2018

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÙL
GARZÒN- HUILA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZON - HUILA

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO

GARZON HUILA

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION 4
OBJETIVO 5
ALCANCE 5
METODOLOGIA DEL INFORME 5
INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO 6
FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA 12
FORTALEZAS 12
DEBILIDADES 13
ACCIONES DE MEJORAMIENTO 13
EVALUACION PLANES DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS DETECTADOS 14
HALLAZGOS RESULTANTES DEL EJERCICIO DE CONTROL INTERNO 15
CONCEPTO DE APLICACIÓN NORMAS DE AUSTERIDAD DEL GASTO PÚBLICO 16
CONCEPTO DEL JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO 17
Evaluación del Sistema de Control Interno Contable. 18
REPORTE DE EVALUACION ENCUESTA MECI VIGENCIA 2018 – DAFP 20
IMPLEMENTACION MIPG Y AVANCES 20
Dimensión Talento Humano 20
Dimensión Direccionamiento Estratégico 22
Dimensión Gestión para Resultados con Valores 23
Dimensión Evaluación de Resultados 24
Dimensión Información y Comunicación 25
Dimensión Control Interno 27

INTRODUCCION

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 2145 de 1999 y el artículo 5° de la Ley 87 de 1993, debe presentar un informe que contenga el resultado final de la evaluación del Sistema de Control Interno de la vigencia inmediatamente anterior, realizado por la respectiva Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, el cual, debe ser remitido por el Representante Legal a los organismo de control pertinente.

El presente Informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2018, permite asegurar el control a la ejecución de los procesos de la ESE, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su misión Institucional, garantizando el control a la ejecución de la función, planes y programas de la empresa, la base de la transparencia de la actuación pública y el cumplimiento de las obligaciones de información; apoyar la construcción de visión compartida y el perfeccionamiento de las relaciones humanas de la ESE con sus grupos de interés internos y externos.

El Sistema de Control Interno es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan los servidores públicos de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto al logro de los objetivos, como la eficacia y eficiencia de las operaciones.

OBJETIVO

Presentar a la Contraloría Departamental del Huila, y a la Junta Directiva de la Entidad, el desarrollo y evolución del Sistema de Control Interno, mostrando un diagnóstico sobre el estado actual del mismo en la ESE, lo cual permitirá obtener una visión más amplia e integral, además de ajustarlo a las políticas de modernización del Estado.

Evaluar los resultados en materia de Control Interno, identificando las áreas más vulnerables dando a conocer los avances logrados en el sistema, así como el desarrollo de procesos y actividades más relevantes ejecutadas por las unidades funcionales de la ESE, que permitan el manejo correcto y transparente.

ALCANCE

En la preparación de este informe de la vigencia 2018 y mediante la evaluación del sistema de control interno, los avances en la implementación, funcionalidad del Modelo Estándar de Control Interno MECI y su articulación con el modelo integrado de planeación y gestión, las políticas trazadas por la dirección, normas y procedimientos ya establecidos para el desarrollo adecuado de los procesos.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimientos de auditoría de general aceptadas; por lo tanto, se realizó una planeación y ejecución del trabajo, de manera que proporcionó una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe, lo cual servirá como instrumento de retroalimentación con fines de mejoramiento y de ejercicio de auto evaluación permanente.

METODOLOGIA DEL INFORME

Para efectos de evaluar el Sistema de Control Interno en su conjunto en la ESE, se tuvieron en cuenta los siguientes mecanismos de auditoria: se realizó evaluación del control interno contable de la vigencia 2018, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Contaduría General de la Nación, se programaron auditorías a los diferentes procesos de la ESE, se diligencio encuesta del MECI de acuerdo a los parámetros del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP; como fueron Ambientes de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, actividades de monitoreo, políticas de gestión y desempeño generales, planeación institucional, gestión presupuestal, gestión estratégica del talento humano, integridad, fortalecimiento institucional, gobierno digital, transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación ciudadana, seguimiento y evaluación, gestión de información y comunicación, gestión documental, gestión del conocimiento e innovación, gestión estratégica del talento humano, fortalecimiento institucional y equidad de la mujer con base en observaciones efectuadas a los encargados de las diferentes áreas, el estado de cada sujeto del control interno y la disposición de cada agente

para cumplir con las tareas asignadas de acuerdo con el Manual de Funciones y Competencias Laborales y el Modelo de operación por Procesos y los manuales de procedimientos.

La Encuesta dirigida al Asesor de Control se respondió de acuerdo a las actividades desarrolladas en la vigencia 2018 y según las evidencias obtenidas mediante verificación de cada una de las preguntas y los conceptos derivados de las observación, entrevistas y charlas informales con los funcionarios de cada una de las áreas de la ESE.

INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO

Informe de Evaluación al Plan de Gestión y Resultados 2018

Como se puede evidenciar el desempeño del Plan de Gestión 2016-2020 y los indicadores y metas desplegados en el Plan Operativo o Plan de Acción 2018, se alcanzó un grado de cumplimiento del 94,6% de los resultados de la gestión directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, con corte al 31 de Diciembre de 2018; orientados a las acciones desarrolladas en cada una de las tres áreas básicas que integran el Plan de Gestión como es la de **Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y la Clínica o Asistencial** cuyo resultados se evidencian a continuación:

Dirección y Gerencia

En el área de **Dirección y Gerencia**, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Acción o plan operativo 2018 del 97,9% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditación en salud, el Programa de Mejoramiento de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, con el Sistema de Control Interno, el Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC) y la gestión de ejecución del Plan de Gestión 2016-2020, en especial a los indicadores y metas programados para la vigencia fiscal 2018.

