

**FORMULACION PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL SISTEMA DE  
CONTROL INTERNO DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS  
REMEDIOS DEL MUNICIPIO DE RIOHACHA-GUAJIRA**

**DELVIS BERNIER LAGOS  
INGENIERA INDUSTRIAL**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTENDER  
ESCUELA DE ECONOMIA Y ADMINISTRACIÓN  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA  
BUCARAMANGA  
2008**

**FORMULACION PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL SISTEMA DE  
CONTROL INTERNO DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS  
REMEDIOS DEL MUNICIPIO DE RIOHACHA-GUAJIRA**

**DELVIS BERNIER LAGOS**

**Monografía de grado presentada como requisito Para optar al título de  
Especialista en Gerencia Pública**

**Director: JORGE MONTERO CASTRO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTENDER  
ESCUELA DE ECONOMIA Y ADMINISTRACIÓN  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA  
BUCARAMANGA  
2008**

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCION</b>	<b>Pág.</b>
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA.	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVOS GENERAL.	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. MARCO REFERENCIAL	8
4.1 MARCO TEÓRICO.	8
4.2 MARCO CONCEPTUAL	9
5. ASPECTOS GENERALES	17
5.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.	17
5.2 MARCO INSTITUCIONAL.	20
5.3 MISIÓN.	21
5.4 VISIÓN.	21
5.5 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	21
5.6 PRINCIPIOS Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES	22
6. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.	24
7. PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA	26
7.1 ASPECTOS GENERALES	26
8. CONFORMIDAD E INCONFORMIDAD SOBRE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	32

9. INFORMES DE AVANCE Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	34
10. MÉTODO DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	36
10.1 PUNTAJES BASE DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	37
10.2 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO A LA FECHA DE EVALUACIÓN	38
10.3 SANCIONES	38
11. MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LAS AREAS ORGANIZACIONAL	43
11.1 ADOPCIÓN DE CONTROL	43
12. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	49

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1: FICHAS TECNICAS	50
ANEXO 2: FLUJOGRAMAS	59
ANEXO 3: FORMATOS MATRIZ DE PROCESOS	70

## RESUMEN

**TITULO:** FORMULACION PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS DEL MUNICIPIO DE RIOHACHA –LA GUAJIRA. \*

**AUTORA:** DELVIS YONAIRA BERNIER LAGOS\*\*

**PALABRAS CLAVES:** GESTION, ECONOMIA, RESULTADOS, MEJORAMIENTO CONTINUO.

### **DESCRIPCION:**

El presente trabajo es una herramienta fundamental, para que la institución E.S.E. Hospital Nuestra Señora de los Remedios del Municipio de Riohacha de cumplimiento de las acciones de mejoramiento surgidas por los procesos de auto evaluación, evaluación independiente del Sistema de Control Interno ,auditoria interna y las recomendaciones dadas por los entes de control.

Este instrumento facilita el cumplimiento de los principios de Economía, Eficiencia y Eficacia al estar orientados a mejorar los aspectos en los procesos; este documento se diseñarse para mejorar la oportunidad en la consecución de las metas y los resultados intermedios y de Preservación del Medio Ambiente, cuando buscan corregir las acciones que ponen en riesgo los recursos financieros y de gestión, de los procesos que ya están analizados

Esta investigación esta sujeta a la Autogestión, y las acciones de mejoramiento, para que cada área o dependencia de la entidad, regule y mejore su desempeño en procura de los objetivos institucionales.

El objetivo principal es de orientar las acciones de mejoramiento que han de llevarse a cabo por cada una de las unidades funcionales que conforman la institución, sobre los procesos bajo la responsabilidad de la alta dirección, a fin de mantenerlas alineadas con el cumplimiento de los propósitos de la entidad.

---

\* Monografía.

\*\* Escuela de economía y administración. Especialización en gerencia publica.  
Director: Jorge Montero Castro.

## ABSTRACT

**TITLE:** Formulation of plan best for the system of internal control of the company state social our lady of remedies in the municipality of la Guajira-Riohacha. \*

**Author:** DELVIS YONAIRA BERNIER LAGOS. \*\*

**Keywords:** Management, economies, it, continuous improvement.

### DESCRIPCION:

This work is an essential tool for the institution ESE Hospital Our Lady of Remedios Municipality of Riohacha enforcement actions arising in improving the processes of self-assessment, independent evaluation of internal control systems, internal audit and the recommendations given by the supervisory bodies.

This tool facilitates compliance with the principles of economy, efficiency and effectiveness to be aimed at improving aspects in the process, this document is designed to improve opportunity in achieving the goals and intermediate results and Preservation of the Environment, when seeking to correct actions that endanger the financial resources and management of the processes that are already analyzed

This research is subject to the self-management, and actions for improvement, so that each area or unit of the entity, regulate and improve its performance in pursuit of corporate goals.

The main objective is to guide the actions of improvement to be carried out by each of the functional units that make up the institution, about the processes under the responsibility of senior management in order to keep them aligned with the fulfilment of the purposes of the entity.

---

\* Monograph.

\*\* School of Economics and Administration. Specialization in Public Management.  
Director: Jorge Montero castro, Economist

## INTRODUCCION

Es un propósito de toda institución alcanzar los objetivos, metas y resultados formulados, a las características de eficiencias, y la efectividad de un alto grado de calidad, sin embargo se requiere de elementos que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de las instituciones en qué se deben enfocar sus voluntades, esfuerzos, conocimientos y recursos; para ello se debe contar con un plan de trabajo por cada dependencia que traduzca los niveles administrativos y operativos.

Las acciones que se realizan en una institución en lo posible deben estar normalizadas y estandarizadas para asegurar el autocontrol y lograr que los esfuerzos produzcan los resultados esperados, evitando la variabilidad del proceso, identificando aquellos aspectos que se desea medir para verificar la gestión realizada y permitirse entrar en el proceso del mejoramiento de la calidad de la administración.

En el Hospital Nuestra Señora de los Remedios del municipio de Riohacha, el mejoramiento continuo de los procesos permite alcanzar altos niveles de productividad y competitividad, satisfaciendo las necesidades tanto de los usuarios internos y externos que aquí elaboran.

La formulación de un plan de mejoramiento para la oficina de control interno es un Instrumento que consolida un conjunto de acciones requeridas para corregir las debilidades e inconsistencias encontradas en las instituciones, en este caso específico nos queremos referir a las analizadas en la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS del Municipio de Riohacha, entidad en la cual enfocaremos nuestra propuesta de grado.

la formulación de un plan de mejoramiento para el sistema de control interno que consolida las acciones derivadas de la auto evaluación independientes, y los hallazgos encontrados por el ente de Control, generadas por las recomendaciones halladas por las auditorias que es la base para la definición de un programa de mejoramiento de la función administrativa y operativa de la entidad a partir de sus objetivos definidos, la aprobación por la autoridad competente, la asignación de los recursos necesarios para la realización de los

planes de mejoramiento, la definición del nivel responsable, el seguimiento a las acciones trazadas, la fijación de las fechas límites de implementación y la determinación de los indicadores de logro y seguimiento de las mejoras, con lo cual se establecen las especificaciones de satisfacción y confiabilidad.

La dinámica organizacional, debe permitir generar un clima institucional orientado al mejoramiento de la gestión; y los resultados al garantizar el seguimiento continuó de los acuerdos y compromisos de los diferentes actores o responsables de su ejecución, dentro de un término prudencial para medir su aplicación.

Su seguimiento permite validar la orientación de la E.S.E hacia el cumplimiento de sus propósitos, mantener una actitud constructiva y proactiva hacia la evaluación, las circunstancias y los nuevos escenarios que están orientados y hagan parte de la auto evaluación, la evaluación independiente y la auditoría interna un compromiso permanente en la entidad, manteniendo una actitud reflexiva y constructiva de las nuevas realidades del ambiente y la responsabilidad del Estado frente a sus grupos de interés<sup>1</sup>.

La finalidad de los PLANES DE MEJORAMIENTO es desarrollar una cultura gerencial orientada al mejoramiento permanente de su función, efectuando las acciones correctivas en las Políticas y en los distintos procesos y procedimientos propios de la Gerencia pública de manera oportuna, a fin de garantizar el buen uso de los recursos públicos y una eficiente prestación del servicio que le ha sido encomendado.

Con este trabajo se pretende formular el mejoramiento de los procesos del sistema de control interno la oficina de control interno de la ESE "Hospital Nuestra Señora de los Remedios" brindar día a día una buena calidad de gestión administrativa y lograr que del asesor de control sea mas eficiente para la institución y contribuir con el desarrollo de la gerencia administrativa de la institución.

Esta formulación de mejoramiento al sistema de control interno nos permite que los procesos se realicen en bases en nuevas tecnologías, Reingeniería en los procesos.; la aplicación de la reingeniería, según HAMMER<sup>2</sup> es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento como la gestión de CALIDAD.

---

<sup>1</sup> Mecí Modelo Estándar de Control Interno  
DAFP

<sup>2</sup> HAMER , MCHAEL, unificar los procesos, Revista de Gestión Volumen 1- Bogota, 1998

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La modernización emprendida en los organismos del Estado, ha creado la necesidad de integrar nuevas metodologías, en todos los niveles de las diversas áreas administrativas y operativas, con el fin de ser competitivos y responder a las nuevas exigencias empresariales.

En este sentido, para las organizaciones es primordial lograr los mejores resultados con economía de esfuerzos y recursos; es decir, al menor costo posible. Para ello debe controlarse que las decisiones se cumplan adecuadamente, debido a que las acciones ejecutadas correspondan con proyecciones, dentro de un esquema básico que permitan la iniciativa y contemplen las circunstancias vigentes en cada momento.

En el Departamento de la Guajira existen organizaciones de salud en las cuales los nuevos enfoques de control y gestión a que están sometidos por las nuevas administraciones entrantes o por falta de capacitación de sus profesionales, lo que dejan a las empresas de salud rezagadas frente a la competitividad en el ámbito Departamental y en el ámbito nacional.

Debido a cambios realizados por la nueva administración en la E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS se observa que algunos procesos existentes no han sido adaptados a las necesidades de la institución, lo cual ha incidido negativamente en el desarrollo del control de organismo, lo cual se ha dado un desgaste físico en el subproceso de las operaciones, falta de control en los procesos de los servidores, afectando el desarrollo de los objetivos personales e institucionales.

El decreto 1599 es la base fundamental para el mejorar la implementación del nuevo sistema de control interno, que tiene como marco referencial el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, es de obligatorio cumplimiento lo cual obliga a las entidades oficiales a realizar las gestiones pertinentes para la implementación de dicho modelo; Actualmente en La ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios se encuentra en proceso de socialización

Por lo anterior se considera importante formular un plan de Mejoramiento para la oficina de control interno de la ESE, que es una pieza fundamental dentro del proceso de implementación del nuevo sistema de Control Interno

### **1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA.**

Se sugiere diseñar un Plan de Mejoramiento Para el sistema de control interno que permita una funcionalidad ajustada a las normas vigentes que trazan a la oficina de control interno a la Empresa Social del estado Nuestra señora de los Remedios de la Ciudad de Riohacha y que sea un modelo para emitir en su gestión.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Una herramienta fundamental para el desarrollo de las empresas y por consiguiente en las instituciones prestadoras del servicio en el área de la salud, es el sistema de control interno, cuyos componentes y procesos se presentan, haciendo énfasis en su necesidad, utilidad y viabilidad.

La gestión de las entidades en el área de salud tanto pública como privada en Colombia, ha sido diagnosticada insuficientemente en materia de calidad y en el desarrollo de sus procesos y procedimientos los cuales vamos a identificarlos como los principales problemas y a la vez vamos plantear sus posibles soluciones.; desde el punto de vista teórico y práctico, un elemento de carácter constitucional, al que se asignó el nombre de "Sistema de Control Interno y de Gestión".

Se ha demostrado que aquellos Asesores, Directivos, Gerentes que han aplicado técnicamente y en forma completa este importante sistema de Control Interno en las entidades de salud en los hospitales, han logrado una gestión administrativa con unos resultados óptimos por su eficiencia, eficacia y economía, apoyados por los objetivos, elementos y características del sistema en forma integral.

La labor se inicia utilizando la Planeación con sus diferentes etapas; definiendo en forma proyectada su Misión, Visión, Objetivos, Estrategias, Políticas, Programas, Presupuestos, Procedimientos, Metas y demás elementos que integran la Calidad Total, cuantificada y recopilada en los datos de un Plan de Desarrollo con su dimensión a corto, mediano o largo plazo. Donde se elabora una adecuada y técnica estructura organizacional de la empresa, con un organigrama en el que se describirán las funciones y responsabilidades, tanto de los empleados como de las distintas unidades funcionales, para continuar el proceso administrativo, con una dirección o ejecución que cumplan su gestión conforme lo proyectado, para posteriormente efectuar el control, mejoramiento o evaluación.

Es de aclarar conceptualmente que este tipo de controles es muy diferente al control correctivo o mediante esquemas de orden policivo, sancionatorio o investigativo que se ha venido utilizando en nuestro medio en muchas entidades del estado, Por lo tanto, es necesario que en las entidades de salud los directivos diseñen técnicamente, implementen y se les realice un mejoramiento y evalúe al Sistema de Control Interno y sus elementos, para garantizar el adecuado

desempeño y el cumplimiento de la razón de ser, o sea que se cumpla la misión institucional.

De esta forma se garantizará la correcta utilización de los recursos financieros y humanos, tanto del personal administrativo y asistencial e inclusive de sus propios usuarios comprometidos todos con un resultado que espera el Departamento de la Guajira y en especial el municipio de Riohacha, con unos buenos servicios de calidad en el campo de la salud, para beneficio de los habitantes en general. Otro parámetro esencial del sistema es mostrar resultados reales, confiables, y verificables. Que se soporte en una válida información que demuestre que los servicios y beneficios se lograron por que fue eficiente, eficaces, económicos y efectivos, en todos los campos de la entidad prestadora de servicios en el área de salud, especialmente en su Gerenciamiento y organización.

Todo sistema involucra a varios elementos que se requiere que trabajen en equipo para lograr los objetivos en forma integral.

Por tal razón, para el cumplimiento constitucional, legal y como una recomendación a la solución de los problemas diagnosticados, se hace necesario que se cumplan en forma integral el mejoramiento en el área de control interno del Hospital Nuestra señora de los Remedios de la ciudad de Riohacha.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Formular un plan de mejoramiento del Sistema de Control Interno en la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora de Los Remedios en el Municipio de Riohacha.-

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar un diagnóstico del área que permita conocer las debilidades y la realidad actual de la misma.
- Proponer un plan de Mejoramiento basado en el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.
- Diseño de un sistema de control y un conjunto de indicadores de gestión que nos permita hacerle seguimiento al plan de mejoramiento propuesto

## **4. MARCO REFERENCIAL**

### **4.1 MARCO TEÓRICO.**

Debido al mundo económico integrado que existe hoy en día, se ha creado la necesidad de integrar metodologías y conceptos en todos los niveles de las diversas áreas administrativas y operativas con el fin de ser competitivos y responder a las nuevas exigencias empresariales, surge así un nuevo concepto de control interno donde se brinda una estructura común el cual es documentado en el Modelo Estándar de Control Interno MECI.

