

**IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO
MECI 1000:2005 DENTRO DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN
CAMILO**

**CARLOS IVAN RUEDA BLANCO
JUAN PAULO CORZO HERNANDEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2008**

**IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO
MECI 1000:2005 DENTRO DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN
CAMILO**

**CARLOS IVAN RUEDA BLANCO
JUAN PAULO CORZO HERNANDEZ**

Trabajo de grado para optar al título de ingeniero industrial

DIRECTOR

Ing. Siomara Hernández

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2008**

DEDICATORIA

A Dios,

Y a nuestra familia por supuesto.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Dios por ser la fuerza espiritual del proyecto.

A nuestros padres por ofrecernos su apoyo moral y económico para alcanzar los objetivos de nuestras vidas.

A la junta directiva de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo por su colaboración y apoyo en el desarrollo de este proyecto, y por la confianza depositada, para la consecución de los objetivos.

Así mismo agradece a la Dra. Luisa Delia Rodríguez, Jefe de control interno de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, quien fue una valiosa guía durante la realización del proyecto y el principal respaldo como tutora del mismo.

A la ingeniera Siomara Hernández, directora del proyecto, quien brindo su experiencia y conocimiento en el tema, para la correspondiente ejecución del mismo.

A los funcionarios de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo por su compromiso y responsabilidad en la ejecución del proyecto.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	24
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
1.2. JUSTIFICACIÓN	24
1.3. ALCANCE	26
1.4. OBJETIVOS	26
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	26
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
2. MARCO TEORICO O ESTADO DEL ARTE	28
2.1. INTRODUCCION AL CONTROL INTERNO	28
2.2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO	30
2.3. PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	31
2.4. MODELO DE CONTROL INTERNO	33
2.5. PRINCIPIOS DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	33
2.6. ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	35
2.6.1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	35
2.6.2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION	37
2.6.3. SUBSISTEMA DE EVALUACIÓN	39
2.7. COMPATIBILIDAD CON OTROS SISTEMAS DE GESTIÓN	40
2.8. INDICADORES	47
3. PRESENTACION DE LA EMPRESA	49
3.1. UBICACIÓN	49

3.2. RESEÑA HISTORICA	49
3.3. MISIÓN	51
3.4. VISIÓN	52
3.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	52
3.6. POLITICA DE CALIDAD	52
3.7. OBJETIVOS DE CALIDAD	52
3.8. PRINCIPIOS CORPORATIVOS	53
3.9. VALORES INSTITUCIONALES	54
3.10. POLITICAS INSTITUCIONALES	55
3.11. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	55
3.11.1. SERVICIO DE URGENCIAS	55
3.11.2. SERVICIOS AMBULATORIOS	55
3.11.2.1 CONSULTA EXTERNA	55
3.11.2.2 HOSPITAL DÍA	55
3.11.2.3 PROGRAMA INFANTIL	56
3.11.3. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	56
3.11.3.1. CLÍNICA INTRAHOSPITALARIA	56
3.11.3.2. INIMPUTABLES	56
3.11.4. SERVICIOS DE APOYO	57
3.11.4.1. ELECTROENCEFALOGRAFÍA	57
3.11.4.2. LABORATORIOS CLÍNICO	57
3.11.5. SERVICIOS DE COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	57
3.11.5.1. TERAPIA OCUPACIONAL	57
3.11.5.2. ODONTOLOGÍA	57
3.11.5.3. FARMACIA	57

3.11.5.4. TRABAJO SOCIAL	58
3.11.5.5. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL	58
4. PLANIFICACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	59
4.1. GENERALIDADES DE LA PLANIFICACIÓN	59
4.2. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN	60
4.3. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	61
4.4. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	61
4.5. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	62
4.5.1. COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	62
4.5.2. EQUIPO MECI	64
4.5.3. GRUPO EVALUADOR	65
4.6. SENSIBILIZACIÓN DEL MECI	65
5. MARCO CONTEXTUAL	68
5.1. DIAGNOSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES Y ELEMENTOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005	68
5.2. DIAGNOSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO	73
5.2.1. ANÁLISIS AMBIENTE INTERNO (FORTALEZAS Y DEBILIDADES)	74
5.2.2. ANÁLISIS DEL AMBIENTE EXTERNO (OPORTUNIDADES Y AMENAZAS)	81
5.3. INFORME EJECUTIVO ANUAL SOBRE EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005.	84
5.3.1. ELABORACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL	87
5.3.2. ELABORACIÓN DEL INFORME EJECUTIVO ANUAL.	89
6. IMPLEMENTACION DEL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR	

DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005	90
6.1. FUNDAMENTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL INTERNO	90
6.2. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL (ELEMENTOS)	90
6.2.1. ACUERDOS, COMPROMISOS: ROTOCOSLOS ÉTICOS	90
6.2.2. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	93
6.2.3. ESTILO DE DIRECCIÓN	100
6.3. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (ELEMENTOS)	101
6.3.1. PLANES Y PROGRAMAS	101
6.3.2. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	103
6.3.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	104
6.4. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	106
6.4.1. CONTEXTO ESTRATÉGICO	106
6.4.2. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	107
6.4.3. ANÁLISIS DEL RIESGO	107
6.4.4. VALORACIÓN DEL RIESGO	110
6.4.5. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	110
7. IMPLEMENTACION DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005	112
7.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL	112
7.1.1. POLÍTICAS DE OPERACIÓN	112
7.1.2. PROCEDIMIENTOS	114
7.1.3. CONTROLES	115
7.1.4. INDICADORES	116
7.1.5. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	117

7.2. COMPONENTE INFORMACIÓN	119
7.2.1. INFORMACIÓN PRIMARIA	119
7.2.2. INFORMACIÓN SECUNDARIA	120
7.2.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓ	121
7.3. COMPONENTE COMUNICACIÓN	122
7.3.1. COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	124
7.3.2. COMUNICACIÓN INFORMATIVA	125
7.3.3. MEDIOS DE COMUNICACIÓN	126
8. IMPLEMENTACION DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005	128
8.1. FUNDAMENTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN	128
8.2. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN	128
8.2.1. AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL	129
8.2.2. AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN	129
8.3. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	130
8.3.1. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	130
8.3.2. AUDITORÍA INTERNA	131
8.4. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO	131
8.4.1. PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	131
8.4.2. PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS	132
8.4.3. PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL	132
9. NORMOGRAMA	134
9.1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA EL NORMOGRAMA	134
9.2. REALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DEL NORMOGRAMA	135

10. AUDITORIA INTERNA	137
10.1. PROGRAMA DE LA AUDITORIA INTERNA	138
10.2. PREPARACIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA	139
10.3. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA	139
10.4. INFORME DE AUDITORIA	140
11. CONCLUSIONES	142
12. RECOMENDACIONES	144
BIBLIOGRAFÍA	146
ANEXOS	147

LISTADO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Relación entre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y la Norma Técnica Colombiana de la Gestión Pública NTCGP 1000:2004	42
Tabla 2. Miembros del Comité Coordinador de Control Interno	63
Tabla 3. Miembros del Equipo MECI	64
Tabla 4. Temas Tratados Durante la Sensibilización	66
Tabla 5. Estado Actual o Grado de Cumplimiento del Sistema de Control Interno Actual Frente al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005	70
Tabla 6. Plan de trabajo para la implementación del MECI	72
Tabla 7. Comparación de los Resultados del Diagnostico de Cumplimiento del MECI 1000:2005 vs. Resultados Consolidados de la Autoevaluación de Control y Evaluación Independiente del MECI 1000:2005	88
Tabla 8. Principios y Valores Corporativos	92
Tabla 9. Documentación del Proceso de Talento Humano	94
Tabla 10. Temas tratados durante la inducción	95
Tabla 11. Temas tratados durante la reinducción	96
Tabla 12. Aspectos a desarrollar en el entrenamiento	96
Tabla 13. Plan de Capacitación de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	98
Tabla 14. Identificación de los Riesgos por Proceso	107
Tabla 15. Mapa de Riesgos por Proceso	108
Tabla 16. Diagnostico de Comunicación Organizacional	124
Tabla 17. Diagnostico de Comunicación Informativa	126
Tabla 18. Diagnostico de Medios de Comunicación	127

LISTADO DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Subsistemas, Componentes y Elementos del Modelo estándar de Control Interno	34
Figura 2. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos	45
Figura 3. Imagen Interna y Externa de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	49
Figura 4. Ubicación Espacial de E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	51
Figura 5. El Ambiente Externo y Sus Segmentos	81
Figura 6. Interfaces del Aplicativo web del MECI	86
Figura 7. Mapa o Red de Procesos de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	104
Figura 8. Matriz de Priorización de Riesgos	109
Figura 9. Caracterización de un Proceso	113
Figura 10. Formato de Procedimientos e Instructivos	115

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 001. Estructura organizacional de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	148
Anexo 002. Circular No. 003 de 2005	151
Anexo 003. Acta no. 001 compromiso de la alta dirección	154
Anexo 004. Resolución no. 315 adopción del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005	157
Anexo 005. Resolución no. 316 designación del representante de la alta dirección y el equipo MECI	175
Anexo 006. Resolución no. 317 y acta no. 002 creación y estructuración del comité coordinador de control interno	179
Anexo 007. Presentación fundamentos generales del MECI 1000:2005 fase de sensibilización	189
Anexo 008. Planificación del diagnostico de cumplimiento	217
Anexo 009. Encuesta aplicada del diagnostico de cumplimiento	219
Anexo 010. Encuesta aplicada de la autoevaluación de control	227
Anexo 011. Evaluación del avance en la implementación o evaluación Independiente	230
Anexo 012. Informe ejecutivo anual del sistema de control interno vigencia 2007	240
Anexo 013. Encuesta de principios y valores corporativos	249
Anexo 014. Código de conducta o ética	253
Anexo 015. Procedimiento de capacitación de personal	264
Anexo 016. Procedimiento del plan de jubilación o retiro	268
Anexo 017. Código de buen gobierno	271
Anexo 018. Plan estratégico de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	288

Anexo 019. Ejemplo de caracterización del proceso financiero	293
Anexo 020. Organigrama inicial	299
Anexo 021. Ejemplo del instructivo de competencias del cargo de jefe de facturación	301
Anexo 022. Plan de Mejoramiento por Procesos	307
Anexo 023. Normograma de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	316
Anexo 024. Programa anual de auditoría	333
Anexo 025. Procedimiento de auditoría interna	337
Anexo 026. Plan de auditoría proceso de archivo	344
Anexo 027. Informe final de auditoría	347

GLOSARIO

ACTIVIDAD: Agrupación de Tareas que hace parte de un Proceso.