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

En desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, la ESE se ha enfocado a la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; de acuerdo a la evaluación de estándares de acreditación según resolución 123 de 2012, al realizar la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada y a través de la realización de auditorías internas y la medición de indicadores con su respectivo análisis. Se desarrolla la ruta crítica en cada una de sus fases con la finalidad en lograr la estandarización de procesos asistenciales, corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

En esta materia, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl se encuentra realizando avances importantes que permiten a la institución preparase para la acreditación. Se tiene establecido un equipo autoevaluador para la acreditación en salud el cual, se ha capacitado para la respectiva

evaluación por estándares y grupos de estándares. Anualmente se ha venido realizando la autoevaluación de los estándares de acreditación, cuyo resultado se constituye en insumo fundamental para la mejora continua de los procesos de atención en salud. Es importante y fundamental el constante seguimiento con el fin de evitar interrupción en los procesos estandarizados

Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

- Se realizaron auditorías de procesos tales como servicios de urgencias, uso y rehuso, aislamiento hospitalario, imágenes diagnósticas, en otras, a través de las cuales se generaron y ejecutaron los planes de mejora.

- Se gestionó y se realizaron siete (7) eventos de capacitación sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en acreditación en salud y se hizo seguimiento mensual a la realización de los comités intrahospitalarios de obligatorio cumplimiento.

- Se realizaron las auditorías de adherencia de aplicación del manual de buenas prácticas de esterilización, a través de las cuales se generaron y ejecutaron los planes de mejora.

- Se realizó la difusión del programa de humanización mediante campañas, talleres y capacitaciones al personal de la ESE, así mismo, se realizó seguimiento y evaluación al mismo y se hizo medición de percepción de humanización.

- Se dio continuidad con el programa de seguridad del paciente, en los términos fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social, se educó a los usuarios en autocuidado de su salud y se realizó la gestión y análisis de los eventos adversos y se generaron y se ejecutaron los planes de mejora.

- Durante la vigencia de 2018, la oficina de atención al usuario aplicó 5.363 encuestas a los usuarios para medir su satisfacción frente a los servicios prestados, cuyo resultado final muestra un índice de satisfacción global del 94,1%, así mismos se realizaron eventos de capacitación a los usuarios y se promocionó activamente el portafolio de servicios de la ESE.

- En el servicio de urgencias se realizó el seguimiento mensual al triage II, generando las acciones de mejora correspondiente hasta lograr una oportunidad en la atención de consulta de urgencias de 28,7 minutos de espera. Se realizó el análisis mensual de los casos de mortalidad en urgencias, generando las acciones de mejora del servicio; así mismo, se realizaron eventos de capacitación al personal en las principales patologías de atención, soporte básico y se socializó el manual de referencia y contrarreferencia de la ESE. Igualmente se realizaron auditorías a los registros de la historia clínica, generando y ejecutando los planes de mejora correspondientes.

- Se realizaron eventos de socialización sobre procedimientos, guías y protocolos de atención en consulta externa y seguimiento a través de listas de chequeo; así mismo, se diligencio el registro mensual en la base de datos de patologías tomadas y patologías alteradas y se llevó el control correspondiente de las mismas.

- Se dio continuidad a la estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), realizando eventos de capacitación al personal de la ESE en los diez (10) pasos IAMI, capacitación a gestantes, puerperas, lactantes

y redes de apoyo. Así mismo, dio continuidad con el Plan Ampliado de Inmunizaciones para todos los recién nacidos en la ESE, así como de realizar el registro de los nacidos vivos, cuyos padres así lo requirieron.

- Se realizó jornadas educativas y de capacitación al personal de sala de partos, en cuidado crítico obstétrico, código rojo, humanización del servicio, socialización de protocolos asistenciales básicos de sala de partos y la socialización de los planes de cuidados al personal de enfermería del área.

- En el servicio de Cirugía se realizó la socialización de protocolos y procedimientos de atención y se aplicó lista de chequeo de evaluación de adherencia a los mismos; así mismo, se realizó el análisis de casos de cirugías canceladas, generando y ejecutando los planes de mejora.

- En el servicio de hospitalización se realizó el entrenamiento al personal de enfermería sobre soporte básico y/o avanzado, socialización y evaluación de adherencia a manuales de procedimientos de enfermería, medición de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos y protocolo de lavado de manos generando y ejecutando los planes de mejora correspondientes, así mismo se realizó la capacitación y evaluación de los protocolos de enfermería y terapia respiratoria.

- En los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico se capacitó a los funcionarios en protocolos, guías y procedimientos del servicio farmacéutico y seguridad alimentaria en nutrición, se socializó el Manual de Buenas Prácticas de elaboración y manufactura; así mismo se realizó la medición de oportunidad en la entrega de resultados del servicio de imagenología y diagnostico general (Tomografía, Radiología y Mamografía) y especializado (Tomografía en urgencias).

- En el servicio de esterilización se realizaron los eventos de capacitación al personal del área en buenas prácticas de esterilización y se realizó la aplicación de la lista de chequeo para medir la adherencia al proceso de buenas prácticas de esterilización en los diferentes servicios de la ESE.

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

En la vigencia fiscal de 2018 se programaron 26 acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría, de las cuales se ejecutaron 26 acciones de mejoramiento, lográndose un grado de cumplimiento del 100% de lo programado.

Dando así, **cumplimiento** con la meta programada para la vigencia fiscal de 2018 la cual fue de ≥0.95, es decir, estuvo diez (10) puntos porcentuales por encima del estándar del indicador (≥0.90) fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

- La ESE a través de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, lideró y coordinó la realización del seguimiento y evaluación de cumplimiento de cada una de las acciones de mejora programadas, a cargo de los responsables de su ejecución cuyos resultados se discutieron en comité de calidad y auditoría, en los cuales se evaluaron los avances y se impartieron las directrices para el cumplimiento de las mismas, en los términos fijados por la coordinación.

- Se efectuaron los comités del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), con una periodicidad mensual, desde los cuales se realiza seguimiento a las acciones de

mejora establecidas de acuerdo a la priorización de estándares de acreditación en salud, con sus respectivos responsables del cumplimiento.