Uno de los varios conceptos de control interno se entiende como el proceso que ejecuta la administración con el fin de evaluar operaciones específicas con seguridad razonable en tres principales categorías: Efectividad y eficiencia operacional, confiabilidad de la información en el cumplimiento de las políticas, leyes y normas.

De esta forma, dada que el Modelo Estándar de Control interno ha sido planteado como un sistema, cada una de las partes que lo integra tiene unas características singulares y necesarias para el funcionamiento del mismo.

La implementación del sistema de control interno implica que cada uno de sus componentes estén aplicados a cada categoría esencial de la empresa convirtiéndose en un proceso integrado y dinámico permanentemente; como paso previo cada entidad debe establecer los objetivos, políticas y estrategias relacionadas entre sí con el fin de garantizar el desarrollo organizacional y el cumplimiento de las metas corporativas; aunque el sistema de control interno debe ser intrínseco a la administración de la entidad y busca que ésta sea más flexible y competitiva en el mercado, se producen ciertas limitaciones inherentes que impiden que el sistema como tal sea confiable ciento por ciento y donde cabe un pequeño porcentaje de incertidumbre; por esta razón se hace necesario un estudio adecuado de los riesgos internos y externos con el fin de que el control provea una seguridad razonable para la categoría a la cual fue diseñado; estos riesgos pueden ser atribuidos a fallas humanas como la toma de decisiones erróneas, simples equivocaciones o confabulaciones de varias personas. Es por ello que es

muy importante la contratación de personal con gran capacidad profesional, integridad y valores éticos así como la correcta asignación de responsabilidades bien delimitadas donde se interrelacionan unas con otras con el fin que no se rompa la cadena de control fortaleciendo el ambiente de aplicación del mismo; cada persona es un eslabón que garantiza hasta cierto punto la eficiencia y efectividad de la cadena.

La responsabilidad principal en la aplicación del sistema de control interno en la organización debe estar siempre en cabeza de la gerencia con el fin de que exista un compromiso real a todos los niveles de la empresa, siendo función del asesor de control interno, la adecuada evaluación o supervisión independiente del sistema con el fin de garantizar la actualización, eficiencia y existencia a través del tiempo. Éstas evaluaciones pueden ser continuas o puntuales sin tener una frecuencia predeterminada o fija; así mismo es conveniente mantener una correcta documentación con el fin de analizar los alcances de la evaluación, niveles de autorización, indicadores de desempeño e impactos de las deficiencias encontradas; estos análisis deben detectar en un momento oportuno cómo los cambios internos o externos del contexto empresarial pueden afectar el desarrollo o aplicación de las políticas en función de la consecución de los objetivos para su correcta evaluación.

La comprensión del control interno puede así ayudar a cualquier entidad pública o privada a obtener logros significativos en su desempeño con eficiencia, eficacia y economía, indicadores indispensables para el análisis, toma de decisiones y cumplimiento de metas.

## **4.2 MARCO CONCEPTUAL**

**SISTEMA DE CONTROL INTERNO:** El presente documento establecerá el marco conceptual del modelo estándar de control interno para la empresa social del estado nuestra señora de los remedios el cual debe de desarrollarse mediante metodologías, procedimientos e instructivos que el Departamento Administrativo de la Función Pública establezca para la implementación del mismo.

### **SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO**

Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre si, permite el cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional de la entidad pública.

Componente Ambiente De Control: Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, otorgan una conciencia de control a la entidad pública, influyendo de manera profunda en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a la entidad.

## **ELEMENTOS**

**Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos:** Elemento de Control, que define el estándar de conducta de la entidad pública. Establece las declaraciones explícitas que en relación con las conductas de los servidores públicos, son acordados en forma participativa para la consecución de los propósitos de la entidad, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en al Constitución, la ley y la finalidad social del Estado.

**Desarrollo del Talento Humano:** Elemento de Control, que define el compromiso de la entidad pública con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público. Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación de desempeño de los servidores públicos del estado.

**Estilo de Dirección:** Elemento de Control, que define la filosofía y el modo de administrar del gobernante o gerente público, estilo que se debe distinguir por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo para guiar u orientar las acciones de la entidad hacia el cumplimiento de su misión, en el contexto de los fines sociales del Estado.

**Componente Direccionamiento Estratégico:** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, establecen el marco de referencia que orienta la entidad pública hacia el cumplimiento de su misión, el alcance de su visión y la conduce hacia el cumplimiento de sus objetivos globales.

## ELEMENTOS

Planes y Programas: Elemento de Control, que permite modelar la proyección de la entidad pública, a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos.

**Modelos de Operación por Proceso:** Elemento de Control que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.

**Estructura Organizacional:** Elemento de Control, que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad pública, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión

**Componente Administración Del Riesgo :**Conjunto de Elementos de Control, que al interrelacionarse, permiten a la entidad pública, evaluar aquellos elementos genitivos tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades, para un mejor cumplimiento de la función.

## ELEMENTOS

**Contexto Estratégico:** Elemento de Control, que permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones de la entidad pública, frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias interna y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales.

**Identificación de Riesgos:** Elemento de Control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad pública, que ponen en riesgo el logro de su misión estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia.

**Análisis de Riesgo:** Elemento de Control, que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo.

**Valoración del Riesgo:** Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la entidad pública a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

**Políticas de Administración de Riesgo:** Elemento de Control, que permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad pública.

## **SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN**

Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondiente, aseguran el control la ejecución de los procesos de la entidad pública, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su misión.

**Componentes Actividades de Control:** Conjunto de Elementos de Control que garantizan el Control a la ejecución de la función, planes y programas de la entidad pública, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgo y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

## **ELEMENTOS**

**Políticas de Operación:** Elemento de Control, que establece las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la entidad pública, define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo, previamente definidos por la entidad.

**Procedimientos:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la entidad pública. Establece los métodos para realizar las tareas.

**Controles:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de la entidad pública.

**Indicadores:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda entidad pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generados en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

**Manual de Procedimientos:** Elemento de Control. Materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de la entidad pública, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los servidores públicos.

## **Componente Información**

Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados adquieren significado para los grupos de interés de la entidad pública a los que va dirigido. Hace parte fundamental de la operación de la entidad al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto de los mismos. Garantiza la base de la transparencia de la actuación pública, la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información.

## **ELEMENTOS**

**Información Primaria:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuente externa proveniente de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con la entidad, pero que afectan su desempeño.

**Información Secundaria:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de la entidad pública, provenientes del ejercicio de su función. Se obtiene de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la entidad pública.

**Sistema de Información:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información, orientada a soportar de manera más eficiente la gestión de operaciones en la entidad pública.

## **Componentes Comunicación Pública**

Conjunto de elementos de Control, que apoya la construcción de visión compartida y el perfeccionamiento de las relaciones humanas de la entidad pública con sus grupos de interés internos y externos, facilitando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales en concordancia con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 489 de 1998.

## **ELEMENTOS**

**Comunicación Organizacional:** Elemento de Control, que orienta la difusión de políticas y la información generada al interior de la entidad pública para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la entidad.

**Comunicación Informativa:** Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de la entidad pública sobre su funcionamiento, gestión y resultado en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés y externos.

**Medios de Comunicación:** Elemento de Control, que se constituye por el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por la entidad pública, para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de sus sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

## **SUBSISTEMA DE EVALUACIÓN**

Conjunto de Componentes de Control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del control interno de la

entidad pública; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

### **Componente auto evaluación**

Conjunto de Elementos de Control que al actuar en forma coordinada en la entidad pública, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempos reales, verificando su capacidad para cumplir las metas y resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad.

### **ELEMENTOS**

Auto evaluación de Control: Elemento de Control que basado en un conjunto de indicadores de gestión, diseñados en los planes y programas y en los procesos de la entidad pública, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de la entidad pública hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

Auto evaluación de Gestión: Elemento de control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión, diseñado en los planes y programas y en los procesos de la entidad pública, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de la entidad pública hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Componente Evaluación Independiente: Conjunto de elementos de control que garantiza el examen autónomo y objetivo del sistema de control interno, la gestión y resultados corporativos de la entidad pública por parte de la oficina de control interno, unidad de auditoría interna o quien haga sus veces. Presenta como característica la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y aun conjunto de programas que establecen

objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los planes de mejoramiento de la entidad.

Evaluación del Sistema de Control Interno: Elemento de Control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del control interno en el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.

Auditoría interna. Elemento de Control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una entidad pública. Así mismo permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

## **COMPONENTES PLANES DE MEJORAMIENTO**

Conjunto de elementos de control que consolidan las acciones de mejoramiento necesarios para corregir las desviaciones, encontradas en el sistema de control interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de auto evaluación, de evaluación independiente y en las observaciones formales provenientes de los órganos de control.

## **ELEMENTOS**

Plan de mejoramiento institucional, Elemento de Control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la entidad pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus macro procesos o componentes corporativos debe operar la entidad pública para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión, y objetivos en los términos establecidos en la Constitución, la Ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con los diferentes grupos de interés.

**Planes de Mejoramiento por procesos:** Elementos de control que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la organización pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto.

**Planes de Mejoramiento Individual.** Elemento de Control, que contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los servidores públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece en un marco de tiempo y espacio definido, para una mayor productividad

## **5. ASPECTOS GENERALES**

### **5.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**

El Hospital Nuestra Señora de los Remedios, tuvo su origen en el año 1934, funcionando en una edificación que no era de su propiedad, hoy en día edificio de la Policía Nacional; su primer director fue el doctor Luís Enrique Ramírez Isaac.

El funcionamiento del Hospital Nuestra Señora de los Remedios se dio mediante ordenanza O83 del 22 de julio de 1943, donde se presentaban los servicios de cirugía y urgencias, realizando estos procedimientos los doctores Constantino Baquero, Luís Enrique Ramírez y Enrique Gaviria.

En el año de 1955 se trasladó a la sede actual (calle 12 con carrera 15, esquina), debido a la gran demanda de pacientes tanto de Riohacha como de las poblaciones vecinas, siendo su primer director en esta sede el doctor Ramón Gómez Bonivento. Esta edificación ha sido objeto de varias ampliaciones y remodelaciones para ajustar sus servicios a las comunidades demandantes.

En el año 1956 se pone en servicio la sala de partos, con el fin de brindar una mayor cobertura de servicios a las comunidades.

Entre los años 1956 y 1968, siendo director el doctor Jaime Brito Herrera, se amplió la planta de personal asistencial para cubrir la demanda de pensión. En el período de 1968 a 1970, el doctor José Mario Gómez Fonseca consigue para la institución una planta eléctrica, ya que el fluido eléctrico era escaso en esta ciudad.

Durante el año 1970 se nombran las primeras auxiliares de Enfermería, siendo dirigidas por la primera Enfermera Profesional que llega al Hospital, Rosa Adela Montilla, logrando esta gestión los doctores Vero Quintana López y Crispín Mejía Uriana.

El 5 de marzo de 1975, por medio del Decreto 365 se elevó a la condición de Hospital Regional adscrito al servicio Regional de Salud, cuya finalidad es brindar atención médica integral a toda la comunidad de Riohacha y Norte de La Guajira, sirviendo como referencia a pacientes de los organismos del área adscrita o vinculada, brindando la atención especializada.

En el año de 1981, el entonces director del Hospital, doctor Manuel Rivadeneira Romero, amplió el área asistencial, inaugurándose la sala de maternidad y se realiza educación extra mural en todos los corregimientos del municipio de Riohacha.

En 1982, el doctor Jaime Manjares Palacio le dio el impulso al proyecto de remodelación médico – arquitectónico del Hospital Nuestra Señora de los Remedios ante el Ministerio de Salud y se inician las primeras conversaciones para la cancelación de la Prima de Antigüedad y se inaugura la sala de rehidratación oral en el año 1984.

En 1985 se amplió el servicio de urgencias, siendo director del Hospital Raúl Deluque Herrera, culminando esta obra el doctor Juan Miguel Griego (1986 – 1989), quien no sólo consigue continuar la remodelación del servicio de Urgencias, sino que logra incluir el bloque administrativo del Hospital Nuestra Señora de los Remedios.

El 17 de febrero de 1989, con el doctor Miguel Ángel Pérez Bernier como director, se inicia la ejecución del proyecto de remodelación médico – arquitectónica del Hospital y se construye el área de urgencias y pensionados. En 1992 se inaugura y se pone al servicio de la comunidad la planta física de urgencias y se inician los concursos de méritos para dar cumplimiento a la Carrera Administrativa.

En 1993, el doctor Luís Manuel Ávila continúa con los concursos de méritos para proveer los cargos de Carrera Administrativa en el Hospital y continúa con el proyecto de remodelación del mismo.

En enero de 1994, la doctora Ilka Curiel Correa, primera mujer en ocupar la Dirección del Hospital, continúa con la construcción de las áreas de laboratorio clínico, banco de sangre, bloque quirúrgico y sala de parto. Se inicia el proceso de descentralización administrativa y con la Ordenanza 018 del 11 de mayo de 1994, emanada de la Asamblea Departamental de La Guajira, donde se crea el Hospital Nuestra Señora de los remedios en Empresa Social del Estado. Igualmente se realizan los trámites pertinentes ante Desalud de La Guajira (hoy Secretaría Departamental de Salud), para la consecución de la licencia de funcionamiento de las diferentes áreas del Hospital.

El doctor Ubaldo Martínez Pinedo (1995 – 1996) continúa realizando cambios en la estructura física del Hospital (área de pediatría, pensionados y laboratorio clínico).

El doctor David Niño Osorio inicia su período en abril de 1996 y culmina en diciembre de 1997, poniendo al servicio de la comunidad el área física de pediatría y se termina la remodelación del antiguo pensionado.

En 1998 el doctor David Alberto Barros Fuenmayor es elegido por la Junta Directiva para un período de tres años; se reglamenta el funcionamiento del Hospital de acuerdo a lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se realiza el Plan de Desarrollo Institucional a tres años por un grupo interdisciplinario, donde están representados los Jefes de Sección de los diferentes estamentos sociales existentes en la institución y, a comienzos del año 2000, se lleva a cabo la reorganización de la planta de personal.

