



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Control Interno



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO- LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno o quien haga sus veces:	BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS	Periodo evaluado: Agosto a diciembre de 2015
		Fecha de elaboración: Enero de 2016

El presente informe se elabora de acuerdo con la Guía Metodológica para el fortalecimiento y evaluación del Sistema de Control Interno expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de determinar el estado actual del Sistema de Control Interno de la Entidad, el cual servirá de punto de partida en nuestro proceso de mejoramiento continuo.

Objetivo general del MECI:

Proporcionar una estructura que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno en las organizaciones obligadas por la Ley 87 de 1993, a través de un modelo que determine los parámetros de control necesarios para que al interior de las entidades se establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura del mejoramiento continuo de la administración pública.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

TALENTO HUMANO

FORTALEZAS

Acuerdos, compromisos y protocolos éticos:

1. El equipo directivo y personal clave (subgerentes y líderes de proceso) participan en la formulación de políticas, estrategias, planes y programas enfocados a la comunidad en general, analizando las necesidades del usuario y su familia, así como estrategias frente a los cambios en su plataforma institucional permitiendo el logro de los objetivos propuestos para la vigencia.
2. Existe la política de seguridad del paciente y se divulga al personal asistencial durante las capacitaciones y retroalimentación en las rondas de seguridad.
3. Se logra a través del proceso de re-inducción la construcción de la plataforma estratégica de manera participativa, de la cual reposan listas de chequeo y documento de construcción de la misma (Planeación).

Talento Humano

1. Se llevó a cabo la re-inducción a todo el personal funcionarios y colaboradores, logrando el 100% de la asistencia de los mismos, durante los meses de octubre y noviembre con las siguientes agendas.



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
Control Interno



CAPACITACION DIAS 1,6,8,14,22 OCTUBRE			
HORA	TEMA	PROCESO	LIDER
8:00-10:00	Codigo Rojo		Oscar mauricio Cuevas
10:00-10:30	REFRIGERIO		
10:30-11:00	Modelo de atencion	Coordinador de Hospitalizacion	Sandra Torres
11:00-12:00	IAMI	Coordinador IAMI	Monica Guevara
12:00-12:30	politica de la tecnologia	Gestion de la tecnologia	Wilson Cano
ALMUERZO			
2:00-3:00	Plataforma estrategica		
3:00-3:30	taller de actualizacion de vision del Hospital	Planeacion	Camilo Sierra
3:30-4:00	Codigo de etica	Planeacion	Camilo Sierra
4:00-4:30	REFRIGERIO		
4:30-5:30	SGASST -PHIGRS	SGASST	Angela Fernandez

Envío la programación correspondiente:

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E PLAN DE CAPCITACION INDUCCION Y REINDUCCION HOTEL EL LAGO : PAIPA DIAS 4,13,25 NOVIEMBRE			
HORA	TEMA	PROCESO	LIDER
8:00-10:00	SEGURIDAD DEL PACIENTE Política de seguridad del paciente Paquetes instruccionales -Infecciones -Caídas -Piel Sana -Administración segura de medicamentos -Cirugía segura	Calidad	Expositor Dr. Jaime Rodriguez INCONTEC
10:00-10:30	REFRIGERIO		
10:30-12:30	Paquetes instruccionales -Piel Sana -Administración segura de medicamentos -Cirugía segura	Calidad	Expositor Dr. Jaime Rodriguez INCONTEC
12:30-2:00	ALMUERZO		
2:00 - 4:00	Código verde	Urgencias	Expositor Dr. Néstor castillo
4:00-4:30	REFRIGERIO		
4:30-5:30	Humanización de servicios de salud "Abordaje a los pacientes en condiciones de discapacidad"	Sistemas de Información	Expositor Dra. Elvia Lucia Comité de discapacidad departamental

Adicionalmente, se cuenta con la herramienta de google sites, (<https://sites.google.com/a/hospitalsogamoso.gov.co/sistema-de-gestion-de-calidad/politicas-institucionales>) donde se encuentra publicado las presentaciones de: Plataforma estratégica, Plan de gestión y Código de ética.



