



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 20177 y DECRETO 1499 DE 2017

Periodo Evaluado	12/11/2017 al 11/03/2018
Asesor Control Interno	Yaneth Gutierrez Martinez
Fecha de Elaboración	17/02/2018

Introducción

La Constitución Política de 1991 se constituye en el punto de partida para la normatividad relacionada con el tema del Control Interno; así, en primera instancia, el artículo 209 establece que “la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones”; estos principios rigen la función administrativa entendida como el desarrollo de las actividades propias de cada entidad pública; en este sentido, el control interno es el garante de la efectividad en la aplicación de dichos principios.

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema único se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación

El Decreto 1499 de 2017 actualizó el Modelo para el orden nacional se hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales. El nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

Acorde con lo anterior, se define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos, por lo que el Modelo Estándar de Control Interno - MECI continúa siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno, cuya estructura se actualiza en articulación con el MIPG.



En este sentido, es importante aclarar que el MIPG, opera a través de 7 dimensiones, las cuales integran políticas, elementos o instrumentos con un propósito común, propias de cualquier proceso de gestión PHVA, adaptables a cualquier entidad pública. Una de estas dimensiones es la de Control Interno, por lo que existirán temas que al estar articulados con éste deberán incorporarse en la medida de las características y complejidad de cada entidad.

Objetivo

Dar estricta aplicación a lo reglamentado en el artículo 9º. Reportes del Responsable de Control Interno, de la Ley 1474 de 2011, Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de los actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública; El citado artículo establece que el Jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. Por lo tanto, se presenta a continuación el informe respectivo de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón, del periodo comprendido entre *el 12 de noviembre de 2017 y el 11 de marzo de 2018*.

Alcance

El presente informe involucra todos los procesos y procedimientos estratégicos, misionales, transversales y de evaluación, establecidos en el Mapa de Procesos de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón.

Criterio

Con base en el seguimiento a los avances y dificultades reportados en los informes anteriores, planes de mejoramiento de auditorías internas y externas, en la observación y análisis de documentos relacionados, y en general con reportes del SIAU sobre Peticiones, Quejas y Reclamos presentados por usuarios de los servicios medico asistenciales y público en general.



1. Módulo de Control de Planeación y Gestión

Avances

Componente Talento Humano

Sobre los acuerdos, compromisos y protocolos éticos, se encuentra que los servidores de la entidad tienen conocimiento de la normatividad que los regula sobre su comportamiento y desarrollo de sus funciones; se respetan y acatan los códigos adoptados; los servidores de cada una de las áreas aplican los principios y valores conforme los acuerdos colectivos sobre actitudes, prácticas y formas concretas de actuación en el cumplimiento de la función pública que les corresponde, de acuerdo con las especificidades de la respectiva área en cuanto a sus funciones, competencias y públicos con los que se relaciona.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón, cuenta con el **CÓDIGO DE ÉTICA Y VALORES**, el cual contiene los lineamientos comportamentales que orientan a construir una organización estable y próspera.

El citado código tiene como propósito establecer las normas de conducta, los principios y valores en el marco normativo ético que deben observar todos los funcionarios y/o contratistas que estén vinculados a la Entidad.

Igualmente, la Institución cuenta con el **CODIGO DE BUEN GOBIERNO** que está enmarcado en los principios de transparencia, gobernabilidad y control en la gestión, políticas en cuanto al manejo del Talento Humano, relación con los usuarios, proveedores, compromiso con la calidad, procesos de información y comunicación y responsabilidad social, las cuales deben ser tenidas en cuenta por la alta Dirección y los funcionarios en el desarrollo de la gestión de la entidad. Menciona los organismos externos e internos responsables del Control y regulación de la entidad como Empresa Social del Estado del orden Departamental.

Desarrollo del Talento Humano

La Entidad Hospitalaria cuenta con el **MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES** el cual fue adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 08 del 29 de septiembre de 2016, el cual establece la identificación, propósito principal, descripción de funciones esenciales, contribuciones individuales, conocimientos básicos y requisitos de estudio y experiencia, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Decreto 2484 de 2014 compilado por el Decreto 1083 de 2015 (Decreto Único Reglamentario del sector de Función Pública).



