

## 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: 01/11/2013 al 28/02/2014

Fecha de elaboración: 15/03/14

### Subsistema de Control Estratégico

#### Ambiente de control :

##### Acuerdos, compromisos y protocolos éticos

Se continúa con el programa de inducción el cual se efectuó de manera individual , donde se llevaba a cabo la socialización del código de ética y buen gobierno el cual está incluido en la hoja de ruta de inducción de los contratistas nuevos y enviado a los correos electrónicos. También para finales del 2013 se publicó en las carteleras institucionales el código de ética y buen gobierno.

**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	EJECUCION	ASPECTOS RELEVANTES
PLAN DE CAPACITACION	Para la vigencia 2013 se ejecutó el <b>100%</b> de las actividades programadas.	En el 2013, se dio un cumplimiento del 100% en cuanto a las personas capacitadas, y un 131% en cuanto al Número de capacitaciones dadas.
PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	Para la vigencia 2013 se ejecutó el <b>100%</b> de las actividades programadas	El <b>programa de Bienestar Social</b> tiene como finalidad propiciar condiciones en el ambiente de trabajo que favorezcan el desarrollo de la creatividad, la identidad corporativa, la participación y el desarrollo de habilidades en los servidores de la institución, con una calidad de vida laboral que permitan un desempeño eficaz, eficiente y efectivo dentro de cada área de la institución

<p><b>SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES</b></p>	<p>Para la vigencia 2013 se ejecutó el 60% de las actividades programadas</p>	<p>Realizar esta labor no es tarea fácil, debido a la cantidad de información que se debe recolectar y más aún si tenemos en cuenta que las entidades no cuentan con la información para realizar estos cruces, y se les debe suministrar. En el año 2013, a pesar de las mesas de trabajo que se hicieron en compañía de la Secretaría de Salud Departamental, algo se logró avanzar, pero fue muy difícil por la falta de compromiso de las entidades (EPS, FONDOS DE PENSION Y CESANTÍAS).</p>
---	---	---

**Fuente:** oficina asesora de talento humano

El área de Talento Humano para el mes de febrero viene analizando algunos insumos como las evaluaciones al desempeño laboral, la medición del clima laboral y las encuestas para determinar las necesidades en materia de capacitación, con el fin de definir y elaborar el plan institucional de capacitaciones; sin embargo a la fecha aún no han sido entregadas las encuestas para identificar las necesidades de capacitación de la zona oriente.

A continuación se muestra la tabulación de los resultados de la **evaluación al desempeño** de conformidad con el modelo establecido según acuerdo 137 de 2010.

ESCALA DE CUMPLIMIENTO	NIVEL DESTACADO	NIVEL SATISFACTORIO	NIVEL NO SATISFACTORIO
No EMPLEADOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA	51	1	0

De los 55 empleados de carrera administrativa se evaluaron el 94.5%; faltando un 5.5% los cuales corresponden a dos (2) empleados que se encuentran con incapacidades prolongadas y uno que se encuentra realizando funciones administrativas (coordinador de calidad) y en el manual de funciones tiene estipulado un desempeño asistencial como odontólogo.

**Se recomienda revisar la situación del empleado 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**

La gerencia viene comprometida con la actualización de los procesos a razón de esto se fortaleció el área de calidad con una ingeniera industrial está encargada de las caracterizaciones de procesos y mejoras continuas a los mismos. La alta dirección continúa ejerciendo un seguimiento y evaluación de controles al interior de los procesos.

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 con el fin de acatar la ley 909 de 2004 y así establecer el cumplimiento de los objetivos estratégicos del plan de desarrollo.

## Direccionamiento estratégico:

### Planes y programas

Se cuenta con un plan de desarrollo, aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo No 022 de 2012, el cual se encuentra articulado con el plan de gestión.

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	<p>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.</p> <p>En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 517.631.364.62. La secretaría de Salud departamental dio concepto técnico favorable y viabilidad el proyecto. Actualmente se encuentra en proceso de contratación</p>	\$ 234,141,000	\$ 234,141,000	\$ 234,141,000	70%	\$ 234,141,000

Operativización de un centro de salud de la Comuna 6	<p>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.</p> <p>En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 1.296.103,440. La secretaría de Salud departamental dio concepto técnico favorable y viabilidad el proyecto. Actualmente se encuentra en proceso de contratación</p>	\$ 1,017,703,749	\$ 1,017,703,749	\$ 1,017,703,749	99%	\$ 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 2012-2013. 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.