<p>1. PLATAFORMA ESTRATEGICA</p> <p>PLATAFORMA ESTRATEGICA</p> <p>Modulo 1. Plataforma Estrategica</p> <p>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</p> <p>HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E Brindamos servicios con calidad y calidez, pensando en su salud</p>	<p>2. PLANES Y PROGRAMAS</p> <p>PLAN DE GESTION</p> <p>Modulo 2. Plan de Gestión</p> <p>Documento que refleja los compromisos que el Gerente establece ante la Junta Directiva del Hospital</p> <p>Contiene:</p> <ul style="list-style-type: none">METAS DE GESTIONRESULTADOS A. Viabilidad B. Calidad y eficiencia en la prestación de serviciosDIRECCION Y GERENCIAFINANCIERA Y ADMINISTRATIVACLINICA Y ASISTENCIALPOA <p>HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E Brindamos servicios con calidad y calidez, pensando en su salud</p>
<p>3. POLITICAS INSTITUCIONALES</p> <p>CODIGO DE ETICA</p> <p>CODIGO DE ETICA INSTITUCIONAL COMO ES...</p> <p>HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E Brindamos servicios con calidad y calidez, pensando en su salud</p>	<p>4. MECI - CALIDAD</p>

2. Se actualizó el Manual de funciones por competencias, al igual que adelantó el estudio de la planta temporal, la cual fue aprobada por la Junta Directiva.
3. Se cuenta con el comité de convivencia laboral, el cual se encuentra operando con regularidad, de tal manera que se garanticen los derechos de los trabajadores.

DIFICULTADES

Acuerdos, compromisos y protocolos éticos:

1. No se ha realizado medición de la adherencia a la Misión Institucional.
2. No se cuenta con herramientas de medición de la gestión de cada uno de los coordinadores de servicio y/o líderes de proceso.

Talento Humano

1. Actualizar el diagnóstico de clima organizacional y realizar intervención en procura del mejoramiento de las relaciones
2. Realizar la evaluación de desempeño para la vigencia.
3. No se ha realizado medición de la satisfacción del cliente interno.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Control Interno



4. No se han implementado estrategias para la actualización de las hojas de vida y sus soportes de los funcionarios de planta.
5. No se cuenta con el plan de bienestar e incentivos adoptado mediante acto administrativo.
6. No se ha socializado la política de talento humano, esto logrará que los servidores conozcan sus derechos, y la forma en la que la entidad está potenciando el recurso humano.
7. En las actividades de inducción y reinducción se debe hacer referencia a los procesos de la entidad, socializando su caracterización, los procedimientos que los componen y los indicadores que se han definido para cada uno de ellos.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

El Componente de Direccionamiento Estratégico es un conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse establecen el marco de referencia que orienta la entidad pública hacia el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales, en procura de alcanzar su visión.

FORTALEZAS

Planes, programas y proyectos

1. Se encuentra en ejecución un programa de modernización que garantiza la viabilidad financiera de la organización, la cual es evaluada, se realiza seguimiento de manera periódica, cumpliendo con la metodología establecida para tal fin.
2. Se cuenta con el Plan Operativo Anual formulado para cada uno de los 18 procesos, el cual se articula con los estándares priorizados del PAMEC y del cual la oficina de planeación consolida la medición del plan de gestión.
3. Se realiza seguimiento al cumplimiento del PAMEC y la oficina de calidad se asegura de obtener los soportes del mismo.
4. La Entidad obtuvo concepto favorable emitido por la SESALUB, de acuerdo al siguiente reporte:



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
Control Interno

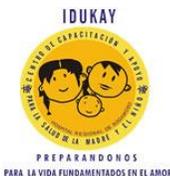


BOYACA														
GOBERNACION DE BOYACA														
SECRETARIA DE SALUD														
DIRECCION TECNICA DE PRESTACION DE SERVICIOS														
CONCEPTO PAMEC														
CODIGO DE HABILITACION	157590079801	MUNICIPIO	759	RAZON SOCIAL	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				REPRESENTANTE LEGAL	JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ				
DIRECCION	CL 8 N°11A-43	TELEFONO	0987726048-0987707565	FAX	987726048	CORREO ELECTRONICO	gerencia@hospitalsogamoso.gov.co	REFERENTE	ANA MARITZA DAVILA BARON	AÑO	2015			
FECHA INICIAL EJECUCION:	01/08/2015	FECHA FINAL EJECUCION:	31/12/2016	DIRECCIONAMIENTO	ACREDITACION		FECHA EMISION CONCEPTO:	30/10/2015	FECHA PRESENTACION PAMEC	09/10/2015	CONCEPTO PRELIMINAR	FAVORABLE		
ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD										CUMPLE				
RUTA CRITICA				ASPECTO CHEQUEABLE				EVALUACION		OBSERVACIONES				
1 El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar los direccionamientos establecidos.				Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencia el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad				CUMPLE						
2 Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad.				Periodo de implementación y evaluación del PAMEC debidamente documentado				CUMPLE						
AUTOEVALUACION										CUMPLE				
RUTA CRITICA				ASPECTO CHEQUEABLE				EVALUACION		OBSERVACIONES				
3 La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares				Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad				CUMPLE						
4 La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.				Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad				CUMPLE						
5 Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación				Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad				CUMPLE						