- Se dio continuidad a la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC, según normatividad vigente

- Se realizó el seguimiento y evaluación cuatrimestral del estado del Sistema de Control Interno de la ESE, los cuales fueron presentados oportunamente a la Gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.

- Se realizó el seguimiento y evaluación semestral del estado del Sistema de Atención a los Usuarios de la ESE, los cuales fueron presentados oportunamente a la gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011; Así mismo, se realizó el seguimiento y evaluación trimestral de las acciones programadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE, como también los informes de austeridad del gasto, a los planes de mejoramiento suscritos con los órganos de control, los cuales fueron presentados oportunamente a la gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011. Igualmente, dentro de la ejecución del plan de acción de control interno realizó el reporte a la Dirección Nacional de Derechos de autor lo inherente con el uso de software de la ESE.

- La oficina de control interno dio cumplimento oportuno con el programa de auditoría interna a los subprocesos de Laboratorio Clínico, Consulta Externa, Imágenes Diagnósticas, Transporte Asistencial – Referencia y Contrarreferencia, Centro Integral de Terapias, Banco de Sangre e Ingeniería Biomédica y Mantenimiento.

- Se le dio continuidad a la Estrategia de Gobierno en Línea, atendiendo los parámetros técnicos fijados por el Gobierno Nacional en la materia con nivel avance del 90%.

- Dentro de las actividades inherentes a la continuidad y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC), se desarrollaron las siguientes:

- Se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a diciembre 31 de 2017, el cual fue sometido en el mes de marzo de 2018 a consideración de la Junta Directiva de la ESE, para la evaluación y aprobación de la gestión gerencial. La evaluación de la gestión gerencial del año 2017 fue satisfactoria y se realizó el respectivo reporte en la plataforma del Ministerio de Salud y Proteccion Social según lo fijado por el Decreto 2193 de 2004.
- Se elaboró y ejecuto el Plan de Mejoramiento institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2018, con base en el informe de gestión y desempeño institucional según reporte Furag II de la vigencia fiscal 2017, actividades priorizadas inherentes con la Gestion Documental de la ESE.
- Se preparó, formuló, adoptó y se ejecutó el Plan Operativo 2018, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- Se preparó, formuló y adoptó la actualización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- Se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2018, el cual será sometido a consideración de la Junta Directiva de la ESE, para la aprobación de la gestión gerencial. El informe de gestión fue publicado en la página web de la ESE antes del 31 de Enero de 2018, dando así cumplimiento con lo fijado por la Ley 1474 de 2011.

- Se realizó el día 20 de Abril de 2018 la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la ciudadanía de la gestión empresarial 2017, dando cumplimiento con la Ley 1438 de 2011 y la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Se preparó y se diligenció la matriz de autoevaluación de la gestión del Gerente, conforme a los indicadores y metas anualizadas para el año 2018, en concordancia con lo fijado por los anexos de la Resolución 0408 de 2018.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Modelo de Operación por Procesos, a través de la redefinición del Mapa de Procesos.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización de los Códigos de Ética y de Buen Gobierno, integrados en un solo documento denominado Código de Integridad y Buen Gobierno adoptado según Resolución No.1261 de Septiembre 25 de 2018, socializado y publicado en la página web de la ESE.

Dentro de las actividades desarrolladas sobre revisión, análisis y actualización de los manuales de procedimientos administrativos y asistenciales, conforme a la evolución normativa e institucional de la ESE, se logró lo siguiente:

- Se aprobó el Plan de Acción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, según resolución No.0866 de Junio 18 de 2018.
- Resolución 0521 de Abril 2 de 2018 por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional de Nutrición y Lactancia para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0259 de Febrero de 2018 "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional de Laboratorio Clínico para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 01059 de Agosto 3 de 2018 "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional Imágenes Diagnósticas para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0306 de Febrero 4 de 2018 "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del programa de promoción – prevención P&P vacunación y programa Institucional Amiga de la Mujer y la Infancia Integral IAMII para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0837 de Junio 8 de 2018 "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del proceso de esterilización institucional para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0671 de Mayo 2 de 2018 "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional de Centro Integral de Terapias para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0545 de Abril 6 de 2018 "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional Tecnología Biomédica para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0252 de Febrero 1 de 2018 "Por la cual se adoptan los protocolos de notificación individual en salud publica emitidos por el Institucional Nacional de Salud como guía clínica para el manejo de los eventos de vigilancia de salud publica de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl".
- Resolución 1122 de Agosto 21 de 2018 "Por la cual se adoptan las políticas de tipo organizacional para promover, proteger y mejorar la salud de la población en el ámbito de los servicios de brinda y

están dirigidas a usuarios, familiares y colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Pául".

- Resolución 0543 de Abril 6 de 2018 "Por medio de la cual se adopta el Perfil Epidemiológico Institucional 2018, análisis de la situación de salud de la población atendida y Perfil Microbiológico Institucional 2018 para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl".
- Resolución 1181 de Septiembre 2 de 2018 "Por el cual se adopta para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl las pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) con enfoque diferencial de vulnerabilidad emitidas por el ministerio de salud y proteccion social, adopta los formatos de la asesoría previa y posterior a la prueba VIH y consentimiento informado prueba voluntaria para VIH"
- Resolución 0957 de Julio 10 de 2018" se adapta para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl la Guía Técnica Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, en conjunto con los paquetes instruccionales para la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Proteccion Social año 2015.
- Resolución 0137 de Enero 12 de 2018 "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del servicio farmacéutico institucional para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 1297 de Octubre 1º de 2018 "Por la cual se adopta el manual gestión documental para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0572 de Abril 12 de 2018"Por la cual se realiza la adopción de las Guías de Práctica Clínicas (GPC) para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0121 de Enero 10 de 2018" "Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del proceso de gestión de Salud Pública y programa infecciones asociadas a la atención en salud para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl"
- Resolución 0889 de Junio 21 de 2018" "Por la cual se adoptan el protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual y se conforma el equipo institucional básico para la gestión ce el Ministerio de Salud y Proteccion Social.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Inducción y Reinducción de la ESE con sus respectivos anexos.