AGENTE GENERADOR: Sujeto u objeto que tiene la capacidad de originar un evento.

AMBIENTE: Entorno, contexto.

CAUSA: Origen o razón de algo que llamamos Efecto. En el componente Administración de Riesgos: es el motivo o razón por la que se genera un riesgo.

CENTRALIZACIÓN: Hacer que varias cosas dependan de un poder central. Reunir varias cosas en un centro común.

COMPETENCIA: 1. Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. 2. Capacidad legal para hacer algo.

COMPONENTE: Agrupación de elementos que hace parte de un subsistema.

CONFLICTO: Choque o situación de oposición entre personas o grupos.

CONTEXTO: Ambiente o entorno. Circunstancias de las cuales depende el sentido y el valor de una palabra, frase, o fragmento considerados.

CONTEXTO ESTRATÉGICO: Conjunto de circunstancias internas y externas que pueden afectar a la entidad positiva o negativamente con relación al cumplimiento de sus objetivos.

CONTROL: Actividad de monitorear los resultados de una acción y tomar medidas para hacer correcciones inmediatas y medidas preventivas para evitar eventos indeseables en el futuro.

CONTROL CIUDADANO: Forma de participación que permite a los particulares influir lícitamente sobre las condiciones de modo, tiempo y lugar en que el Estado lleve a cabo sus actividades.

CONTROL ESTATAL: Es el Control ejercido por los órganos de Control del Estado o entidades gubernamentales con atribuciones de Control.

DESCENTRALIZACIÓN: Transferir a diversas corporaciones u oficios parte de la autoridad que antes ejercía el gobierno supremo del Estado.

DIRECTRICES: Guías de acción. Instrucciones o normas generales para la ejecución de algo.

DISCERNIR: Distinguir algo de otra cosa, señalando la diferencia que hay entre ellas.

ECONOMÍA: Austeridad y mesura en los gastos e inversiones realizados para la obtención de los insumos que requieren los procesos para satisfacer las necesidades de la comunidad. Se presenta en la adquisición de los insumos del proceso.

EFEECTO: Consecuencia positiva o negativa, de la ocurrencia de un evento. Evento que se origina por otro llamado efecto.

EFICACIA: Cambio logrado en la situación de la comunidad como resultado del producto de un proceso, en relación con las metas y los objetivos de la entidad. Relación entre el valor agregado de un producto y su costo. Se presenta en el producto y su impacto o sea a la salida del proceso.

EFICIENCIA: Relación entre el costo de los recursos utilizados en un proceso y el valor del producto obtenido. Se presenta dentro del proceso.

ELEMENTO: Agrupación de factores que hace parte de un componente.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS): es una aseguradora. Se constituye como el módulo administrativo del sistema general de seguridad social en salud. Su función es la de administrar los servicios de salud y los recursos del sistema general de seguridad social en salud, delegados por el FOSYGA. Se encarga de inscribir, afiliar y carnetizar a la población beneficiaria, ya sea del régimen contributivo y del régimen subsidiado, para garantizar en su favor los servicios contemplados por los diferentes planes obligatorios de salud con cargo al aseguramiento de la población beneficiaria y la prestación de servicios a través de la red de IPS en forma directa e indirecta.

ENTORNO: Ambiente, contexto. Lo que rodea; territorio o conjunto de lugares que rodean a otro.

ESTRATEGIA: Esquema específico de utilización de los recursos con miras a alcanzar objetivos a largo plazo.

EVALUACIÓN DE RIESGOS: Factor del elemento Valoración del Riesgo que muestra el procedimiento para definir cuando puede aceptarse o no el riesgo, de acuerdo con su frecuencia e impacto.

EVENTO: Suceso; particularmente suceso posible.

FACTOR: En el componente Administración de Riesgos: algo que contribuye, conjuntamente con otros elementos, a que se produzca un efecto determinado.

FUNCIONARIO: Servidor Público.

FUNDAMENTOS: Bases sobre las cuales descansa o se soporta el Sistema de Control Interno.

GLOSA: Son las observaciones de tipo administrativo y técnico realizadas a las cuentas de salud (facturas) mediante las cuales se objetan determinados valores cobrados.

HISTORIA CLINICA: documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

IMPACTO: Cambio logrado en la situación de la comunidad como resultado del producto de un proceso. Es el nivel más elevado o la finalidad última del proceso y donde se genera la totalidad de los beneficios previstos. Es equivalente a Valor Agregado. En el elemento Valoración de Riesgos, es la magnitud del deterioro en la situación de la entidad, como resultado de la materialización de un riesgo.

INCENTIVOS: Estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos

INSUMOS: Entradas del proceso, necesarias para la elaboración un producto.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS): Institución creada para prestar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios en el nivel de atención correspondiente. Debe tener como principio básico la calidad y la eficiencia y tiene la autonomía administrativa técnica y financiera.

INTEGRIDAD: Cualidad de la persona que cumple con rectitud los deberes de su cargo o posición.

INTERACCIÓN: Acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más grupos, personas u otros agentes.

MACROPROCESO: Agrupación de procesos de una organización.

MATRIZ: Conjunto de cantidades dispuestas ordenadamente en filas y columnas formando un cuadrado o un rectángulo, de modo que la posición de cada elemento en la matriz define las operaciones que hay que realizar con él en el problema que se trata.

MECANISMO: Manera de producirse una actividad, una función o un fenómeno.

MECI: Modelo Estándar de Control Interno.

MEDICIÓN DE GESTIÓN: Conjunto de instrumentos que permiten monitorear en forma continua, las variables que son claves críticas para el logro de los objetivos de una entidad.

META: Resultado que se pretende alcanzar en un plazo determinado para avanzar hacia el cumplimiento de un objetivo. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y, si es posible, calidad.

MÉTODO: Modo estructurado y ordenado de obtener un resultado, descubrir la verdad y sistematizar los conocimientos.

METODOLOGÍA: Manera sistemática de hacer cierta cosa.

NORMAS: Regla de obligado cumplimiento. Regla sobre la manera como se debe hacer o está establecido que se haga cierta cosa.

OBJETIVO: Enunciado de un estado deseado hacia el cual está dirigido un proyecto, programa o plan. Se debe formular en términos de mejora de la situación de una población. El objetivo determina la orientación que se le debe dar a las tareas, actividades y procesos para cumplir con los propósitos de la entidad y del Estado.

PLAN: Proyecto, programa de las cosas que se van a hacer y de cómo hacerlas.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS): es el conjunto de servicios de salud que todas las entidades promotoras de salud deben prestarle a sus afiliados.

POLÍTICAS: Principios que sirven de guía y dirigen los esfuerzos de una organización para alcanzar sus objetivos.

PRINCIPIOS: Normas o ideas fundamentales que rigen la conducta de los Servidores Públicos.

PROCEDIMIENTO: Método o sistema estructurado para ejecutar algunas cosas. Acto o serie de actos u operaciones con que se hace una cosa.

PROCESO: Conjunto de actividades que realiza una organización, mediante la transformación de unos insumos, para crear, producir y entregar sus productos, de tal manera que satisfagan las necesidades de sus clientes.

PRODUCTO: Resultado concreto que genera un proceso para alcanzar su objetivo más inmediato. Puede ser un bien, un servicio, cambios en calidad, cambios de eficiencia, etc.

PROPÓSITO: Objeto, mira, cosa que se pretende conseguir.

QUEJA: Expresión de insatisfacción con la conducta o la acción de los servidores públicos o de los particulares que llevan a cabo una función estatal.

RECLAMO: Es la expresión de insatisfacción referida a la prestación de un servicio o la deficiente atención de una autoridad pública.

RIESGO: 1. Evento capaz de poner en peligro el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública con eficiencia, eficacia y calidad. 2. La posibilidad de que ocurra dicho evento.

RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud): es el conjunto de datos mínimos y básicos en el sistema general de seguridad social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado para todas las entidades.

SERVICIOS PÚBLICOS: Medio por el cual el Estado cumple los fines esenciales de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales.

SERVIDORES PÚBLICOS: Son los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios.

SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establecen, se registran, se verifican y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de la capacidad técnico administrativa, indispensable para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de las prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

SOCIALIZAR: Compartir la información con todos los funcionarios del grupo al que pueda interesar.

SUBSISTEMA: Agrupación de Componentes que hace parte de un Sistema.

TAREA: Parte de una Actividad.

VALOR AGREGADO: Mejoras en las condiciones de la comunidad que resultan del proceso. Es equivalente a Impacto.