El 2 de abril de 2001 llegó nuevamente a la dirección del Hospital Nuestra Señora de los Remedios el doctor Miguel Ángel Pérez Bernier, quien inició con una serie de inauguraciones de los pabellones de cirugía, sala de partos, internación de maternidad, observación pediátrica, sala de pacientes críticos, proyectos de vida saludable, salud confort para pacientes que desarrollen hotelería, consultorio de oftalmología, modernización de los equipos de imágenes y diagnósticos, se repotencia el servicio de odontología, se construye la planta física de la Unidad de Cuidados Intensivos. Se inicia el proceso para el mejoramiento de la cultura organizacional y capacitación del personal.

El 3 de febrero de 2005 eligen como nuevo Director de la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios de la ciudad de Riohacha al Pediatra JOSE CAYETANO ROMERO MORA; el mejoramiento de la salud en el departamento de La Guajira es uno de los principales retos para nuestro desarrollo y evolución dentro de los escenarios de calidad de vida que los guajiros nos merecemos.

Esta Institución, en el 2005, empezó uno de sus ciclos más importantes para su fortalecimiento, en donde todas sus acciones estaban orientadas a convertirnos en una empresa líder en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como centro de referencia a nivel Departamental.

Mediante la planificación y la ejecución de varios programas implementados en la institución, se logró la organización e identificación de la realidad de la empresa en todas sus áreas, así como las mejores estrategias que se deben continuar realizando para cumplir con la meta que se han trazado en el Plan de Desarrollo.

## **5.2 MARCO INSTITUCIONAL.**

La Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha, es una entidad con categoría especial, entidad pública descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, según las ordenanzas No 018 del 11 de mayo de 1994, y la 051 del 10 de diciembre de 1995 proferida por la Honorable Asamblea Departamental de la Guajira; se constituyó en Empresa Social del Estado, por mandato de la ley 100 de 1993, la cual se promulgó para organizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y pagar la deuda social a los habitantes con universalidad, solidaridad y eficiencia.

Además está sometida al régimen jurídico prevista en el capítulo III artículo 1194, 1195 y 1197 de la ley 100 del 1993 y sus decretos reglamentarios; adscrita a la Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud del Departamento de la Guajira.

Su objeto social es adelantar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de salud en todo el Departamento de la Guajira.

El funcionamiento del Hospital Nuestra Señora de los Remedios, se dio mediante ordenanza No 083 del 22 de Julio de 1943 emanada de la Honorable Asamblea del Departamento del Magdalena en el Desarrollo del Decreto No 13 de 1940, donde se prestaba el servicio de cirugía y Urgencias.

### **5.3 MISIÓN**

Somos la Empresa Social del Estado, Centro de Referencia de la Red Pública del Departamento de la Guajira, que da respuesta a mínimo riesgo y a mínimo costo a las necesidades de salud de los guajiros; con un modelo de salud viable que garantiza la prestación de servicios hospitalarios integrales de nuestra comunidad, motivado por un recurso humano de la mejor calidad profesional y técnica con calidez humana.

### **5.4 VISIÓN**

Ser en el 2010 una empresa de salud líder a nivel regional en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en el desarrollo empresarial hospitalario, combinando el paradigma biomédico con el biopsicosocial, generando metas de salud positiva, indicadores de mortalidad evitable y estilo de vida saludable, contribuyendo al pago de la deuda social en salud que los guajiros se merecen.

### **5.5 OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

- Aumentar cobertura de prestación de los servicios médicos integrales de salud a la población de la ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios del municipio de Riohacha con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad evitable del mismo.
- Modernizar la gestión de la institución, en las áreas administrativas, financiera y asistenciales con el fin de prestar un servicio oportuno, eficiente y de excelente calidad a los usuarios externo de la ESE
- Propender en el desarrollo continuo y permanente del talento humano que elabora en la ESE para mantenerlo capacitado, motivado, humanizado, con dedicación y respeto al trabajo, con el fin de lograr permanencia y sostenibilidad en la institución.
- Garantizar la participación ciudadana de la institución, mediante la conformación del comité de participación comunitaria y ciudadana para así diseñar en consecuencia política y correctivos orientados al mejoramiento continuo de los servicios de la ESE.

## 5.6 PRINCIPIOS Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES

### PRINCIPIOS

- Hará parte de nuestro desarrollo empresarial hospitalario en la prestación de servicios, observando las normas constitucionales de optimización y oportunidad que se le debe dar a los clientes/usuarios y/o pacientes.
- Atenderemos todos los clientes/usuarios y/o pacientes que requieran servicios de alta complejidad, de acuerdo a nuestra capacidad científico - técnica, sin distinción de raza, credo, costumbres u otras características culturales del medio.
- Estaremos prestos a las eventualidades, catástrofes o emergencias que se sucedan, proporcionando a la población la atención a la cual tiene derecho, con los recursos humanos y tecnológicos disponibles cualquiera sea su capacidad económica.
- La Ética y el profesionalismo; la tecnología y la calidad; la calidez y la oportunidad, serán los baluartes de la institución para hallar el posicionamiento como empresa gestora del desarrollo territorial en salud del norte de Colombia.
- Todos y cada uno de los funcionarios vinculados a la organización, aportan sus conocimientos, experiencia y capacidad humana para Cumplir satisfactoriamente los objetivos que nos hemos trazado.
- Los clientes internos y externos, contribuirán en alto grado a la consecución de nuestros objetivos, buscando implementar estrategias y mecanismos para que mancomunadamente logremos el bienestar de las personas y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.
- Buscando la transparencia en todos los procesos administrativos y asistenciales.

- Proporcionar un clima organizacional gratificante a través del crecimiento personal y profesional de los colaboradores, con acciones de capacitación, motivación y reconocimiento individual e integral.
- Fortalecer la relación con los diferentes clientes del hospital, atendiendo sus necesidades con confiabilidad, calidez y oportunidad.
- Asumir el reto de la proyección de la organización hacia el logro de los grandes propósitos y objeto social de la institución

## **POLITICAS**

- La atención de los usuarios está a cargo del personal calificado en cada área.
- Las compras de suministro e insumos se realizan a través del almacén general, previa concertación del comité de compras.
- El personal vinculado a la institución no será perseguido por sus convicciones políticas y religiosas.
- El ingreso del paciente a la institución se hará a través de la oficina de admisiones.
- El personal vinculado a la institución deberá acatar el reglamento y normas disciplinarias establecidas.
- Las operaciones de cada unidad administrativa de la institución será responsabilidad de la persona designada por la administración.
- Todas las relaciones interinstitucionales de la empresa estará respaldada con el documento correspondiente según sea el caso.
- Cada área funcional de las ESE contara con su manual de procesos y procedimientos.

## **6.- DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**

ENTIDAD AL CUAL SE HACE EL DIAGNOSTICO: Sistema de control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora de los Remedios

PROFESIONAL QUE ELABORA EL DIAGNOSTICO: DELVIS BERNIER LAGOS, estudiante de la ESPECIALIZACION DE GERENCIA PUBLICA – Universidad Industrial de Santander

### **AREA DIAGNOSTICADA: Oficina de Control Interno**

Los Fundamentos utilizados para adelantar el siguiente diagnostico de la situación actual de la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha la Guajira están ajustado en base a las Leyes 87 de 193 (Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismo del estado y se dictan otras disposiciones) y 1599 del 2005 donde (se adopta el Modelo Estándar de Control Interno en el estado colombiano).

### **METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO: Inspección ocular**

Después de hacer un análisis minucioso de todos los componentes que se requieren para adelantar un efectivo sistema de control interno, en este caso específico a la Empresa Social del Estado Nuestra Señora de los Remedios en una empresa social del estado encargada de prestar servicios en el área de la salud, se pudo comprobar de ciertas situaciones anormales. Encontrándose unos hallazgos que impiden e influyen en el comportamiento del buen manejo de la entidad.

Entre las situaciones mas relevantes se pueden apreciar las falencias en la parte estructural y la planeación organizacional y la base de los hallazgos encontrados del diagnostico, en comento se puede resumir de la siguiente manera:

Se sugiere diseñar un Plan de Mejoramiento Para el sistema de control interno que permita una funcionalidad ajustada a las normas vigentes que trazan a la oficina de control interno a la Empresa Social del estado Nuestra señora de los Remedios

de la Ciudad de Riohacha y que sea un modelo para emitir en su gestión requiere este tipo de oficina para adelantar los procedimientos antes mencionados.

En el sistema de control interno de la entidad se pudo apreciar la inexistencia de manuales ( Procesos, funciones, procedimientos) para planificar el contexto empresarial lo cual se desarrolla acorde a los planes de acción, de igual forma en las unidades funcionales no se adelanta un seguimiento necesario en su ejecución y como tal no existe la posibilidad de medir los indicadores requeridos.

Una de las situaciones mas apremiantes es la falta de actitud, compromiso, liderazgo y responsabilidad de los funcionarios debido ha situaciones muy especiales dentro del contexto laboral y en ocasiones por presiones departe de la administración de turno.

En conclusión se puede anotar que la oficina de control interno fue aprobada mediante Acta No 006 de fecha 26 de noviembre de 1998, siendo el gobernador del Departamento de La Guajira, Hernando Deluque Freyle y David Barros Fuenmayor como Gerente de la Entidad, nombrado por la junta Directiva por un periodo de tres años situación que lo reglamenta la ley 100.

De igual manera el Control Interno la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora de los Remedios es una área de apoyo a la gestión de La Gerencia, en la actualidad cuenta con dos profesionales que son insuficiente para elaborar periódicamente los procedimientos y funciones de la entidad en aras de mejorar a través de recomendaciones el manejo de la entidad y poder evaluar la eficiencia y eficacia de los demás controles, y además de estas ejecutar labores de asesorías, supervisión y control en la administración de turno con el fin de garantizar el plan de desarrollo institucional.

Como resultado del diagnostico se sugiere diseñar un Plan de Mejoramiento Para el sistema de control interno que permita una funcionalidad ajustada a las normas vigentes que trazan a la oficina de control interno a la Empresa Social del estado Nuestra señora de los Remedios de la Ciudad de Riohacha y que sea un modelo para emitir en su gestión

## **7. PLAN DE MEJORAMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E. S. E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**

### **7.1 ASPECTOS GENERALES**

Constituyen instrumentos que actúan como elementos de Control al cumplimiento de los acuerdos que tienen como base las acciones de mejoramiento surgidas en los procesos de Auto evaluación, Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, Auditoría Interna y las recomendaciones efectuadas por los órganos de Control Fiscal.

Los PLANES DE MEJORAMIENTO por lo tanto constituyen mecanismos de Control, que apoyan la entidad en su objetivo de mantenerse alineada en una clara orientación para cumplir con su función y misión institucional, logrando los resultados esperados en los términos de eficiencia, eficacia, economía y transparencia que se espera de toda entidad pública.

### **METODOLOGIA AL DISEÑO DE LA IMPLEMENTACION AL PLAN DE MEJORAMIENTO**

Para el diseño e implementación del Componente de Auto evaluación Componente es necesario consolidar los resultados generados en la AUTO EVALUACIÓN DEL CONTROL, MEDICIÓN DE GESTIÓN, la AUTO-EVALUACIÓN DE GESTIÓN, la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, la Auditoría Interna y las recomendaciones del Control Fiscal, en un Plan que contenga las acciones necesarias para subsanar las debilidades de Control y de Gestión, detectadas en los procesos de Evaluación. Tres niveles son necesarios para el diseño y seguimiento adecuados al Plan de Mejoramiento, teniendo en cuenta las responsabilidades y toma de decisiones que de allí se pueden derivar: El PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, los PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONALES Y LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUALES.

Relación con los Elementos del Componente Planes de Mejoramiento

Los PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL reciben acciones de mejoramiento y recomendaciones de los Componentes AUTOEVALUACIÓN y EVALUACIÓN INDEPENDIENTE así como de los órganos de control externo a la Entidad, que tengan relación con el desempeño de la unidad o dependencia para la cual se elabora el PLAN DE MEJORAMIENTO

Principios y Fundamentos que cumple los PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL facilitan el cumplimiento de los principios de Economía, Eficiencia y Eficacia al estar orientados a mejorar estos aspectos en los procesos y dependencias institucionales; de Celeridad al diseñarse para mejorar la oportunidad en la consecución de las metas y los resultados intermedios y de Preservación del Medio Ambiente, cuando buscan corregir las acciones que ponen en riesgo los recursos naturales o las condiciones de seguridad del área o proceso que se analiza.

Se fundamenta en la Autogestión, en tanto facilita las acciones de mejoramiento para que cada área o dependencia de la entidad, regule y mejore su desempeño en procura de los objetivos institucionales.

### **Objetivos**

Orientar las acciones de mejoramiento que han de llevarse a cabo por cada una de las unidades que conforman la entidad pública, sobre los procesos bajo su responsabilidad, a fin de mantenerlas alineadas con el cumplimiento de los propósitos de la entidad.

### **Niveles de Responsabilidad**

El diseño, ejecución y seguimiento a los PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL es responsabilidad de los directivos encargados de cada una de las áreas o unidades organizacionales de la entidad pública. A su vez, las áreas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, son responsables de la verificación a su cumplimiento.

### **Parámetros de Evaluación:**

- Definición en la normativa que autorregula el Sistema de Control Interno, de los procedimientos instructivos e instrumentos que garantizan su diseño, implementación, mantenimiento y evaluación.

- Existencia de los Planes de Mejoramiento Funcional, su relación con el Plan de Mejoramiento Institucional
- Coherencia del contenido de los Planes de Mejoramiento Funcionales con la función del área o dependencia dentro de la entidad, los procesos bajo su responsabilidad.
- Conocimiento de los servidores de los Planes de Mejoramiento Funcional.
- Relación de los Planes de Mejoramiento Funcional con los Planes de Mejoramiento Individual.
- Seguimiento a los Planes de Mejoramiento Funcional.
- Verificación de los resultados e impactos del Plan de Mejoramiento Funcional.
- Efecto que los Planes de Mejoramiento Funcionales tienen sobre los demás elementos de Control Interno.

#### Elaboración del Planes de Mejoramiento Funcional

Por su alcance, la gran mayoría de los PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONALES son de aplicación inmediata, ya que la autoridad y el conocimiento requerido están concentrados en el directivo responsable del proceso o en los servidores encargados de su ejecución. En casos excepcionales, se requiere la autorización y consecución de recursos por parte del Comité de Coordinación de Control Interno, o quien haga sus veces.

#### **Requerimientos**

- Acciones de Mejoramiento surgidas en los procesos de Auto evaluación del Control.
- Acciones de Mejoramiento producto de la Auto evaluación de Gestión de los procesos asignados a la dependencia o área organizacional.
- Informe de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, emitido por la Oficina de Control Interno o Unidad de Auditoría.
- Informes de Auditoría Interna relativos a los procesos a cargo de la dependencia o área organizacional, presentados por la Oficina de Control Interno o Unidad de Auditoría Interna.
- Recomendaciones de los órganos de control externos a la entidad que tengan relación con los procesos a cargo de la dependencia o área organizacional.