Financiera y Administrativa

En el área **Financiera y Administrativa,** se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Acción o plan operativo 2018 del 87,5% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas relacionados con el desempeño de los subprocesos de presupuesto, Facturación, Cartera y Contabilidad, tendientes a mantener a la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, en una posición privilegiada frente al potencial riesgo de entrar en un programa de saneamiento fiscal. Así mismo, se desarrollaron acciones tendientes mantener una racionalidad adecuada de la evolución de los gastos y de la ejecución presupuestal, a brindarle mayor celeridad a la gestión de cartera para lograr arbitrar recurso suficientes para cubrir las obligaciones salariales y prestaciones de los empleados de la ESE y el pago oportuno a los contratistas; a mantener informado en tiempo real a los miembros de Juna Directiva sobre el comportamiento de la productiva de la empresa y a dar cumplimiento efectivo y dentro de los términos de la Ley del envío de la información inherente con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que acciones orientada a fortalecer el Sistema Dinámica Gerencial soporte vital del Sistema de Información de la empresa, de tal manera que se

garantice una información real y oportuna para la toma de decisiones y las acciones desarrolladas en gestión documental.

Clínica o Asistencial

En el Área de gestión **asistencial o clínica** la empresa, logro dar cumplimiento con el 100% de sus acciones programadas en el plan de Acción o Plan Operativo 2018 y con los indicadores y metas fijadas en el Plan de Gestión 2016- 2020, especialmente con lo programado para la vigencia fiscal 2018, superando inclusive los estándares fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, los cuales involucran la evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario, la oportunidad en la realización de Apendicectomía, seguimiento al número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual, medir la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el análisis de la mortalidad intrahospitalaria y al seguimiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica especializada en Pediatría, Obstetricia y Medicina Interna.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA

FORTALEZAS

Dentro del proceso de Direccionamiento Estratégico encontramos que el informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2018, aglomera las diferentes acciones que ha venido ejecutando la ESE, conforme a lo fijado en el Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 – 2020 y en especial en el Plan Operativo o Plan de Acción 2018, cuya evaluación consolidada a Diciembre 31 de 2018, alcanzo un grado de cumplimiento del 94,6%; en cada una de las tres áreas básicas que integran el Plan de Gestión como es Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y la Clínica o Asistencial.

La entidad cuenta con matriz de riesgos adoptada mediante resolución No. 0223 de 2017; se encuentra actualizada, socializada y en permanente evaluación; plan Anticorrupción adoptado y con los seguimientos correspondientes; Oficina de Atención al Usuario y mecanismos para recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y Recomendaciones; programa para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y humanización en la prestación del servicio; todos los servicios que se prestan de II y III nivel se encuentran debidamente Habilitados por la Secretaria de Salud Departamental y los servidores se están capacitando para la implementación del Sistema Único de Acreditación.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, se logra consolidar como la institución líder en la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de la región centro del Departamento del Huila, categorizada **Sin Riesgo Fiscal y Financiero** por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución No. 00002249 de Mayo 30 de 2018 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2018 y se dictan otras disposiciones".

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul, ha logrado avances importantes en el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención Salud, toda vez, que ha venido

dando cumplimiento adecuado a las exigencias normativas del Sistema de Habilitación, así como en la acreditación en salud, donde se han realizado las autoevaluaciones anuales de los estándares para la acreditación, lo cual ha generado los insumos fundamentales para el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad. Así mismo, en materia del Sistema de Información de Salud, la empresa ha venido realizando el envío oportuno de la información exigidos por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 al Ministerio de Salud y Protección Social.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul viene desarrollaron acciones tendientes mantener una racionalidad adecuada de la evolución de los gastos y de la ejecución presupuestal, a brindarle mayor celeridad a la gestión de cartera para lograr arbitrar recurso suficientes para cubrir las obligaciones salariales y prestaciones de los empleados de la ESE y el pago oportuno a los contratistas; a mantener informado en tiempo real a los miembros de Juna Directiva sobre el comportamiento de la productiva de la empresa y a dar cumplimiento efectivo y dentro de los términos de la Ley del envío de la información inherente con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto definitivo de la ESE para la vigencia fiscal de 2018 ascendió a la suma de $65.376,4 Millones de pesos M/cte, con unos reconocimientos de ingresos al 31 de diciembre del 114% ($74.631,4 Millones de pesos M/cte), dado en especial a la superación de las metas en ventas de servicios en ($11.241,5) Millones M/cte) con un nivel de recaudo del 73% del total de los ingresos reconocidos del periodo de análisis, es decir, de $54.460,8 Millones de pesos M/cte.

Durante la vigencia 2018 la ESE realizo la inscripción de 9 trámite ante el SUIT, que son: Atención inicial de urgencias, solicitud de citas, certificado de defunción, certificado nacido vivo, examen de laboratorio clínico, dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, solicitud de historia clínica y Radiología e imágenes diagnósticas.; que permite al ciudadano acceder a los servicios de forma ágil y efectiva, generando ahorro en costos económicos y tiempos

DEBILIDADES

Fomentar dentro de los empleados de la ESE y los usuarios de los servicios el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para reducir costos de fotocopias, impresos y publicaciones. Todavía se observa impresión de documentos en una sola cara contrariando las políticas de racionalidad del gasto y cero papeles. La ESE Se encuentra trabajando en la implementación de la política de austeridad del gasto que se adoptara para la vigencia 2019, ya que por medio de esta le permite definir estrategias para minimizar los gastos de la ESE.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO

En la vigencia fiscal de 2018 la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl contaba con una línea gratuita nacional, sin embargo, por el no uso de dicha línea esta fue bloqueada. No obstante, la empresa está realizando la gestión para volver habilitar la línea gratuita nacional y darla al servicio de los usuarios.