VALORACIÓN DE RIESGOS: Es un Elemento del Componente Administración de Riesgos que comprende el conjunto de acciones por las cuales se estima la magnitud de los riesgos (frecuencia e impacto), y se evalúan para determinar si pueden aceptarse o no.

TITULO: "IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 DENTRO DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO"¹

AUTORES: RUEDA BLANCO, Carlos Rueda y CORZO HERNANDEZ, Juan Paulo.²

PALABRAS CLAVES: Sistema de control interno, inimputables, sistema de gestión de la calidad, autoevaluación de gestión, evaluación independiente, indicadores de desempeño.

CONTENIDO: Este documento ofrece las herramientas y estrategias para la implementación de un sistema de control interno en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo el cual esta fundamentado en el cumplimiento de los subsistemas, componentes y elementos del modelo MECI 1000:2005 con el objetivo principal de aumentar la eficiencia y eficacia de los procesos que conforman la empresa.

En el capítulo dos, se detallan los aspectos teóricos que soportan el desarrollo del proyecto, en los capítulos tres y cinco se describe la situación actual de la empresa, sus fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas y su nivel actual de cumplimiento frente al modelo estándar de control interno. En el capítulo cuatro se evidencian los hechos y las actividades realizadas para la planificación del diseño e implementación del sistema de control interno. Culminando con el cumplimiento de los objetivos del proyecto, en los capítulos seis, siete, ocho, se describen las actividades para implementar los subsistemas de control estratégico, de gestión y de evaluación dentro de la empresa y en los capítulos 9 y 10, el desarrollo del normograma y la auditoría interna al sistema de control interno.

Por último a través de las conclusiones y recomendaciones, se da por terminado el proyecto dejando planteadas las actividades que la empresa contemplará como parte del mantenimiento al sistema de control interno y los aspectos positivos y negativos identificados por los autores, que deberá tener en cuenta para fortalecer su gestión.

¹ Proyecto de grado modalidad practica empresarial para optar al título de ingeniero industrial

² Facultad de Ingenierías Físico - mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Director: Ingeniera Industrial Siomara Hernández.

TITLE: "IMPLEMENTATION OF INTERNAL CONTROL STANDARD MODEL MECI 1000:2005 INTO THE E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO"³

AUTHORS: RUEDA BLANCO, Carlos Rueda y CORZO HERNANDEZ, Juan Paulo.⁴

KEY WORDS: Internal control system, inimitables, quality management system, self evaluation, independent evaluation, performance indicators.

CONTENT: This document offers the tools and strategies for the implementation of an internal control system into the E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo which is substantiated in the achievement of the subsystems, components and elements of model MECI 1000:2005 with the main target of increase the efficiency and effectiveness of the company process.

The chapter two, details the theoretical aspects that substantiate the development of project, in the chapters three and five describe the current situation of the company, its skills, weaknesses, opportunities, threats and its level of achievement against the internal control standard model. In the chapter four were evidence the perform activities for the plan of design and implementation of the internal control system. Finishing with the achievement of the project targets, in the chapters six, seven, eighth describe the activities for the implementation the strategy control, management and evaluation subsystems into the company and the chapters nine and ten, the development of normograma and internal audit to the internal control system.

Finally, there are some conclusions and recommendations that finish the project, leaving raised the activities that the company will do as part of the maintenance to the internal control system and the positive and negative aspects, that the authors identified and the company should have on count to strengthen the management.

³ Final Project to aspire to the title of Industrial Engineering. Modality: Internship.

⁴ Physical – Mechanical Engineering Faculty. School of industrial and Managerial Studies. Director: Industrial Engineering Siomara Hernandez.

INTRODUCCIÓN

La globalización a nivel mundial ha sido el factor que ha impulsado a las empresas a buscar herramientas que aumenten el desempeño de las mismas, orientando sus acciones hacia el mejoramiento, la autoevaluación y la correcta gestión de los procesos que apuntan al cumplimiento de su misión.

Por tanto para el desarrollo de su misión, toda empresa debe ejecutar diversos procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de seguimiento, cuyos resultados determinan el éxito o el fracaso de sus mas importantes objetivos y dado que estos empiezan y terminan en el cliente (interno o externo) es importante que cada uno de los responsables de su ejecución conozcan cómo interactúan sus actividades con los demás y como impacta en el resultado final.

Es por esto que la implementación de un sistema de gestión, como el modelo estándar de control interno, facilita la ejecución de las acciones y le permite a las empresas enfocar su gestión a la búsqueda de mejores resultados que se reflejen a nivel interno en un mejor desempeño de sus trabajadores, en su crecimiento profesional, en el aumento de su bienestar, en una mayor rentabilidad y en la optimización de recursos. Y a nivel externo en el liderazgo competitivo, el reconocimiento en su sector y en la consecución de mejores oportunidades para obtener más y mejores clientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, este proyecto le permite al lector visualizar las estrategias y herramientas utilizadas para la implementación de un sistema de control interno, pasando por cada una de sus fases, como el diagnostico de la situación actual de la empresa el cual soporta cada una de las actividades que posteriormente se realicen, la sensibilización de sus funcionarios generando un compromiso con el sistema de control interno, demostrándoles su participación y su importancia con el mismo, la planificación del diseño e implementación del sistema de control interno para darle cumplimiento a los aspectos legales que implican un sistema de gestión público, la ejecución de la implementación, la auditoria de seguimiento y su respectiva retroalimentación. Cada uno de las fases ejecutadas de forma articulada con el sistema de gestión de la calidad y con los criterios definidos por los funcionarios de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Constitución Política de 1991 incorporó el concepto del control interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del Estado y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública. Por su parte, la Ley 87 de 1993 establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismo del Estado, y la Ley 489 de 1998 dispuso la creación del Sistema Nacional de Control Interno.

Con el fin de buscar mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades del Estado, el Departamento Administrativo de la Función Pública, promovió la adopción e implementación de un modelo de control interno, iniciativa que fue acogida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, que condujo a la expedición del Decreto 1599 de 2005 “por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005”.⁵

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo ha decidido por medio de su Junta Directiva permitir la ejecución del proyecto de la implementación del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 con el fin de mejorar la gestión de los procesos, el control de los mismos, la comunicación a nivel interno, la estandarización de los procesos, el establecimiento de una buena cultura organizacional, y la administración de los riesgos que diariamente se presentan en la gestión diaria de una entidad.

Además como una manera de darle cumplimiento a lo exigido por la ley según el decreto 1599 del 2005 el cual habla de que en todas las entidades publicas debe implementarse el modelo estándar de control interno. Por tanto la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo se ve comprometida a ejecutar el presente proyecto debido a que existe un plazo hasta el 8 de Diciembre del presente año para tener dicho sistema implementado.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

Es evidente como la globalización se ha convertido en un fenómeno imparable e incontrolable para las empresas tanto públicas como privadas, haciendo que muchas de ellas decaigan en la carrera permanente por sobrevivir en los mercados donde se encuentran actualmente compitiendo.

No obstante existen empresas tanto a nivel internacional como nacional que tienen un comportamiento competitivo, ya que están a la vanguardia en los diferentes aspectos que influncian a las empresas a nivel interno como la estructura organizacional, la optimización de recursos, los proveedores, el

⁵ Fuente: Información tomada de: Manual de implementación del MECI 1000:2005. Edición 2006.

talento humano, la gestión de proyectos, las políticas internas de operación, el direccionamiento estratégico entre otros y a nivel externo tales como los económicos, socioculturales, globales, demográficos, políticos, legales y tecnológicos.

Por tanto son estas grandes empresas las que han continuado impulsando a nivel mundial el fenómeno de la globalización, buscando mantenerse vivas en estos mercados competitivos y haciendo que las demás empresas se vean motivadas u obligadas a tomar una decisión de continuar en la pelea por crecer poco a poco y así intentar luchar en estos mercados competitivos o definitivamente desistir como una medida de sobrevivencia empresarial.

Enfocándose en el ámbito nacional, han sido las empresas privadas las primeras en identificar la necesidad y tomar la decisión de comenzar a mejorar su gestión y a optimizar sus recursos por medio de la implementación y certificación de los sistemas de gestión de la calidad bajo normas internacionales, la implementación de acreditaciones institucionales, las certificaciones internacionales y la búsqueda de premios en diferentes campos. Todo lo anterior orientados a aumentar su reconocimiento en el mercado, incrementar su rentabilidad y obtener facilidades en el momento de licitar en la procura de obtener nuevos y mejores clientes.

Debido a lo anterior las empresas del estado, comenzaron a evidenciar o hacer mas notable sus falencias en comparación con las empresas privadas, pero manteniéndose con los brazos cruzados, ya que éstas empresas estatales al encontrarse limitadas por sus recursos financieros los cuales están ligados a su presupuesto anual dependiente de los entes gubernamentales y municipales, no contemplaban la posibilidad de ejecutar proyectos como la implementación de sistemas de gestión que les ayudaran a mejorar y a mantenerse en el sector en el que se encuentran.

Es aquí donde el estado colombiano juega un papel importante, detectando el crecimiento del sector privado y tomando decisiones expresadas en nuevas leyes o decretos que obligan a las empresas del estado a implementar sistemas de gestión como el sistema de gestión de la calidad bajo la norma técnica colombiana NTCGP 1000:2004 y a reforzar el sistema de control interno contemplado en la ley 87 del 1993 bajo el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

Adicional a esto, el sector salud a nivel público en el que se encuentra involucrado la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, actualmente pasa a nivel nacional, departamental y municipal por una crisis evidenciada fácilmente por toda la comunidad ya que son los directamente perjudicados, debido a los cierres o liquidaciones de varios de los hospitales públicos como por ejemplo el Hospital Ramón González Valencia, el Hospital de Barrancabermeja, entre otros, motivando aun mas al Hospital a ejecutar estrategias como la implementación del sistema de control interno y el sistema de gestión de la calidad.