Fuente: oficina de planeación

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

Dentro del componente ambiental tenemos la siguiente gestión:

Proceso	Mejora efectuada	
<b>Evaluar, diseñar e implementar el programa de reciclaje en el ESE Carmen Emilia Ospina</b>	Se Diseñó el Programa de Reciclaje de la E.S.E Carmen Emilia con el Fin Reducir y mitigar los impactos al Medio Ambiente generados en las áreas Administrativa, y los diferentes servicios de la ESE (Urgencias, Odontología, Laboratorios, Rayos X, sala de partos y servicios ambulatorios) por la disposición de residuos sólidos.  Ya está en el mapa de procesos	
	Total Material reciclado de noviembre a febrero	2296 kg
<b>Documentar la política de la Gestión Ambiental en la ESE Carmen Emilia Ospina.</b>	Está en Modificación	
<b>Capacitar al personal de la ESE Carmen Emilia Ospina.</b>	Se realizaron capacitaciones en Manejo de canecas con su respectivas bolsas, Aseo General, Manejo adecuado de Residuos Hospitalarios ,Separación en la Fuente, clasificación de Residuos Hospitalarios y Socialización del decreto 351 de 2014Reglamento integral de Residuos generados en la atención en salud	
	No.Capacitadas	89
<b>Operativizar el comité de Gestión Ambiental</b>	Se creó la resolución 264(Noviembre 05 de 2013) por medio de la cual deroga la Resolución No.073 de 2003, y se implementa otras disposiciones relativos al Comité administrativo de Gestión Sanitaria Y Ambiental	
	Reuniones realizadas	2

**Se recomienda realizar seguimiento al proceso de salud ocupacional en razón a la falta de cumplimiento en la gestión institucional que se lleva al no contar con un plan de salud ocupacional estructurado, planes de emergencia y panorama de riesgos desactualizados; que contribuyan al cumplimiento de las estrategias del desarrollo del talento humano**

**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.

Nuevamente se efectuó el proceso de contratación donde ya fue adjudicado 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”

**Administración del riesgo**

La oficina asesora de control interno en el periodo de noviembre de 2013 a febrero de 2014 viene realizando el seguimiento a los controles de los riesgos de los procesos de: salud ocupacional, gestión ambiental, riesgos anticorrupción y gestión financiera.

**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. Para ello ha realizado 8 flujogramas de cada uno de los procesos misionales.

A continuación se muestran los avances en las mejoras de los procesos :