Dentro de los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas a cada una de las áreas funcionales de la ESE se inició inmediatamente los planes de mejoramiento a las debilidades detectadas en las unidades funcionales que se establecieron en los informes de auditoría y se encuentran todas definidas en las actividades a desarrollar, debido a los hallazgos encontrados en la ejecución de las auditorías de la vigencia 2018.

Adicionalmente, los informes periódicos de control interno como el de austeridad del gasto, el pormenorizado del estado del sistema de control interno, plan anti corrupción y de seguimiento a PQR´s presentan ante la dirección de la ESE conclusiones y recomendaciones respetuosas.

EVALUACION PLANES DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS DETECTADOS

Para la vigencia 2018 la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl tiene 2 planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental del Huila producto de una auditoría Express vigencia auditada 2015 con recibido 19 de diciembre de 2017, donde se encontraron cinco (5) hallazgos, de los cuales se subsanaron cinco (5) hallazgos dando cumplimiento al 100% del plan de mejoramiento y evaluación de la cuenta consolidada 2016 realizada en el mes de octubre de 2017; donde se encontraron dos (2) hallazgos, de los cuales se subsanaron dos (2) hallazgos dando cumplimiento al 100% del plan de mejoramiento. Como se puede observar en el siguiente gráfico:

PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LA CONTALORIA DEPARTAMENTAL

AUDITORIA EXPRESS VIGENCIA AUDITADA 2015	
FECHA DE SEGUIMIENTO	**CORTE A 31 DICIEMBRE DE 2018**
Total hallazgos del Plan de Mejoramiento	5
Total Actividades	7
Total Actividades Cerradas	7
Total Actividades en Ejecución	0
Total Actividades en Abiertas	0
Porcentaje de cumplimento del Plan de Mejoramiento	100%

EVALUACION DE LA CUENTA CONSOLIDA 2016 ESE HOSPITAL SAN VICEINTE DE PAUL GARZON	
FECHA DE SEGUIMIENTO	**CORTE A 31 DE JULIO DE 2018**
Total hallazgos del Plan de Mejoramiento	2
Total Actividades	5
Total Actividades Cerradas	5
Total Actividades en Ejecución	0
Total Actividades en Abiertas	0
Porcentaje de cumplimento del Plan de Mejoramiento	**100%**

Para la vigencia 2018 se suscribió el 11 de diciembre plan de mejoramiento con la Superintendencia Nacional de Salud, Supersalud donde se encontraron cuatro (4) hallazgos de los cuales se subsanaron tres (3) quedando pendiente uno (1) para la vigencia 2019

HALLAZGOS RESULTANTES DEL EJERCICIO DE CONTROL INTERNO

Durante la vigencia 2018 se efectuaron los comités del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), con una periodicidad mensual, desde los cuales se realiza seguimiento a las acciones de mejora establecidas de acuerdo a la priorización de estándares de acreditación en salud, con sus respectivos responsables del cumplimiento. Se dio continuidad a la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC, según normatividad vigente

El día 07 de mayo de 2018 se presentó y aprobó el plan de anual de auditorías de ESE ante el comité de coordinador del sistema de control interno donde se realizó 7 auditorías a las diferentes unidades funcionales y se encontraron ochenta y dos (82) hallazgo y se dio inicio a los planes de mejoramiento, con cada una de las unidades funcionales. Como se puede observar en el siguiente gráfico:

Auditoría	Proceso	Subproceso	Hallazgos
1	Gestión de Apoyo Diagnostico	Laboratorio Clínico	28
2	Gestión Ambulatorio	Consulta Externa	18
3	Gestión de Apoyo Diagnostico	Imágenes Diagnosticas	5
4	Gestión Logística	Transporte Asistencial-Referencia y Contrareferencia	13
5	Gestión Apoyo Terapéutico	Centro Integral de Terapias	9
6	Gestión de Apoyo Diagnostico	Banco de Sangre	2
7	Infraestructura y tecnología Biomédica	Ingeniera Biomédica y Mantenimiento	7

CONCEPTO DE APLICACIÓN NORMAS DE AUSTERIDAD DEL GASTO PÚBLICO

En cumplimiento a lo establecido por el Decreto 1737 de 1998, Directiva Presidencial 06 de 2014, y Decreto Nacional 984 de 2012, art. 1º, que trazan políticas sobre medidas de austeridad y eficiencia de las entidades públicas que manejan recursos del Tesoro Público y los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), normatividad que constituye la estructura jurídica en materia de austeridad del gasto.

Como recomendaciones para continuar con la política de racionalidad del gasto en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, la oficina Asesora de Control Interno presenta las siguientes:

- Se debe continuar con la minimización de gastos de papelería, impresión del papel por ambas caras para las impresiones, utilización permanente del correo electrónico como medio de envió de documentos en borrador o preliminares para revisión, elaboración de comunicados internos a través del correo electrónico, entre otros.

- Fomentar dentro de los empleados de la ESE y los usuarios de los servicios el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para reducir costos de fotocopias, impresos y publicaciones. La ESE Se encuentra trabajando en la implementación de la política de austeridad del gasto que se adoptara para la vigencia 2019 que le permite la reducción de diferentes gastos.

- Es evidente el esfuerzo para reducir los pagos del rubro mantenimiento hospitalario por lo que esto debe continuar con la gestión del proyecto "ESTUDIOS Y DISEÑOS DEFINITIVOS PARA LA CONSTRUCION POR ETAPAS DE LA NUEVA ESE mediante el contrato de consultoría No.212 de 2018.

