

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

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus
veces:

LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ

Período evaluado: 01/03/2014 al 30/06/2014

Fecha de elaboración: 15/07/14

Subsistema de Control Estratégico

Ambiente de control :

Acuerdos, compromisos y protocolos éticos

Se continúa con el programa de inducción el cual se efectúa de manera individual, donde se lleva a cabo la socialización del código de ética y buen gobierno el cual está incluido en la hoja de ruta de inducción del personal y fue enviado a los correos electrónicos de cada uno de los ciento veintiséis (126) personas capacitadas. Además se llevaron a cabo jornadas de inducción de forma colectiva a 692 personas entre los meses de marzo a junio de 2014, aclarando que 552 personas hacen parte de los convenios de docencia que tiene la entidad con escuelas de formación y la universidad surcolombiana.

Se recomienda evaluar el cumplimiento de los principios que están contenidos en el código de ética y buen gobierno.

Desarrollo del talento humano

A continuación el cuadro muestra los avances efectuados en los programas que viene ejecutando el área de Talento Humano:

PROYECTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS ENERO – JUNIO 2014	EJECUCION	ASPECTOS RELEVANTES
PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	CONMEMORACION DIA DEL TRABAJO	100%	Actividad realizada durante el mes de Mayo con proceso de contratación desarrollado y ejecutado en su totalidad
	ACTIVIDAD DE GRATITUD A LA VIDA	100%	Contratado para tal fin el suministro de torta de ¼ de libra y agenda institucional. A la fecha se ha entregado este reconocimiento a cada uno de los empleados de planta cuyo onomástico se celebra de enero a junio de 2014. Contrato vigente hasta diciembre de 2014.
	ACTIVIDAD DE LA FUNCION OCUPACIONAL	100%	Contratado el suministro de una cena de reconocimiento a las diferentes profesiones y oficios de los funcionarios de planta de ESE CEO, actividad dividida en 3 fechas, estando ejecutada la correspondiente al primer semestre.

	ACTIVIDAD CULTURAL DE VINCULO SOCIAL REGIONAL	100%	Contratada y ejecutada a satisfacción la actividad cultural de vinculo social regional
	BONO EDUCATIVO	0%	En proceso de evaluación y adjudicación en la oficina de contratación
PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION	COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES	100%	Esta formación permite un vínculo afectivo del personal que está vinculado a la institución, dado que la llega a conocer y crece el sentido de pertenencia por la misma sintiéndose parte de ella. Por lo que durante el semestre se llevaron a cabo 15 capacitaciones donde se fortalecía esta competencia, con una participación de 694 funcionarios.
	COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES	100%	Durante el semestre se llevaron a cabo 9 capacitaciones orientadas a esta área, contando con la participación de 123 funcionarios, con el objetivo de fortalecer el desarrollo de cada funcionario como persona, y así influir en el diario vivir el cual va encaminado al desarrollo laboral dentro de la organización
	AREA TECNICA	100%	Esta competencia fortalece y afianza los conocimientos propios de cada disciplina dentro de la organización, y durante el semestre se desarrollaron 41 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia.
	AREA INFORMATIVA	100%	Como organización y como entidad de servicios de salud debemos ir a la vanguardia de la tecnología y fortalecer al cliente interno en temas de tecnologías de la información (TICS), para la eficiencia y eficacia frente a los procesos internos y el tiempo que demanda la respectiva información. Durante el semestre se desarrollaron 5 capacitaciones orientadas a esta área con la participación de 81 funcionarios.

Fuente: oficina asesora de talento humano

Dentro de los procedimientos que realiza talento humano viene efectuando el saneamiento de aportes patronales donde se evidencio la siguiente gestión:

ENTIDAD	PERIODO CONCILIADO	SITUADO / SGP	ACTIVIDAD	PERIODO
SOLSALUD	2002-2012	SGP	se concilio el periodo en mención y se tiene acta firmada	MARZO
NUEVA SPS	2012-2013	SGP	Se Conciliado el periodo en mención	ABRIL Y JUNIO
PROTECCION	2002-2012	SGP	Se Conciliado el periodo en mención	FEBRERO-ABRIL

fuelle: oficina asesora de talento humano

El área de Talento Humano para el mes de junio del presente año y en razón a los cambios efectuados de los jefes de zona los cuales son evaluadores del desempeño, se gestionó la evaluación parcial de desempeño de los empleados de carrera administrativa.