Para el desarrollo del talento humano se tienen las actividades de bienestar social, salud ocupacional y capacitación. La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón tiene como soporte la resolución N.º 0328 del 13 de marzo de 2017, donde se establece el Plan Institucional de Capacitación, Estímulos y Bienestar Social para los empleados de carrera para la vigencia 2017, el cual crea el sistema interno de capacitación, constituido por el Plan Institucional que se orienta a mejorar el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas de los servidores públicos, en función tanto de su desarrollo personal y laboral, como del logro efectivo de los resultados institucionales, de acuerdo a las estrategias y políticas del Plan Nacional de Formación y Capacitación.

Respecto a la **EVALUACION DE DESEMPEÑO LABORAL**, se verifico que, a más tardar el 28 de febrero de 2018, los evaluadores concertaran con el evaluado los compromisos laborales en cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 565 de 2016 "Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación de Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba" proferido por la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC).

En lo que tiene que ver con el **PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**, el Hospital en forma mensual mediante circular de Gerencia establece en forma coordinada que cada líder de proceso instruya a los aspirantes a ingresar a laborar sobre los servicios que se prestan.

Componente Direccionamiento Estratégico

Dentro del marco de las responsabilidades y competencias de la Oficina de Control Interno dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004 Obligación de evaluar: "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento". El informe de gestión por dependencias emitido por la Oficina de Control Interno será tenido en cuenta como referente para la evaluación del desempeño laboral individual. Según lo dispuesto en la Circular No. 4 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las entidades del Orden Nacional y Territorial, en consonancia con el artículo 26 del Acuerdo No. 565 de 2016. Por consiguiente, se realizó las respectivas evaluaciones de las dependencias, donde se puede evidenciar que la ESE cuenta con un personal idóneo en cada una de sus áreas.



La subdirección administrativa se encuentra adelantando el proceso contractual para que se cuente con una persona idónea para la implementación de las Tablas de Retención Documental TRD, y adopción del sistema de gestión documental.

Se evidencia continuidad en la aplicación de encuestas a los usuarios por parte del Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU, con el fin de medir la percepción con relación al servicio y atención recibida. Se evalúan las actividades e indicadores formulados en el Plan de Gestión 2016-2020 y Plan operativo Anual 2017

Las quejas, sugerencias y felicitaciones presentados por la ciudadanía a la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl en la Oficina de Atención al Usuario durante el periodo de enero a diciembre de 2017 encontramos: el total de quejas asciende a 176 correspondiente al 44%; 47 sugerencias correspondientes al 11%, y 180 felicitaciones que corresponden al 45%.

Marco Estratégico

Se reformula con el fin de institucionalizar la planeación estratégica en coherencia con la del gobierno nacional, departamental y local, de tal forma que permita a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl cumplir con su misión y objetivos, es decir, especificar los resultados esperados en la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos para lograrlo.

La planeación estratégica de la ESE es el marco para la operación de todos los procesos que integran el modelo de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, institución de mediana complejidad con servicios habilitados de mayor complejidad y un área de influencia conformada por ocho (8) Municipios que integran la zona centro del Departamento del Huila; Garzón, Tarqui, Suaza, Altamira, Agrado, Pital, Gigante, y Guadalupe; dicho direccionamiento enmarca su gestión estratégica o gerencial, clínica o asistencial, administrativa y financiera, como empresa social del estado.

La alta dirección logró un cumplimiento de ejecución del Plan Operativo o Plan de Acción 2017 del 99,9 % de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditación en salud, con 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 2017



La calificación promedio del grupo de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial fue de tres puntos uno (3,1 y la calificación promedio del grupo de estándares de Apoyo Administrativo - Gerencial fue de tres puntos uno (3.1), para un promedio de calificación global para el año 2017 de tres puntos uno (3.1). Ahora bien, como la calificación promedio global para el año 2016, fue de tres puntos cero cinco (3,05), el indicador (Promedio de la calificación de la autoevaluación en la 2017/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2016) es igual a: $I = \frac{3.1}{3.05} = 1,0$ puntaje por debajo de la meta programada de ≥ 1.25 para el año 2017.