La implementación del modelo estándar de control interno es una realidad para todas las empresas del estado ya que no solo buscan reforzar un sistema de control interno como se nombro anteriormente, sino además como una medida que ayude en el cumplimiento de sus objetivos tanto estratégicos, como de gestión, basados en los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación.

Por tanto la implementación de un sistema de control interno permite a las empresas crear diferencias competitivas, incorporando en la oferta de los servicios características de seguridad y calidad que aumenten la confianza de los clientes internos y externos, beneficien a todos sus usuarios, perfeccione las relaciones con sus proveedores, ayude a aumentar su proyección social y mejore sus condiciones frente a los demás grupos de interés que influncian directa o indirectamente a la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

1.3. ALCANCE DEL PROYECTO.

El desarrollo del presente proyecto incluye la realización del diagnostico, el análisis de la empresa, el informe anual del avance de la implementación, las capacitaciones necesarias en diferentes temas que apoyen el proyecto y el diseño e implementación de cada uno de los elementos que componen el MECI hasta la auditoria interna y sus correspondientes mejoras a los hallazgos encontrados en la misma dentro de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo General.

Implementar el modelo estándar de control interno como una herramienta de gestión que ayude al mejoramiento de los procesos que componen la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo y de esta manera le permita a la entidad basada en los principios que soportan este modelo, cumplir con eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia la finalidad para la cual fue creada.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Realizar el diagnostico para conocer la situación actual de la empresa y el nivel de cumplimiento de los elementos establecidos por el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.
- Realizar la evaluación del avance de la implementación del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. y el informe ejecutivo anual de la vigencia 2007 como parte del cumplimiento exigido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno bajo la circular No. 001 de 2007.

- Programar y ejecutar las capacitaciones acerca de los conceptos básicos y generalidades del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 y comunicar la importancia de establecer y mantener un sistema de control interno dentro de la entidad.
- Diseñar e implementar las herramientas que le den cumplimiento al subsistema de control estratégico con sus correspondientes componentes y elementos según la estructura del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.
- Diseñar e implementar las herramientas que le den cumplimiento al subsistema de control de gestión con sus correspondientes componentes y elementos según la estructura del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.
- Diseñar e implementar las herramientas que le den cumplimiento al subsistema de control de evaluación con sus correspondientes componentes y elementos según la estructura del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.
- Levantar la documentación necesaria para darle cumplimiento a los tres subsistemas que componen el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 basados en la estructura documental que maneja la entidad según el sistema de gestión de la calidad en la norma NTC GP 1000:2004.
- Realizar la auditoría interna para determinar el desempeño del sistema de control interno acompañado por la oficina de control interno de la entidad y realizar las acciones de mejora correspondientes que ayuden a eliminar los hallazgos encontrados en la auditoría.
- Realizar el normograma con las correspondientes normas de carácter constitucional, legal, reglamentarias y de autorregulación que le son aplicables a la entidad.

2. ESTADO DEL ARTE.

2.1. INTRODUCCIÓN AL CONTROL INTERNO.

Entre los aspectos temáticos a nivel del Estado Colombiano, sobre los cuales existió un consenso general en la Asamblea Nacional Constituyente, creada convocada para introducir reformas sustanciales en el Estado Colombiano las cuales quedaron consignadas en la Constitución de 1991, están los relativos al Control Fiscal y a la necesidad de crear establecer el Control Interno en las entidades del Estado, como un instrumento principio administrativo básico y fundamental para su administración. En el seno de esta Asamblea fueron presentadas diversas nuevas propuestas que recogían inquietudes de orden técnico y funcional planteadas por diversos distintos grupos de la sociedad, las cuales apuntaban a cambiar el Sistema de Control existente con el fin de adaptarlo a las directrices, políticas económicas y organizativas que se formalizaban al instaurarse una nueva concepción del Estado Colombiano.

Esto, sumado a la nueva concepción de un Estado Social de Derecho, hizo que la Constitución de 1991 creara una serie de controles y sus respectivas instancias, esperando con ello garantizar la eficiencia, eficacia y transparencia de la administración pública y el cumplimiento de los fines esenciales del Estado.

Adicionalmente, el Artículo 1º de la Constitución Política, generó un cambio de radical importancia en materia de Control al crear el más importante de los controles, el Control Social, y otorgar participación a la sociedad en los asuntos públicos, interviniendo no sólo la función administrativa de las entidades en particular, sino del Estado en general.

El artículo 209 de la Constitución Política a su vez, creó incorporó el Control Interno para apoyar como un soporte fundamental orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada institución entidad del Estado, basado en el cumplimiento de los principios que rigen la administración del Estado en especial los de eficiencia, eficacia y transparencia, en la coordinación de las actuaciones entre las diferentes entidades que lo conforman, preparándolo adicionalmente para responder a los controles de orden externo y en especial al Control Ciudadano.

Diez años después de la expedición de Ley 87 de 1993 en desarrollo del citado artículo, y al hacer un balance sobre los niveles de eficacia, eficiencia e integridad de las entidades públicas, así como sobre el grado de cumplimiento de sus objetivos, se concluye que éste aún no alcanza el estado de desarrollo esperado y la efectividad como soporte de una eficaz y transparente función administrativa del Estado. Como consecuencia de ello, no se han satisfecho las expectativas de contribución al logro de los objetivos institucionales y sociales y persiste la necesidad de fortalecer el Control Interno para hacer del Estado un modelo de probidad y eficacia administrativa, de como base fundamental para el cumplimiento de su función social.

Lo anterior hizo pensar en la necesidad de un fuerte apoyo al Gobierno en sus procesos de fortalecimiento del Control Interno y, del estímulo a la participación ciudadana a través del fortalecimiento de la consolidación del Control Social, razón por la cual los Gobiernos de la República de Colombia y de los Estados Unidos de América convinieron trabajar procesos de fortalecimiento institucional en las entidades del Estado con alcance en estos dos controles, en a través de la firma del Convenio General para ayuda económica, técnica y afín de fecha Julio 2 de 1962 y del Convenio de Donación específico del Objetivo Estratégico N° 514 – 9002 de septiembre 27 de 2000, a través del Programa **“Fortalecimiento de la Transparencia y la Rendición de Cuentas en Colombia”**.

Este Programa de Cooperación que por parte del Gobierno de los Estados Unidos gerencia en Colombia la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – - USAID - y opera la firma Casals & Associates Inc.- CASALS-, por encargo de aquella y, en representación del Gobierno de Colombia actúa la Vicepresidencia de la República, apoya al Gobierno tanto a nivel Nacional como Territorial en procesos de fortalecimiento a la Administración Pública en la búsqueda de la eficacia, la eficiencia, la transparencia y la publicidad de la actuación pública obligada tal y como lo manda por la Constitución Política de Colombia, a través del fortalecimiento del Control Interno y del Control Ciudadano, considerados como instrumentos básicos para garantizar el cumplimiento de la función administrativa y los fines esenciales la finalidad social del Estado.

Para lograr estos objetivos, el Programa propuso en lo que al Control Interno se refiere:

- Desarrollar conjuntamente con las entidades beneficiarias del Programa la Propuesta de Modelo único de Control Interno, poniéndola adaptada a la realidad y necesidades del Sector Público Colombiano, basada en modelos de Control Interno reconocidos internacionalmente, orientada a estandarizar un solo marco de Control en todas las entidades del Estado, para hacerlo más efectivo en su apoyo a las entidades en la consecución de sus objetivos institucionales.
- Fortalecer la función de Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, encargada en el Sector Público a las oficinas de Control Interno, elevando su perfil al proponer su conversión en unidades especializadas y efectivas de auditoría Interna, cuyo propósito sea además de evaluar en forma independiente y objetiva la efectividad del Control Interno la de mantener un proceso permanente y oportuno de auditoría, asesorando a la alta dirección de las organizaciones públicas a partir de los resultados de estos procesos de evaluación, apoyándola en la toma de decisiones necesaria a garantizar el mejoramiento del Sistema de Control Interno y con ello el cumplimiento de sus objetivos organizaciones y sociales.
- Hacer de los Planes de Mejoramiento un instrumento esencial en la búsqueda de la excelencia administrativa, que al estar basados en los

resultados de evaluación organizacional a la gestión, la evaluación independiente de los Jefes de Control Interno y/o Auditores Internos y en las recomendaciones provenientes de los órganos de Control Fiscal, integra y orienta la política y la acción necesaria para que el Estado cumpla debidamente con su función social.

- Desarrollar un Manual de Implementación del Modelo de Control Interno propuesto para entidades del Estado que defina métodos, procedimientos e instructivos básicos para orientar el diseño, puesta en marcha y mantenimiento de dicho Modelo de Control.

Para desarrollar la Propuesta de Modelo de Control Interno, planteada a partir de los marcos de control internacionales y la evaluación de las necesidades propias de las entidades del Estado Colombiano, el Programa USAID/CASALS solicitó el apoyo académico, pedagógico y metodológico de la Universidad EAFIT, Entidad educativa con amplia trayectoria en el ámbito académico y con reconocidos estudios e investigaciones en materia de Control Organizacional, desarrollando conjuntamente una estrategia integral de orden inductivo que en forma paralela desarrollara conceptual y metodológicamente la Propuesta de Modelo de Control Interno para las entidades del Estado, al tiempo que permitía su validación mediante un programa de entrenamiento y asistencia técnica a veintiún (21) entidades del Nivel Territorial del Estado pertenecientes a los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Nariño.