Según el análisis realizado a la concertación de los objetivos en las evaluaciones de desempeño se encontró que de los 55 empleados de carrera administrativa se concertaron los objetivos en el 94.5%; faltando un 5.5% los cuales corresponden a dos (2) empleados que se encuentran con incapacidades prolongadas y uno (1) que se encuentra realizando funciones administrativas (Auditor de odontología) y en el manual de funciones tiene estipulado un desempeño asistencial como odontólogo. Además se concertaron objetivos con una odontóloga la cual actualmente ejerce funciones administrativas y un médico general ejerciendo funciones como especialista lo cual no está estipulado en el manual de funciones.

Se recomienda revisar la situación de los empleados cuyas funciones realizadas a la fecha no se encuentran estipuladas en el manual de funciones y determinar el cumplimiento de las mismas.

Estilo de dirección

Se comenzó un nuevo periodo gerencial, en razón a la renuncia de la anterior gerente, el cual ha presentado un estilo para gerencial participativo y tendiente a empoderar al equipo y a fomentar la colaboración creativa.

Así mismo, el gerente presentó a la junta directiva el nuevo plan de gestión, el cual fue aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo No 006, del 7 de mayo del presente año.

La gerencia viene comprometida con el fortalecimiento del recurso humano faltante a los procesos de la entidad.

Para reconocer el desempeño y crear más compromiso en el cumplimiento de los objetivos institucionales se generó el respectivo acuerdo de gestión entre la subgerencia administrativa y financiera y la gerencia el cual se ha venido evaluando periódicamente con el fin de establecer el cumplimiento de los objetivos estratégicos del plan de desarrollo.

Direccionamiento estratégico:

Planes y programas

En razón al cambio de gerente se cuenta con un nuevo plan de gestión aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo No 006, del 7 de mayo del presente año el cual se encuentra articulado con el plan de desarrollo.

A continuación se presenta el seguimiento a los proyectos de inversión:

PROYECTO	Apropiación vigente	Comprometido	Obligado	Avance financiero	Avance de obra	Ejecución presupuestal
Operativización de un proyecto CAIMI en su primera etapa	El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Dirección de regalías y ESE CEO. La ESE Aporta \$234.141.000 con recursos del 2010. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva. En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 517.631.364.62. La secretaria de Salud departamental dio concepto técnico favorable y viabilidad el proyecto; ya se realizó el proceso de compra de los equipos y está en el proceso de entrega y recibo de los mismos.	\$ 234,141,000	\$ 234,141,000	\$ 234,141,000	90%	\$ 234,141,000
Operativización de un centro de salud de la Comuna 6	El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Departamento del Huila y ESE CEO. La ESE Aporta \$1,017,703,749 con recursos del 2011. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva. En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 1.296.103,440. La secretaria de Salud departamental dio concepto técnico favorable y viabilidad el proyecto; ya se realizó el proceso de compra de los equipos y está en el proceso de entrega y recibo de los mismos.	\$ 1,017,703,749	\$ 1,017,703,749	\$ 1,017,703,749	100%	\$ 1,017,703,749

Fuente: oficina asesora de planeación

PROYECTO	AVANCE
Elaboración de un diseño y proyecto del centro de salud comuna 10	Se inscribió en el plan bienal 2014-2015. Se tiene definido los posibles servicios que iría a prestar la ampliación del centro de salud, se estimaron los costos de diseño y construcción, se asignaron los recursos para contratar los diseños y presupuesto. Fue necesario aplazar la contratación por dificultades de carácter legal
Cofinanciación de un proyecto del centro de salud de la comuna 10	En reuniones sostenidas con el señor Alcalde se ha planteado la cofinanciación del proyecto.
Proyecto torre salud publica	Se inscribió y aprobó el proyecto en el plan Bienal de inversiones 2014-2015
Proyecto centro de salud de la comuna 8	Se inscribió y aprobó el proyecto en el plan Bienal de inversiones 2014-2015

Fuente: oficina de planeación

Además al interior de la entidad se cuenta con otros procesos que contemplan programas que coadyuvan a impulsar y guiar el que hacer institucional.