Por lo tanto, no se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para este indicador (≥ 1.20) en la Resolución 0408 de 2018. Sin embargo, para efectos de la calificación del estándar respecto del Anexo 3 de la Resolución 0408 de 2018 instructivo para la calificación, con este resultado obtendría una calificación de **uno (1)**.

Durante la vigencia fiscal de 2017 se programaron 24 acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría, de las cuales se ejecutaron 24 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 2017 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 Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón continua con el trámite para la acreditación de los procesos, conforme los términos del Decreto N°. 903 de 2014, "Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud", el Decreto N°. 2082 de 2014, "Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud".

Componente Administración del Riesgo

La Institución Hospitalaria tiene definidos las Políticas de Administración del Riesgo en el Documento denominado MANUAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS, el cual contiene los objetivos, alcance, marco legal, definiciones, políticas para la administración de riegos, marco conceptual y metodológico, matriz de identificación del riesgo (todos los procesos) y Mapa de Riesgos Operacionales (todos los procesos).



Adicional a lo anterior y 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.

Identificación del Riesgo

El MANUAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS identifica los factores internos y externos que pueden generar eventos de riesgo para la Entidad.

El citado documento determina los riesgos de cada proceso que afecta el cumplimiento de la Institución

Análisis y Valoración del Riesgo

El Manual de Administración de Riesgos contiene el análisis de riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización; igualmente establece el Mapa de Riesgos de cada proceso que identifica controles correctivos y preventivos

Así mismo 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.

Se realiza anualmente la respectiva autoevaluación de habilitación con los coordinadores de cada uno de los servicios con el fin de verificar el porcentaje de cumplimiento. Ante los hallazgos presentados se realiza el plan de mejora con los responsables y se fijan fechas de cumplimiento. En el comité de calidad se realiza el seguimiento mensual a las acciones y seguimiento a lo establecido en el plan de mejora con el fin de evitar el RIESGO. Este comité está conformado por integrantes del equipo autoevaluador y se encuentra integrado por equipo de calidad (líder mejora continua, gestora sistema único de habilitación, líder del programa de seguridad del paciente y gestora del sistema único de información), químico farmacéutico, ingeniero biomédico, gestora esterilización, coordinador de mantenimiento.



Dando cumplimiento a la nueva resolución No.2003 de 2014 se realiza el proceso de renovación de habilitación de servicios de salud de cincuenta y un (51) servicios habilitados con las tres (3) sedes habilitadas así:

Empresa Social del Estado San Vicente de Paúl de Garzón con código de habilitación No. 412980041901, dispone de treinta y cuatro (36) servicios habilitados.

Centro Integral de Terapias con código de habilitación No. 412980041902 dispone de cinco (5) servicios habilitados.

Sede Ambulatorio con código de habilitación No. 412980041903 dispone de doce (10) servicios habilitados, tal como se evidencia su registro en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS). Se realizó el proceso de certificación de autoevaluación con vigencia de un (1) año, la cual vence el día 30 de enero de 2019.

Módulo Control de Evaluación y Seguimiento

Avances

Componente Autoevaluación Institucional

Sobre el módulo Evaluación y Seguimiento, en el componente Autoevaluación Institucional, la Oficina de Control Interno realizó los siguientes informes de seguimiento en el periodo comprendido entre el 12 de noviembre de 2017 y el 11 de marzo de 2018

1. Se dio cumplimiento en el 100% del Plan de Acción de la Oficina Asesora de Control Interno para la vigencia 2017, en los términos de la Ley 87 de 1993, el cual había sido aprobado por el al Comité Coordinador del Sistema de Control Interno.
2. Se evaluó y se hizo seguimiento de manera oportuna al informe semestral de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Recomendaciones presentado por el Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU correspondiente al segundo semestre de 2017; se dio a conocer de las directivas de la ESE, en los términos del artículo 76° de la Ley 1474 de 2011.



