

FECHA: 30 de enero de 2019

CONTENIDO:

1. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL MECI
2. RESULTADOS FURAG
3. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL MODELO DE CONTROL INTERNO CONTABLE
4. SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN
5. RESULTADOS DE AUDITORÍAS 2018
6. SATISFACCION USUARIOS

DESARROLLO:

1. EVALUACION DEL MECI

Cumpliendo las disposiciones legales se ha publicado en la página DAFP la evaluación MECI, en la página de la empresa los informes pormenorizados de control y seguimiento a plan anticorrupción.

Con un cumplimiento del 78%

DEBILIDADES.

Se realizó la Rendición de cuentas públicas de la vigencia 2017, se recomendó mayor difusión para logra informar a la comunidad en general de la ejecución estratégica.

Realizar evaluación periódica a los planes de acción permitiendo identificar el avance y cumplimentó de las metas propuestas.

El mapa de Riesgos de la ESE, fue actualizado, dando cumplimiento a la normatividad vigente que señala la importancia de tener los riesgos identificados en la entidad, sin embargo hacer falta realizar seguimiento a los riesgos identificados por procesos, teniendo

en cuenta que la administración del riesgo ayuda al conocimiento y mejora de la empresa, y contribuye a elevar la productividad, garantizando la eficiencia y eficacia en los procesos, y finalmente permite definir las estrategias de mejoramiento continuo.

Se deben continuar los esfuerzos por disminuir las glosas y presentar oportunamente a las entidades de salud los cobros correspondientes a todos los servicios prestados por la ESE.

Continuar con el fortalecimiento de los programas de formación y capacitación, programas de inducción, re inducción, bienestar y sistema de evaluación de desempeño (Proceso de Gestión del Talento Humano) que proveen mejoras sustanciales en el clima laboral de la empresa.

Fortalecer los mecanismos de evaluación de las diferentes áreas y programas de gestión elaborando y evaluando los indicadores que permitan medir su impacto y avances de los planes de mejoramiento, seguimiento a los POA.

El proceso de contratación debe tener en cuenta el estatuto interno de contratación aprobado y el manual de contratación para la realización de todos los procesos contractuales.(publicaciones en el SECOP II)

Se requiere con carácter urgente emprender acciones para implementar las tablas de retención documental del Proceso Gestión documental y de la información, de esta manera lograr que la empresa garantice la confiabilidad de la información que cruza los diferentes procesos, y que sirva de soporte en la toma de decisiones oportunas y eficientes.

A pesar de que se ha capacitado y documentado los planes de mejoramiento se debe continuar con su implementación a fin de garantizar el fomento de la cultura de autocontrol.

Documentar, ejecutar y evaluar el plan de mejoramiento institucional ajustado a las necesidades sentida de la comunidad, de manera conjunta con la oficina de control interno y planeación, igualmente realizar el seguimiento y valoración del mismo.

Se debe evaluar a través de la definición de metas y cronogramas los comités técnicos-científicos orientados a verificar y fortalecer los procesos de autoevaluación de la gestión y al control de los procesos, que se deriven de los planes de mejoramiento y /o mejoramiento continuo de los controles existentes.

Aún falta mantenimiento preventivo a la infraestructura de la empresa (unidades de internación y consultorios).

2. RESULTADOS FURAG

Avances de Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Versión 2- 2018.

Comité Departamental de Gestión y Desempeño de Boyacá

ENTIDAD: ESE CRIB

Índice de Desempeño Institucional FURAG

70,2

Talento humano

Integridad 70,60%

Gestión Estratégica del Talento humano 76,80%

Direccionamiento estratégico y planeación

Planeación Institucional 71,90%

Gestión con valores para el resultado

Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

Gobierno Digital 64,7%

Seguridad Digital 64,0%

Defensa jurídica

Servicio al ciudadano 73,4%

Racionalización de trámites 75,8%

Participación ciudadana en la gestión pública 72,3%

Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 74,5%

Evaluación de Resultados

Seguimiento y evaluación del desempeño institucional 72,80%

Información y comunicación

Gestión documental 34%

Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 70,3%

Gestión del Conocimiento

Gestión del conocimiento e innovación 67,6

Control interno

Control interno 69,90%

3. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL MODELO DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Se efectuó la evaluación al sistema de control interno contable mediante el aplicativo CHIP Contable dispuesto por la Contaduría General de la Nación, a continuación se extracta la calificación obtenida y las recomendaciones expresadas.

INTRODUCCIÓN

La evaluación del control interno contable consiste en la valoración o medición del control interno que se aplica al proceso contable de la ESE CRIB, con el propósito de determinar su calidad, nivel de confianza y si las actividades de control son eficaces, eficientes y económicas en la prevención y neutralización del riesgo inherente a la gestión contable.

Se puede considerar que el Control Interno Contable que se realiza es para dar cumplimiento a establecer las acciones, las políticas, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, corrección, evaluación y de mejoramiento continuo del proceso con el fin de garantizar que la

información financiera y económica y social cumpla con las normas conceptuales, técnicas y procedimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación.

