerimientos que exige el Decreto y la nueva estructura del Modelo Estándar de Control Interno para tal fin se está diseñando una herramienta estratégica que le permita a toda la entidad conocer cada elemento del MECI y que sea más interactiva.

La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz cuenta con su Código de Ética, el cual es el documento orientador en esta materia, efectuándose reuniones periódicas cada mes, 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 2015 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

El Hospital cuenta con un Manual Especifico de Funciones y de competencias laborales para los empleos de Planta de Personal aprobado mediante Acuerdo No. 004 del 07 de Abril de 2006, llevándose a cabo durante el periodo el proceso de ajuste, rediseño y actualización del Manual Especifico de Funciones y competencias laborales de los servidores públicos de la ESE HUEM con la participación de los líderes y coordinadores de cada proceso, subproceso y componentes operativos, siendo aprobado mediante Acuerdo No. 004 del 18 de marzo de 2015 la nueva Estructura Interna de la ESE HUEM, determinándose las nuevas funciones de cada una de las dependencias.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

1.2.1. PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

En el salón V.I.P del Hospital Universitario Erasmo Meoz, se reunió la comunidad hospitalaria, con el objetivo de capacitarse sobre la Acreditación Institucional, tema que se plantea como propósito claro y objetivo para el próximo año 2016. La Profesional de apoyo del área de Planeación, Olga Lucía Pérez, fue la encargada de orientar a los asistentes y dar las pautas correspondientes para que cada uno de los invitados esté informado sobre Acreditación. Allí se resaltó los cuatro componentes que se deben cumplir para alcanzar la acreditación: El primero hace referencia a los requisitos mínimos que dentro de la Institución se deben cumplir; el segundo se encarga de tener en cuenta las mediciones en cuanto a población atendida, patologías tratadas, servicios con mayor demanda, entre otros; el tercero se enfoca en la auditoría que se realiza para el mejoramiento de la calidad; y el último componente

es el de Acreditación, la cual es un sistema en el que se mide y se autoevalúa la Entidad, según los requisitos superiores de calidad estipulados.

Para concluir, Olga Lucía Pérez destacó que cualquier cosa dentro de la Institución que tenga que ver con atención centrada en el usuario y la familia; gestión clínica excelente y segura del paciente; humanización de la atención; gestión de la tecnología y proceso de transformación; cultura permanente y gestión del riesgo; se está haciendo referencia a la acreditación.

La coordinadora de epidemiología y vacunación, Yeni Peña, lideró charlas sobre tuberculosis que se desarrollaron durante el mes de marzo, en el salón V.I.P de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se evaluó a cada uno de los asistentes sobre el tema de la Tuberculosis con el fin de medir los conocimientos de la comunidad hospitalaria sobre la prevención y promoción que todos debemos tener con dicha enfermedad. Una vez concluida la evaluación, se dio lugar a la charla, durante la cual se fueron desarrollando paso a paso los puntos de la prueba aplicada, resolviendo, con ello, las dudas e inquietudes que se presentaron, además de reforzar los conocimientos previos que se tenían sobre el tema.

En el mes de marzo se llevó a cabo la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2014 por parte de la ESE HUEM a la comunidad en general, para ello se habilitó en la página principal de la Entidad, un link desde el cual se podía diligenciar una encuesta, por medio de la cual la comunidad interna y externa de la Institución, podrá ejercer su derecho a la participación eligiendo el tema sobre el cual deseaba recibir más información en la Audiencia, la cual se llevó a cabo el día 27 de ese mes en horario de las 8 a.m. hasta las 12 m. en el área de consulta externa.

La audiencia fue presidida por el Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, gerente de la institución y contó con la participación del gobernador del departamento, Dr. Édgar Díaz Contreras, quien resaltó el compromiso que ha tenido el gerente de la institución con el hospital, “La verdad Agustín, yo como gobernante, puedo celebrar que después de haber grandes déficits, aquí vuelvo a ver la funcionalidad que todos queríamos, usted ha logrado enrumbar por donde tenía que irse el Hospital Universitario Erasmo Meoz, la verdad es gratificante; esperamos que en este año que le queda a usted y en estos 8 meses que me quedan a mí, podamos terminar muchas más tareas que tenemos en común (...)”, apuntó el señor Gobernador. Seguidamente, el Gerente de la Institución, Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya resaltó que durante la actual administración se ha podido reconstruir la imagen de la E.S.E H.U.E.M, mejorando día a día el trato humanizado con sus usuarios y transformando su estructura física, tecnológica y financiera resaltando que “con sentido de pertenencia también podemos hacer con poco, y mucho más”. De igual manera, manifestó “Estoy orgulloso de ser parte de este Hospital y de haber contribuido con mi trabajo como Gerente al logro de retos importantes que evidentemente han conducido durante estos meses a la mitigación de diversos problemas especialmente el riesgo financiero”. Durante la vigencia 2014 se ha trabajado 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; diseño, construcción, dotación y puesta en marcha de la Unidad de Radioterapia de Norte de Santander; mejoramiento de la capacidad tecnológica; actualización y mejoramiento del sistema