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
GESTION GERENCIAL: SUBPROCESO PLANEACION:  COMUNICACIONES:	3 PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADOS, 1 DOCUMENTO DE APOYO. 1 PROCEDIMIENTO ACTUALIZADO ELABORACION DE FLUJOGRAMAS EN CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS
CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACTUALIZACION Y ELABORACION DE DOCUMENTOS:              7 PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADOS              6 DOCUMENTOS DE APOYO              20 FORMATOS              2 GUIAS</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORACION DE FLUJOGRAMAS DE CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS.</li> <li>• SE REALIZO LA GESTION ANTE SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL LA ACTUALIZACION EN REEPS DE CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE, CAMBIOS DE DOMICILIO DE LAS SEDES URBANAS Y RURALES.</li> <li>• SE GESTIONO LA APERTURA Y HABILITACION DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA EN LOS CENTROS DE SALUD DE IPC, Y GRANJAS (PENDIENTE ENTREGA DE DISTINTIVOS DE HABILITACION).</li> <li>• APERTURA Y HABILITACION DEL SERVICIO DE FARMACIA EN EL PUESTO DE SALUD DE FORTALECILLAS CON SU RESPECTIVO DISTINTIVO.</li> <li>• APERTURA Y HABILITACION DE AMBULANCIAS OWI 620 Y OWI 621 ADSCRITAS A LOS SERVICIOS TAB DE SIETE DE AGOSTO Y GRANJAS.</li> <li>• AUTOEVALUACION DE PROCESOS MISIONALES CON ESTANDARES DE ACREDITACION.</li> <li>• SOCIALIZACION DE RESULTADOS DE TABLERO DE INDICADORES 2013 CON SUS RESPECTIVOS AJUSTES Y ACTUALIZACION.</li> <li>• PRESENTACION DE INFORME DE GESTION GARANTIA DE LA CALIDAD AÑO 2013.</li> <li>• GESTION Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS DEL AÑO 2013 Y MESES DE ENERO DE 2014.</li> <li>• REPORTE DE INDICADORES DE LA CIRCULAR UNICA A LA PAGINA SIHO.</li> <li>• REPORTE DE INDICADORES DE LA CIRCULAR UNICA AL AREA FINANCIERA.</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REPORTE DE LA CIRCULAR 056 Y 030 A LAS EPS.</li> <li>• PROCESO DE INDUCCION A PERSONAL QUE INGRESA A LA INSTITUCION.</li> <li>• ACOMPAÑAMIENTO EN LAS AUDITORIAS EXTERNAS (CAFESALUD, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL).</li> <li>• INDUCCION EN CALIDAD AL EQUIPO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS.</li> <li>• REALIZACION DE COMITÉ DE CALIDAD, HISTORIAS CLINICAS Y REUNIONES DE RONDAS Y TURNO ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL.</li> <li>• ASISTENCIA Y APOYO A LOS COMITES TECNICOS, DE FARMACIA, ETICA.</li> <li>• APOYO AL SIAU EN LA RESPUESTA TECNICA A QUEJAS INTERPUESTAS.</li> <li>• CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS.</li> <li>• APOYO DEL AUDITOR MEDICO EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION.</li> <li>• SE REALIZO TURNO ADMINISTRATIVO FIN DE SEMANA 8 Y 9 DE FEBRERO DE 2014.</li> </ul>
CONTROL INTERNO	1 DOCUMENTO DE APOYO ACTUALIZADO.
SERVICIOS AMBULATORIOS	8 PROCEDIMIENTOS 7 GUIAS 11 DOCUMENTOS DE APOYO 18 FORMATOS 5 MANUALES
ESTRATEGIA DE INTERVENCION COMUNITARIA	61 GUIAS 8 DOCUMENTOS DE APOYO 45 FORMATOS 4 PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE URGENCIAS	4 MANUALES 4 GUIAS 15 DOCUMENTOS DE APOYO 9 FORMATOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	4 MANUALES

	11 GUIAS 18 DOCUMENTOS DE APOYO 10 FORMATOS 2 PROCEDIMIENTOS
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	12 GUIAS 4 PROCEDIMIENTOS
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	4 PROCEDIMIENTOS 3 GUIAS 15 FORMATOS
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	5 PROCEDIMIENTOS 1 MANUAL 9 GUIAS 9 FORMATOS
GESTION FINANCIERA	10 PROCEDIMIENTOS 62 FORMATOS 3 MANUALES 2 DOCUMENTOS DE APOYO
BIENES Y SERVICIOS: INFRAESTRUCTURA	5 PROCEDIMIENTOS 3 MANUALES 1 FORMATO
SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	4 PROCEDIMIENTOS 9 FORMATOS

**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 Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS Y FALLAS DE CALIDAD. Ambas actividades se realizaron de manera continua durante el año 2013, con el siguiente comportamiento.

**consolidado rondas de seguridad**

SERVICIO	II SEMESTRE 2013
HOSPITALIZACIÓN	94
URGENCIAS	95,25%
SALA PARTOS	89%

**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 socialización e implementar el PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Consolidado reporte de eventos adversos, fallas de calidad y otros**

<b>AÑO</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
TOTAL DE REPORTE	108	80
TOTAL DE FALLAS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS	65	32
TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS	28	28
OTROS	15	19

**Se recomienda reforzar la auditoria interna con personal idóneo y homologado profesionalmente para la revisión de las características del SOGC y procesos de la entidad.**

Además se elaboraron por parte de la dependencia técnico científica y codificaron por el área de calidad los protocolos de caídas, identificación del paciente, manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales.

**Se recomienda continuar con la socialización del modelo de atención, política de seguridad del paciente y humanización de los servicios en razón a la falta de cumplimiento (61%), en su despliegue y seguimiento.**

**Indicadores**

Actualmente la ESE Carmen Emilia Ospina cuenta en los diferentes procesos con dieciocho (18) indicadores de eficacia, catorce (14) de eficiencia y diecinueve (19) de efectividad. De los cuales treinta y nueve (39) se encuentran actualizados y doce (12) desactualizados.