Dicho proceso, ha posibilitado la consolidación de una Propuesta de Modelo de Control Interno para entidades del Estado, gracias a la participación activa de las entidades beneficiarias que aceptaron trabajar en su construcción, quienes adicionalmente a través de ella han iniciado procesos para fortalecer sus sistemas de Control Interno, al tiempo que deja una inversión inestimable en recurso humano especializado en Control Interno y Auditoría Interna, Propuesta que en su primera versión, se pone a disposición del Estado Colombiano y de los diferentes grupos de interés, atentos a la búsqueda de la excelencia administrativa en la cual se encuentra comprometido hoy en día el Estado Colombiano.

2.2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO.

- a) El Control Interno se define como el conjunto de principios, fundamentos, reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre sí y unidos a las personas que conforman una organización pública, se constituye en un medio para lograr el cumplimiento de su función administrativa, sus objetivos y la finalidad que persigue, generándole capacidad de respuesta ante los diferentes públicos o grupos de interés que debe atender.

El Control Interno por lo tanto no es un evento aislado, es más bien una serie de acciones que ocurren de manera constante a través del funcionamiento y operación de una entidad pública, debiendo

reconocerse como un componente integral de cada sistema o parte inherente a la estructura administrativa y operacional existente en la organización pública, asistiendo a la dirección de manera constante, en cuanto al manejo de la entidad y alcance de sus metas se refiere.

- b) El Control Interno es un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad y le permite estar siempre atenta a las condiciones de satisfacción de los compromisos contraídos con la ciudadanía, garantiza la coordinación de las acciones y la fluidez de la información y comunicación, y anticipa y corrige, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el quehacer institucional.⁶

2.3. PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO.

La Constitución Política de 1991, estableció los principios que deben cumplirse en el ejercicio de la Función Pública de Administrar el Estado, constituyéndose en los preceptos fundamentales definidos para encaminar su desarrollo y otorgar orientación estratégica a la toma de decisiones. Están presentes en todos los procesos, actividades o tareas emprendidas por la entidad pública a fin de cumplir con su propósito institucional.

Lo anterior, relacionado con el cumplimiento de los objetivos de las entidades públicas, de los cuales el Control Interno se constituye en el medio para llegar a este fin, obliga a que estos principios deben tomarse como la base sobre la cual establecer el Control Interno, a fin de apoyar a la entidad a cumplir sus objetivos y coordinar sus actuaciones hacia el logro de los fines esenciales del Estado.

2.3.1. Responsabilidad. Capacidad de la Entidad Pública para cumplir los compromisos contraídos con la comunidad y demás grupos de interés, en relación con los fines esenciales del Estado o, en caso de no hacerlo, de hacerse cargo de las consecuencias de su incumplimiento. Se materializa en dos momentos, El primero, al considerar aquellos aspectos o eventos capaces de afectar la gestión de la entidades estableciendo las acciones necesarias para contrarrestarlos; el segundo, al reconocer la incapacidad personal o institucional para cumplir los compromisos y en consecuencia, indemnizar a quienes se vieran perjudicados por ello.

2.3.2. Transparencia. Es hacer visible la gestión de la entidad a través de la relación directa entre los gobernantes, los gerentes y los servidores públicos con los públicos que atiende. Se materializa en la entrega de información adecuada para facilitar la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afecten, tal como lo manda el artículo 2º de la Constitución Política. Para ello, las autoridades administrativas mantienen abierta la información y los documentos públicos, rinden informes a la comunidad y demás grupos de interés sobre los resultados de su gestión.

⁶ Fuente: Información tomada de: ley 87 de 1993. ejercicio del control interno.

2.3.3. Moralidad. Se manifiesta, en la orientación de las actuaciones bajo responsabilidad del Servidor Público, el cumplimiento de las normas constitucionales y legales vigentes, y los principios éticos y morales propios de nuestra sociedad.

2.3.4. Igualdad. Es reconocer a todos los ciudadanos la capacidad para ejercer los mismos derechos para garantizar el cumplimiento del precepto constitucional según el cual "todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica". Los servidores públicos están obligados a orientar sus actuaciones y la toma de decisiones necesarias para el cumplimiento de los fines esenciales del Estado hacia la primacía del interés general.

2.3.5. Imparcialidad. Es la falta de designio anticipado o de prevención a favor o en contra de personas, a fin de proceder con rectitud, dictaminar y resolver los asuntos de manera justa. Se concreta cuando el Servidor Público actúa con plena objetividad e independencia en defensa de lo público, en los asuntos bajo su responsabilidad a fin de garantizar que ningún ciudadano o grupo de interés se afecte en sus intereses, producto de la actuación de la entidad pública.

2.3.6. Eficiencia. Es velar porque, en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad, la entidad pública obtenga la máxima productividad de los recursos que le han sido asignados y confiados para el logro de sus propósitos. Su cumplimiento garantiza la combinación y uso de los recursos en procura de la generación de valor y la utilidad de los bienes y servicios entregados a la comunidad.

2.3.7. Eficacia. Grado de consecución e impacto de los resultados de una entidad pública en relación con las metas y los objetivos previstos. Se mide en todas las actividades y las tareas y en especial al concluir un proceso, un proyecto o un programa. Permite determinar si los resultados obtenidos tienen relación con los objetivos y con la satisfacción de las necesidades de la comunidad.

2.3.8. Economía. Se refiere a la austeridad y la mesura en los gastos e inversiones necesarios para la obtención de los insumos en las condiciones de calidad, cantidad y oportunidad requeridas para la satisfacción de las necesidades de la comunidad. Se operativiza en la medición racional de los costos y en la vigilancia de la asignación de los recursos para garantizar su ejecución en función de los objetivos, metas y propósitos de la Entidad.

2.3.9. Celeridad. Hace referencia a la prontitud, la rapidez y la velocidad en el actuar público. Significa dinamizar la actuación de la entidad con los propósitos de agilizar el proceso de toma de decisiones y garantizar resultados óptimos y oportunos. En aplicación de este principio, los servidores públicos se comprometen a dar respuesta oportuna a las necesidades sociales pertinentes a su ámbito de competencia.

2.3.10. Publicidad. Es el derecho de la sociedad y de los servidores de una entidad pública al acceso pleno, oportuno, veraz y preciso a las actuaciones, resultados e información de las autoridades estatales. Es responsabilidad de los gobernantes y gerentes públicos dar a conocer los resultados de su gestión y permitir la fiscalización por parte de los ciudadanos, dentro de las disposiciones legales vigentes.

2.3.11. Preservación del Medio Ambiente. Es la orientación de las actuaciones del ente público hacia el respeto por el medio ambiente, garantizando condiciones propicias al desarrollo de la comunidad.

Cuando el hacer de una entidad pueda tener un impacto negativo en las condiciones ambientales, es necesario valorar sus costos y emprender las acciones necesarias para su minimización.

La adecuada operación del Sistema de Control Interno, garantiza el acatamiento de estos principios por parte de los servidores públicos, al considerarlos como punto de partida para el desempeño de sus funciones.

2.4. MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI 1000:2005 proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado, para lo cual se estructura en tres grandes subsistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control.

2.5. PRINCIPIOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

Los principios del Sistema de Control Interno se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales. Se han identificado los siguientes principios aplicables al Sistema de Control Interno:

- a) **Autocontrol:** Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.
- b) **Autorregulación:** Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e

implementación el Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

- c) **Autogestión:** Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

El Modelo Estándar de Control Interno para entidades del Estado, se genera tomando como base el artículo 1° de la Ley 87 de 1993, el cual se encuentra compuesto por una serie de Subsistemas, Componentes y Elementos de Control, establecidos en la Figura No. 1, ilustrando de esta manera los vínculos existentes entre cada uno de ellos, bajo el enfoque sistémico que establece la citada Ley.



Figura 1. Subsistemas, Componentes y Elementos del Modelo Estándar de Control Interno.

2.6. ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO.

2.6.1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO.

Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional de la Entidad Pública.⁷

2.6.1.1. 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.

2.6.1.1.1. 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 la Constitución, la Ley y la finalidad social del Estado.

2.6.1.1.2. 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 del desempeño de los Servidores Públicos del Estado.

2.6.1.1.3. 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.

2.6.1.2. 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.

⁷ Fuente: Información tomada de: MECI 1000:2005 Modelo Estándar de Control Interno.

2.6.1.2.1. 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.

2.6.1.2.2. Modelo de Operación por Procesos. 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.

2.6.1.2.3. 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.

2.6.1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a la Entidad Pública evaluar aquellos eventos negativos, 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 su función.

2.6.1.3.1. 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 internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales.

2.6.1.3.2. 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.

2.6.1.3.3. Análisis del 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.

2.6.1.3.4. 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.

2.6.1.3.5. Políticas de Administración de Riesgos. 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.

2.6.2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.

Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a 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.⁸

2.6.2.1. COMPONENTE 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 riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

2.6.2.1.1. 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.

2.6.2.1.2. 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, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

2.6.2.1.3. 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.

2.6.2.1.4. 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 generadas en la Entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

2.6.2.1.5. 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.

⁸ Fuente: Información tomada de: MECI 1000:2005 Modelo Estándar de Control Interno.

2.6.2.2. COMPONENTE INFORMACIÓN. Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados adquiere 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.

2.6.2.2.1. Información Primaria. Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes 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.

2.6.2.2.2. 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 obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la Entidad Pública.