## Responsables

### Diseño y apoyo a la implementación

- Grupo de Trabajo – Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces
- Grupo de Trabajo Directivo
- Grupo de Trabajo Técnico

### Implementación

- Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces

### Supervisión y seguimiento a la implementación

- Comité de Coordinación de Control Interno

### Mantenimiento y actualización permanente

- Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces
- Área responsable de la implementación del Sistema de Control Interno

## Operación

Para diseñar e implementar el Plan de Mejoramiento Funcional, el directivo responsable y su Comité de trabajo, previa consideración de los requerimientos de esta Guía elabora el Plan de Mejoramiento Funcional, para lo cual tiene en cuenta las siguientes instrucciones y la elaboración del Formato Elaboración Plan de Mejoramiento Funcional – Área Organizacional.

1. Identificar claramente las observaciones y/o las debilidades que se pretenden subsanar respecto del proceso específico, analizando las causas de su ocurrencia
2. Definir el objetivo general y los objetivos específicos del Plan de Mejoramiento Funcional.
3. Establecer las responsabilidades de la Dirección en su ejecución.
4. Identificar claramente a que Análisis de Proceso, Actividades o Áreas Críticas corresponde la observación efectuada y registrar sus denominaciones en las tres (3) primeras columnas.

5. Establecer los responsables para la ejecución de las acciones programadas, quienes realizarán también, la medición de su cumplimiento y los recursos necesarios
6. Consignar las observaciones surgidas en cada proceso de evaluación.
7. Definir y consignar las acciones a implementar para subsanar las observaciones efectuadas al proceso específico.
8. Establecer las medidas de cumplimiento y los períodos en las cuales se verificará el efecto a la implementación de las acciones propuestas.
9. Definir los recursos necesarios a la ejecución del plan de mejoramiento.
10. Definir el plazo para su ejecución.
11. Definir el plazo para la realización del Seguimiento.
12. El directivo responsable suscribirá el Plan de Mejoramiento, el cual deberá elaborarse y presentarse en los formatos contenidos en el Manual de Implementación del Modelo de Control Interno y en los Plazos que determine el Comité de Coordinación de Control Interno.

Obligación de presentarlo: Todo sujeto de control de gestión, deberá presentar un plan de mejoramiento para subsanar y corregir los hallazgos administrativos y operativos negativos formulados en el informe de auditoría preventiva emitido por la oficina de control interno.

En cada área de control interno, existirá un plan de mejoramiento único que se actualizará con ocasión de nuevos informes de auditoría.

En el caso del control excepcional la oficina de control interno, requerirá el plan de mejoramiento, en los mismos términos y condiciones como se le solicita a sus sujetos de control, dando traslado inmediato a las Contralorías departamentales para su seguimiento. Igualmente para el ejercicio del control concurrente y prevalete se aplicará la presente resolución.

Responsabilidad: La alta Dirección es sujeto de control por parte de la oficina encargada de realizarla (Control Interno) y esta a la vez es la responsable que dicha oficina realice las actividades de control de evaluación y seguimiento de los procesos definidos prioritarios.

Las Oficinas de Control Interno apoyarán a la alta Dirección en la formulación de los planes de mejoramiento y en su seguimiento. Los soportes que contengan los informes de seguimiento mismos serán suscritos de manera conjunta por la

gerencia y la asesor (a) de control interno.

La oficina de control interno le hará seguimiento y velará para que de cumplimiento de los planes de mejoramiento requeridos a su incumplimiento,

Contenido: El plan de mejoramiento elaborado por las áreas sujetos de revisión control por parte de la oficina de control interno contendrá la siguiente información:

- . Períodos fiscales que cubre.
- Relación de los hallazgos debidamente codificados y clasificados.
  
- Descripción de las acciones correctivas que se desarrollarán para subsanar y corregir cada uno de los hallazgos administrativos negativos formulados en el informe de auditoría preventiva hecha por la oficina de control interno, con sus correspondientes objetivos, metas de acción, plazos y fechas de iniciación y terminación.
  
- los objetivos de las acciones correctivas el resultado cualitativo esperado de estas por metas, es el producto que se espera lograr y que se pueda cuantificar, y por plazo de la acción, el número de semanas entre la fecha de iniciación y de terminación de la acción correctiva.

Presentación y plazo: El incumplimiento del plazo establecido por parte de las áreas dará lugar a una sanción disciplinaria para la cual se remite a control interno disciplinario

Prórroga de los compromisos. Las áreas deberán presentar por escrito al área de control interno por una sola vez debidamente justificado, prórroga del plazo para el cumplimiento de una determinada meta. Este que no será superior al plazo establecido inicialmente.

La solicitud se deberá hacer ante el asesor de control interno o a los entes de control respectivos con antelación del tiempo de vencimiento de la meta objeto de la prórroga.

## **8. CONFORMIDAD E INCONFORMIDAD SOBRE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO**

La conformidad de las acciones de mejoramiento es la expresión de aceptación por parte de la oficina de control interno, cuando no tenga objeción alguna sobre la eficacia de las acciones de mejoramiento ni sobre la razonabilidad de los plazos de las diferentes metas que ha propuesto el área.

La inconformidad. En ningún caso, la conformidad de las acciones de mejoramiento se entenderá como aprobación o acuerdo respecto a la eficacia de dichas propuestas.

Dentro del mes siguiente al recibo del plan de mejoramiento, el asesor de control interno mostrará por escrito al representante legal de la institución de los Remedios del Municipio Riohacha que es también sujeto de control de gestión por parte de esta dependencia, su conformidad o inconformidad con el plan de mejoramiento.

Si transcurrido un mes desde la presentación oportuna del plan de mejoramiento, el asesor de la oficina de control interno, no emiten su pronunciamiento, se entiende que ha sido dada la conformidad.

Las objeciones de las áreas de la E.S.E sobre la pertinencia de las acciones presentadas y la razonabilidad de los plazos contenidos en el plan de mejoramiento, deberán comunicarse al asesor de la oficina de control interno, dentro del mes posterior a su presentación.

Recibidas las respectivas objeciones, Gerente de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de los Remedios, tendrá un plazo para hacer las correcciones que sean Necesarias. Y la oficina de control interno después de recibidas dichas correcciones dentro un plazo para pronunciarse sobre del plan de mejoramiento sobre los ajustes formulados.

Si persistiere la diferencia de opinión entre las áreas, en las reuniones efectuadas en el Comité Coordinador de Control Interno se pondrán en conocimiento el plan de mejoramiento del Sistema de Control Interno se pondrá en ejecución con las acciones restantes y dejará expresa la constancia de declaratoria de inconformidad por las acciones pendientes.

**PERSISTENCIA EN LA DIFERENCIA:** sobre la acción correctiva. En el caso que, transcurrido un mes desde la declaratoria de no conformidad, persistan las diferencias entre la oficina de control interno y la alta Dirección de la E.S.E. sobre la pertinencia de la acción correctiva o la razonabilidad del plazo, la oficina de control interno recomendará a los coordinadores de área, para que solucione la controversia. Si la asesora de control interno, lo solicitan, convocarán a una audiencia con la alta dirección y los coordinadores de cada área de la E.S.E.

**CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS NEGATIVOS:** Con el fin de lograr una mayor precisión en la presentación de los hallazgos negativos que hayan sido identificados en ejercicio del proceso de auditorías preventivas en el hospital Nuestra Señora de los Remedios, el informe de auditoría que se le entrega al representante legal o a los coordinadores de cada área deberá contener una clasificación de dichos hallazgos.

**Hallazgo negativo.** Se entiende por hallazgo negativo toda situación que haga ineficaz, ineficiente, inequitativa, antieconómica o insostenible ambientalmente, la actuación del sujeto de control o que viole la normatividad legal y reglamentaria y a sus funciones que están consignadas en el manual de funciones y competencias de la organización, y Cada hallazgo será motivo de una o varias acciones correctivas, de conformidad con sus causas.

## **9. INFORMES DE AVANCE Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO**

**Informes de avance:** En cumplimiento de la normatividad el asesor de control interno emite un informe de avance sobre los planes de mejoramiento que lleven a cabo las áreas con sus respectivos jefes o coordinadores de áreas.

Todas las áreas en representación de sus coordinadores deben con un informe ejecutivo sobre las fechas de reuniones del nivel directivo en las cuales se haya examinado el cumplimiento de los planes de mejoramiento, así como las principales apreciaciones y observaciones del nivel directivo, respecto del avance y cumplimiento de los mismos.

**Evaluaciones periódicas:** La oficina de control interno hará evaluaciones sobre el cumplimiento del plan de mejoramiento vigente a la fecha de evaluación. Esta evaluación se realizará con base en el informe enviado a esta oficina, con el fin de determinar si el sujeto de vigilancia de control de gestión está cumpliendo su plan de mejoramiento.

Se entiende por cumplimiento del plan de mejoramiento el logro de las metas propuestas dentro de los plazos establecidos.

**CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN.** La evaluación semestral determina el grado de cumplimiento y de avance del plan de mejoramiento, con base de las metas cuyos plazos hayan vencido y tiene por objeto determinar el grado de compromiso de la E.S.E Hospital nuestra señora de los Remedios sujeto de Control y permitir a la oficina de control interno la elaboración de un informe semestral sobre el cumplimiento y grado de avance de los planes de

mejoramiento.

La oficina de control interno podrá hacer verificaciones para corroborar la calidad y veracidad de la información en desarrollo de la Auditoría de gestión con Enfoque Integral.

En el caso de que existan acciones correctivas que tengan una duración superior a un año, se deberán determinar submetas con plazos iguales o inferiores a un año.

## **10.- MÉTODO DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO**

Método de evaluación. En la evaluación se determina el porcentaje de cumplimiento de las metas físicas propuestas cuyo plazo de ejecución se encuentre vencido a la fecha de evaluación. La duración en semanas de cada meta, se utilizará como factor ponderador de la importancia específica de cada meta, dentro del plan de mejoramiento, atribuyendo un punto a cada una de las metas propuestas por cada semana de duración de las mismas.

Variables de evaluación. Para mejor efectos de la comprensión de las fórmulas y métodos de calificación, a continuación se definen las siguientes variables:

MP = Meta Propuesta en el plan de mejoramiento.

ML = Meta Lograda al momento de la evaluación.

CM = Cumplimiento de la Meta

PAM = Puntaje Atribuido a la meta, igual a las semanas de duración propuestas para la meta.

PAMV = Puntaje Atribuido a la meta cuyo plazo de ejecución se encuentra vencido, igual a las semanas de duración propuestas para la meta.

PBEA = Puntaje base de evaluación del avance global del plan, igual a la sumatoria de los puntajes atribuidos a cada una de las metas del plan.

PBEC = Puntaje base de evaluación de cumplimiento del plan, igual a la sumatoria de los puntajes atribuidos a cada una de las metas cuyo plazo de ejecución se encuentra vencido al momento de la evaluación.

POM = Puntaje obtenido por la meta.

POMV = Puntaje obtenido por la meta cuyo plazo de ejecución se encuentra vencido.

CPM = Cumplimiento del plan de mejoramiento.

AP = Avance del plan de mejoramiento.

## 10.1 PUNTAJES BASE DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El puntaje base para la evaluación del cumplimiento del plan de mejoramiento a la fecha de evaluación, es la sumatoria de los puntajes atribuidos a cada una de las metas cuyo plazo de ejecución se encuentra vencido al momento de la evaluación,

El puntaje base para la evaluación del avance del plan de mejoramiento es la sumatoria de los puntajes atribuidos a todas las metas que comprenden dicho plan,

Cumplimiento individual de las metas. Es el resultado de dividir cada meta lograda por la respectiva meta propuesta, multiplicado por 100.

$$CM = \frac{ML * 100}{ML}$$

Puntaje obtenido por cada meta. Para determinar el puntaje obtenido por cada una de las metas, se multiplica el porcentaje de cumplimiento de cada una de ellas por el puntaje atribuido a cada una de las metas (semanas de duración propuestas para las metas) y dividido por 100,

$$POM = \frac{CM * PAM}{100}$$

100

## **10.2 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO A LA FECHA DE EVALUACIÓN**

Se calcula como el cociente resultante de la sumatoria de los puntos obtenidos por las metas cuyo plazo de ejecución se encuentra vencido dividido por el puntaje base para la evaluación del cumplimiento del plan de mejoramiento, multiplicado por 100,

Grado de avance del plan a la fecha de evaluación.: Se calcula como el cociente de la sumatoria de los puntos obtenidos por las metas del plan dividido por el puntaje base para la evaluación del avance.

Consolidación de resultados. La oficina de control interno le comunicara por escrito a la oficina de plantación que semestralmente debe consolidar por área del cumplimiento de los planes de mejoramiento. La Oficina de Planeación hará la consolidación general de los resultados.

### **10.3.- SANCIONES**

No presentación del plan de mejoramiento:

Cuando el área no rindan el informe del plan de mejoramiento a la oficina de control y esta a su vez no rinde el informe a la alta Dirección y la entidad como tal no cumplan con la presentación oportuna los planes de mejoramiento se les iniciará un proceso sancionatorio al representante legal según lo señalado en el Título II, Capítulo V, artículo 101 de la Ley 42 de 1993, el Capítulo II de la Resolución Orgánica 5554 de 2002 y las normas que modifiquen estas disposiciones.

También se iniciará el proceso sancionatorio al asesor de Control Interno que no cumpla con la presentación del informe de avance.

Incumplimiento del plan de mejoramiento. En los casos de incumplimiento del plan, determinados en las evaluaciones desarrolladas de acuerdo con la metodología establecida al representante legal y a los responsables de las áreas en cabeza del asesor de control interno según las circunstancias en cada caso en particular, se les iniciará las actuaciones sancionatorias como lo indica la ley.

Realizando previo análisis en la oficina de control interno se elabora el presente plan de mejoramiento:

### **Plan de Mejoramiento Institucional**

El PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL recoge las recomendaciones y análisis generados en los procesos de AUTOEVALUACIÓN y EVALUACIÓN INDEPENDIENTE y las recomendaciones de los diferentes órganos de Control Externo a la entidad, que tengan relación con su desempeño como totalidad. Aquí, la entidad debe estructurar el Plan de acción que ha de adelantarse en un período de tiempo determinado y que mantenga la entidad pública, alineada con su función, misión, visión y objetivos institucionales.