Dentro del componente ambiental tenemos la siguiente gestión:

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
ALMACENAMIENTO DE LIQUIDOS	Se realizó la entrega de los líquidos de Rx Granjas a la empresa OMNIUN con el fin de evacuar la gran cantidad de líquido que se almacenaban en el área es de anotar que dicha empresa cuenta con los requisitos ambientales para el transporte ,gestión y disposición final de los reveladores y fijadores. Los líquidos de Rx de odontología se gestionarán con la misma empresa pero una vez se reúna la cantidad suficiente para el trámite.
	Para llevar el control de los líquidos se realizó un formato (RECOLECCION DE RESIDUOSLÍQUIDOS) aprobado por calidad y registrado en el intranet con el fin de hacer seguimiento Y otro solicitado por el área de Rx para la preparación de los líquidos formato (MANEJO DE LÍQUIDO REVELADOR Y FIJADOR EN RX ANÁLOGO).

ALMACENAMIENTO DE SOLIDOS	Se han realizado 11 inspecciones en cuanto al seguimiento segregación en la fuente, que las canecas tengan el color requerido de bolsa y el aseo a las mismas.
	De realizo la gestión del cambio de caneca de Rx odontología y se realizó la gestión de recolección de los residuos laminas plomadas para la disposición final con la empresa OMNIUN.
SEGREGACION EN LA FUENTE	Se actualizo al el PGIRH incluyendo al nuevo centro de Salud Canaima Comuna 6.
	Se realizaron inspecciones por zona la cuales se les presento informe de los hallazgos e inconformidades encontradas
	Se envió registro a la página del IDEAM de los residuos peligrosos del 2013 y se realizó la gestión de inscripción de los centros de salud de San Luis. Caguan, Vegalarga, Fortalecillas y Canaima a la fecha se espera respuesta del IDEAM y la CAM para la asignación de las claves.
	Se realizó seguimiento a los indicadores en el comité de Gestión Ambiental de acuerdo al cronograma del comité.
	Se realizaron 21 capacitaciones e intervenciones en entregar de turnos en los siguientes tema: segregación en la fuente, orden y aseo en los depósitos temporales de residuos temporales, sensibilización ambiental, registro de formato Rh, programa de pos consumo, orden y aseo, manejo de residuos hospitalarios, responsabilidad personal sobre la protección ambiental. Etc.
SEGREGACION ALMACENAMIENTO Y APROVECHAMIENTO DE RECICLAJES	Se gestionó cada 15 días la recolección de reciclaje por los centros de salud lo cual se ha incrementado pasando de 903kg a 1555 kg .
	Se realizó el procedimiento para la para la venta de Reciclaje.
	Esta dentro del cronograma de Julio la dotación de canecas Canaima reposición de las canecas dañias de la cetros de salud ,ya se realizó la compra y entrega al área de almacén.

fuentes: oficina de gestión ambiental

Se recomienda realizar seguimiento al proceso de salud ocupacional en razón al incumplimiento en la gestión de planes de emergencia que contribuyan al desempeño de la gestión institucional.

Estructura organizacional

El funcionamiento de la entidad está dado por la gestión por procesos que aunque no coincida con el organigrama institucional en donde los servidores participan de los procesos y se tienen en cuenta los niveles jerárquicos.

Se encuentra en ejecución el contrato cuyo objeto es la ejecución del estudio de viabilidad empresarial en los aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, financieros, y operativos, que permitan el diseño integral y desarrollo de la prestación de los servicios de salud en la ESE Carmen Emilia Ospina”, donde a la fecha se realizó una adicional en tiempo de dos meses quedando su tiempo de ejecución hasta el mes de septiembre.

Administración del riesgo

La oficina asesora de control interno en el periodo de marzo de 2014 a junio de 2014 viene realizando el seguimiento a los controles de los riesgos de los procesos de: contratación, apoyo terapéutico riesgos anticorrupción y servicios administrativos.