2.6.2.2.3. Sistemas 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.

2.6.2.3. COMPONENTE 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.

2.6.2.3.1. 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.

2.6.2.3.2. Comunicación Informativa. Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de la Entidad Pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés y externos.

2.6.2.3.3. 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 su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

2.6.3. 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 Organización Pública.⁹

2.6.3.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. 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 tiempo real, 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.

2.6.3.1.1. Autoevaluación del Control. Elemento de Control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.

2.6.3.1.2. Autoevaluación a la Gestión. 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.

2.6.3.2. 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 características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un 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.

2.6.3.2.1. 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.

⁹ Fuente: Información tomada de: MECI 1000:2005 Modelo Estándar de Control Interno.

2.6.3.2.2. 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.

2.6.3.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias 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 Autoevaluación, de Evaluación Independiente y en las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

2.6.3.3.1. 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 macroprocesos 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.

2.6.3.3.2. Planes de Mejoramiento por Procesos. Elemento 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.

2.6.3.3.3. 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 definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad

2.7. COMPATIBILIDAD CON OTROS SISTEMAS DE GESTIÓN.

El Sistema de Control Interno es complementario del Sistema de Gestión de la Calidad y Desarrollo Administrativo. Es posible para una Entidad Pública, adaptar su Sistema de Control Interno existente, para que cumpla con los requisitos del presente documento.

El Sistema de Control Interno debe entenderse como una herramienta que comparte algunos elementos con otros sistemas. Por lo tanto, es posible que la implementación de algunos de los elementos del modelo estándar de control interno permita el cumplimiento total o parcial de requisitos de otros sistemas.

En la implementación del Sistema de Control Interno se debe tener cuidado especial en la identificación de estos elementos comunes, para evitar que se dupliquen esfuerzos. Es el caso del sistema de gestión de la calidad el cual se ha implementado dentro de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo en forma paralela con el modelo estándar de control interno, basados en las recomendaciones del Consejo Asesor Nacional de Gobierno en Materia de Control Interno, de ejecutar simultáneamente los dos proyectos de implementación, con el fin de identificar más fácilmente los elementos y los requisitos que ambos sistemas tienen en común y poder formularlos, diseñarlos e implementarlos en conjunto, manteniendo las diferencias que cada sistema exija y así no entrar en reprocesos, ni en duplicidad de actividades que solo retracen el plan de trabajo preestablecido para cada implementación y que además pueden llegar a confundir a los funcionarios de la empresa en los fundamentos, requisitos y/o elementos de estos sistemas. Lo anterior partiendo de que son los funcionarios en últimas los encargados de mantener e ir mejorando tanto el sistema de control interno como el sistema de gestión de la calidad.

Debido a lo anterior se hizo importante conocer la relación que mantienen entre sí, cada uno de los numerales (requisitos) del sistema de gestión de la calidad con los numerales (elementos) del modelo estándar de control interno.

Tabla 1. Relación entre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y la Norma Técnica Colombiana de la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

CORRESPONDENCIA ENTRE EL MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004		
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005.		Norma técnica de sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos
Título	Numeral	Numeral
Introducción	1	1
Generalidades	1.1	1.1
Principios del Modelo Estándar de Control Interno	1.2	1.2
Compatibilidad con otros sistemas.	1.3	1.3
Objeto	2	2
Objetivos del Control de Cumplimiento	2.1	2
Objetivos del Control Estratégico	2.2	2 - 7.3
Objetivos del Control de Ejecución	2.3	2 – 4.2 - 7
Objetivos del Control de Evaluación	2.4	2 – 7.6 - 8
Objetivos del Control de Información	2.5	2 – 7.2.3
Estructura de Control	3	1.1
Términos y Definiciones	4	3
Subsistema de Control Estratégico	1	7.3
Componente Ambiente de Control	1.1	3.36 - 6.4
Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	1.1.1	5.3
Desarrollo del Talento Humano	1.1.2	6.2
Estilo de Dirección	1.1.3	5.6.1
Componente de Direccionamiento Estratégico	1.2	7.1 – 7.5.1
Planes y Programas	1.2.1	3.38 - 3.39 - 7.3.1
Modelo de Operación por Procesos	1.2.2	3.22 – 3.39
Estructura Organizacional	1.2.3	3.26
Componente Administración del Riesgo	1.3	3.46
Contexto Estratégico	1.3.1	
Identificación de Eventos	1.3.2	
Análisis del Riesgo	1.3.3	

CORRESPONDENCIA ENTRE EL MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004		
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005.		Norma técnica de sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos
Título	Numeral	Numeral
Valoración del Riesgo	1.3.4	
Políticas de Administración del Riesgo	1.3.5	5.6.2
Subsistema de Control de Gestión	2	7.1
Componente Actividades de Control	2.1	7.3.4 - 7.3.5
Políticas de Operación	2.1.1	5.4
Procedimientos	2.1.2	3.38 – 3.39
Controles	2.1.3	8
Indicadores	2.1.4	8.4
Manual de Procedimientos	2.1.5	4.2.2
Componente Información	2.2	8.4
Información primaria	2.2.1	3.10 – 3.24
Información Secundaria	2.2.2	4.2.4
Sistemas de Información	2.2.3	3.18 - 3.24 – 3.28 - 8.4
Componente de Comunicación Pública	2.3	4.2
Comunicación Organizacional	2.3.1	5.5.3
Comunicación Informativa	2.3.2	3.10 – 7.2.3
Medios de Comunicación	2.3.3	5.5.3 - 6.3
Subsistema de Evaluación	3	7.6 – 8
Componente Autoevaluación	3.1	7.3.4 – 7.5.2
Autoevaluación del Control	3.1.1	7.3.4 – 7.6
Autoevaluación a la Gestión	3.1.2	8
Componente Evaluación Independiente	3.2	
Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.1	3.1-3.2 - 8
Auditoría Interna	3.2.2	3.26 - 8.2.2
Componente Planes de Mejoramiento	3.3	8.5.1
Plan de Mejoramiento Institucional	3.3.1	8.2.4 – 8.3
Planes de Mejoramiento por	3.3.2	8.2.3

CORRESPONDENCIA ENTRE EL MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004		
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005.		Norma técnica de sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos
Título	Numeral	Numeral
Procesos		
Planes de Mejoramiento Individual	3.3.3	
Roles y responsabilidades	5	5
Responsabilidad de la Alta Dirección	5.1	5.1 – 3.4
Representante de la Dirección	5.2	5.5.2
Comité de Coordinación de Control Interno	5.3	
Servidores Públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas	5.4	6.2.2
Oficinas de Control Interno, Unidad de Auditoría o quien haga sus veces	5.5	
Implementación del Modelo Estándar de Control Interno.	6	
Etapas		
Etapas 1	6.1	4 – 5 – 6
Etapas 2	6.2	7
Etapas 3	6.3	8
Etapas 4	6.4	

El proyecto, además de tener en cuenta las consideraciones anteriores, también contempló en relación al sistema de gestión de la calidad algunos fundamentos relevantes (explicados a continuación en el siguiente numeral), que ayudaron a soportar el diseño y la implementación de algunos elementos del modelo estándar de control interno tales como: desarrollo del talento humano, modelo de operación por procesos, estructura organizacional, políticas de operación, procedimientos, controles, indicadores, manual de procedimientos, comunicación organizacional y planes de mejoramiento.

2.7.1. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS.

Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse como un proceso.

Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan. A menudo la salida de un proceso forma directamente la entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la

organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en procesos"¹⁰, Ver figura No 2.

Esta Norma Internacional pretende fomentar la adopción del enfoque basado en procesos para gestionar una organización.

El seguimiento de la satisfacción de las partes interesadas requiere la evaluación de la información relativa a su percepción de hasta qué punto se han cumplido sus necesidades y expectativas.

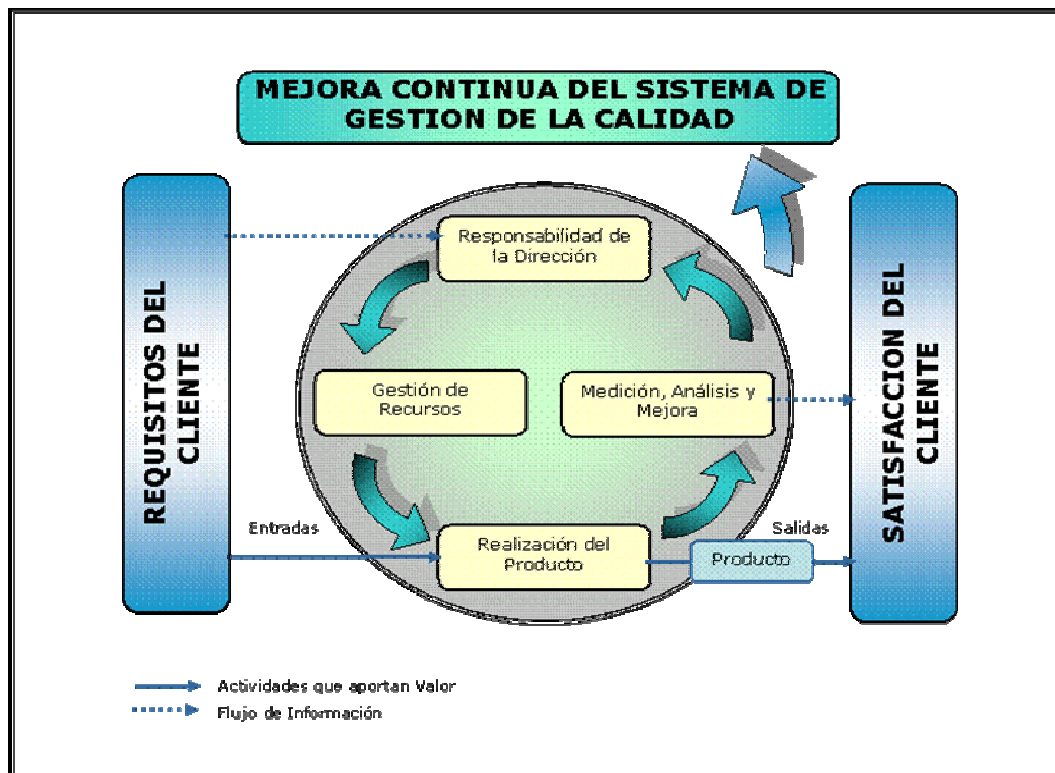


Figura 2. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos.