6 Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa														Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad				CUMPLE					
SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR														CUMPLE									
RUTA CRITICA				ASPECTO CHEQUEABLE				EVALUACION		OBSERVACIONES													
10 Se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional								CUMPLE															
PRIORIZACIÓN DE PROCESOS														CUMPLE									
RUTA CRITICA				ASPECTO CHEQUEABLE				EVALUACION		OBSERVACIONES													
12 Se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares de acreditación. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad								CUMPLE															
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA														CUMPLE									
RUTA CRITICA				ASPECTO CHEQUEABLE				EVALUACION		OBSERVACIONES													
14 Comprende la parametrización contra estándares establecidos que resultan de metas de mejoramiento a través de planes estructurados.								CUMPLE		Ajustar el documento, agrgar los indicadores con los cuales va a medir calidad esperada, estos indicadores colocar una meta													
CALIDAD OBSERVADA														CUMPLE									
RUTA CRITICA				ASPECTO CHEQUEABLE				EVALUACION		OBSERVACIONES													



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
Control Interno



CODIGO DE HABILITACION	157590079801	MUNICIPIO	759	RAZON_SOCIAL	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			REPRESENTANTE LEGAL	JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ		
DIRECCION	CL 8 N°11A-43	TELEFONO	0987726048 0987707955	FAX	987726048	CORREO ELECTRONICO	gerencia@hospitalogamoso.gov.co	REFERENTE	ANA MARITZA DAVILA BARON	AÑO	2015
FECHA INICIAL EJECUCION:	01/08/2016	FECHA FINAL EJECUCION:	31/12/2016	DIRECCIONAMIENTO	ACREDITACION	FECHA EMISION CONCEPTO:	30/10/2015	FECHA PRESENTACION PAMEC	05/10/2015	CONCEPTO PRELIMINAR	FAVORABLE
18 Son los resultados de la aplicación de los indicadores que reflejan el comportamiento del proceso, comprende el desarrollo de un sistema de monitorización de los indicadores de los procesos que permita realizar su seguimiento y establecer su estado periódicamente.				Medición de Indicadores				CUMPLE	Ajustar el documento, agregar los resultados actuales de la medición de los indicadores que se priorizaron para calidad observada		
FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA								CUMPLE			
RUTA CRITICA				ASPECTO CHEQUEABLE				EVALUACION	OBSERVACIONES		
21 Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación.				Planes de mejoramiento formulados				CUMPLE			

Teniendo en cuenta el contenido del documento enviado por su Institución y luego de revisado, el concepto pamec emitido es **FAVORABLE**.

ANA MARITZA DAVILA BARON

5. Se cuenta con comités de calidad, reunión que se lleva a cabo todos los últimos jueves de cada mes, de los cuales reposan las diferentes actas así como las listas de asistencia. Para la vigencia 2016, ya se tiene formulado el cronograma de los mismos, así:

Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Calidad

VERDE

PREPARANDONOS PARA LA VIDA FUNDAMENTADOS EN EL AMOR

CIRCULAR No 001

PARA:	Integrantes de Comités institucionales: Gerencia, Subgerencia científica, subgerencia administrativa, Coordinadores de Hospitalización, consulta externa, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, Farmacia, patología, rehabilitación, seguridad en el trabajo, enfermería, UBAS, Delegados de las diferentes especialidades, Información al usuario, invitados: control interno, revisoria fiscal.
DE:	Gestión de Calidad
ASUNTO:	Cronograma Comités institucionales 2016
FECHA:	Enero 19 de 2016

Me permito allegar a ustedes el cronograma de las fechas programadas para llevar a cabo los diferentes comités asistenciales de la institución para el año 2016, los cuales se realizaran en el auditorio del sexto piso y la programación será la siguiente:

8:30 -9:30	Comité de servicio transfusional
9:30 -11:30	Comité de calidad y seguridad del paciente-SIAU- indicadores
11:00-12:00	Comité de infecciones
12:00-12:30	Comité de historias Clínicas
2:00 – 3:00	Comité de Farmacia
3:00 – 4:00	COVE institucional