Se recomienda realizar revisión de nuevos factores de riesgos por procesos involucrando a los líderes de los mismos, con el fin de verificar las políticas de administración del riesgo.

Subsistema de Control de Gestión

Actividades de control, políticas de operación, procedimientos y controles

La oficina asesora de calidad ha venido trabajando el mejoramiento de procesos y procedimientos, para ello se cuenta con una ingeniera industrial la cual viene revisando y ajustando con los líderes y personal de los procesos los procedimientos, formatos y documentos de apoyo.

A continuación se muestran los avances en las actualizaciones y mejoras a los procesos :

		FORMATO		
		RELACION DE PROCESOS		
	PROCESOS	CREADOS	MODIFICADOS	ELIMINADOS
1	GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA	13	5	0
2	GARANTIA DE LA CALIDAD	29	12	4

3	GESTION DEL CONTROL INTERNO	1		
4	SERVICIOS AMBULATORIOS	13	7	
5	INTERVENCION COMUNITARIA	5		
6	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1		
7	SERVICIO DE URGENCIAS	5	4	
8	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	20	10	
9	SERVICIOS HOSPITALARIOS	13	8	
10	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA			
11	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	9	1	
12	GESTION FINANCIERA	25		
13	GESTION DE TALENTO HUMANO		1	
14	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	2	3	

15	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN	14	5	4
16	GESTION SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	8	8	12
TOTAL		158	64	20

Fuente: oficina asesora de calidad

Otro subproceso que se encuentra contemplado en el área de calidad es el de seguridad del paciente, cuyo objetivo es la verificación de los procedimientos, Guías, Protocolos y demás documentos de apoyo para la prestación del servicio se estén aplicando de manera eficiente que apunten a la seguridad del paciente; además se vienen analizando los posibles eventos adversos detectados o reportados en los diferentes servicios, para su clasificación análisis y generar Planes de mejoramiento.

En este subproceso se desarrollaron las actividades relacionadas con RONDAS DE SEGURIDAD, CODIGO AZUL, CODIGO ROJO, GESTION DE EVENTOS ADVERSOS Y FALLAS DE CALIDAD. Estas actividades se realizaron de manera continua durante el periodo de marzo a junio del año en curso, con el siguiente comportamiento.

consolidado rondas de seguridad, código azul y código rojo

CENTRO DE SALUD	CUMPLIMIENTO POR CENTRO DE SALUD		
	CODIGO AZUL	CODIGO ROJO	RONDAS DE SEGURIDAD
IPC	94%	NA	93%
SIETE DE AGOSTO	94%	NA	93%
PALMAS	86%	NA	92%
GRANJAS (PARTOS)		100%	98%

fuentes: oficina asesora de calidad

NA: No aplica

Se recomienda que según los incumplimientos presentados en los servicios mencionados anteriormente se haga énfasis en el criterio de control del riesgo y ambiente seguro; además terminar de socializar e implementar el PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Consolidado reporte de eventos adversos, fallas de calidad y otros

MES		MAR	ABR	MAY	JUN
N° REPORTES		13	13	12	13
N° FALLAS DE CALIDAD		4	6	4	5
EVENTO ADVERSO	PREVENIBLE	4	2	3	4
	NO PREVENIBLE	3	4	3	3
OTROS		2	1	2	1
TOTAL EVENTOS ADVERSOS		7	6	6	7

Fuente: oficina asesora de calidad

Se recomienda continuar con los seguimientos a los procesos misionales y capacitar al personal en la adopción de guías, manuales y protocolos que coadyuven a la seguridad del paciente.

Además se elaboraron con la colaboración de calidad los protocolos de: lavado de mano, entrega de turno, recibo de turno, mantenimiento de checklist; se actualizaron las guías de dengue, patología pulpar y control de infecciones intrahospitalarias. Los manuales actualizados fueron el de radiación oral, esterilización y manejo de medicamentos de control especial.