2.7.2. PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE CALIDAD.

La norma NTCGP 1000:2004 y/o la ISO 9000 determinan los principios de gestión de calidad: para que una Organización se conduzca y opere de una forma exitosa, requiere que se dirija y controle de forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un Sistema de Gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de todas las partes interesadas.¹¹

¹⁰ Fuente: Información tomada de: Norma técnica Colombiana NTC GP 1000: 2004

¹¹ Fuente: Información tomada de: Norma NTC ISO 9000 versión 2000: Principios de Gestión de la Calidad.

Para lograr la satisfacción del cliente, las Organizaciones necesitan dominar los principios de gestión de la calidad.

- a) **Enfoque al cliente.** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes
- b) **Liderazgo.** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la Organización.
- c) **Participación del Personal.** El personal a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- d) **Enfoque basado en procesos.** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) **Enfoque de sistema para la gestión.** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- f) **Mejora Continua.** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.7.3. ENFOQUE DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Un enfoque para desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad comprende diferentes etapas tales como:

- a) determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.
- b) Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización.

- c) Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.
- d) Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.
- e) Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- f) Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- g) Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas.
- h) Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

Un enfoque similar es también aplicable para mantener y mejorar un sistema de gestión de la calidad ya existente.

Una organización que adopte el enfoque anterior genera confianza en la capacidad de sus procesos y en la calidad de sus productos, y proporciona una base para la mejora continua. Esto puede conducir a un aumento de la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas y al éxito de la organización.¹²

2.8. INDICADORES.

Para realizar la medición y el control se parte de los indicadores: estos son aspectos cualitativos y cuantitativos de una acción, que nos permiten verificar el impacto, la eficacia y la eficiencia de un proyecto y un proceso, conociendo así mismo las causas que generaron los resultados dados. Los indicadores hacen operantes los objetivos, porque son una medida de los mismos.

La metodología que soportó el proyecto en lo referente a indicadores es la sugerida por Jesús Mauricio Beltrán Jaramillo¹³, la cual consiste en lo siguiente:

2.8.1. Contar con objetivos y estrategias. Es fundamental contar con objetivos claros, precisos, cuantificados y tener establecidas las estrategias que se emplearán para lograr los objetivos. Ellos dan el punto de llegada a las características del resultado que se espera.

¹² Fuente: Información tomada de: Norma técnica Colombiana NTC ISO 9000 versión 2000

¹³ BELTRAN JARAMILLO, Jesús Mauricio. Indicadores de Gestión: herramientas para lograr la competitividad. 2ª ed. Bogotá: 3R editores, 1999

2.8.2. Identificar Factores Críticos de Éxito. Son aquellos aspectos que son necesarios mantener bajo control para lograr el éxito de la gestión, el proceso o labor que se pretende adelantar.

2.8.3. Establecer Indicadores para cada Factor Crítico de Éxito. En esta etapa se realiza la formulación matemática, cuantitativa o cualitativa del indicador dependiendo el factor crítico de éxito.

2.8.4. Determinar, para cada Indicador, Estado, Umbral y Rango de Gestión. Definir los aspectos y características relevantes del indicador con el fin de que su medición sea coherente con el evento y el factor crítico de éxito.

2.8.5. Diseñar la Medición. Consiste en determinar las fuentes de información, frecuencia de medición, asignar responsables de la recolección, tabulación y análisis.

2.8.6. Presentación de los Indicadores. Es vital que los indicadores sean administrables, a fin de que no se convierta su análisis en un proceso engorroso que en lugar de ahorrar tiempo ocupe más de lo necesario.

3. PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA.

La Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo es una institución oficial de servicio social que presta atención en Salud Mental en el departamento de Santander con cobertura nacional.

La Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo posee la más amplia y adecuada área física de las instituciones de salud mental del Nororiente Colombiano.

Aquí se vive en constante contacto con la naturaleza al encontrarse rodeado de zonas verdes y arborizaciones frutales, áreas deportivas y de recreación donde se realizan permanentemente eventos deportivos y lúdicos en donde el paciente se recupera en un ambiente amable y con calidad humana

3.1. UBICACIÓN.

Actualmente la Empresa Social del estado Hospital Psiquiátrico San Camilo está ubicada en la calle 45 No 7 – 04 Barrio Campo Hermoso, Bucaramanga - Santander. Teléfono (097) 6302222.



Figura 3. Imagen Interna y Externa de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

3.2. RESEÑA HISTORICA.

La Empresa Social del estado Hospital Psiquiátrico San Camilo es una institución sin ánimo de lucro y de carácter oficial, que presta un servicio social a la comunidad, brindando atención integral en salud mental de la mejor calidad a través de los servicios a las personas de escasos recursos económicos del departamento de Santander y con cobertura para otros departamentos como la Guajira, Cesar, Boyacá, Magdalena y Norte de Santander.

En Agosto de 1924 se propuso por parte del Representante a la Cámara Dr. Martín Carvajal la construcción de un Manicomio para hombres y mujeres en Bucaramanga. En 1937 se expidió la ley 32 por la cual se dispuso un auxilio para la compra de un lote de terreno con destino a la construcción del Manicomio.

Solamente hasta el año de 1947 se hizo efectivo ese auxilio por la Junta de Asistencia Social del Departamento en la cuantía de cuarenta y cinco mil pesos m/cte (45.000.00), que se destinaron a incrementar las apropiaciones para la construcción de los edificios, pues el lote se había comprado por la misma junta el día 23 de Septiembre de 1944.

El 2 de enero de 1958 se inicio la construcción que comprendía los pabellones para "agitados" y "calmados" y demás servicios de cocina, lavandería y comedores generales del hospital.

Terminados los edificios más necesarios la junta de asistencia social creo el servicio para "alienados" y autorizo la celebración de contratos para servicios de administración y científicos, según la resolución del 6 de junio de 1953.

Por ser el Instituto una realización del gobierno, tuvo su origen y formación en actos de la administración pública, la junta de asistencia social del departamento le dio autonomía por medio de estatutos que fueron aprobados en la resolución 30 del 24 de septiembre de 1953 e igualmente aprobados por la resolución emanada del Ministerio de Salud Pública el día 17 de octubre de 1953. Estos estatutos contemplan el régimen orgánico del establecimiento de: Junta Directiva, encargada de la Dirección General, servicio que debe prestar recursos fiscales, labores de la rama científica, administrativas y disposiciones varias que regulan su funcionamiento

En estas condiciones se instalo la Junta Directiva del E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo cumpliendo entre otras funciones con la expedición de reglamentos internos y obtención de la personería jurídica la cual fue otorgada el primero de enero de 1954.

En 1957 la institución dejó de llamarse Instituto psiquiátrico San Camilo y paso a formar parte del Instituto Nacional de Salud.

Finalmente mediante el decreto 0098 del 14 de Agosto de 1995 se transforma el Hospital Departamental en Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, liderando la salud mental con eficiencia y profesionalismo.

En la actualidad el E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo es una empresa social del estado de gran importancia, por ser la única institución oficial que presta atención en salud mental para el departamento de Santander y sus alrededores. Por otro lado el Hospital Psiquiátrico San Camilo en su calidad de universitario, según convenio docente-asistencial con diferentes universidades de Bucaramanga, es un centro de investigación y docencia para los estudiantes de enfermería, medicina, fisioterapia, trabajo social, entre otros.



Figura 4. Ubicación Espacial de E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

3.3. MISIÓN.

El Hospital Psiquiátrico San Camilo es una E.S.E especializada en salud mental en Santander, con la más amplia trayectoria y liderazgo en la atención integral del paciente y su familia en el nororiente colombiano.

Presta un servicio calificado, respetando la dignidad humana, en las áreas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con patologías psiquiátricas, neurológicas y conductas adictivas. Coopera en la formación de estudiantes de instituciones de educación superior, desarrollando programas docencia-servicio.

Para el cumplimiento de su Misión cuenta con Talento Humano de alta calidad ética y profesional en permanente proceso de actualización, con una confortable infraestructura y moderna tecnología para el mejoramiento de la calidad de vida y satisfacción de sus usuarios.¹⁴

¹⁴ Fuente: Información tomada de: presentación Institucional de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

3.4. VISIÓN.

En el 2011 la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo será reconocida como la Entidad líder en la prestación integral de servicios de salud mental, con un importante desarrollo en infraestructura, tecnología, ampliación de la cobertura en los servicios prestados y en el diseño y ejecución de programas de investigación mental que mejoren el bienestar de los usuarios y proyecten la imagen corporativa de la Entidad a nivel nacional, con procesos acreditados fundamentados en los sistemas de control interno y gestión de la calidad buscando el mejoramiento continuo y así, aumentar aun mas la satisfacción de nuestros usuarios y clientes internos y externos.

3.5. ESTRUCTURA ORGÁNIZACIONAL.

Ver Anexo No. 001 Estructura Organizacional de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.