de ascensores; remodelación y dotación de la unidad de cuidados intermedios adultos; diseño, construcción y dotación para la operación del programa madre canguro ambulatorio; adecuación de urgencias pediatría; y recuperación de infraestructura física y tecnológica.

Una vez terminada la presentación del informe de gestión, vigencia 2014, “33 meses Reconstruyendo la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz”, como se denominó, se presentaron los resultados de la encuesta “Seleccione el tema del cual quisiera mayor información en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2014, según su interés particular” con una participación virtual de 115 personas que ingresaron a la página web www.herasmomeoz.gov.co y 524 usuarios encuestados con el apoyo de la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), entre los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, teniendo una mayoría de votos el tema de seguridad del paciente (202 votos), de allí que la jefe Pilar Medina Suárez, coordinadora del programa de Seguridad del Paciente, enfatizó lo que se está realizando y lo que se va a realizar concerniente a este tema, debido a que es uno de los pilares del proceso de Acreditación por el que se encuentra la E.S.E H.U.E.M.

La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión bajo la ponencia del Dr. Álvaro Becerra Flórez, presento un balance de su función como órgano asesor, se mostraron los resultados al informe del estado de control interno contable presentado a la Contaduría General de la Nación la cual entregó un resultado de “**adecuado**” y un promedio de 4.72; se informó sobre la presentación electrónica del Informe Ejecutivo Anual que contenía la evaluación al sistema de Control Interno y el avance del Modelo Estándar de Control Interno MECI vigencia 2014 la cual se encuentra en espera de los resultados, Se detallaron las fases de implementación MECI se han venido desarrollando acordes al cronograma de actualización ahora en desarrollo la Fase 4 de Ejecución y Seguimiento, haciendo énfasis en que la primera se encuentra en desarrollo con el apoyo por parte del equipo MECI según el cronograma establecido y cuyo seguimiento lo está realizando la oficina de Control Interno. Otros importantes temas que se expusieron por parte del Asesor de Control Interno, fueron los informe derechos de autor sobre el software utilizado por la entidad presentado ante la dirección nacional de derechos de autor, informe pormenorizado sobre el estatuto anticorrupción publicado en la página web de la entidad y el informe austeridad del gasto (trimestral) presentado al señor Gerente. Para finalizar se evidenciaron los planes de mejoramiento establecidos durante la vigencia del 2014 la ESE HUEM donde se presentaron diez (10) planes de mejoramiento los cuales contienen un total de Cuatrocientos veintiún (421) acciones.

CAMPAÑA CERO PAPEL: Tras reunión desarrollada en la oficina de prensa en el mes de abril se reunió un equipo interdisciplinario liderado por la Técnico Profesional en Gestión Documental Erika Rodríguez y conformado por los funcionarios de la Oficina de Prensa, Planeación, ingeniera Ambiental y CEGDOC en la cual se busca continuar con la implementación de la campaña Cero Papel , así como diseñar el eslogan que proyecte la concientización de los funcionarios de la institución en cuanto al uso de las herramientas tecnológicas con las que cuenta la E.S.E. H.U.E.M. En la misma se hizo un resumen sobre el avance que se ha realizado en cuanto a la campaña Cero Papel en los años 2013 y 2014 resaltando el compromiso que ha

tenido la actual administración con el cumplimiento de la directriz presidencial enmarcada como Estrategia Cero Papel. En el 2013 la campaña se denominó - dale la vuelta la Hoja - y se llevo a cabo teniendo como base el comité de Gobierno en Línea, de la cual se destaca su buena aceptación por parte de los funcionarios de la Institución y en el año 2014 la campaña se denominó - Hoja a hoja - Con los asistentes se decidió que el slogan para la Campaña de este año será: En el 2015 Digitalízate con la E.S.E. H.U.E.M. a partir de ahí se empieza una tarea de expectativa en busca de las acciones que se deban tomar para poner en marcha la implementación de la política cero papel en la entidad, entendiend que primeramente se debe generar la campaña para luego socializarla al interior de la institución a través del Canal Youtube, videos tutoriales, plataforma E- Learning entre otros.