ALCANCE

La evaluación se realizó a los controles existentes en las actividades de identificación, clasificación, registro y ajuste que conforman la etapa de reconocimiento, así como las actividades de elaboración de estados contables básicos y de los informes, análisis e interpretación de la etapa de revelación y las demás acciones de control que se hayan implementado en la ESE CRIB para el mejoramiento continuo del proceso contable. El informe corresponde al periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de la vigencia 2018 y evalúa el control interno de la Empresa Social del Estado Centro de rehabilitación integral de Boyacá.

1. EVALUACIÓN CUANTITATIVA

La evaluación de control interno contable de acuerdo a los parámetros establecidos por la Contaduría General de la Nación obtuvo un resultado de 4.67 puntos sobre 5, indicando que el sistema de control interno contable es adecuado.

El contenido de la calificación de las preguntas de este cuestionario, se remite a la contaduría general a través del aplicativo SHIP, los valores de cada ítem son calculados directamente por el aplicativo CHIP.

2. EVALUACIÓN CUALITATIVA

FORTALEZAS

En la etapa de reconocimiento se tienen plenamente identificados los productos del proceso contable, las áreas fuente de información contable, las transacciones de los hechos financieros, económicos, sociales se clasifican

Y realizan de acuerdo al régimen de contabilidad pública, y son de fácil interpretación.

Cuenta con un sistema de información para el registro de las transacciones

contables generando los números consecutivos con fecha como es el caso de los comprobantes de contabilidad, notas contables, facturas cuentas de pacientes entre otros, y son respaldadas con documentos idóneos, siendo insumos importantes para el control de las operaciones

Se realiza conciliaciones bancarias y se viene mejorando en su determinación, las Operaciones recíprocas y los cruces de información entre módulos del software CNT.

DEBILIDADES

Falta mayor control en el caso de inventarios de farmacia falla en controles.

Los riesgos que afectan el área financiera presenta debilidades de Identificación y análisis y no se hace seguimiento y monitoreo.

Sigue sin desarrollo el módulo de activos, costos y compras, los cuales son Insumo directo del proceso contable.

RECOMENDACIONES

Ajustar los mapas de riesgos del proceso financiero y realizar el tratamiento, gestión y seguimiento

a los riesgos de índole contable, por parte de los responsables de área contable y el comité técnico de sostenibilidad.

Elaborar procedimiento de autoevaluación de control al proceso contable.

Establecer las gestiones necesarias para que el módulo de inventario se ajuste de acuerdo al físico.

Establecer estrategias para que los bienes que se encuentran en servicio sean verificados en su totalidad por lo menos una vez al año.

3. SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIA DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL

CIUDADANO.

A continuación se presentan los resultados del seguimiento realizado con corte **31 de Diciembre de 2018** como lo establecen las reglamentaciones vigentes publicado en el link seguimiento plan anticorrupción página WEB cribsaludmental.gov.co

4. RESULTADOS DE AUDITORÍAS VIGENCIA 2018

A continuación se presentan una síntesis de cada una de las auditorías de gestión efectuadas a los diferentes procesos durante vigencia 2018, seguimientos Plan Anticorrupción, seguimiento Plan de Gestión –POA e informe de control interno contable e informe pormenorizado MECl.

Auditorías de Gestión: Corresponde a las auditorías practicadas por la oficina asesora de control interno, cuyo objetivo general consiste en evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad de los diferentes procesos, se realizan de conformidad con el cronograma previamente establecido para la vigencia 2015 por el proceso de evaluación y control y aprobadas por el comité de control interno.

Auditoría al proceso de Direccionamiento Estratégico:

5. Se evidencia que no existe procedimiento de comités institucionales ni el seguimiento a los mismos.
6. se evidencia fichas técnicas ni procedimiento de medición de indicadores de gestión institucionales pero no se hace la oportuna medición para la toma de decisiones..
7. No se evidencia análisis del riesgo ni valoración mismo.
8. No se evidencia procedimiento de relación docencia servicio. PAMEC
9. No se realiza procedimiento de medición de los POA de manera periódica.
10. No se evidencia instrumentos, herramientas, actividades que demuestren la socialización y difusión de procesos y los procedimientos de la empresa.

11. RECOMENDACIONES

12. Se recomienda la elaboración y documentación de los procedimientos de consolidación de indicadores, medición riesgos, seguimiento a comités.
13. Es necesaria la orientación, medición trimestral de los Poas, planes de acción de los autodiagnósticos, que permita establecer el cumplimiento de los objetivos y metas de la empresa, el desarrollo de su gestión, el seguimiento y monitoreo de la ejecución del plan estratégico y todos los planes de la empresa.
14. Se recomienda que el proceso identifique y documente las políticas de planeación, que precisen de forma correcta y precisa los lineamientos, metas, acciones, planes de mejoramiento, y su análisis y los cumplimientos a los planes que se han establecido con entes externos.
15. Se recomienda que el proceso establezca tanto en direccionamiento como en planeación las tablas de gestión documental que permitan realizar la trazabilidad de la gestión.
16. Se recomienda establecer si se implementara sistema de gestión de calidad.
17. Se recomienda que el proceso establezca un mecanismo de información sobre las actividades que desarrolla, así como los documentos que expiden, con el fin de mantener actualizada la información para consulta de los servidores y funcionarios de la empresa, y sean socializados y publicados con fácil acceso de consulta.
18. Finalmente, es indispensable que el proceso genera una herramienta, que permita conocer la percepción de los funcionarios, con el fin de mejorar el desempeño de los mismos.