CONCEPTO DEL JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

En concepto de esta Oficina Asesora de Control Interno, y teniendo como evidencias las evaluaciones adelantadas frente al Control Interno Contable 2018, la encuesta del Modelo Estándar de Control Interno 2018 en el aplicativo FURAG del Departamento Administrativo de la Función Pública, el diagnóstico MECI 2018, y las auditorías fiscales realizadas por la Contraloría Departamental del Huila podemos inferir que el Sistema de Control Interno en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl para la vigencia 2018 presenta un nivel ***ADECUADO*** de implementación y desarrollo permitiendo el logro de los objetivos institucionales, su Misión y Visión.

La evaluación consistió en un examen autónomo e independiente al Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la ESE, para dar cumplimiento a los planes, programas y proyectos con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el plan de Gestión para la vigencia 2018.

En ejercicio de las funciones desarrolladas por la Oficina Asesora de Control Interno se puede resaltar que para el año 2018 se reportaron los informes de ley a los diferentes órganos de control y vigilancia, así como a la alta dirección de la ESE en cumplimiento de la normatividad legal vigente y de la misión Institucional; los informes reportados fueron:

- Reporte del Informe Ejecutivo Anual de Control Interno de la vigencia 2018 en la plataforma SINTERCADH de la web de la Contraloría Departamental del Huila, en febrero de 2019.

- Reporte del Informe de Control Interno Contable de la vigencia 2018 en la plataforma SCHIP de la Contaduría General de la Nación, el día 14 de febrero de 2019.

- Reporte de la Evaluación MECI de la vigencia 2018 en la página web del Departamento Administrativo de la Función Pública, con radicado de fecha 27/02/2019.

- Igualmente se remitieron a gerencia en las fechas establecidas los cuatro informes trimestrales sobre austeridad en el Gasto Público, en cumplimiento de los Decretos 1737, 1738 de 1998, y Directiva Presidencial 06 de 2014.

- Reporte del Informe sobre Derechos de Autor 2015, relacionado con el uso y licenciamiento de software y hardware de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, a la Dirección Nacional de Derechos de autor, del Ministerio del Interior, en los términos de la circular Nº. 017 de 2011, el día 15 de febrero de 2018.

- Igualmente y en cumplimiento de la Circular Externa 001 de octubre 20 de 2011 proferida por el "Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial" se verificó por parte de la Oficina Asesora de Control Interno que la ESE HDSVP cumplió durante la vigencia 2018 con los requisitos de oportunidad y materialidad establecidos por la ley y la jurisprudencia en las respuestas dadas por la administración a derechos de petición formulados por los ciudadanos.

- En observancia con lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 se remitieron a la Gerencia de la ESE los informes semestrales correspondientes a consolidación de las PQR´s vigencia 2018 que los usuarios formulan, y que se relacionan con el cumplimiento de la misión de la entidad. Así mismo que esta atención se prestó de acuerdo con las normas legales vigentes durante este periodo.

- Se reportaron de manera oportuna en las fechas de 11/03/2018, 11/07/2018, y 11/11/2018 a la dirección de la ESE y en la página web de la entidad los Informes Cuatrimestrales Pormenorizados al Estado del Sistema de Control Interno, en los términos del artículo 9º de la Ley 1474 de 2011 o Estatuto Anticorrupción.

- Se reportaron de manera oportuna en las fechas de 10/05/2018, 11/09/2018, y 11/01/2019 a la dirección de la ESE y en la página web de la entidad los informes de Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en los términos del artículo 9º de la Ley 1474 de 2011.

- Supervisión y acompañamiento a la jornada electoral del día 14 de diciembre de 2018 para la elección de representante de la asociación de usuarios ante la Junta Directiva de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl.

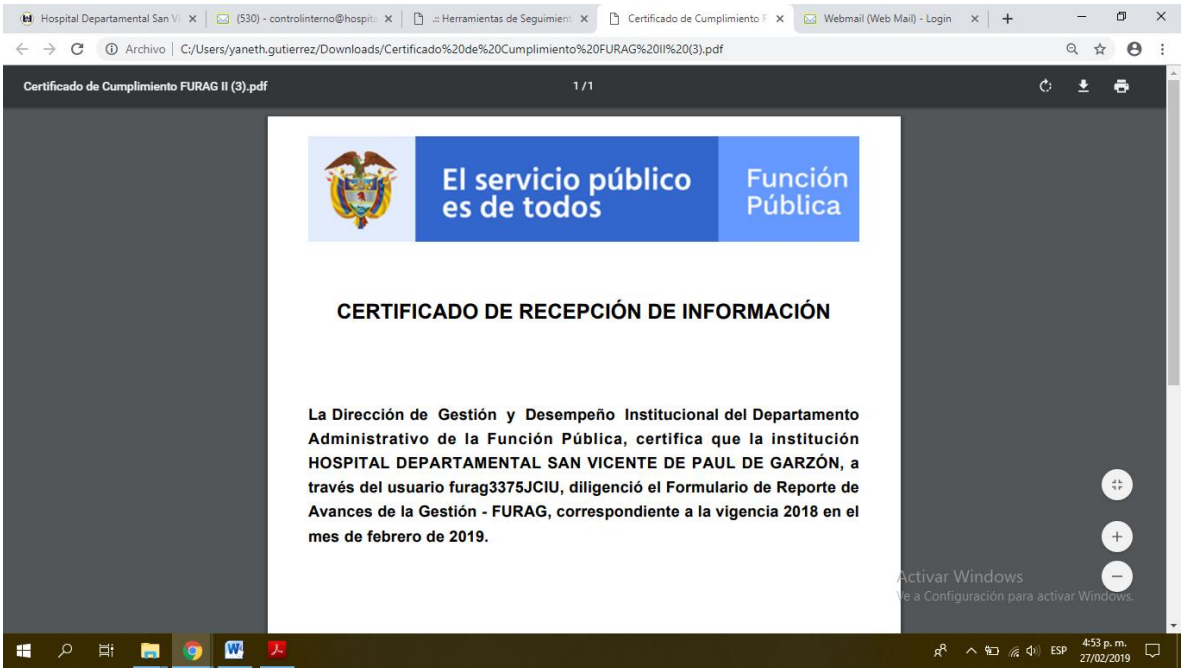
Evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