#### a) Procedimiento

- Reunir las recomendaciones de mejoramiento del Sistema de Control Interno producto de la AUTOEVALUACIÓN DEL DE CONTROL INTERNO.
- Reunir las acciones de mejoramiento generadas de la MEDICIÓN DE GESTIÓN.
- Retomar las recomendaciones de mejoramiento producto de la EVALUACIÓN INDEPENDIENTE AL DE CONTROL INTERNO.
- Retomar las recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoría Interna
- Comprender las recomendaciones emitidas por los órganos de control externos a la entidad.
- Determinar acciones necesarias para el mejoramiento del desempeño organizacional y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno a nivel corporativo, de acuerdo con las observaciones y recomendaciones señaladas en los pasos anteriores.

- Establecer tiempos razonables para la ejecución de dichas acciones y designar un responsable por su culminación.
- Consignar las acciones en un Documento consolidado que permita el conocimiento del estado de desarrollo de las acciones relevantes para el mejoramiento del Sistema de Control Interno y de la Gestión de la Entidad.
- Establecer los mecanismos de consolidación de la información de cumplimiento de los diferentes procesos, para su seguimiento y oportuna toma de decisiones.

#### b) Instructivos de Diseño e Implementación

Según las guías que presenta el Departamento administrativo de la función pública presenta las instrucciones para la implementación del Elemento de Control.

#### c) Instrumentos de Diseño e Implementación

Formato presentado por el departamento Administrativo de la función pública constituye el instrumento que facilita la implementación de este Elemento de Control.

### **Planes de Mejoramiento Funcional**

Los PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONALES recogen las recomendaciones y análisis generados en los Componentes AUTOEVALUACIÓN y EVALUACIÓN INDEPENDIENTE por área organizacional evaluada los cuales se complementan con las recomendaciones de los diferentes órganos de control externo a la entidad, que tengan relación con el desempeño de la unidad o dependencia y los procesos bajo su responsabilidad, estructurando los planes de acción que han de adelantarse en un período de tiempo determinado.

#### a) Procedimiento

- Retomar las acciones de mejoramiento definidas como producto de la A UTO EVALUACIÓN DEL CONTROL.
- Retomar las acciones de mejoramiento generadas en la MEDICIÓN DE GESTIÓN.
- Reunir las acciones de mejoramiento generadas en la AUTO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.
- Reunir las recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoría Interna.

- Integrar las recomendaciones solicitadas por los órganos de Control externos a la Entidad.
- Establecer acciones de mejoramiento consolidadas que permitan elaborar el Plan de Mejoramiento del área organizacional o dependencia correspondiente, de acuerdo con las instrucciones contenidas en la Guía Planes de Mejoramiento Funcional.
- Elaborar el Plan de Mejoramiento Funcional.
- Ejecutar los Planes de Mejoramiento.
- Realizar el seguimiento y evaluación al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento definidos.

#### b) Instructivos de Diseño e Implementación

La GUÍA presentada por el departamento administrativo de la función pública presenta las instrucciones detalladas para la implementación del Elemento de Control.

#### c) Instrumentos de Diseño e Implementación

El formato presentado por el departamento administrativo de la función pública constituye el instrumento que facilita la implementación de este Elemento de Control.

### **Planes de Mejoramiento Individual**

El Plan de MEJORAMIENTO INDIVIDUAL recoge las recomendaciones y análisis generados en los procesos de AUTOEVALUACIÓN y EVALUACIÓN INDEPENDIENTE que guarden relación con el desempeño de los servidores públicos. Estructura las acciones de mejoramiento que han de adelantarse en un período de tiempo determinado para cada uno de los servidores públicos que conforman el área organizacional correspondiente.

#### a) Procedimiento

- . Tomar como base el Plan de Mejoramiento Funcional
- . Relacionar las acciones de mejoramiento allí determinadas a las actividades, tareas y servidores públicos responsables de su ejecución.

- . Determinar las debilidades adicionales que frente a su desempeño presentan los servidores públicos asignados a cada proceso, con base en los indicadores de desempeño correspondiente.

- . Concertar con cada servidor público las acciones de mejoramiento individuales y fijar los objetivos de desempeño.

- . Elaborar Planes de Mejoramiento Individuales.

- . Ejecutar los Planes de Mejoramiento.

- . Realizar el seguimiento y evaluación de los Planes de Mejoramiento.

#### b) Instructivos de Diseño e Implementación

La Guía presentada por el departamento administrativo de la función pública las instrucciones detalladas para la implementación de este Elemento.

#### c) Instrumentos de Diseño e Implementación

El formato presentado por el Departamento administrativo de la función pública constituye el instrumento que facilita la implementación de este Elemento de Control.

## **11. MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LAS AREAS ORGANIZACIONAL**

En este plan de mejoramiento se realiza un seguimiento de los servicios ofrecidos en cada área de la ESE, y además el Mejoramiento de la conformación funcional y la calidad de los servicios prestados por la institución.

Planeación al interior de cada dependencia:

1. Vigilar que se cumpla la misión, visión, objetivos corporativos en cada área.
2. Velar por ejecución del plan de desarrollo institucional de la ESE.
3. Crear un banco de proyectos para la inversión de acuerdo a las necesidades.

### **11.1 ADOPCIÓN DE CONTROL**

- Socializar las políticas de autocontrol a los servidores de cada área y siguiendo las directrices de control interno.
- Aplicar las normas y reglamentos como instrumentos de control y supervisión directa para fomentar el autocontrol y control en la gerenciamiento administrativa y asistencial de la ESE.
- concientización de los servidores de la ESE para el adopte de una actitud de compromiso con liderazgo y responsabilidad.

**CONTROL OPERATIVO:** Hay que definir los objetivos de cada proceso, los elementos y pautas de control para los niveles de referencia con estándares de calidad en cada área de la E.S.E.

**CONTROL ESTADISTICOS:** Organizar el área de estadísticas ajustados a los requerimientos de la ley; y sistematizar los procesos de historias clínicas.

**CONTROL DEL PERSONAL:** Vigilar que el recurso humano cumpla con las funciones establecidas dentro de su lugar de trabajo, y dar cumplimiento a los planes de acción donde deben especificar los objetivos, actividades de programas ejecutando el recurso humano para su Auto evaluación.

La evaluación de desempeño del Recurso Humano de la E.S.E según la normatividad aplicando los nuevos formatos de evaluación de desempeño.

La verificación del personal de contrato debe realizarse de acuerdo a su perfil y experiencia y cada contratación del personal Y/o venta de servicios debe darse basado en argumento de juicio y producto de un estudio técnico y científico; tomando como referencia la oferta frente a la demanda y producción vrs productividad.

Hay que realizar inspecciones oculares al área de atención al usuario SIAU para que cumpla con los requeridos en el Modelo estándar de control interno MECI.

**CONTROL EVALUATIVO:** El objetivo principal del control evaluativo es determinar el cumplimiento en el alcance de los objetivos de la organización y la eficiencia en su accionar para tomar las medidas correctivas básicas que orienten la marcha de la institución.

Por lo anterior se debe realizar auditorias concurrentes cada 5 días por cada área de la ESE; y elaborar indicadores comparativos de gestión y mejoramiento de la calidad y eficiencia.

**CONTROL VERIFICATIVO:** Este método se encarga de comprobar la efectividad y la eficiencia, del SISTEMA DE CONTROL INTERNO, observa vigila y verifica el comportamiento e incidencia del control en el desarrollo de la administración, donde se realizaran comité, según directrices de la gerencia, a través de los informes periódicos de cada 5 días que conste de

electos de verificación tales como los formatos de recolección de información,  
entre otros

## 12. RECOMENDACIONES

Como parte final de este trabajo de grado se propone las siguientes recomendaciones para entrar a solucionar las falencias detectadas:

- Aprobar el plan de Mejoramiento al sistema de Control Interno por parte del Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y Entregar en forma oportuna y de manera oficial al representante de la alta Dirección a la, para la adopción e implementación.
- Que las Directivas del Hospital Inicien un proceso de sensibilización y socialización de lo que es el MECI y su incidencia en el manejo de los recursos públicos. El periodo de tiempo estipulado para esta actividad debe darse antes del vencimiento del plazo fijado legalmente (Diciembre 8 - 2008).
- Implementar, por parte de la Oficina de Control Interno, un programa de capacitaciones y charlas didácticas que permita el conocimiento y la asimilación de este diseño basado en la normatividad emanada del Modelo Estándar de Control Interno – MECI1000:2005. Las cuales deben estar circunscritas a todas las áreas administrativas de la ESE.
- Con base al diseño se empiece, de manera precisa y efectiva, la aplicación de los correctivos correspondientes en cada uno de los casos detectados y de todos aquellos que puedan generarse hacia el futuro, basándose en los hechos actuales. Lo ideal es ser proactivo y no reactivo.

- Implementación inmediata al plan de mejoramiento del sistema de control Interno ya que el plazo según la norma es hasta el 8 de diciembre del 2008

## BIBLIOGRAFÍA

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Capitulo V, Artículo 209, Pág. 85

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Decreto N° 1599 de 2005, por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Diario oficial N° 45.917

\_\_\_ Guía de Administración del Riesgo. Agosto de 2006. Pagina Web.

GERENCIA DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS. Resolución N° 0053 de febrero 2 de 2006

GERENCIA DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS. Manual de Funciones

HOLMES, A. Auditorias, principios y procedimientos. Editorial Limusa: México, 1994

MEIGS, W.: LARSEN, J. Principios de Auditorias. Editorial Diana. Segunda Edición: México, 1994.

YANEL BLANCO, LUNA: Normas y Procedimientos de La Auditoria Integral. ECOE Ediciones. Bogotá. Colombia. 2004  
Resolución DAFP 142 DEL 2006

# ANEXOS

Nota: según las evaluaciones realizadas y los hallazgos encontrados se realizan un plan de mejoramiento y para hacerlo necesita conocer los procesos y procedimientos del área

## ANEXO 1: FICHA TECNICA IDENTIFICACION DE PROCESOS

FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LA E.S.E.
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00401.
OBJETIVO DEL PROCESO: ELABORAR EL MAPA DE RIESGO DE LA ESE, PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS INTERNOS Y EXTERNOS.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	FALTA DEL MAPA DE RIESGO DE LA ENTIDAD
PUNTO DE CONTROL	SEGUIMIENTO A LA ELABORACION DE LOS MAPAS DE RIESGOS EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA ESE
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.	
1	Taller de conceptos y sensibilización para la implementación de la Administración del Riesgo.
2	Análisis de riesgo.
3	Evaluación del riesgo.
4	Valoración del riesgo.
5	Supervisión y seguimiento a la implementación del mapa de riesgo.

FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO.
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00402.
OBJETIVO DEL PROCESO: ADMINISTRAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DE LA ESE.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	FALTA DE CONTROL EN LA EJECUCION DEL GASTO EN LA ESE
PUNTO DE CONTROL	AUDITORIAS ESPECIFICAS A LOS RUBROS CON DESTINO A GASTO
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.	
1	Verificación de las facturas de servicios públicos de la E.S.E.
2	Verificación de la contratación de servicios personales de la E.S.E.
3	Verificación a la publicidad y publicación.
4	Verificación a los servicios administrativos.

FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	FOMENTAR LA CULTURA DE AUTOCONTROL DE LA E.S.E
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00403.
OBJETIVO DEL PROCESO: Promover una cultura de autocontrol intrínseca en el desarrollo de los procesos de la ESE en procura de lograr el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas por la entidad.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	INCUMPLIMIENTO CONSTANTE DE LOS SERVIDORES EN SUS FUNCIONES.
PUNTO DE CONTROL	TALLERES DE CONCIENTIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD LABORAL.
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
1	Preparar y dictar talleres sobre el fomento de la cultura del control interno.
2	Preparar y distribuir instructivos sobre la implementación del sistema de control interno.
3	Programación de reuniones con todas las áreas de la E.S.E.
4	Actualizar y modernizar los procesos y procedimientos internos con la participación de todas las áreas de la ESE.

FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA Y CONTROL DE GESTIÓN
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00404.
OBJETIVO DEL PROCESO: Evaluar y verificar la gestión de las áreas, el cumplimiento de las normas y de los procedimientos, aplicables a la ESE.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	NO REALIZAR EL PROGRAMA DE AUDITORIAS.
PUNTO DE CONTROL	DESARROLLO DEL PLAN ANUAL DE CONTROL INTERNO.
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
1	Evaluar el sistema de control interno de la institución.
2	Evaluar el sistema de control interno contable de la institución.
3	Evaluar el cumplimiento de los planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental.
4	Evaluar los correctivos y deficiencias encontradas en las verificaciones suscritas en el plan de mejoramiento.
5	Verificar los procesos del talento humano.
6	Evaluar el sistema de información de la E.S.E.
7	Evaluar el sistema de conciliación.
8	Evaluar el sistema de contratación.
9	Evaluar el sistema presupuestal.
10	Evaluar el area de almacén.
11	Evaluar la gestión de las unidades funcionales del area Científica, los centros y puestos de salud.

FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	FUNCIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA.
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00405.
OBJETIVO DEL PROCESO: Asesorar y verificar los procesos internos de la entidad para alcanzar las metas y objetivos propuestos por cada servidor de la E.S.E.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	La no solicitud del servicio al asesor de control interno.
PUNTO DE CONTROL	Numero de requerimiento por parte del servidor público de la ESE.
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
1	Atender las consultas y requerimientos.
2	Asistir a las reuniones y comité.
3	Hacer el acompañamiento y asesoría a los procesos y actividades.
4	Asesorar la mejora de trámite, proceso, procedimiento y métodos de trabajo.

FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E.
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00406.
OBJETIVO DEL PROCESO: Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión de la entidad por los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad, permitiendo acciones oportunas de corrección y mejoramiento.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	No realizar las evaluaciones exigidas por ley.
PUNTO DE CONTROL	Nº de evaluaciones realizadas
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
1	Revisión Objetivos, planes y metas.
2	Revisión de políticas y procedimientos.
3	Revisión del esquema de la organización.
4	Revisión a la Dirección y administración de personal.
5	Revisión a los mecanismos de participación Ciudadana.
6	Verificación al Sistema de Información.
7	Revisar los mecanismos de verificación y evaluación de la ESE.
8	Supervisar las normas para la protección y utilización de recursos.