Las continuas acciones de fortalecimiento organizacional, ajuste de procesos, aumento de control y buena gestión por parte de la actual administración de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, han llevado a la I.P.S a ser reconocida a nivel Nacional con la nueva calificación, SIN RIESGO reflejada en la resolución número 00001893 expedida el 29 de mayo de 2015. Debemos recordar que las Empresas Sociales del Estado, son categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento al artículo 80 de la ley 1438 de 2011, teniendo en cuenta las condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera. Todos los logros alcanzados son el resultado del constante apoyo hacia la administración del Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya por parte de la Junta Directiva en cabeza del Gobernador del Departamento, Dr. Édgar Díaz Contreras.

En el transcurso del mes de mayo se capacitó a los funcionarios asistenciales y administrativos en formación para realización de auditorías sobre paciente trazador. El programa de formación fue soportado por la Asociación colombiana de clínicas y hospitales. Luego de esta valiosa capacitación, se inició la elaboración del procedimiento para establecer dicha metodología dentro de la cual se establecerá un equipo de auditores conformado por los asistentes quienes fueron preparados para cumplir dicha actividad. Esta dinámica de trabajo permitirá hacerle seguimiento al paciente para analizar, clarificar y corregir posibles situaciones presentadas durante su ciclo de atención.

En el mes de junio de 2015 se realizo el comité extraordinario de archivo en la oficina de Docencia , el cual contó con la presencia de sus miembros , invitados y el equipo interdisciplinario para la elaboración de las tablas de retención documental. La coordinadora de la oficina de Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Técnico Profesional en Gestión Documental Erika Stella Rodríguez Duque presentó el informe de acta que evidencia la aprobación de las Tablas de retención documental, las cuales tienen como objetivo principal dar cumplimiento a una de las tareas señaladas en el plan de mejoramiento archivístico vigente y así mismo acogerse a la normatividad archivística. De igual manera se presento el Manual de Control de Documentos donde se expuso su finalidad la cual es definir los lineamientos específicos sobre la producción y control de los documentos por cada oficina cuyo responsable será el líder de cada proceso. por último, se realizó la presentación del manual de elaboración de comunicaciones oficiales por parte del quipo de la oficina de Gestión Documental, del cual se mencionó que el principal

objetivo es establecer lineamientos y procedimientos que permitan unificar criterios a la hora de elaborar las comunicaciones oficiales en el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

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.

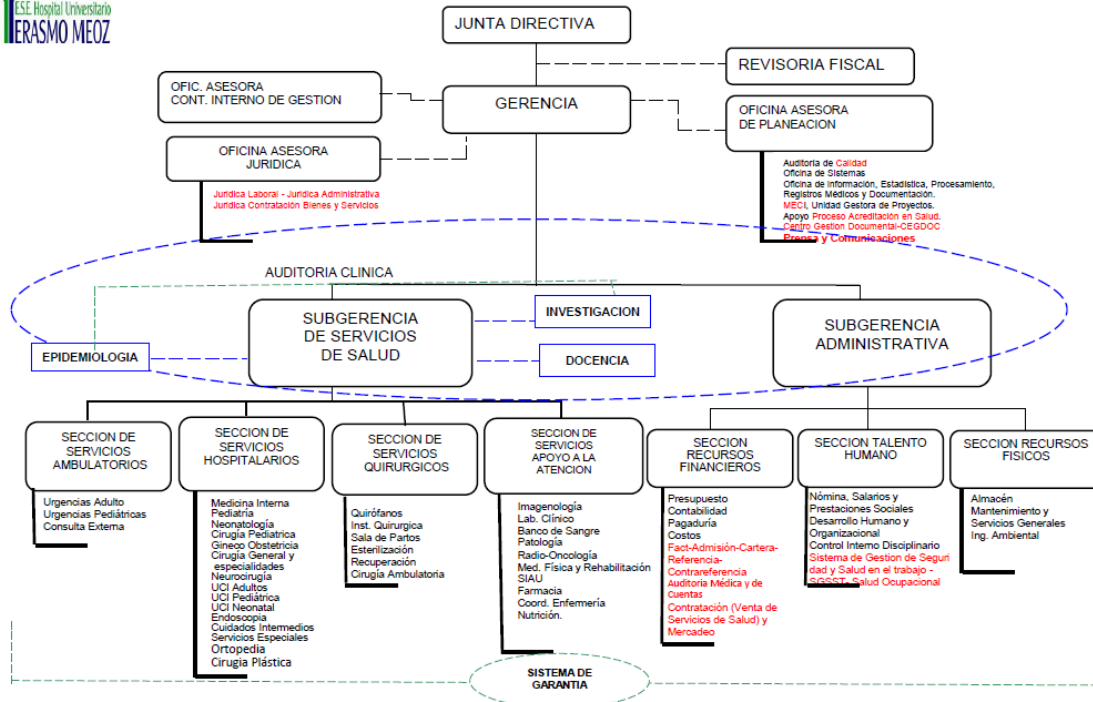
Se tienen identificados los Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y los de Evaluación y Control, necesarios para el cumplimiento de las competencias que las normas vigentes le asignan a la E.S.E. HUEM