**Se recomienda que la Oficina Asesora de calidad trabaje en la actualización y revisión de los indicadores que lo ameritan a través de mesas de trabajo con los responsables de todos los procesos.**

**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 la vigencia 2013, 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 a trabajado en coordinación con el área de tecnología de la información y comunicaciones para la integración de los canales de comunicación de la página web en el link “PQRS”,

facilitando el seguimiento y el control en la atención de las peticiones y la consulta de los ciudadanos al estado de sus peticiones y/o de sus respuestas. Estas acciones se continuarán trabajando en el año 2014, para garantizar así un mejor servicio al ciudadano.

- En la Página Web [www.esecarmenemiliaospina.gov.co](http://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 la línea amiga que ayuda a tramitar el proceso de accesibilidad a los servicios de salud y orienta al usuario.

Sobre el particular, la Oficina asesora de Control Interno efectúa seguimiento semestral al trámite y respuesta oportuna a los Derechos de Petición allegados a 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	Renovación Tecnológica: -49 equipos de cómputo tipo escritorio -15 portátiles -1 Servidor HP DL380p Generación Procesador Intel Xeon- 64 GB RAM- TARJETA DE RED 1 GB- 4 DHH DE 900 GB SAS para gestión programa gestión documental. -4 scanner de alto rendimiento y capacidad para el proceso de gestión documental. -1 Licencia de Windows server 2012 para el servidor de gestión documental.
	Implementación de 15 Módems verticales COMCEL para la comunicación extramural APS Dptal.
	Implementación y puesta en marcha de carteleras digitales a través de 10 monitores de 46" ubicados en cada uno de los centros de salud del área urbana.
	Compra del software SIMAD, especialista en gestión documental, para mejorar el proceso de correspondencia interna, externa y archivo central.
COMUNICACIÓN	- compra de 8 equipos GPS SKIPATROL, para el parque automotor de la ESE CEO, con el objetivo de verificar y hacer el seguimiento respectivo de cada una de las ambulancias

	-Compra de 10 monitores industriales Samsung de 46" LED, en los cuales se puso en marcha el proceso de carteleras digitales
TIC-GESTION DOCUMENTAL	Implantación del proceso de escaneo de las hojas de vida en el aplicativo SIMAD.
	Recolección de la información de comunicaciones emitidas por cada una de las áreas de la ESECEO, con el objetivo de iniciar el proceso emisión de la actualización de las tablas de retención.
CAPACITACION	-Capacitación en seguridad informática al personal administrativo de la ESECEO.

fuelle: oficina de sistemas

**Se recomienda agilizar el proceso de rediseño de la página web, ya que fue un incumplimiento del plan de acción 2013 para la consecución de las metas planteadas en el plan de desarrollo.**

Parte del componente de información primaria son las encuestas de satisfacción que con corte a 31 de diciembre de 2013 se obtuvo un 98% de satisfacción global, cumpliendo con la meta de 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:

<b>CONSOLIDADO INDICE DE SATISFACCION GLOBAL ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>					
<b>MES</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>DICIEMBRE</b>	<b>ENERO</b>	<b>FEBRERO</b>
<b>Encuestas Aplicadas</b>	2023	2021	2019	2009	2010
<b>Usuarios satisfechos</b>	2003	1997	1989	1926	1957
<b>Usuarios insatisfechos</b>	20	24	30	83	53
<b>Índice Satisfacción Usuario</b>	<b>99%</b>	<b>99%</b>	<b>98%</b>	<b>96%</b>	<b>97%</b>
<b>Índice de Insatisfacción Usuario</b>	1%	1%	2%	4%	3%

**INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS**

SERVICIO	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
ATENCION PARTOS	100	100	100	100
LABORATORIO CLINICO	100	100	100	100
HOSPITALIZACION/OBSERVA	100	100	100	100
HIPERTENSION	100	100	100	100
URGENCIAS	99	100	95	100
SERVICIOS GENERALES	100	100	99	100
ECOGRAFIAS	100	100	100	100
ODONTOLOGIA	99	100	99	100
MEDICINA GENERAL:	99	99	98	99
ARCHIVO	100	100	100	100
RAYOS X	100	100	100	100
PROMOCION Y PREVFENCION:	100	100	98	100
FARMACIA	95	93	80	84
FACTURACION	99	100	98	100
% INDICE DE SATISFACCION	99%	99%	96%	97%

Los servicios de atención de partos, laboratorio, hospitalización, archivo, hipertensión, RX y ecografías lograron un cumplimiento del 100%; odontología, facturación, servicios generales y pyp registran un índice superior del 99%; los servicios de medicina general y urgencias registran un índice superior al 98%, solo el servicio de farmacia registro un índice promedio de 88% para el periodo de noviembre a febrero de 2014.