Indicadores

Actualmente la ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con sesenta y cinco (65) indicadores en los diferentes procesos con veinticuatro (24) indicadores de eficacia, veintidós (22) de eficiencia y diecinueve (19) de efectividad. De los cuales están pendientes por reporte de información el indicador de productividad y frecuencia de uso, rendimiento que hacen parte del procedimiento de consulta externa y del proceso de gestión del talento humano está el indicador de reporte de accidentes de trabajo, la dependencia de TAB con los indicadores de oportunidad en traslado de urgencia vital, oportunidad traslado a nivel superior y traslado asistencia interno.

Se recomienda que la Oficina Asesora de calidad elabore un control para la actualización y revisión de los indicadores, ya que las notificaciones de recordatorio a los líderes de los procesos con indicadores no las acatan.

Información y comunicación pública

Información Primaria

Es importante señalar que la principal fuente de *información primaria* es la ciudadanía y las partes interesadas, por lo que debe ser observada de manera permanente. Durante el periodo de marzo a junio de 2014, la ESE Carmen Emilia Ospina ha dado cumplimiento a los lineamientos de la política de atención al ciudadano a través del mejoramiento de la calidad, accesibilidad, oportunidad, a través de la implementación de los siguientes mecanismos:

- El Grupo de Atención al Usuario es el encargado de brindar la atención presencial y telefónica a la ciudadanía, así como de coordinar y hacer seguimiento al trámite de las peticiones recibidas en la Entidad a través de los diferentes canales de comunicación habilitados para tal fin. También ha trabajado en coordinación con el área de tecnología de la información y comunicaciones para la integración de los canales de comunicación a través del nuevo software de

gestión documental SIMAD para la atención de las peticiones, quejas o reclamos.

- En la Página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co de la entidad, se encuentra el Link: PSQR. O buzón virtual mediante el cual los ciudadanos pueden hacer uso de sus derechos al realizar solicitudes, quejas o reclamos a la Entidad en línea.
- Dentro de las herramientas de participación Ciudadana se encuentra el centro de información y orientación donde los usuarios pueden tramitar el proceso de accesibilidad a los servicios de salud y orienta al usuario.
- Para facilitarle al usuario manifestar inconformidades y capacitarlos en deberes y derechos e información general de la entidad en la prestación de sus servicios, se cuenta con tres moderadores que se encuentran en las tres zonas de influencia de la entidad para reforzar la labor que se encuentra a cargo de las oficinas de atención a l usuario.

Parte del componente de información primaria son las encuestas de satisfacción que para el cuatrimestre de marzo a junio de 2014 se encuestaron 8.953 usuarios de los cuales 8.813 usuarios están satisfechos y 279 insatisfechos; dando como resultado una satisfacción global del 98%; con ello se está cumpliendo con la meta que está en un 95%.

La oficina de atención al ciudadano mensualmente desarrolla la encuesta de satisfacción del usuarios en un promedio cuyos resultados se encuentran en la siguientes tabla:

CONSOLIDADO INDICE DE SATISFACCION GLOBAL I SEMESTRE AÑO 2014					
MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Encuestas Aplicadas	2010	2317	2314	2315	8956
Usuarios satisfechos	1976	2284	2289	2264	8813
Usuarios insatisfechos	34	33	25	51	143
Índice Satisfacción Usuario	98%	98%	98%	98%	98%
Índice de Insatisfacción Usuario	2%	2%	2%	2%	2%

Según los resultados arrojados por las encuestas de satisfacción global en el cuatrimestre de marzo a junio de 2014, todos los servicios están por encima de la meta planteada por la oficina asesora de calidad para el indicador de satisfacción. A continuación la tabla detalla los resultados por servicios:

INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS

SERVICIOS/MES	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL INDICE DE SALTISFACCION
ATENCION PARTOS	100	100	100	100	100
LABORATORIO	100	99	100	99	99.5
HOSPITALIZACION	100	100	100	100	100
URGENCIAS	95	100	97	96	97
SERVICIOS GENERALES	97	100	100	100	99.2
ECOGRAFIAS	96	100	100	99	98.7
FARMACIA	98	94	99	97	97
ODONTOLOGIA	98	100	100	98	99
MEDICINA GENERAL	97	96	98	97	97
ARCHIVO	100	100	100	100	100
FACTURACION	98	99	99	93	97.2
RX	100	100	100	100	100
PYP	98	99	98	99	98.5

Los servicios de atención partos, hospitalización, archivo y RX lograron un cumplimiento del 100%; laboratorio, ecografía, servicios generales registran un índice superior del 99%; los servicios de pyp y odontología obtuvieron un índice por encima del 98%; los servicios de urgencias, facturación y medicina general se encuentran por encima del 97%; farmacia registra un índice del 92%, siendo este el único servicio que no alcanzo la meta del 95%.