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.

ESTRUCTURA ORGANICA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ



Esta es la nueva estructura orgánica del Hospital Universitario Erasmo Meoz adoptada mediante Acuerdo No. 004 del 18 de marzo de 2015.

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 Misionales: 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.

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.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

La Administración del Riesgo, entendido como el Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz, evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. La administración del Riesgo en tal sentido, tiene como fin hacer énfasis en la necesidad imperiosa de que la entidad tenga inmersos en sus procesos los controles necesarios para lograr prestar servicios con altos estándares de calidad.

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.

Se deben seguir fortaleciendo los programas de inducción y reinducción al personal de la ESE HUEM cumpliendo con la oportunidad de los mismos

2. Modulo de Evaluación y Seguimiento

Avances

2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

2.1.1. EVALUACION DEL CONTROL Y GESTION

Rol de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces:

La función de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces debe ser considerada como un proceso retroalimentador a través de la actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría que contribuya de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Administración del riesgo, Control y Gestión de la entidad. De acuerdo con el artículo 3 del Decreto 1537 de 2001 o aquel que lo sustituya o modifique, los principales roles que deben desempeñar las Oficinas de Control Interno, dentro de las organizaciones públicas, se enmarca en los cinco tópicos a saber: valoración de riesgos, asesoría y acompañamiento, evaluación y seguimiento, fomento de la cultura del control, y relación con entes externos.

Evaluación y Seguimiento a la Gestión Institucional: su propósito es emitir un juicio profesional acerca del grado de eficiencia y eficacia de la gestión de la entidad, para asegurar el adecuado cumplimiento de los fines institucionales.

Asesoría y acompañamiento: promover el mejoramiento continuo de los procesos de la entidad asesorando a la Alta Dirección, en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y los propósitos institucionales.

Valoración del riesgo: Asesorar y capacitar a la alta dirección y a los líderes de los procesos en la metodología para su gestión, y verificará que los controles existentes sean efectivos para minimizar la probabilidad e impacto de la ocurrencia de los mismos.

Relación con entes externos: Su propósito es facilitar el cumplimiento de las exigencias de Ley o las solicitudes formales realizadas por los entes externos.

Fomento de la Cultura del Control: Tiene como objetivo elaborar y construir herramientas e instrumentos orientados a sensibilizar e interiorizar el ejercicio del autocontrol y la autoevaluación, como un hábito de mejoramiento personal y organizacional.

Los diferentes roles de la gestión de las Oficinas de Control Interno deben guardar la debida independencia para garantizar la objetividad de sus evaluaciones y seguimientos, por lo tanto no deben hacer parte en los procesos administrativos de la entidad, ni intervenir en el desarrollo de procesos internos.