En atención a lo fijado por la Resolución No. 357 de 2008 " Por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría General de la Nación" el responsable del Sistema de Control Interno conjuntamente con el responsable del subproceso contable de la ESE, realizaron la evaluación del Sistema de Control Interno Contable de la ESE, del periodo comprendió entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre de 2018, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, en su evaluación final arrojo una calificación en el rango de **EFICIENTE**, informe que fue enviado a través del CHIP de la Contaduría General de la Nación, el día 14 de Febrero de 2018. Su valoración cuantitativa es la siguiente:

CONCEPTO	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
VALORACIÓN CUALITATIVA		
FORTALEZAS	SI	El personal vinculado a las áreas de contabilidad, presupuesto, cartera, pagaduría y facturación es idóneo en la ejecución de su trabajo. Permitiendo que la información se encuentre actualizada en tiempo real y que se presente de manera oportuna y con el cumplimiento de los requisitos normativos la información contable a os órganos de control y vigilancia; la unidad de contabilidad emite de manera oportuna información permanente de los resultados de medición de indicadores financieros a la alta dirección de la ESE; y que los procedimientos realizados por cada una de las áreas encargadas permita entre ellas la minimización del riesgo. La ESE cuenta con un Manual de Políticas contables, según Resolución No. 1216 de 2016 y con el manual de Procesos y Procedimientos según Resolución 1298 de 2018 y un manual de Riesgo según resolución 0223 de 2017 que le permite a la entidad controles oportunos.
DEBILIDADES	SI	El área contable se encuentra trabajando en el proceso de implementación de conciliaciones de operación reciprocas de la ESE.
AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE	SI	Se puede evidenciar que el personal vinculado al área contable recibe capacitaciones permanentes por parte de su jefe inmediato en la normatividad vigente.
RECOMENDACIONES	SI	Realizar el proceso de implementación de conciliaciones de operaciones reciprocas.

REPORTE DE EVALUACION ENCUESTA MECI VIGENCIA 2018 – DAFP

CERTIFICADO DE RECEPCION DE INFORMACIÓN FEBRERO DE 2018



IMPLEMENTACION MIPG Y AVANCES

Dimensión Talento Humano

DIMENSION	POLITICA	COMPONETE	OBSERVACION FRENTE DE IMPLEMENTACION
TALENTO HUMANO	GESTION ESTRATEGICA DE TALENTO HUMANO	PLANEACION	El autodiagnóstico realizado por el líder la unidad funcional con su equipo de trabajo tiene un cumplimiento del 82.7% En gestión documental la ESE cuenta con el software DINAMICA GERENCIAL, que genera reportes detallados del personal La ESE cuenta con el plan de vacantes adoptada mediante resolución No.1008 de 2018. La ESE cuenta con el plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo. Adoptada mediante resolución No 1008 de 2018

			La unidad funcional cuenta con el plan estratégico de talento humano. Adoptado mediante Resolución No. 1008 de 2018. La ESE cuenta con el plan de incentivos institucional adoptado mediante Resolución No, 1008 de 2018. La ESE mediante el software de dinámica gerencial puede generar reportes con la caracterización del personal La ESE cuenta con el plan institucional de capacitación, de estímulos y bienestar para los empleados de carrera adoptado mediante la Resolución No. 583 del 16 de abril de 2018. La ESE cuenta con el programa de Inducción y Reinducción adoptado mediante Resolución No. 0626 del 01 de junio de 2017
		PROMOCION DELA GESTION DEL CODIGO DE INTEGRIDAD	La ESE tiene adoptado el código de Integridad mediante la Resolución No. 261 de septiembre de 2018
RECOMEDACIONES Priorizar las rutas sugeridas en el autodiagnóstico.			

Dimensión Direccionamiento Estratégico

DIMENSION	POLITICA	COMPONETE	OBSERVACION FRENTE DE IMPLEMENTACION
DIRECCIONAMINETO ESTRATEGICO Y PLANEACION	PLANEACION INSTITUCIONAL	CONTEXTO ESTRATEGICO	El autodiagnóstico realizado por el líder la unidad funcional con su equipo de trabajo tiene un cumplimiento del 80% La ESE mediante la resolución No. 1055 del 10 de septiembre de 2016 " Por el cual se adopta las modificaciones al modelo de operaciones por procesos en su versión 004 y se dictan otras disposiciones. La cual contiene la misión, visión, objetivos, principios valores, marco estratégico, modelo de operación por procesos La ESE cuenta con la unidad funcional del SIAU creada mediante resolución No. 1045 de 2004, donde se establece el sistema de atención al usuario, esta oficina genera reportes de caracterización de usuarios donde se caracterizan personas víctimas de conflicto armado, en situación de discapacidad en otros factores.
		CALIDAD DE LA PLANEACION	La ESE cuenta con el POA que a corte de 31 de diciembre de 2018 alcanzo un cumplimiento del 94,6% del total programado para la vigencia fiscal 2018 La ESE En cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la Entidad elabora anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, que contiene entre otras cosas el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas concretas para mitigar dichos riesgos. Este Plan Anticorrupción y atención al ciudadano puede ser consultado en la web Institucional por la ciudadanía en general y se adoptó mediante la resolución 0202 del 2018 El plan anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia 2018, se realiza seguimientos a través de la Oficina de Control Interno, verificando se haya implementado las

			acciones previstas y cuyo resultado se publica en la página Web de la ESE
		LIDERAZGO ESTRATEGICO	La ESE mediante la resolución No. 0223 de 2017, adopto el manual de gestión de riesgos en su versión 06. Mensualmente la unidad funcional de calidad realiza el seguimiento a riesgo de la institución.
RECOMEDACIONES Se debe continuar trabajando en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG			