Con relación a los servicios que no lograron la meta para el cuatrimestre de marzo a junio de 2014 fueron farmacia que tuvo un incumplimientos en el mes abril y facturación uno en el mes de junio.

Para el periodo de marzo a junio de 2014 disminuyeron en un 32% las Peticiones Quejas y Reclamos pasando de 44 para el periodo de noviembre a febrero de 2014 a 30 PQR de marzo a junio de 2014. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA							
CONSOLIDADO QUEJAS DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2014							
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	IPC	SANTA ISABEL	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
MARZO	1	1	1	1	4		8
ABRIL	2		1		6	2	11
MAYO	2			1	1	3	7
JUNIO					3	1	4
TOTAL	5	1	2	2	14	6	30

La oportunidad en la contestación de las quejas quedo en un 100% para el periodo de marzo a junio de 2014.

Sobre el particular cabe aclarar que las respuestas a las PQR dentro de los quince días siguientes se realiza de forma escrita la cual cumple en un 100%; sin embargo algunas respuestas son enviadas a los correos electrónicos de los usuarios cuando estos manifiestan; sin embargo treinta y cuatro (34) respuestas se contestaron extemporáneamente por este medio.

Los principales motivos de quejas son mala actitud del personal, los pendientes de medicamentos y tiempos de espera prolongados en el área de urgencias.

Se recomienda establecer una estrategia de control y seguimiento a las PQR interpuestas por el usuario en el nuevo software de gestión documental, al igual que mejorar la participación del área rural con el fin de implementar los procesos de SIAU establecidos por la entidad.

Información secundaria y sistemas de información

La entidad viene garantizando los recursos tecnológicos para la generación y procesamiento de la información facilitando con ello el cumplimiento de los objetivos institucionales y sociales. A continuación se detallan las mejoras efectuadas:

Proceso	Mejora efectuada
TIC -SISTEMAS INFOMATICOS	Compra y puesta en funcionamiento de guayas de seguridad para equipos de cómputo y equipos tecnológicos.
	Compra y puesta en funcionamiento de 16 equipos portátiles para el personal de APS Extramural.

	<p>Actualización y mantenimiento del aplicativo dinámica gerencial punto Net.</p> <p>Compra del software APS3000, especialista en el registro de la ficha SICABS, realizadas en el programa APS</p> <p>Se realizó el primer mantenimiento preventivo a todos los equipos de cómputo de la ESECEO, durante el mes de marzo de 2014 según lo programado en cronograma anual de mantenimiento. Y se inició el segundo mantenimiento en el mes de junio de 2014</p> <p>Interconexión por fibra óptica del Hospital de la Comuna 6 con la sede central Granjas.</p>
COMUNICACIÓN	<p>Publicación y puesta en marcha de nueva plantilla para el sitio www.esecarmenemiliaospina.gov.co</p> <p>Actualización diaria de la página web, intranet, de acuerdo a los boletines publicados.</p> <p>Diseños y publicaciones corporativos de escritorios de los computadores de la ESECEO, con periodicidad semanal y eventual</p> <p>Adquisición de material publicitario corporativo (pendones, volantes, plegables, etc.) para el posicionamiento de la empresa.</p> <p>Acompañamiento continuo a cada uno de los eventos realizados por la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, internos y externos</p>
TIC-GESTION DOCUMENTAL	<p>Implementación y puesta en marcha de la ventanilla única para el módulo de correspondencia interna y externa en el aplicativo SIMAD de gestión documental. Resolución 0111 de mayo de 2014, para establecer los lineamientos y procedimientos que permitan cumplir con el programa de gestión documental</p> <p>Compra de cajas y carpetas exclusivas para el almacenamiento del archivo central de la ESECEO.</p> <p>Digitalización del 20% de documentos correspondientes a la auditoría de medicamentos, archivo central en el módulo del aplicativo SIMAD</p> <p>Digitalización de contratos de prestación de servicios del año 2014 del área contratación con todos sus soportes, tales como cuentas, soporte, pagos y actas respectivas en el módulo del archivo central del aplicativo SIMAD</p>
CAPACITACION	<p>Capacitación de gestión documental al personal administrativo de la ESECEO.</p>