3. Se verifico que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2018 estuviera formulado y subido en la web de la ESE a 31 de enero de 2018; se presentó el informe de seguimiento al Plan desde el 01 de septiembre de 2017 al 31 de diciembre de 2017 el cual fue subido a la página web de la ESE.
4. Se elaboro 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 N°. 06 de 2014 y Decreto Nacional N°. 984 de 2012. El informe presentado fue del periodo comprendido desde el 01 de octubre de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017.
5. Seguimiento al plan de mejoramiento de la Contraloría Departamental del Huila EVALUACION A LA CUENTA CONSOLIDADA 2016 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA.
6. Se reporto de manera oportuna en la página de la Dirección Nacional de Derechos de Autor DNDA el informe relacionado con el cumplimiento de las normas en materia de derechos de autor sobre uso y disposición final de software, en los términos de ley con fecha limite el día 16 de marzo de 2018.
7. Se diligencio de manera completa y oportuna a través del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión-FURAG II del Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP, la medición de la gestión y el desempeño institucional de la ESE, que servirá como línea base para la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG V2, reporte que se realizó en los términos del Decreto N°. 1499 de 2017, en el mes de octubre de 2017. Los resultados de dicho reporte estarán disponibles a finales de 2017 o inicios de 2018 en la página de la Función Pública.

Componente Auditoría Interna.

Se realizó la actualización de la resolución institucional N°. 1588 de 2008 conforme lo normado por el Decreto N°. 648 de 2017 y en cumplimiento a lo planeado por el Comité Directivo de Coordinación del Sistema de Control Interno, según consta en Acta No. 001 del 17 de mayo de 2017.

Del total de auditorías programadas (12) se ejecutaron siete (7) dando así cumplimiento ampliamente a lo programado en el Plan de Acción o Plan Operativo de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl 2017 que establecía un número de tres (3), de acuerdo a lo siguiente:



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL				
PLAN OPERATIVO O PLAN DE ACCION 2017				
ACCIONES GENERALES	ACTIVIDAD A REALIZAR 2017	META DEL PLAN	FECHA	RESPONSABLE
Sistema de Control Interno	Realizar auditorías internas de procesos, elaborar los planes para cada una de ellas, presentar los informes y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento resultado de ellas.	3	Abril, julio, octubre 2017	Asesor Control Interno

FUENTE: ARCHIVO FISICO Y MAGNETICO OFICINA DE CONTROL INTERNO

Las auditorías que no se realizaron presentaron diferentes situaciones entre ellas dificultades para organizar los cuadros de turno de algunos auditores o disponibilidad de tiempo de los mismos; disponibilidad de tiempo del asesor de control interno para realizar el acompañamiento a su ejecución, planificación y realización de informes.

La auditoría al proceso Gestión Talento Humano, subproceso Seguridad y Salud en el Trabajo-Sistema de Gestión Ambiental SGA, incluida en el programa de auditorías internas 2017 de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, por hallazgo de la Contraloría Departamental del Huila, no se pudo desarrollar por impedimento del líder del proceso medico Henry Edgar Arce Sánchez.

Sobre la auditoria al proceso Apoyo Terapéutico, subproceso Farmacia programada para realizar del 20 al 24 de noviembre de 2017, se desarrolló parcialmente, pero por disponibilidad de tiempo de los auditores no fue posible continuarla y llevarla hasta su finalización. Se adelanto planificación de la auditoría, reunión de apertura y ejecución de la misma en un 70%.

Ahora bien, con respecto al desarrollo de las auditorias encontramos el siguiente número de hallazgos de acuerdo a cada proceso:

PROCESO	SUBPROCESO	HALLAZGOS	RESPONSABLE
Quirófanos	Cirugía	22	Karina Tejedor Lobelo
Gestión Gineco Obstetricia	Consulta de urgencias gineco obstétrica y atención del parto	7	Gladys Guio Montano
Contratación y Almacén	Contratación Administrativa	4	Liliana Barajas Hernández
Gestión Financiera	Cartera	10	Libia Goretty Triana Duran
Gestión Epidemiología	SIVIGILA, Prevención y control IAAS, Estadísticas vitales	19	Diana Milena Pedroza Barbosa
Atención al Usuario	Servicio de Atención al Usuario y Trabajo Social	6	Yerli Alejandra Cediél González
Gestión Internación	Internación Pediátrica	13	María Fernanda Méndez Pedreros
	UCI Neonatal	11	Lucy Adriana Cárdenas Liliana Quevedo Neuta