Auditoría al servicio Farmacéutico

Falta documentar procedimientos de acuerdo a las actividades que desarrolla la farmacia, así mismo establecer el procedimiento de re empaque y unidosis.

Auditoría al proceso de servicios de internación

Se cuenta con personal idóneo en las unidades, sin embargo se debe contratar mas profesionales de enfermería para suplir la necesidad de las unidades.

Condiciones del área de hospitalización se debe realizar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física de las unidades.

Auditoría al proceso de servicios ambulatorios

Aun cuando se encuentran documentados los indicadores a la fecha no se evidencia reporte de indicadores por parte del servicio,

Aun cuando se identificaron los riesgos inherentes al servicio no se evidencia implementación de la matriz de riesgos de la institución, su valoración ni las acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos del proceso.

Auditoría al proceso de apoyo terapéutico

Se sugiere mayor socialización de la política respecto a los derechos de los pacientes y sus mecanismos de difusión a los usuarios y política de humanización del servicio.

Se cuenta con un indicador de productividad, se debe establecer la ficha de este indicador y de los indicadores establecidos en la caracterización del proceso, su seguimiento y medición como herramienta en la toma de decisiones

Auditoría al proceso Gestión del Talento Humano

Revisadas las hojas de vida de las órdenes de prestación de servicios no se encontró en el área de talento humano copia de las hojas de vida de las CPS.

No se evidencian capacitaciones específicas por parte de la empresa a las empresas externas para lograr el cumplimiento de las exigencias legales y ajuste a la normatividad del sistema de salud en el trabajo.

Mejorar el procedimiento de inducción y reinducción, teniendo en cuenta lo sugerido por el DAFP con respecto a curso de MIPG.

Auditoría al proceso de bienes y servicios

No se cuenta con el inventario actualizado de acuerdo a los elementos con que cuenta cada oficina.

Auditoría al procesos de Gestión de recursos tecnológicos

Seguimiento a la implementación y el uso del software CNT se evidencia diagnostico que describe las dificultades presentadas en los módulos que componen el software CNT, se observa que el sistema se está utilizando en un 84%.

Auditoría al proceso de Gestión documental y de la información.

se practicó auditoría de gestión encontrando los siguientes hallazgos:

Se evidencia no tener implementadas la tablas de retención documental, estas fueron aprobadas no están publicadas en la intranet y se evidencio que en algunos procesos no tiene conocimiento con respecto al tema, y que falta capacitación.

El proceso de gestión documental no tiene establecidos los procedimientos, No se cuenta con programa de gestión documental a corto, mediano y largo plazo como parte del plan estratégico institucional y el plan de gestión.

No se cuenta con indicador de manejo de fondos acumulados.

Se evidencia incumplimiento en la realización de los comités de archivo según se tiene establecido en la resolución de las tablas de retención documental.

No se evidencia claramente el responsable del sistema de gestión documental y de archivo.

No se evidencia el inventario de los documentos que se producen, de manera que se aseguren el control de los documentos y seguimiento en sus diferentes fases como lo

establece la norma de archivo.

Auditoria al proceso al proceso contractual:

Se evidencio que los contratos no se publican oportunamente en el SECOP II, ni en la página web de la entidad.

las pólizas de garantía de algunos contratos y la aprobación de las mismas están de fecha posterior a la de firma del contrato y del acta de inicio:

Incumpliendo con lo establecido con los requisitos del perfeccionamiento del contrato y lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 "...Para la ejecución se requerirá de la aprobación de la garantía..." y lo dispuesto en la Ley 734 de 2012 en su Artículo 5.1.11. "... Antes del inicio de la ejecución del contrato, la entidad contratante aprobará la garantía mediante Acta, suscrita por la persona designada para el efecto en el Manual de Contratación..."

SATISFACCION DEL CLIENTE

La empresa utiliza como mecanismos para medir el nivel de satisfacción del cliente o partes interesadas, los siguientes instrumentos informes publicados en la pagina web de la entidad.:

Encuestas: Durante la vigencia 2018 se realizó la aplicación de la encuesta a los pacientes falta la tabulación para obtener análisis y toma de decisiones oportunas para el mejoramiento.

Peticiones Quejas Reclamos y Sugerencias: se realizó reuniones del comité y apertura a las quejas y reclamos suscritas por los pacientes, pero no se suscribieron planes de mejoramiento con respecto a algunos casos.

Aun no se publica en la página web los informes de gestión y la evaluación de los indicadores de eficiencia que aplican a la empresa.

Original firmado

**MIREYA PERALTA RODRIGUEZ
ASESORA DE CONTROL INTERNO ESE-CRIB**