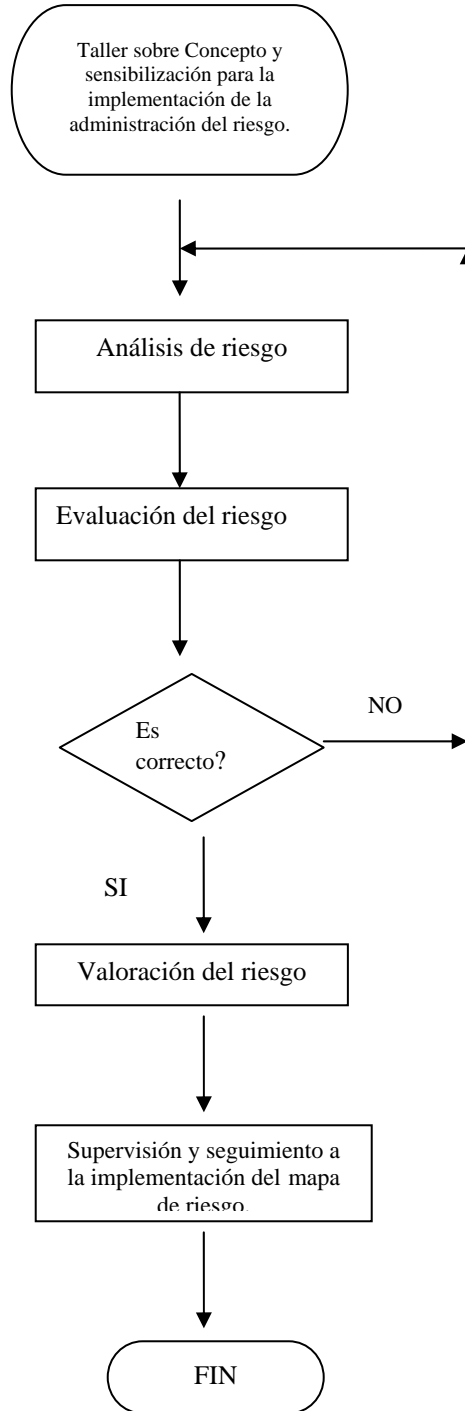
FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	CONSOLIDACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00407.
OBJETIVO DEL PROCESO: Generar conductas positivas y proactivas de acatamiento a las normas y de mejoramiento institucional por parte de los servidores públicos, que mejoren la efectividad de la gestión e incrementen la satisfacción de los grupos de interés.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	No elaboración del plan de mejoramiento.
PUNTO DE CONTROL	Seguimiento a la elaboración.
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
1	Elaboración del plan de mejoramiento.
2	Verificación del Plan de Mejoramiento
3	Brindar asesoría y acompañamiento.

FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	RENDICIÓN DE INFORME A ENTES DE CONTROL DE LA ESE.
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00408.
OBJETIVO DEL PROCESO: Elaborar y presentar los respectivos informes exigidos por ley.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	La extemporaneidad, o la información no presentación de informe.
PUNTO DE CONTROL	Elaboración y presentación oportuna de los informes exigidos por ley.
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
1	Cumplimiento de la medida de austeridad de gasto.
2	Seguimiento a los buzones y reclamos
3	Informe anual de evaluación de Sistema de Control Interno.
4	Ejecutivo anual del Sistema de Control Interno.

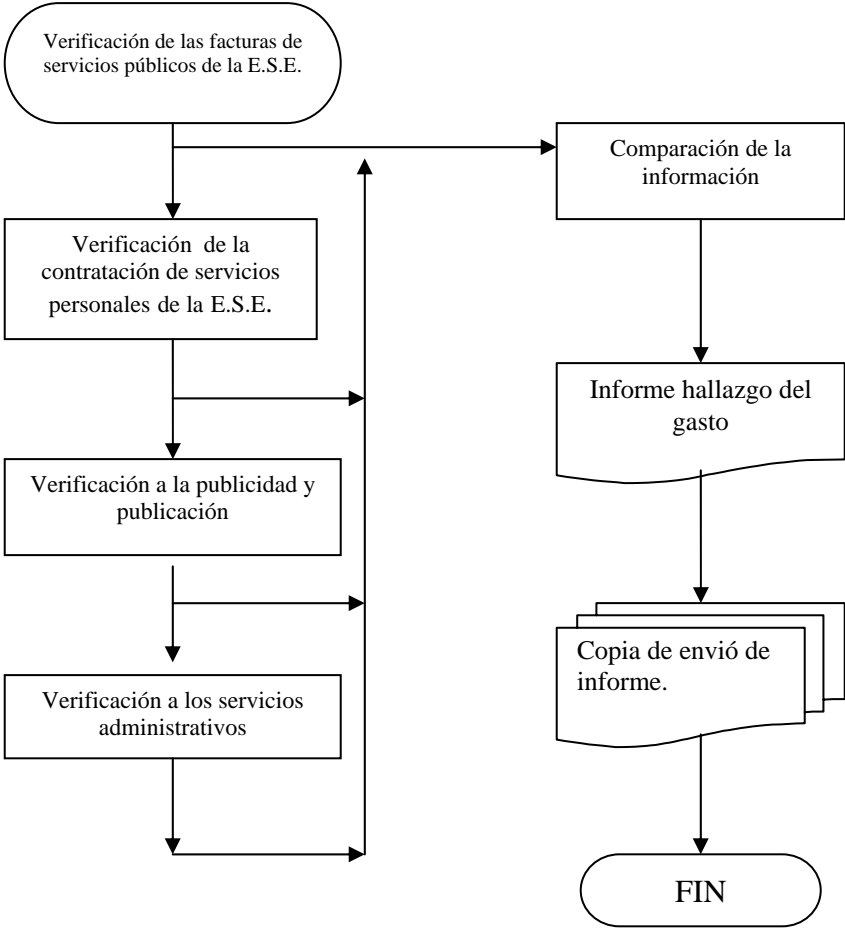
FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	
DEPENDENCIA	ASESORIA DE CONTROL INTERNO.
UNIDAD FUNCIONAL	GERENCIA.
NOMBRE DEL PROCESO	VISITAS DE VEEDURÍA A LOS CENTROS Y PUESTOS DE LA E.S.E.
CÓDIGO DEL PROCESO	CI00409.
OBJETIVO DEL PROCESO: Evaluar la gestión administrativa de los centros y puestos de la ESE.	
RESPONSABLE DEL PROCESO	ASESORA DE CONTROL INTERNO O SU DELEGADO.
FACTOR CRITICO DE ÉXITO	No realizar las visitas de inspección.
PUNTO DE CONTROL	Auditorias internas a la gestión de centros y puestos.
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
1	Visitas de inspección.
2	Informe.
3	Seguimiento.

## ANEXO 2: FLUJOGRAMAS

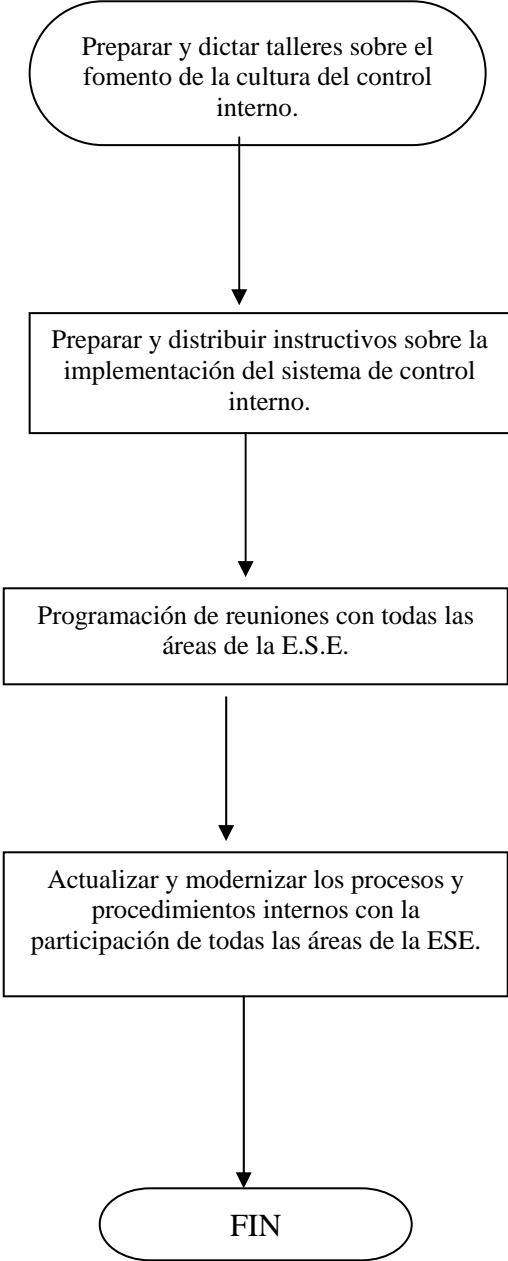
### FLUJOGRAMA. Nº 1.



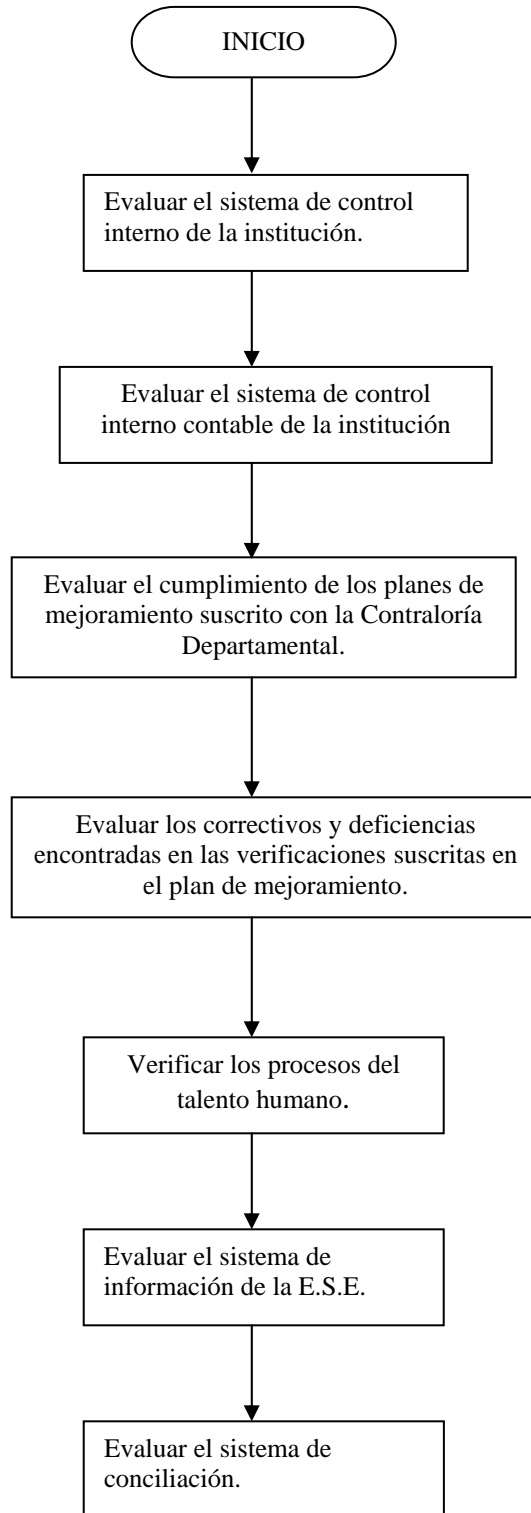
FLUJOGRAMA N° 2.