FUENTE: ARCHIVO FISICO Y MAGNETICO OFICINA DE CONTROL INTERNO



El seguimiento a los planes de mejoramiento de las auditorías internas se debe adelantar de manera trimestral o cuando se realice una nueva auditoría al mismo proceso; el propósito radica en que todas las actividades que se desarrollan en el servicio estén enmarcadas en los códigos, manuales de procedimientos, guías, protocolos y demás normas que habilitan el servicio para tener un proceso que se ajusta a las normas.

Para procurar el adecuado ejercicio de la Actividad de Auditoría Interna, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón, inició la preparación del Código de Ética del Auditor Interno, garantizando la correcta acción y el comportamiento de los auditores internos en la Entidad. Se espera su consolidación, socialización y adopción a través de acto administrativo.

Se proyecta la Resolución Institucional por la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón, en cumplimiento a las normas emitidas por el Instituto de Auditores Internos – IIA en el “Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna” proporcionan un esquema estructurado y “...coherente que facilita el desarrollo, la interpretación y aplicación de conceptos, metodologías y técnicas de forma consiente útiles a una disciplina o profesión...teniendo en cuenta que la Auditoría Interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización.

Componente Planes de Mejoramiento.

La oficina de Control Interno en el desarrollo de las auditorías internas ha generado 22 hallazgos en el Proceso Quirófanos, Subproceso Cirugía y 19 hallazgos en el Proceso Epidemiología, subproceso Gestión de Epidemiología (SIVIGILA, prevención, vigilancia y control de IAAS; estadísticas vitales; unidad funcional de apoyo a investigaciones, educación continuada y extensión), en el proceso Gestión Internación, subproceso Internación Pediátrica 13 hallazgos y en el subproceso UCI Neonatal 11 hallazgos, en el Proceso Gestión Financiera, Subproceso Cartera 10 hallazgos, en el proceso Gestión Gineco Obstetricia, subproceso Consulta de Urgencia Gineco Obstetricia y Atención del Parto 7 hallazgos y el proceso Contratación y Almacén, subproceso Contratación Administrativa 07 hallazgos)



Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

El desarrollo del artículo 73 de la ley 1474 de 2011 se realiza el 2º seguimiento al plan de acción anticorrupción y de atención al ciudadano con fecha 31 de diciembre de 2017, resaltando el cumplimiento de los reportes relacionados con el Sistema de Administración de Riesgos y Lavado de Activos -SARLAFT, correspondiente a los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2017.

Respecto de los mecanismos para Mejorar la Atención al ciudadano se realiza la apertura de buzones de sugerencias, levantando la respectiva acta en la cual intervienen la coordinadora de SIAU, trabajadora social y un representante de la asociación de usuarios. El periodo abarcado fue mayo, junio, julio y agosto.

Se programan y desarrollan capacitaciones sobre prevención de cáncer de seno y próstata, Copagos y Cuotas Moderadoras, Código de Ética y buen Gobierno, Comunicación Asertiva, Trabajo en Equipo y Humanización y Seguridad del Paciente

Se aplican encuestas de satisfacción después de prestado un servicio a los usuarios tendientes a evaluar la satisfacción del servicio. Durante los meses de septiembre, noviembre y diciembre la satisfacción del servicio estuvo por encima del 90%, cumpliendo la meta; en el mes de octubre se presenta plan de mejoramiento en razón a que el porcentaje de satisfacción obtenido fue del 89.22% respectivamente, ubicándose por debajo del promedio establecido por la Supersalud, el cual es del 90%.