Se cumplió durante los días 25, 26 y 27 de mayo la SEMANA DE CONTROL INTERNO organizada por esta Oficina Asesora con el fin de promover al interior de la Entidad a todo el personal la Cultura del Control Interno en sus quehaceres diarios. De igual manera se explicó a los asistentes a las diferentes jornadas lo relacionado con la funciones que cumple la Oficina de Control Interno, haciendo especial énfasis

en los temas de auditorías internas, informes que presenta la Oficina a diferentes instancias y lo relacionado al Autocontrol, Autogestión y Autorregulación. Se hizo la proyección de videos sobre la función de Control Interno y sobre el tema de Humanización, al igual que la presentación de una reflexión denominada "Remeros" buscando incentivar el trabajo en equipo. La idea fundamental es despertar la conciencia de la comunidad hospitalaria sobre el compromiso que cada uno de los trabajadores debe tener respecto al propio control de sus actividades buscando generar un mayor bienestar y el compromiso que debemos asumir frente a la acreditación. La Oficina Asesora de Control Interno expresó a todos la respuesta dada a la convocatoria y su magnífica participación.

De igual manera se presento el balance de recomendaciones que arrojó la exitosa semana de control interno de gestión liderada por el asesor de control interno, Dr. Álvaro Becerra Flórez, con el apoyo de todo su equipo como son Martín Mora Hernández y Marlene Cotamo Salazar en su condición de profesionales universitarios que cumplen la función auditora y de Jenny Marcela Lara como asistente administrativo, las cuales arrojaron entre otros los siguientes recomendaciones:

- Educar al familiar del Usuario
- Capacitar al personal que se le realiza traslados entre servicios
- Trabajar en conjunto para dar un trato humano hacia los usuarios por parte del personal de enfermería.
- Realizar campañas de carácter externas, para mejorar la imagen del Hospital
- Socializar de las auditorias por parte de los jefes a los equipos de trabajo.
- Comprometer al equipo médico en el cumplimiento del deber ser hacia un trato más humano cada día para con los usuarios.
- Exaltar los beneficios que trae para la ESE HUEM la acreditación y desarrollara en la práctica las diferentes capacitaciones y socializaciones que realizan los profesionales de acreditación en calidad

El informe consolidado de esta Semana de Control Interno es la siguiente:

CONSOLIDADO ENCUESTAS SEMANA DEL CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

- TOTAL PARTICIPANTES:..... 736
- ENCUESTAS DILIGENCIADAS: 602
- ENCUESTAS CON OBSERVACIONES..... 172

✓ PREGUNTA **No 1**

Si	340 / 602 = 56%	NO	261 / 602 = 44 %
----	-----------------	----	------------------

- El 56% manifestó haber participado en eventos de Control Interno
- El 44 % manifestó no haber participado en eventos organizados por O.C.I.

✓ PREGUNTA **No. 2**

ASISTENCIAL	428 / 602 = 71 %	ADMINISTRATIVO	176 / 602 = 29 %
-------------	------------------	----------------	------------------

- El personal de área asistenciales participó con el71 %
- El personal del área administrativa participó con un..... 29 %

✓ PREGUNTA **No. 3**

D = Deficiente R = Regular B = Buena E = Excelente

(D): 4 / 602 = 0.6	2(R)= 8 / 602= 1.3%	3 (B)= 299 /602= 49.6 %	4(E)= 292 / 602 = 48.5 %
--------------------	---------------------	-------------------------	--------------------------

- Consideran que la actividad fue deficiente..... el 0.6 %
- Consideraron que la actividad fue regular el 1.3 %
- Consideraron que la actividad fue Buena el 49.6%
- Consideraron que la actividad fue Excelente el 48.5%

✓ PREGUNTA **No. 4.**

4.	El 100% de los participantes manifestaron que el evento es importante y relevante
----	---

✓ PREGUNTA **No. 5**

5.	El 100% de los participantes manifestaron que si recomendaría el evento a otras personas
----	--

DE LAS OBSERVACIONES

A LA PREGUNTA No. 6 Díganos si tiene algún comentario, sugerencia o recomendación que le gustaría que se mejorara o tratara en la ESE HUEM

OBSERVACIONES O COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES – TRABAJADORES	%
- Requieren mayor capacitación en HUMANIZACIÓN	14
- Jefes no se involucran en el trabajo en equipo	14
- Que los nombren de planta	12.5
- Médicos especialistas no se comprometen	12
- Cooperativas no pagan horarios adicionales, turnos, dominicales, compensatorios	9
- Evaluar a los jefes de Enfermería. Que se pongan la camiseta	8
- No se les ha socializado lo de Calidad: Acreditación- Habilitación	8
- Capacitaciones deben ser más frecuentes	6
- Talento Humano no atiende a funcionarios	6
- Mejorar los canales de comunicación	3
- No conocen Planes de Mejoramientos y Mapas de Riesgos	2.5
- Mejorar herramientas de trabajo	2.5
- Otras: Mucha Burocracia- Pocos Remeros- Hacer mas seguimientos y controles- socializar protocolos- Atender más las quejas, eventos Adversos etc.	2.5
- TOTAL	100