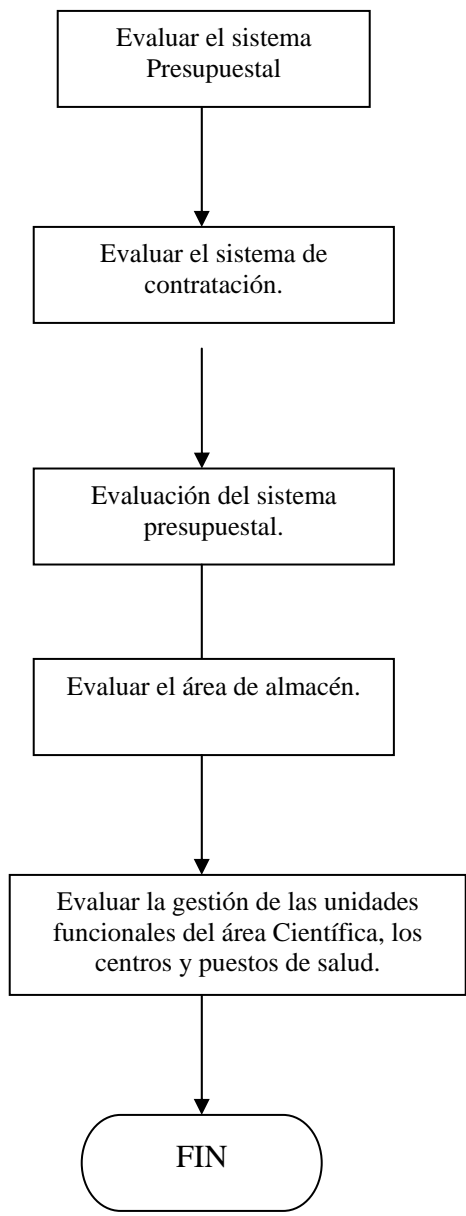


FLUJOGRAMA N° 3

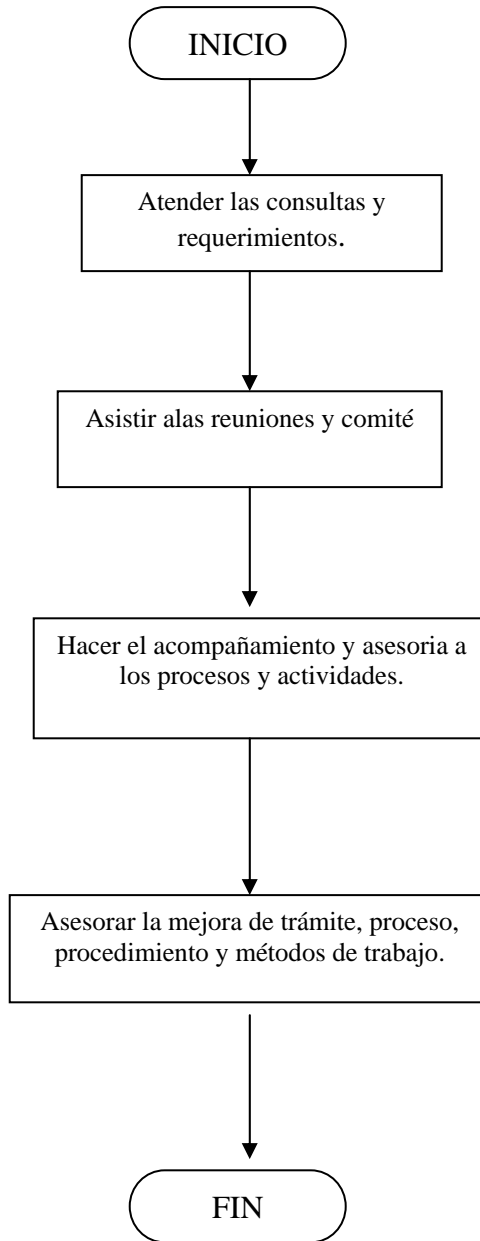


FLUJOGRAMA N° 4

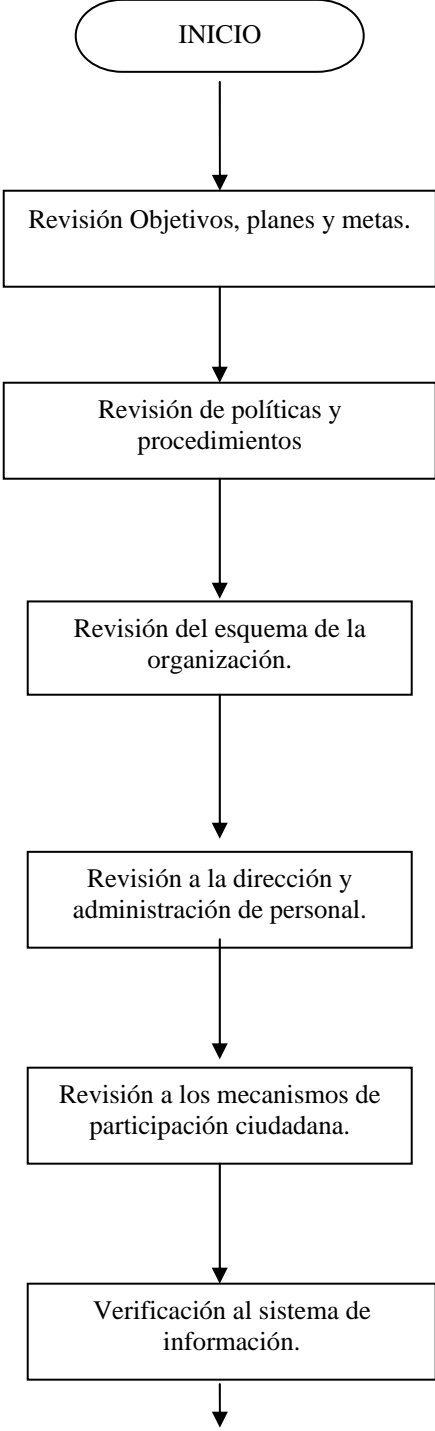


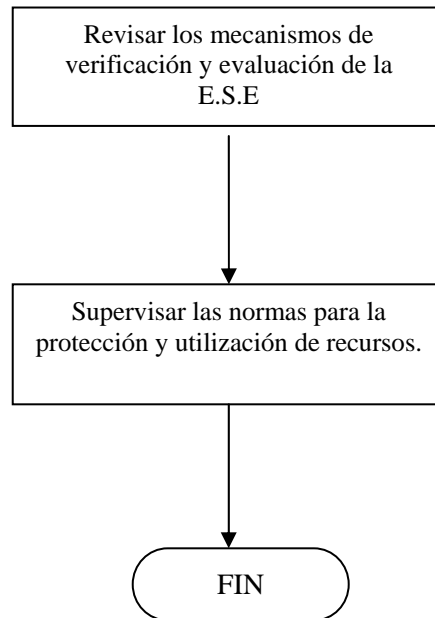


FLUJOGRAMA N° 5

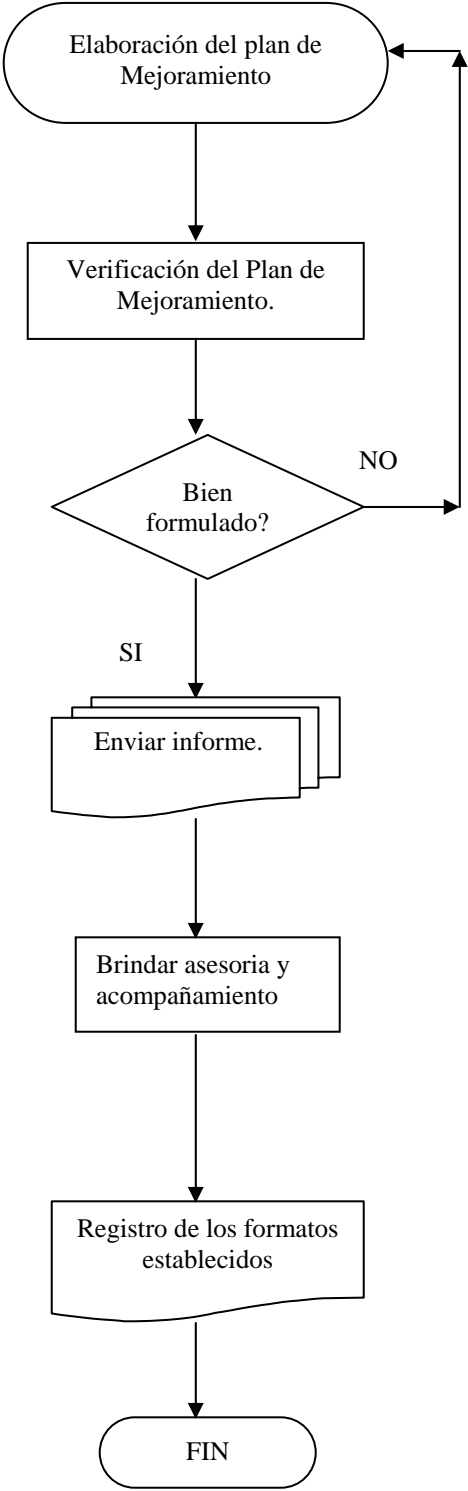


FLUJOGRAMA N° 6

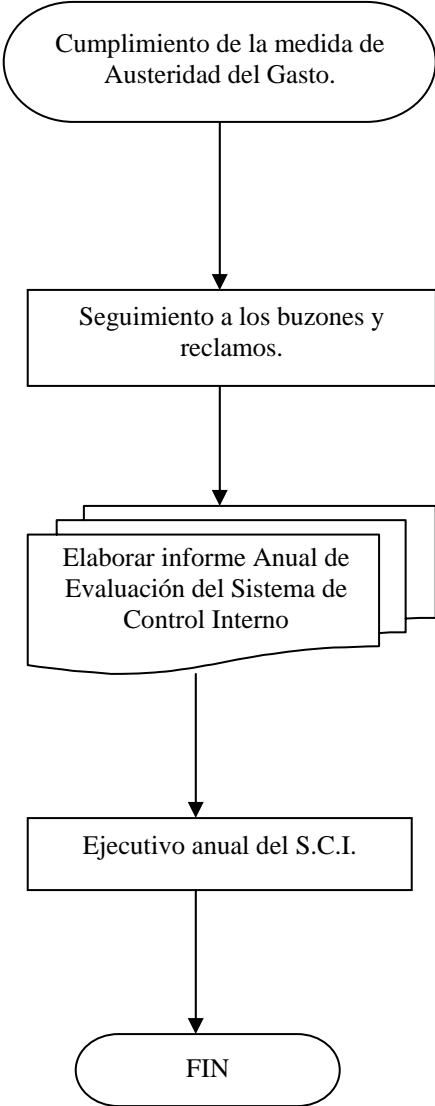




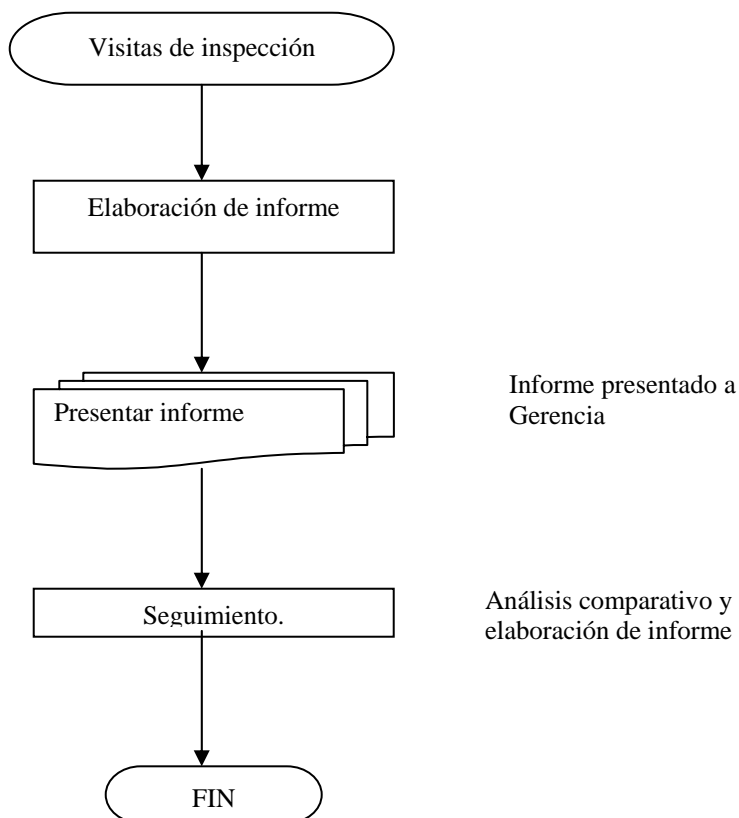
FLUJOGRAMA N° 7



FLUJOGRAMA N° 8



## FLUJOGRAMA N° 9



1. CI00401 GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LA E.S.E.
2. CI00402 INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO.
3. CI00403 FOMENTAR LA CULTURA DE AUTOCONTROL DE LA E.S.E.
4. CI00404 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA Y CONTROL DE GESTIÓN.
5. CI00405 FUNCIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA
6. CI00406 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE E.S.E.
7. CI00407 CONSOLIDACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.
8. CI00408 RENDICIÓN DE INFORME A ENTES DE CONTROL DE LA ESE.
9. CI00409 VISITAS DE VEEDURÍA A LOS CENTROS Y PUESTOS DE LA E.S.E.

ANEXO 3: FORMATO MATRIZ DE PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LA E.S.E.					
META A LOGRAR: CONTROLAR SITUACIONES DE RIESGO INTERNOS O EXTERNOS.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° DE VISITAS DE INSPECCIÓN DE RIESGO REALIZADAS / N° DE VISITAS DE INSPECCIÓN DE RIESGO PROGRAMADAS.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Taller sobre Concepto y sensibilización para la implementación de la administración del riesgo.	Asesora de control interno o su delegado.	4 horas	En el auditorio de la ESE	Identificar los riesgos en la E.S.E	Realizando análisis de los riesgos internos y externos de los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades.
Análisis de riesgo.	Asesora de control interno o su delegado.	En una semanal	En oficina de control interno	Presentar observaciones y recomendaciones al CCSCI.	Realizando evaluaciones al mapa de riesgo, teniendo en cuenta los objetivos, la pertinencia de la frecuencia y gravedad aplicada.

Evaluación del riesgo.	Asesora de control interno o su delegado.	Dos semanas	En cada area.	Verificar el análisis del riesgo, para conocer el estado del mapa de riesgo de E.S.E y realizar recomendaciones al CCSCI.	Mediante formatos de riesgo (Seguimiento a Riesgo).
Valoración del riesgo	Asesora de control interno o su delegado.	Dos semanas	En cada area.	Verificar que la pertinencia de los parámetros fijados para la ponderación de los riesgos y niveles de operación esté de acuerdo a objetivos de la institución.	Mediante análisis de evaluación, para la realización del mapa de riesgos.
Supervisión y seguimiento a la implementación del mapa de riesgo.	Asesora de control interno o su delegado.	Una semanas	En cada area.	Verificar los parámetros establecido para el levantamiento del mapa de riesgo.	Mediante evaluación presentando las observaciones y recomendaciones al comité coordinador de control interno.

NOMBRE DEL PROCESO: INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO.					
META A LOGRAR: ADMINISTRACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS PÚBLICOS.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: VALOR GASTADO / VALOR PRESUPUESTADO.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Verificación de las facturas de servicios públicos de la E.S.E.	Asesora de control interno o su delegado.	Mensual	En el area de tesorería	Para analizar los estados de las facturas para realizar una comparación, con respecto a los gastos realizados en la E.S.E.	Realizando las respectiva comparaciones entre cada valor a pagar por la factura y las lecturas realizadas en el mes.
Verificación de la contratación de servicios personales de la E.S.E.	Asesora de control interno o su delegado.	Mensual	En el área de contratación	Para darle cumplimiento a la norma (Art. 22, Decreto 26 de 1998), presentar informe a la gerencia para toma de decisión.	Revisar la contratación del personal natural o jurídico con base a la planta de personal, manual de funciones y objeto de contratos celebrados.

Verificación a la publicidad y publicación	Asesora de control interno o su delegado	Mensual	En el área de presupuesto y mercadeo	Para constatar que todos las publicaciones sean avisos institucionales que sean requeridos por la ley.	Analizando en el presupuesto rubro para publicidad. Analizando si el tamaño, extensión y medio de publicación han sido realizados con la mayor limitación logrando la reducción real de costo y la mayor austeridad en el gasto.
--	--	---------	--------------------------------------	--	--

Verificación a los servicios administrativos	Asesora de control interno o su delegado	Mensual	En el áreas de subgerencia administrativa	Para determinar si la utilización de los recursos públicos esta direccionado a las actividades que deben realizarse con cargo a los recursos del tesoro publico.(Decreto 26 de 1998)	Revisando las erogaciones con cargo a los recursos del tesoro publico correspondiente a los servicios administrativos de celulares, impresión, suministro y utilización de tarjetas de navidad, presentación o conmemoración; realización de fiestas, agasajos o conmemoraciones, el uso de tarjetas de crédito o afiliación a clubes sociales. A su vez solo se podrán adelantar contrataciones de trabajo sobre materiales inmuebles cuando el contrato constituya una mejora necesaria y no para mejoras útiles o suntuarias tales como el embellecimiento, la ornamentación, la instalación o adecuación de los acabados estéticos.
NOMBRE DEL PROCESO: FOMENTAR LA CULTURA DE AUTOCONTROL DE LA E.S.E.					