La ESE ha dado cumplimiento a los términos para el trámite de quejas, ajustado a las directrices de la Superintendencia Nacional de Salud, que ha fijado una meta estándar de 15 días hábiles para respuesta a PQRS y 8 días se considera un tiempo oportuno para el trámite de respuesta. En los casos de quejas anónimas, se realizó la respuesta y se publicó en las carteleras de la Institución

Seguimiento Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto (julio a septiembre)

Se realiza 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, consignándose aspectos relevantes y recomendaciones importantes



Seguimiento a Comités de Conciliación

Con relación al seguimiento a comités de conciliación en donde se debate la procedibilidad de la conciliación se encontró la siguiente información:

ACTA	FECHA	OBJETO	ORGANO JUDICIAL	DEMANDANTE	DEMANDADO
065	02/13/2017	Estudio de las pretensiones consignadas en la convocatoria a conciliación ante el órgano judicial propuesta por la demandante y otros, como requisito de procedibilidad para demanda de reparación directa	Procurador 090 judicial I para asuntos administrativos de Neiva	Leidy Yumary Escobar Trujillo y otros	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila
067	14/09/2017	Caso 1. Estudio de la conciliación del fallo del proceso 2011-0423 de la demandante Hermilia Moreno Muñoz de reparación directa contra la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila y la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Caso 2. Estudio de la conciliación del fallo del proceso 2013-00317 de la demandante Eugenia Guzmán Ramírez de reparación directa contra la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila	Caso 1. Juzgado 3º Administrativo oral de Neiva Caso 2. Tribunal Contencioso Administrativo del Huila, Sala 3º de Decisión del Sistema Oral	Caso 1. Hermilia Moreno Muñoz Caso 2. Eugenia Guzmán Ramírez	Caso 1. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila y la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva Caso 2. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila
068	23/10/2017	Caso 1. Estudio de la conciliación del fallo del proceso 2013-00317 de la demandante Eugenia Guzmán Ramírez de reparación directa contra la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila. Caso 2. Estudio de las pretensiones consignadas en la demanda ejecutiva Rad. 2016-037 ante el juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, interpuesta por la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila contra la Previsora S. A., Compañía de Seguros	Caso 1. Tribunal Contencioso Administrativo del Huila, Sala 3º de Decisión del Sistema Oral Caso 2. Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva	Caso 1. Eugenia Guzmán Ramírez Caso 2. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila	Caso 1. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila Caso 2. La Previsora S. A., Compañía de Seguros
069	29/11/2017	Estudio de las pretensiones consignadas en la convocatoria a conciliación ante Procuraduría 069 judicial I para asuntos administrativos de Neiva	Procurador 069 judicial I para asuntos administrativos de Neiva	Carol Andrea Ñañez Thola y otros	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila



		Estudio de las pretensiones consignadas en la convocatoria a conciliación ante Procuraduría 153 judicial II para asuntos administrativos de Neiva	Procurador 153 judicial II para asuntos administrativos de Neiva	Saira Liliana Oliveros Murcia y otros	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila
071		Estudio de las pretensiones consignadas en la convocatoria a conciliación prejudicial ante Procuraduría 089 judicial I para asuntos administrativos de Neiva	Procurador 089 judicial I para asuntos administrativos de Neiva	Erika Daniela Perdomo Ardila	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila

Seguimiento y Evaluación Plan Operativo 2017

En cumplimiento de lo fijado por la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013, la Oficina de Planeación realiza el informe de gestión del cuarto trimestre de 2017 y presenta el resultado de monitoreo y seguimiento de los indicadores del Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020, mostrando relevancia en los siguientes aspectos:

8. La ejecución del Plan Operativo anual de la ESE, evidencia una ejecución del 99% del total programado para la vigencia fiscal de 2017
9. El área de Dirección y Gerencia logra un cumplimiento de ejecución del Plan de Operativo Anual 2017, equivalente al 99% de lo programado en la vigencia
10. En el área Financiera y Administrativa se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Operativo Anual equivalente al 86,3% de lo programado en la vigencia
11. En el rea Clínica o Asistencial, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Operativo Anual 2017 de equivalente al 100% de lo programado en la vigencia

Se soporta en la Matriz Excel de monitoreo, seguimiento y evaluación de avance del Plan Operativo 2017 y el cuadro de mando de seguimiento de los indicadores del Plan de Gestión 2016-2020, para la vigencia fiscal 2017.