Dimensión Gestión para Resultados con Valores

DIMENSION	POLITICA	COMPONETE	OBSERVACION FRENTE DE IMPLEMENTACION
GESTION CON VALOR PARA RESUSLTADOS	**GESTION PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PUBLCO**	**GESTION PREUSPUESTAL**	Se elaboró y presento de manera oportuna a la dirección de la ESE el informe de austeridad del gasto público en los términos establecidos por el Decreto 1737 de 1998, Directiva presidencial Nº. 06 de 2014 y Decreto Nacional Nº. 984 de 2012.
			Los funcionarios de la ESE están utilizando estrategias para minimizar el gasto de papelería, Utilización del papel por ambas caras para las impresiones, utilización permanente del correo electrónico como medio de envió de documentos en borrador o preliminares para revisión, elaboración de comunicados internos a través del correo electrónico, entre otros. La ESE se encuentra en la implementación de la política de austeridad del gasto.
	GESTION DE SERVICIO AL CIUDADANO	**SERVICIO AL CIUDADANO**	La ESE cuenta con la Unidad Funcional de Atención al Usuario 2018 Creado mediante Resolución No. 1045 d 2004
		GOBIERNO DIGITAL	Con el fin de cumplir los objetivos de servicios de TIC asociados al proceso de Direccionamiento Estratégico se cuenta con 1 coordinador de sistemas y 1 ingeniero de sistemas y 1 tecnólogo de sistemas

	DEFENSA JUDICIAL	COMITÉ DE CONCILACION	Mediante la resolución 177 de 2010, se creó el comité de conciliación de la ESE

Dimensión Evaluación de Resultados

DIMENSION	POLITICA	COMPONETE	OBSERVACION FRENTE DE IMPLEMENTACION
EVALUACION DE RESULTADOS	SEGUIMIENTO Y EVAKUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	DISEÑO DEL PROCESO DE EVALUACION	La ESE cuenta con la unidad funcional de planeación que lidera el proceso de seguimiento y evaluación de los planes operativos de la institución
			se cuenta con informe de gestión a corte 31 de diciembre de 2018 donde se puede evidencia el cumplimiento al plan del 94,6 %
		CALIDAD DE LA EVALUACION	El Programa de Auditoría Interna de Procesos vigencia 2018 de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, fue presentado el día 07 de mayo de 2018 al Gerente de la Entidad para que fuera socializado y aprobado por el Comité Institucional del Sistema de Control Interno, lo que se dio mediante Acta Nº 01 de 07 de mayo de 2018; Donde a fecha 31 de diciembre de 2018 se realizaron 7 auditorías duarante la vigencia fiscal 2018
		UTILIDAD DE LA INFORMACION	La oficina asesora de control interno de la ESE realiza los seguimientos a los planes de mejora establecidos de los hallazgos encontrados en las auditorias.
		EFECTIVIDAD DE LA INFORMACION	Mediante los informes del plan de desarrollo y plan de gestión se evalúa el logro de la metas y resultados establecidos en la planeación con el fin de identificar las brechas entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados.

Dimensión Información y Comunicación

DIMENSION	POLITICA	COMPONETE	OBSERVACION FRENTE DE IMPLEMENTACION
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	GESTION DOCUMENTAL	ESTRATEGICO	De acuerdo a los procesos de Gestión documental, en donde se elaboró el **Plan Institucional de Archivos -PINAR,** se identificaron aspectos críticos de la Gestión Documental en la entidad; Donde se formularon planes de mejora. El cual lleva al fortalecimiento institucional, transparencia, eficiencia de un buen manejo de conservación y almacenamiento de la información. El programa de gestión documental PGD y las tablas de retención documental TRD fue adoptada mediante Resolución No. 1494 de 2018
			AVANCES PLAN DE MEJORA GESTION DOCUMENTAL: Se han llevado eventos de capacitación, sensibilización a todos los funcionarios de la entidad, en cuanto al manejo, manipulación y organización de la Gestión Documental, establecidos en las Normas Archivísticas
			En la construcción de la ***Tabla de Retención Documental*** por etapas, se ha adelantado la recolección de información en la Encuesta Estudio Unidad Documental con los productores de documentos en cada una de las diferentes dependencias, con el fin de identificar las unidades documentales que producen y/o tramitan.
	GESTION DE SERVICIO AL CIUDADANO	SERVICIO AL CIUDADANO	La ESE cuenta con la Unidad Funcional de Atención al Usuario 2018 Creado mediante Resolución No. 1045 d 2004
	TRANSPARENCIA Y ACCESO DE LA INFORMACION	GOBIERNO DIGITAL	Con el fin de cumplir los objetivos de servicios de TIC asociados al proceso de Direccionamiento Estratégico se cuenta con 1 coordinador de sistemas y 1 ingeniero de sistemas y 1 tecnólogo de sistemas

			La ESE mediante la resolución No. 1008 de 24 de julio de 2018 adopto el plan estratégico de tecnologías de la información y comunicación (PETIC), plan de seguridad y privacidad de la información, plan de tratamiento a riesgo de seguridad y privacidad de la información
		ACCESO A LA INFORMACION	A la fecha se cuenta con un trámite en inscrito en el SUIT:
			1. Atención Inicial de urgencias.
			2. Asignación de citas para la prestación de servicios en salud.
			3. Certificado de defunción.
			4. Certificado nacido vivo.
			5. Examen de laboratorio clínico.
			6. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.
			7. Historia clínica.
			8. Radiología e imágenes diagnósticas.
			9. Terapia.

Dimensión Control Interno

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón mantiene un sistema de Control Interno debidamente Implementado y con un nivel de desarrollo adecuado, enmarcados en los lineamientos del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno. Cada una de las unidades funcionales de la ESE viene aplicando el autocontrol que permite mitigar el riesgo de la institución.

YANETH GUTIERREZ MARTINEZ
Asesor de Control Interno