CRONOGRAMA DE COMITÉS 2016:

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
DIA	21	18	17	21	19	16
MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
DIA	21	18	15	20	17	15

Cordialmente,

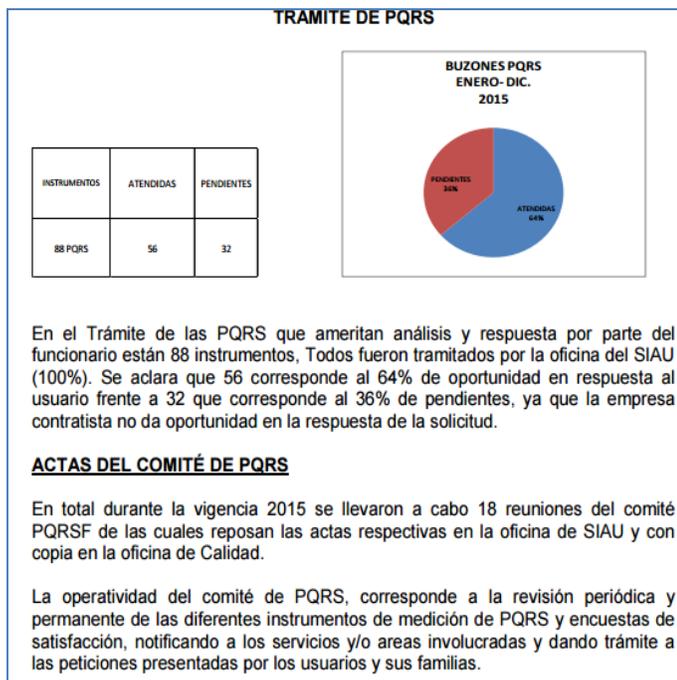
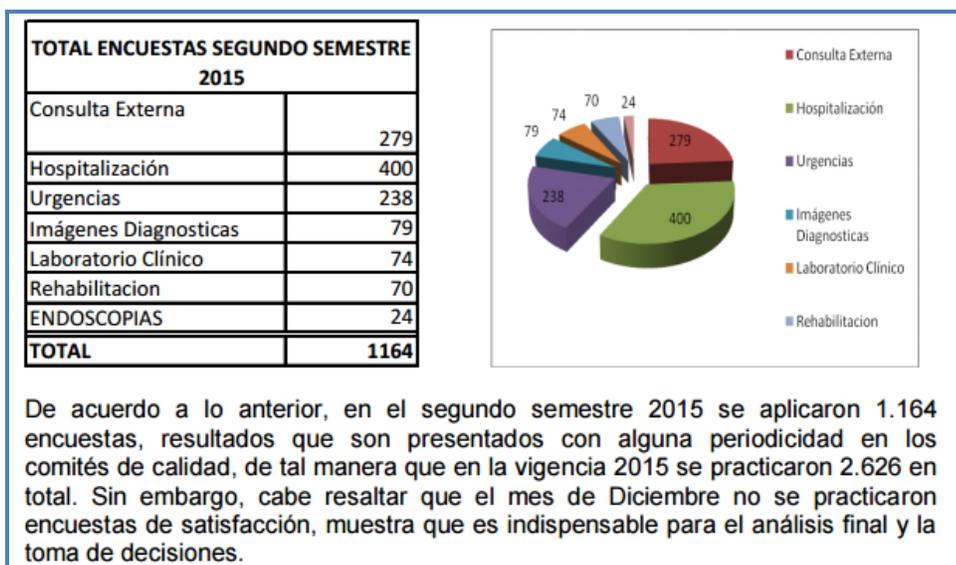
Pendiente para cambio por Festividades del municipio.

DIEGO ALBERTO USCATEGUI P
 Coordinador de calidad



Modelo de operación por procesos

1. El Hospital Regional de Sogamoso ESE, cuenta con herramientas de medición de satisfacción del usuario así como de la Peticiones, Quejas, Reclamos y sugerencias PQRS, seguimiento periódico que realiza la oficina de control Interno, formulando planes de acción para eliminar las barreras de acceso; al igual que la revisión de la operatividad del comité de PQRS.





Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Control Interno



Indicadores de Gestión

1. Dentro de los planes, programas y proyectos de la entidad, se cuentan con indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permiten tomar decisiones para evitar desviaciones.