Respecto del monitoreo y seguimiento a los indicadores y metas del plan de desarrollo institucional 2016 – 2020, tenemos el siguiente cuadro se observa el comportamiento de cada uno de los indicadores y metas programadas y alcanzadas con corte a diciembre 31 de 2017.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5**

AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Dirección y Gerencia	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	
	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	
	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	
	TOTAL	99%
AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Financiera y Administrativa	Riesgo fiscal y financiero	
	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2)	
	Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	
	Monto de la deuda superior a (30) días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	
	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	
	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	
	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	
	TOTAL	86,3
AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Clínica	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensión en la gestación	
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).	
	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	
	Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	



Asistencial	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	
	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	
	Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría	
	Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica	
	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	
	TOTAL	100%

Dificultades

Respecto del presente indicador **Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas; b) compras a través de cooperativas de ESE y c) compras a través de mecanismos electrónicos**, la ESE, no logró dar cumplimiento con lo fijado por la Resolución 0408 de Febrero 15 de 2018 “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones” – **Anexo 2 Indicadores y Estándares por Área de Gestión**, toda vez, que, durante la vigencia fiscal de 2017, se presentaron circunstancias institucionales que no hicieron factible, implementar dicho indicador, tales como: la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, realiza las compras de medicamentos y material médico quirúrgico siguiendo las normas internas fijadas en el Estatuto de Contratación, adoptado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo 004 de Junio 04 de 2014. En los numerales 12 y 13 del artículo 9° del Acuerdo 004, se establece que cuando se requiera la compra de equipos biomédicos y sus repuestos y los medicamentos, insumos médico quirúrgicos y dispositivos biomédicos, siempre que se realicen directamente con el fabricante o su distribuidor exclusivos, se hará mediante contratación directa o de lo contrario por selección simplificada. - Durante la vigencia fiscal de 2017, la empresa realizó tres (3) procesos de selección simplificada para la compra de medicamentos y material médico quirúrgico, procesos que fueron publicados en la página web de la ESE, para que los proponentes concurrieran a presentar propuestas. Sin embargo, una vez finalizado el tiempo para presentar propuestas no se presentaron las cooperativas de empresas sociales del estado al proceso de selección simplificada, ni se usó del literal (a) Compras Conjuntas ni el literal (c) compras a través de mecanismos electrónicos fijados en el indicador Ministerial, es decir, las compras a través de estos tres (3) mecanismos fue de cero (0) pesos.



Los mayores deudores del ESE son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio del régimen subsidiado con una cartera que representa el 55,3% del total de la ESE, seguidas por las del régimen contributivo con el 34% de la cartera morosa, seguida por las empresas del SOAT y ECAT con el 7,8% y otros deudores en salud con el 0,4%, esta cartera no se incluye el difícil cobro heredada de las EPS liquidadas como Saludcoop, Caprecom entre otras.

La cartera total se incrementó el 16,2% en el 2017 frente a lo observado en el 2016, es decir, las EPS continúan reteniendo y demorando los recursos con destino salud y la ESE endeudándose cada vez más, para lograr responder con la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Es importante que la ESE requiera a las EAPB respecto del cumplimiento a los términos para glosar o devolver facturas radicadas, ya que las facturas glosadas y/o devueltas por parte de la Entidad Deudora llegan de manera extemporánea a la Empresa, dejando en riesgo la gestión de cobro dado que desborda los términos definidos al tenor del Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

La estructura física de la ESE presenta alta vulnerabilidad sísmica e inestabilidad estructural debido a la antigüedad de su construcción ya que no responde a las normas técnicas exigidas por el Ministerio de Salud para este tipo de edificaciones; algunas áreas adolecen de normas sismo resistentes, malas condiciones de las redes hidráulicas, sanitarias, eléctricas, comunicación y sistemas, frecuentes filtraciones de agua y humedad en oficinas, consultorios y habitaciones; y sus instalaciones no responden al volumen de servicios que demandan los usuarios ubicados en la zona de influencia del Hospital como en los casos de consulta externa, urgencias, observación, sala de procedimientos, consultorios médicos, área de sistemas; con el agravante que el servicio de consulta externa se presta frente a las instalaciones de la ESE teniendo los usuarios que facturar el servicio y luego atravesar la avenida hasta consulta externa con el consecuente riesgo especialmente para niños y adultos mayores.