fuente: oficina de sistemas

La Oficina asesora de Control Interno efectúa seguimiento semestral al trámite y respuesta oportuna a los Derechos de Petición allegados a la Entidad, donde se recomienda establecer un control en las respuestas a derechos de petición en razón a que se encontraron 13 respuestas extemporáneas de derechos de petición reportadas por la secretaria de gerencia y la persona encargada del SIMAD.

Subsistema de Control de Evaluación

Autoevaluación del control y de la gestión

La oficina de calidad realiza seguimiento sistemático de trazabilidad a los indicadores por procesos. Falto realizar la autoevaluación de habilitación por razones de cambio en la normatividad en instituciones de salud.

Se recomienda que los funcionarios de cada proceso evalúen y midan la efectividad de los controles y los resultados de la gestión periódicamente en razón a que la evaluación de la gestión del plan de desarrollo se evalúa semestralmente; permitiendo con ello las acciones de mejoramiento de control requeridas, o que la evaluación del plan de desarrollo se realice trimestralmente.

Autoevaluación independiente

La gestión realizada por la oficina asesora de control interno de marzo a junio 2014 ha estado en caminata a cumplir con los informes de ley entre los que se presentaron están:

- Se realizó y público en la web el informe cuatrimestral de control interno
- Se realizó y envió a la dirección nacional de derecho de autor el informe sobre la verificación, recomendaciones, seguimiento y resultado sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre programa de computador.
- Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción del periodo de enero a abril de 2014.
- Informe de austeridad y eficiencia del gasto público para el trimestre comprendido entre por los meses de enero a marzo de 2014.
- Informe de austeridad y eficiencia del gasto público para el trimestre comprendido entre por los meses de enero a marzo de 2014.

Auditorias

La oficina asesora de control interno ha venido desarrollando el plan de auditorías anual dando cumplimiento del 100% a las auditorias programadas; que para los meses de marzo a junio de 2014 se efectuaron las siguientes:

- Proceso de gestión del talento humano
- Subproceso de soporte terapéutico e Imagenología
- Subproceso de contratación
- Subproceso de servicios administrativos
- Procedimiento de adquisición, recepción, almacenamiento y entrega de insumos.

Sin embargo en cuanto al programa anual de auditorías a cargo de las oficinas de control interno y calidad se efectuó un 91.2% cumpliendo con la meta de satisfacción que está en un 90%. Es de aclarar que solo en el mes de mayo no se cumplió con la meta esta quedó en un 75% debido a que quedó la zona rural sin evaluación y seguimiento.

El avance en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) inmerso dentro del SOGCS, se encuentra en un 100%.

Se recomienda cumplir con el programa anual de auditorías programadas por el área de calidad con el fin de realizar seguimiento continuo a las características del SOGC y procesos de la entidad.

Planes de mejoramiento

La oficina asesora de control interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas. Para el mes de mayo realizó seguimiento al plan de mejoramiento a los procesos de calidad donde se plantearon diez (10) acciones de mejora de las cuales se han cumplido cuatro (4) y seis (6) retrasadas. También se realizó seguimiento al plan de mejoramiento del proceso tecnología de la información y comunicaciones donde se plantearon diez (10) acciones de mejoramiento de las cuales se han cumplido en su totalidad.

Así mismo la dependencia de subgerencia administrativa y financiera se encuentra elaborando el plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada al subproceso de servicios administrativos efectuado en el mes de junio de 2014.

Se recomienda que la elaboración de los planes de mejoramiento sean articulados con las dependencias de calidad o control interno; también generar planes de mejoramiento individual en los incumplimientos de metas o compromisos con el personal contratista según los seguimientos realizados por las interventorías.

LINA MARIA VASQUEZ DIAZ

Coordinadora de control interno