Proyectaron:
MARTIN MORA H – MARLENE COTAMO S.-

2.2. COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

2.2.1. AUDITORIA INTERNA

La entidad a través de la Oficina de Control Interno de Gestión ha venido dando cumplimiento al cronograma de auditorías de la vigencia 2015. La oficina de Control Interno posee un procedimiento de auditoría interna 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 implementarán 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 continúa con el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, el cual fue suscrito con la contraloría departamental por los hallazgos encontrados en la auditoría especial de la vigencia 2013 y los meses de Enero a Abril de 2014, seguimiento que se hace de manera semestral en los meses de marzo y septiembre de cada vigencia.

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.

Personal insuficiente en la Oficina de Control Interno, que limita el cumplimiento de las actividades que todas las normas vigentes demandan en el seguimiento y control de gestión de la institución.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

Avances

3.1. COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

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 Información y Comunicación Externa hace referencia a toda la información o datos que provienen de nuestros clientes y/o usuarios externos y es a través de la cual la E.S.E HUEM está en contacto directo con la comunidad, con los proveedores, los contratistas, las entidades reguladoras, las fuentes financieras y otros organismos. Por otra parte la Información y Comunicación Interna es el conjunto de datos que se generan del producto de nuestra razón de ser y nuestras funciones del día a día y que nos permiten tener esa sinergia entre todos nuestro componente de gestión con el

logro de nuestros objetivos institucionales, nuestras estrategias, planes, los proyectos en los cuales se encuentra enfocado la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.

El Hospital dispone de una oficina de Atención al Usuario, encargada de y atender a todos los clientes las necesidades en cualquiera de las áreas. Encargada también de mantener y garantizar la contestación de los derechos de peticiones. La Entidad cuenta con canales de información virtual como la página web: <http://www.herasmomeoz.gov.co>, la cual permiten la interacción con los usuarios para la rendición de cuentas a la ciudadanía y partes interesadas y la validación de los instrumentos, entre otras. De nuestra página web se puede obtener información acerca de la institución, de sus organización, planes, programas, normatividad, contratación, informes MECI, noticias de interés, etc.

En consecuencia, la página Web constituye una fortaleza dentro los 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.

Se siguen presentando dificultades con las respuestas oportunas a los interesados según los reportes periódicos emitidos por la Oficina de CEGDOC, por lo tanto la Oficina de Control Interno viene adelantando un seguimiento a esta situación con el fin que cada una de las respuestas 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 Sistema de Control Interno de la ESE HUEM ha logrado un establecimiento y mantenimiento, que ha permitido realizar un avance de mejoramiento en los procesos, mediante el ajuste a las caracterizaciones, la definición y aplicabilidad de controles y de las mejoras resultantes de los procesos de auditoría practicados tanto internamente como de parte de entes externos, así como la definición de mejoras por autocontrol, tomando medidas más preventivas para garantizar el logro de los resultados. Sin embargo debe seguirse trabajando intensamente para lograr los estados óptimos de avance en cada uno de los procesos.

En el presente periodo se presentó a la Dirección Nacional de Derechos de Autor el informe correspondiente a la legalización del software que son utilizados en nuestra

Entidad.

De igual manera se recibieron los resultados sobre el Informe Ejecutivo Anual presentado en el mes de Febrero ante el D.A.F.P. cuyo resultado se anexa:

FACTOR	PUNTAJE 2014	NIVEL
ENTORNO DE CONTROL	5	AVANZADO
INFORMACION Y COMUNICACION	4,52	SATISFACTORIO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4,58	SATISFACTORIO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	4,81	AVANZADO
SEGUIMIENTO	4,42	SATISFACTORIO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	91,65%	AVANZADO
Por favor consultar el instructivo para la interpretación de las calificaciones por componente, las cuales explican las acciones de mejora para cada uno. Ir Instructivo		

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.
- 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.
- Fortalecer el elemento del Talento Humano, en los aspectos inherentes a la Inducción y re inducción.
- 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.

ALVARO BECERRA FLOREZ
Asesor de Control Interno de Gestión
ESE HUEM