Eje Transversal: Información y Comunicación

Avances

Información y comunicación Interna y Externa

Se evidencia el cumplimiento a trámites de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias



Tablas de Retención Documental

El proceso de gestión documental apenas se va a iniciar y se busca capacitar e involucrar a todas las dependencias de la empresa

Sistemas de Información y Comunicación

El aplicativo Dinámica Gerencial permite realizar el proceso de gestión documental en cuanto a la sistematización de la correspondencia en particular con los procesos de radicación y respuesta escrita que comprende tutelas y PQR

Día a día se viene optimizando el manejo y acceso a la información referente a los procesos y procedimientos misionales y administrativos de la ESE a través de la intranet

Paralelo, se utiliza el correo institucional para el envío o recepción de PQR y para la notificación de actividades y programas internos

Manejo sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos

Los módulos cuentan con flujos organizados, parametrizados e implementados de acuerdo a las necesidades de la unidad funcional, con sus respectivos manuales y de forma sistemática con una herramienta en línea.

A la fecha se cuenta dentro del SUIT con 7 tramites inscritos.

1. Certificado de defunción.
2. Radiología e imágenes diagnósticas.
3. Asignación de citas para la prestación del servicio en salud.
4. Historia clínica.
5. Terapia.
6. Examen de laboratorio clínico.
7. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.



Dificultades

No se cuenta con un Call Center que permita la comunicación permanente las 24 horas del día con los usuarios de los servicios médico asistenciales y para la solicitud de citas médicas.

No se realiza monitoreo, seguimiento y evaluación a los diferentes canales de información utilizados por la ESE para verifica su funcionalidad continuamente.

No se han definido ni programado actividades para el componente “Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información”, pese a existir algunos avances en la página web institucional.

Estado General del Sistema de Control Interno

De acuerdo a los resultados de la Autoevaluación Institucional de Procesos adelantado a los procesos para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, para la vigencia 2017, el estado del Sistema de Control Interno en la entidad fue calificado en nivel **SATISFACTORIO** con un puntaje de 4.71

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 en el periodo evaluado.

Implementación del MIPG

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017, donde se define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, el cual opera a través de 7 dimensiones, las cuales integran políticas, elementos o instrumentos con un propósito común, propias de cualquier proceso de gestión PHVA, adaptables a cualquier entidad pública.

Mediante la Resolución 0407 de 2018 “Por Medio de la Cual Se Crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de Empresa Social del estado Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón”

Se da inicio al autodiagnóstico de cada una de las áreas de la ESE.



Recomendaciones

1. Con el Nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Capacitar el personal de la ESE en la nueva versión del Modelo, como marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de la entidad, con el fin de generar resultados.
2. Definir un programa para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.
3. Que la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila requiera las EAPB respecto del cumplimiento a los términos para glosar o devolver facturas radicadas, ya que las facturas glosadas y/o devueltas por parte de la entidad deudora llegan de manera extemporánea a la Empresa, dejando en riesgo la gestión de cobro dado que desborda los términos definidos al tenor del Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.
4. Se continua con las obras de remodelación de la planta física (Area Administrativa) para generar ambientes adecuados que permitan optimizar la prestación de los servicios misionales.
5. La Alta Dirección, debe continuar con la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, en sus diferentes componentes (Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad) y a la Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión
6. La Alta Dirección debe continuar con las gestiones para lograr la habilitación del servicio de la Unidad Renal
7. Se debe continuar con la gestión del proyecto Construcción de la Nueva Torre Operativa y Administrativa para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón – Huila. El proyecto se radicó en el Ministerio de Salud y Protección Social para concepto técnico y consecución del recurso para su ejecución



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5

8. Realizar el estudio que permita la viabilidad para implementar y dar en funcionamiento un Call Center para la comunicación permanente las 24 horas del día con los usuarios de los servicios médico asistenciales y para la solicitud de citas médicas.
9. Delegar responsabilidades para que se programen, implemente y ejecuten actividades tendientes al cumplimiento del componente “Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información”,


YANETH GUTIERREZ MARTINEZ
Asesor de Control Interno