Políticas de operación

1. Se cuenta con Acto administrativo, Acuerdo N° 04 de 2015, a través del cual la Junta Directiva se aprueba el Manual de procesos y procedimientos, como documento de consulta.
2. En la vigencia 2015, se inició el proceso de actualización de TRD así como las tablas de valoración para dinamizar la gestión documental de la Entidad.

DEBILIDADES

Planes, programas y proyectos

1. No se ha revisado el portafolio de servicios el cual se debe ajustar a las necesidades de los usuarios, con el propósito de generar mayores recursos que garanticen la viabilidad financiera de la organización.
2. Falta incentivar la participación de todos los líderes de proceso en los comités de calidad.
3. La planeación de la entidad se debería dar a conocer a todos los servidores públicos, sin importar el área, dependencia o proceso al que pertenezcan, todos los proyectos o planes que se tengan, con el fin de lograr que todos tengan claridad sobre las metas, proyectos y programas que desarrolla la entidad, y cómo se aporta a su cumplimiento de manera individual.

Modelo de operación por procesos

1. Aunque se encuentran documentados los procesos y procedimientos de la Entidad, en la vigencia 2015, no se llevó a cabo jornadas de socialización de los mismos, lo que genera en ciertas áreas traumatismos en el desarrollo de sus actividades.
2. Aunque se cuenta con herramientas de medición de satisfacción al usuario y PQRS, hace falta la formulación de algunos indicadores que permitan calificar la oportunidad y pertinencia de las respuestas a la PQRS.

Indicadores de Gestión

1. Los responsables y sus equipos de trabajo, no realizan seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de la entidad, (seis meses).}
2. No se ha realizado la revisión de la batería de indicadores con el fin de establecer que los indicadores cumplan con su propósito, la pertinencia y utilidad de los mismos.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Control Interno



3. Se cuenta con herramienta de consulta de los procesos y procedimientos aprobados. (<https://sites.google.com/a/hospitalsogamoso.gov.co/sistema-de-gestion-de-calidad/procesos-y-procedimientos>)

Políticas de operación

1. No se cuenta con un Manual de Calidad.
2. Hace falta la divulgación del Manual de Procesos y procedimientos a los funcionarios y/o colaboradores.
3. Aunque cada proceso cuenta con las políticas de operación, no se han realizado la socialización de las mismas.

ADMINISTRACION DEL RIESGO

FORTALEZAS

Políticas de administración de riesgo

1. Se cuenta con política de administración del riesgo, la cual fue aprobada por CCCI, se realizó socialización y capacitación a los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.

DEBILIDADES

Políticas de administración de riesgo

1. Aunque la Entidad cuenta con la política de administración del riesgo aprobada mediante acto administrativo, no se ha realizado la actualización a la misma ni se ha realizado el seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad.
2. No se ha llevado a cabo mesas de trabajo, ni actividades de socialización de revisión de los mapas de riesgo por proceso, los cuales deben mantener los parámetros y lineamientos establecidos por la secretaría de transparencia de la Presidencia de la República.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Control Interno



MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

Es aquel componente que le permite a cada responsable del proceso, programas y/o proyectos y sus funcionarios medir la efectividad de sus controles y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad.

FORTALEZAS

1. La oficina de control interno realiza jornadas de fomento de cultura de autocontrol en los procesos de inducción y publica en la página web (<http://www.hospitalsogamoso.gov.co/index.php/meci/fomento-de-la-cultura-de-autocontrol>), folletos informativos tocando temas como el autocontrol, riesgos, entre otros.



DEBILIDADES

1. La entidad, no cuenta con planes de mejoramiento formulados, sin embargo se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en cada uno de los comités institucionales.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Control Interno



EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACION

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización.

FORTALEZAS

1. La entidad debe establecer un mecanismo de comunicación con los usuarios internos y externos. Dicha política, proceso o procedimiento debe contener entre otros, los siguientes elementos: matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria.
2. La entidad tiene a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página Web, carteleras comunitarias, buzón de sugerencias, programa radial.

DEBILIDADES

1. La entidad debe establecer directrices claras para el manejo documental de tal manera que no haya contratiempos entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario y/o grupo de interés.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Control Interno



RECOMENDACIONES

Es recomendable que los líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, programen reuniones mensuales como máximo, en los que se realicen ejercicios de autoevaluación, y que a través de estas se genere una disciplina al interior de los procesos para que la autoevaluación se convierta en parte del día a día de la entidad.

BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS

ASESORA DE CONTROL INTERNO