META A LOGRAR: Contar con una cultura de autocontrol en todos los niveles de la institución.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° de socializaciones realizadas / N° de socializaciones programadas.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Preparar y dictar talleres sobre el fomento de la cultura del control interno.	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente.	Auditorio de la E.S.E	Para crear cultura de autocontrol a todos los servidores.	Circularizando invitación del taller a cada uno de los servidores de la E.S.E. Realizando formato de lista de asistencia. Desarrollo del taller con temas de actualización e interés y competencia de los servidores.
Preparar y distribuir instructivos sobre la implementación del sistema de control interno.	Asesora de control interno o su delegado.	Bimestralmente.	En todas las áreas de la E.S.E.	Para dar a conocer los lineamientos del sistema de control interno.	Elaborando y distribuyendo folleto, plegables, afiches, circulares con las pautas que debe tener en cuenta los funcionarios para lograr las metas. Estos instructivos deben orientar a los funcionarios

Programación de reuniones con todos las áreas de la E.S.E.	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente.	En todas las áreas de la E.S.E.	Para dar a conocer las nuevas orientaciones sobre le desarrollo del sistema de control interno impartidas por el departamento administrativo de la función pública.	Realizando un cronograma de actividades donde se pueda dar las condiciones para evaluar cada una de las áreas mirando el nivel de desarrollo en la interiorización y compromiso con sus actividades.
Actualizar y modernizar los procesos y procedimientos internos con la participación de todas las áreas de la ESE.	Asesora de control interno o su delegado.	Trimestralmente.	En todas las áreas de la E.S.E.	Para hacer eficiente los procesos generando los resultados deseados para minimizar recursos empleados en cada area funcional y para que se logre un éxito en la prestación de los servicios por cada area.	Realizando los respectivos levantamiento de los procesos de cada áreas por el funcionario a cargo del area teniendo en cuenta los estándares de calidad que exija la ley y la empresa como tal.
<b>NOMBRE DEL PROCESO: DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA Y CONTROL DE GESTIÓN</b>					
<b>META A LOGRAR: CUMPLIR CON EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA EN UN 100%.</b>					
<b>INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° de evaluaciones realizadas / N° de evaluaciones programadas.</b>					
<b>QUE</b> (Actividades a realizar para bloquear la causa)	<b>QUIEN</b> (Responsable de ejecutar)	<b>CUANDO</b> (Fecha de terminación de la actividad)	<b>DÓNDE</b> (Lugar donde se realiza la actividad)	<b>POR QUE</b> (Propósito de la actividad)	<b>CÓMO</b> (Pautas para la realización de la actividad)

Evaluar el sistema de control interno de la institución.	Asesora de control interno o su delegado.	Bimestralmente	En todas las áreas	Para medir el grado de control y cumplimiento de los objetivos de la ESE	Mediante una evaluación midiendo factores como ambiente de control
Evaluar el sistema de control interno contable de la institución	Asesora de control interno o su delegado.	Anualmente.	En la oficina Coordinación Financiera.	Para conocer el estado y presentar el informe a la Contaduría General de la Nación.	Mediante evaluación con criterios orientados por la Contaduría General de la Nación.
Evaluar el cumplimiento de los planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental.	Asesora de control interno o su delegado.	Después del proceso auditado.	En las áreas donde se hayan encontrado las debilidades.	Para fortalecer las inconsistencias encontradas en las diferentes áreas y presentar los grados de avances y el plan de mejoramiento en su totalidad a la Contraloría Departamental.	Mediante el diligenciamiento de un formato establecido por la Contraloría Departamental de acuerdo a la resolución 002 y 004 del 2000.
Evaluar los correctivos y deficiencias encontradas en las verificaciones suscritas en el plan de mejoramiento.	Asesora de control interno o su delegado.	Después del proceso auditado.	En las áreas involucradas.	Para fortalecer la inconsistencias en las diferentes áreas.	Mediante verificación en las áreas se determina el grado de avance y cumplimiento, y se presenta informe a la Gerencia

Verificar los procesos del talento humano.	Asesora de control interno o su delegado.	Trimestralmente.	En el area gestión del talento humano.	Para evaluar la gestión.	Mediante evaluación.
Evaluar el sistema de información de la E.S.E.	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente.	En las áreas involucradas. Sistema, Gestión Documental, Estadística.	Para evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.	Mediante evaluación.
Evaluar el sistema de conciliación.	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente.	En las oficinas de Cartera y Jurídica	Para evaluar el estado de la cartera.	Mediante evaluación.
Evaluar el sistema de contratación.	Asesora de control interno o su delegado.	Trimestralmente.	En la oficina de contratación.	Para evaluar la gestión.	Revisando y analizando el proceso en sus tres etapas: PRE-contractual, contractual y post-contractual.
Evaluar el sistema presupuestal.	Asesora de control interno o su delegado.	Trimestralmente.	En la oficina de planeación.	Para controlar la desagregación del presupuesto.	Mediante evaluación, observación ocular y/o verificación.
Evaluar el area de almacén.	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente.	En la oficina de almacén.	Para verificar entradas y salidas de los insumos	Por medio de inspección ocular y levantamiento de actas.

<p>Evaluar la gestión de las unidades funcionales del area Científica, los centros y puestos de salud.</p>	<p>Asesora de control interno o su delegado.</p>	<p>Mensualmente.</p>	<p>En las coordinaciones de urgencia, consulta externa, cirugía y hospitalización.</p>	<p>Para el mejoramiento del servicio en cada área asistencial.</p>	<p>Por medio verificación y evaluación.</p>
--	--	----------------------	--	--	---

NOMBRE DEL PROCESO: FUNCIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA.					
META A LOGRAR: Alcanzar un alto grado de compromiso de los Directivos y Servidores con la misión institucional.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° requerimiento atendido / N° requerimientos solicitados.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Atender las consultas y requerimientos.	Asesora de control interno o su delegado.	Cuando sea solicitado por el funcionario.	En las diferentes áreas.	Para apoyar la gestión buscando el logro de los objetivos de la ESE.	Cuando se hagan personal o telefónicamente a la oficina. Los funcionarios serán acompañados y orientados teniendo en cuenta los requerimientos solicitados por la entidad para el mejor cumplimiento de las funciones que desempeñan en sus cargos.

Asistir a las reuniones y comité.	Asesora de control interno o su delegado.	De acuerdo a la programación de las reuniones y de los diferentes comités.	En las diferentes áreas, en el auditorio.	Para servir de apoyo a los funcionarios en la identificación de necesidades y el planteamiento de soluciones para lograr el cumplimiento de los objetivos y misión de la E.S.E.	Cuando por medio de un oficio es invitado el asesor en donde este tendrá voz y realizará los aportes necesarios para fortalecer al sistema de control interno.
-----------------------------------	---	--	---	---	--

<p>Hacer el acompañamiento y asesoría a los procesos y actividades.</p>	<p>Asesora de control interno o su delegado.</p>	<p>Cuando sea solicitado por los funcionarios.</p>	<p>En las diferentes áreas que la soliciten dicha asesoría.</p>	<p>Para verificar si los funcionarios ejercen acorde a las especificaciones establecidas por la entidad y si cumplen con ellos.</p>	<p>Brindando las respectivas asesoría a los funcionarios que la soliciten escrita o verbalmente. Donde se realizará la respectiva verificación del cumplimiento de las actividades para el mejoramiento continuo de los procesos en los tiempos acordados y con el pleno entendimiento de las dificultades que cada persona tiene en la ejecución de sus tareas.</p>
---	--	--	---	---	--

<p>Asesorar la mejora de trámite, proceso, procedimiento y métodos de trabajo.</p>	<p>Asesora de control interno o su delegado.</p>	<p>Cuando sea solicitado por los funcionarios.</p>	<p>En las diferentes áreas que al soliciten.</p>	<p>Para un valor organizacional en la oportuna toma de decisiones, advirtiéndole la posible ocurrencia de hechos o actos no deseados, generando confianza institucional para lograr el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.</p>	<p>Brindando el acompañamiento necesario para lograr el fortalecimiento de estas actividades que estarán orientados a la mejora de la eficiencia administrativa.</p>
--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL PROCESO: EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E.					
META A LOGRAR: Evaluar en forma independiente semestralmente el sistema de control interno asegurando que la gestión institucional de todas las áreas de la ESE funcionen acorde a la Misión y Visión de la misma.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° de evaluaciones realizadas / N° de evaluaciones programadas.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Revisión de Objetivos, planes y metas.	Asesora de control interno o su delegado.	Anualmente	En la Gerencia.	Para determinar el horizonte de la gestión administrativa.	Mediante verificación de los documentos, especialmente en el plan de desarrollo.
Revisión de políticas y procedimientos	Asesora de control interno o su delegado.	Anualmente.	En la Gerencia.	Para determinar los manuales adoptados por la empresa.	Mediante la verificación de los manuales que debe tener implementado por norma y los que posee la empresa.
Revisión del esquema de la organización	Asesora de control interno o su delegado.	Anualmente.	En la Gerencia.	Para analizar los niveles jerárquicos, grados de responsabilidad y la planta de personal en su totalidad.	Mediante la observación directa de la estructura orgánica, la planta de personal y el personal contratado.

Revisión a la Dirección y administración de personal.	Asesora de control interno o su delegado.	Semestralmente	En la oficina de Gestión de Talento Humano	Para evaluar la gestión y la buena administración del talento humano en la empresa	Verificando mediante formato de evaluación diferentes criterios como: capacitación de desempeño, régimen de sanciones, control de asistencia y la calidad y cantidad de los servidores
Revisión a los mecanismos de participación Ciudadana	Asesora de Control Interno o su delegado	Mensualmente	En la Oficina de SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario)	Para examinar los registros de Recepción, trámite y respuesta de las quejas a los usuarios	Verificando las actas de la revisión de los buzones de quejas, las respuestas a cada usuario y los planes de mejoramiento de las inconsistencias presentadas.

Verificación al Sistema de Información	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente	En la oficina de Sistema de Información.	Para medir la efectividad de la información niveles y áreas de la E.S.E.	Verificando el estado en que se encuentran los canales de comunicación y forma de comunicación en todas las áreas, si estos cuentas con las respectivas actualizaciones y es utilizada de forma eficaz por los empleados.
Revisar los mecanismos de verificación y evaluación de la ESE	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente.	En todas las áreas de la ESE.	Para analizar el estado funcional, en cuanto a las labores y métodos de programación de las mismas, de cada área.	Verificando mediante formato de evaluación los mecanismos para el seguimiento, evaluación y supervisión de las actividades que lleva a cabo el funcionario y que otros métodos utiliza para la productividad en sus funciones.

Supervisar las normas para la protección y utilización de recursos	Asesora de control interno o su delegado.	Mensualmente	En todas las áreas de la ESE.	Para verificar el cumplimiento de las normas en la E.S.E	Manteniendo un archivo actualizado y organizado de las normas aplicadas a la E.S.E. y con este soporte verificar la adaptación de los procesos en cada una de las áreas.
--	---	--------------	-------------------------------	--	--

NOMBRE DEL PROCESO: CONSOLIDACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.					
META A LOGRAR: Elaborar los planes de mejoramiento de todas las áreas auditadas.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° de planes elaborados / N° de planes programados.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Elaboración del plan de mejoramiento.	Jefe del área y asesora de control interno o su delegado.	La enmarcada dentro del plan de mejoramiento suscrito	En cada área auditada de la institución.	Para realizar acciones de mejoras fortaleciendo las debilidades encontradas en el proceso auditado, adecuándola de acuerdo a los procesos establecidos y la normatividad vigente	Establecer el formato del Plan de Mejoramiento para la ESE.  Suscribir el Plan de Mejoramiento con el Responsable del área auditada.

<p>Verificación del Plan de Mejoramiento</p>	<p>Control interno</p>	<p>Según cronograma de actividades.</p>	<p>En cada área auditada, donde se haya suscrito el Plan de Mejoramiento</p>	<p>Para confirmar el grado de avance presentado en el plan de Mejoramiento.</p>	<p>Se Realiza seguimiento permanente a la implementación de las acciones definidas en el plan de mejoramiento.</p> <p>Se establece reunión con el responsable del área auditada para los ajustes necesarios.</p> <p>Enviar el informe a Gerencia.</p>
--	------------------------	---	--	---	---

<p>Brindar asesoría y acompañamiento.</p>	<p>Control interno o su delegado</p>	<p>Cuando los servidores la requieran, o cuando la información o el proceso dependa de la Oficina de Control Interno</p>	<p>Oficina de control interno, o en las áreas involucradas</p>	<p>Actualización de información o fortalecimiento de la gestión.</p>	<p>Asistir a las diferentes reuniones para la actualización de la información y brindar asesoría sobre los temas relacionados a los funcionarios de la institución y a los usuarios que los requieran.</p> <p>Dejar registro de la asesoría en los formatos establecidos.</p>
---	--------------------------------------	--	--	--	---

NOMBRE DEL PROCESO: RENDICIÓN DE INFORME A ENTES DE CONTROL					
META A LOGRAR: Cumplir en la presentación oportuna con el 100% de los informes exigidos por ley.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° de informes realizada / N° de informe enviados.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Cumplimiento de la medida de austeridad de gasto	Oficina de control interno y gerencia	Mensualmente	Gerencia	Informe presentado a la Contraloría General de la Republica según Decreto 1737/98.	Realizando un análisis de los procesos o actividades económicas relacionadas con la administración de los gastos en la ESE.

Seguimiento a los buzones y reclamos	Oficina de control interno y gerencia	mensualmente	En todas las áreas de la ese, donde exista buzón de sugerencias.	Para conocer las inquietudes y necesidades del usuario. Por los requerimientos del MECÍ.	Participar, dándole acompañamiento al comité de Quejas y Reclamos Verificando la información que poseen los buzones, elaborando acta de la reunión. Realizar seguimiento a la oficina de SIAU a la contestación de las diferentes inquietudes de los usuarios. Presentar informe a la Gerencia
Informe anual de evaluación de Sistema de Control Interno.	Gerente y Asesor de Control Interno	Anual, antes del 30 de Enero del año siguiente.	En la Oficina de Sistema de Información, liderado por el representante del MECI	Para evaluar el Sistema de Control Interno en la Empresa.	De acuerdo a los lineamientos y parámetros establecidos en la circular expedida por el D.A.F.P

Ejecutivo anual del Sistema de Control Interno.	Control interno.	Anualmente.	Oficina de Control Interno.	Cada año la oficina de control de interno lo reporto al jefe inmediato (Gerente) para que ha su vez lo remita la consejo asesor de Control Interno según parámetros establecidos.	Decreto 2045 /99 Art. 8 Literal 6
---	------------------	-------------	-----------------------------	---	-----------------------------------

NOMBRE DEL PROCESO: VISITAS DE VEEDURÍA A LOS CENTROS Y PUESTOS DE LA E.S.E.					
META A LOGRAR: Revisión e inspección del estado de los centros y puestos.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: N° de Visitas Realizadas / N° de Visitas Asignadas.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutar)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Visitas de inspección.	Asesora de Control Interno y Coordinadora de Puestos y Centros de Salud.	De acuerdo al Cronograma de actividades.	Municipios y cabeceras municipales.	Para verificar la gestión que está desarrollando de acuerdo a los procesos y normas vigentes.	Mediante observación directa, encuestas etc.
Informe.	Asesora de Control Interno y	Al terminar inmediatamente la visita.	Oficina de Control Interno.	Para tener constancia de la visita de inspección. Presentar informe a la Gerencia	Realizando la consolidación de las observaciones realizadas en la inspección.
Seguimiento.	Asesora de Control Interno.	Mensual.	Centros de Salud de Riohacha y Puestos de Salud.	Para confirmar el grado de avance del Plan de Mejoramiento. Presentar informe a la Gerencia	Realizando un comparativo de los avance registrados en el plan de mejoramiento con lo ejecutado físicamente.