Para el periodo de noviembre a febrero de 2014 aumentaron en un 15% las Peticiones Quejas y Reclamos pasando de 38 para el periodo de julio a octubre a 44 PQR. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>							
<b>CONSOLIDADO QUEJAS DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2014</b>							
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	IPC	SANTA ISABEL	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
NOVIEMBRE	0	1	2	1	3	1	8
DICIEMBRE	1	3	2	1	2	0	9
ENERO	2	1	1	1	4	1	10
FEBRERO	7	1	1	3	3	2	17
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>44</b>

La oportunidad en la contestación de las quejas quedo en un 100% para el periodo de noviembre a febrero de 2014; lo que significa que se mejoró en ese 3% que hacía falta; pues se venía con un 97%.

Los principales motivos de quejas son mala actitud del personal, los pendientes de medicamentos y el acceso a lo servicios a través de la line amiga.

La oficina gestora del SIAU atendió a las recomendaciones dadas en el informe anterior mejorando con ello el tiempo de respuesta y dando cumplimiento al procedimiento.

**Se recomienda Establecer una estrategia de comunicación e información que permita en el corto plazo, mejorar la participación del área rural con el fin de implementar los procesos de SIAU establecidos por la entidad.**

## 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; además se cuenta con una autoevaluación de habilitación y acreditación para las instituciones en salud de acuerdo al cumplimiento de la normatividad para la prestación de los servicios en salud.

La evaluación del plan de desarrollo para la vigencia 2013 estuvo en un 90% faltando desarrollar planes

**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 noviembre de 2013 a febrero de 2014 a estado en caminada a cumplir con los informes de ley entre los que se presentaron están:

- Informe de eficiencia y austeridad en el gasto del tercer y cuarto trimestre
- Informe ejecutivo anual de control interno vigencia 2013
- Se entregó a la gerencia y se publicó el informe pormenorizado de control interno del cuatrimestre de julio a octubre de 2013
- Se realizó el informe del servicio de información y atención al usuario, según art. 76 de la ley 1474 de 2011, segundo semestre de 2013
- Se entregó a las dependencias de gerencia y talento humano las evaluaciones de gestión para el segundo semestre de 2013.
- Se realizó el informe de seguimiento al plan anticorrupción el cual fue publicado en la página web e intranet el 31 de diciembre de 2013

## 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 noviembre de 2013 a febrero de 2014 se efectuaron las siguientes:

- Proceso de gestión ambiental y salud ocupacional
- Proceso de gestión financiera

Sin embargo en cuanto al subproceso de evaluación y seguimiento del programa de auditoria del área de calidad se efectuó un 80% debido a que quedaron áreas de bajo cumplimiento como: Odontología, radiología, ecografías, laboratorio clínico, laboratorio de citologías, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención en salud oral (higienistas), debido a la falta de recurso humano.

En los meses de noviembre y diciembre de 2013, la oficina de calidad solamente realizó lo relacionado con rondas de seguridad, eventos adversos, simulacros de código rojo y azul y auditorías coyunturales, por parte del área de calidad.

La auditoría de evaluación y seguimiento en el área rural fue deficiente.

En atención a lo anterior el porcentaje de cumplimiento del programa anual de auditorías de la entidad para la vigencia 2013 fue de un 77.9%.

El avance en el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) inmerso dentro del SOGCS, se encuentra en un 87%; se recomienda realizar seguimientos a corto plazo para el cumplimiento del mismo.

**Se recomienda evaluar y establecer las auditorias para el seguimiento al área rural; igualmente formalizar un equipo multidisciplinario a cargo de la oficina de control interno con el fin de mejorar los criterios de cobertura, oportunidad y especialización de las acciones de esta dependencia.**

## Planes de mejoramiento

La oficina asesora de control interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorias internas. Para el mes de noviembre se realizó seguimiento al plan de mejoramiento al proceso de tecnología de la información y comunicaciones donde se plantearon (10) acciones de mejoramiento de las cuales se han cumplido siete (7) y tres (3) retrasadas.

Así mismo la dependencia de financiera se encuentra elaborando el plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada en el mes de febrero de 2014.

**Se recomienda efectuar los seguimientos a los planes de mejoramiento individual para el cumplimiento de metas con el personal contratista según los seguimientos realizados por las interventorías.**

**LINA MARIA VASQUEZ DIAZ**

Asesora de control interno