3.6. POLITICA DE CALIDAD.

En la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo estamos comprometidos con la satisfacción de nuestro usuarios, prestándoles de manera oportuna servicios integrales en salud mental con proyección social, soportados en la mejora continua de la gestión y en la satisfacción, competencias y valores del talento humano, cumpliendo con todos los requisitos legales y reglamentarios para el beneficio de los usuarios, clientes y talento humano, buscando así, fortalecer el reconocimiento y la imagen corporativa en el mercado.

3.7. OBJETIVOS DE LA CALIDAD.

- Prestar a nuestros usuarios servicios integrales en salud mental, en forma oportuna y con estándares de calidad de acuerdo con la reglamentación que se expide para dicho propósito.
- Desarrollar y fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental generando un mayor impacto social a la comunidad.
- Garantizar la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados por la entidad.
- Lograr el mejoramiento continuo en la gestión.
- Contar con proveedores que garanticen productos y servicios confiables y de buena calidad.
- Fomentar una cultura de responsabilidad con el medio ambiente dentro de la entidad.
- Gestionar los recursos económicos para la prestación de los servicios, mejorando la eficiencia operacional.

- Garantizar que se cuente con la infraestructura adecuada para la prestación de los servicios ofrecidos por la entidad.
- Generar y fortalecer las competencias del talento humano.
- Incrementar la satisfacción del talento humano.
- Promover la seguridad y salud ocupacional dentro de los funcionarios de la entidad.
- Fomentar una cultura organizacional que contemple los principios, valores y conductas de los funcionarios, que se evidencie en nuestros usuarios, clientes, proveedores, acreedores etc.
- Garantizar el flujo y la confiabilidad de la información, manteniendo la actualización tecnológica y fortaleciendo los sistemas de información de la entidad.
- Incrementar el número de clientes.

3.8. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

a) Relacionados con el Servicio.

- **Calidad de los servicios:** Es brindarle al cliente un servicio personalizado y oportuno, con calidez y respeto pleno de sus derechos, que satisfaga sus necesidades y expectativas en relación con su enfermedad en un ambiente cómodo y seguro.

b) Relacionados con el Talento Humano.

- **Continuo desarrollo humano y técnico de los empleados:** Actualización permanente que facilite y contribuya a mejorar el desempeño profesional en beneficio personal e institucional.
- **Trabajo en equipo:** Suma de esfuerzos direccionados y coordinados para el logro de los objetivos.
- **Sentido de Pertenencia:** Es el compromiso y lealtad donde primen los intereses institucionales sobre los personales.
- **Autocontrol:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.

- **Empoderamiento:** Dar facultades especiales o específicas por un tiempo a alguien para que asuma un rol y cumpla con unas metas programadas.¹⁵
- c) **Relacionados con la Organización:** Son todos los que predica la función pública.
- **Responsabilidad social:** Conjunto integral de políticas y programas en salud mental aplicados con ética y responsabilidad, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.
 - **Eficiencia en el manejo de los recursos:** Uso racional de los medios logrando su optimización para alcanzar los objetivos.
 - **Efectividad de las acciones:** Capacidad para producir el efecto deseado, de acuerdo con los objetivos organizacionales.
 - **Énfasis en el desarrollo innovador:** estar a la vanguardia de los avances tecnológicos y adaptarlos a las necesidades de la organización.
- d) **Transversales:** Son todos los que brindan credibilidad y buena imagen de lo cual se obtiene una respuesta.
- **Equidad y Justicia:** Prestar los servicios a todos los usuarios en iguales condiciones sin ninguna discriminación.
 - **Credibilidad y buena imagen:** Capacidad de respuesta a las expectativas manteniendo el posicionamiento y la confiabilidad institucional.

3.9. VALORES INSTITUCIONALES.

- Respeto a la dignidad humana
- Pertenencia
- Honradez
- Vocación por el Servicio
- Fortaleza
- Ética
- Confianza
- Solidaridad
- Tolerancia
- Lealtad

¹⁵ Fuente: Información tomada de: presentación Institucional de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

3.10. POLÍTICAS INSTITUCIONALES.

- Garantizar los servicios de seguridad social en salud Mental a sus clientes.
- Consolidar y ampliar la cobertura en los regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud, brindando los diferentes planes de atención con principios de solidaridad, eficiencia, eficacia y oportunidad, fomentando la cultura de la salud.
- Desarrollar el recurso humano asistencial en torno al nuevo modelo de salud y de la misma forma mejorar la calidad de vida y las condiciones laborales de la población vulnerable.
- Asegurar la Calidad de los servicios prestados en Salud y desarrollarlos con autosuficiencia y gestión Institucional.

3.11. PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

3.11.1. Unidad de Urgencias.

Nuestros pacientes son personas en crisis que requieren de atención inmediata por presentar trastornos del comportamiento, la conducta y el afecto. Además trastornos neurológicos de mediana complejidad.

La unidad de urgencias cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatras, medico general, psicólogo, enfermera, trabajadora social y auxiliar de enfermería.

3.11.2. Servicios Ambulatorios.

Contribuyen a través de la prestación de sus servicios al diagnóstico y seguimiento del paciente con el fin de disminuir hospitalizaciones y secuelas, contando con los siguientes servicios:

3.11.2.1. Consulta Externa. Ofrecemos atención integral ambulatoria a todas las personas que lo requieran con o sin remisión medica prestando nuestros servicios en forma oportuna multidisciplinaria y humanizada; orientándolos con relación al manejo mas adecuado de su patología, contando con los servicios de psiquiatría, psicología, neuropediatria, neurología y trabajo social.

3.11.2.2. Hospital de Día. Es una modalidad terapéutica de rehabilitación integral dirigida a personas que presentan disfunciones físicas o mentales que les produzcan alteraciones en el desempeño de su rol social, personal, laboral y/o familiar.

Busca el mejoramiento de la calidad de vida del usuario, en un régimen de atención ambulatoria con organización de comunidad terapéutica, mediante el compromiso interdisciplinario de psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería en un lapso entre tres y seis meses evaluables en el transcurso de tratamiento.

Algunas de las actividades realizadas en el programa son: actividades recreativas, socio-educativas, recreativas y culturales, psicoterapia individual, grupal, familiar y de la pareja, revista clínica, valoración psicológica, consulta psiquiátrica, ludo terapia entre otras.

3.11.2.3. Programa Infantil. Atendemos y tratamos las alteraciones en le comportamiento del niño en forma personalizada, elaborando planes de tratamiento y prevención formativa con el fin de proporcionar relaciones familiares y armónicas con el objetivo de ayudar a que los niños tengan una infancia agradable y productiva obteniendo o generando un adulto mentalmente sano.

Nuestros pacientes son atendidos por un excelente equipo conformado por psiquiatría, psicología, neuropediatría, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería y nutrición.

3.11.3. Servicios de Hospitalización.

Atención directa y personalizada al paciente con cualquier enfermedad mental que amerite tratamiento hospitalario.

Contamos con un excelente talento humano compuesto por psiquiatra, neurólogo, médico general, psicólogo enfermera, trabajadora social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, odontóloga, nutricionista, trabajadora social y auxiliares de enfermería. Los servicios con los que se cuenta son:

3.11.3.1. Clínica Intrahospitalaria. Habitaciones unipersonales y bipersonales para pacientes particulares o remitidos por diferentes promotoras de salud, de medicina prepagada y por diferentes aseguradores de salud. Prestamos servicios asistenciales para pacientes sisbenizados y vinculados.¹⁶

3.11.3.2. Inimputables. Programa de atención y rehabilitación a personas con declaración de inimputabilidad, bajo las normas judiciales vigentes.

El programa busca obtener personas que se desempeñen socialmente de manera armónica, con lo cual se logre un individuo productivo en su comunidad y para la sociedad en general.

¹⁶ Fuente: Información tomada de: Catalogo de Servicios de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

3.11.4. Servicios de Apoyo Diagnóstico.

3.11.4.1. Electroencefalografía. El laboratorio de electroencefalografía tiene como finalidad el examen y estudio de los procesos de generación de las señales cerebrales y su correlación con los procesos patológicos cerebrales, contando con un personal altamente capacitado y equipos especializados para la toma de electroencefalogramas.

3.11.4.2. Laboratorio Clínico. El laboratorio clínico desempeña sus actividades a pacientes ambulatorios y hospitalizados apartando sus conocimientos científicos y destrezas en la operación, programación, ejecución y supervisión de métodos de laboratorio brindando resultados de alta calidad importantes en el diagnóstico y tratamientos del paciente.

Contamos con personal altamente calificado y equipos de alta tecnología.

3.11.5. Servicios de Complementación Terapéutica.

3.11.5.1. Terapia Ocupacional. Es un servicio de apoyo que interviene en la prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente mental brindándole la comprobación de la eficacia a partir de sus propias ejecuciones, teniendo en cuenta la dimensión holística de salud que contempla al individuo como ser integral.

La terapia ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del paciente en la realización de la actividad intencionada hacia objetivos específicos, previamente analizada y seleccionada en función de las necesidades que él presenta con fines de evaluación, prevención, adiestramiento, reeducación, tratamiento y reinserción tendientes a conseguir el máximo grado de autonomía con el mínimo de alineación posible para conseguir una equilibrada adaptación al medio.¹⁷

3.11.5.2. Odontología. Contamos con personal altamente capacitado para realizar diagnósticos, pronósticos y tratamientos de enfermedades bucales; igualmente está calificado para planificar y ejecutar acciones de tipo preventivo, curativo y rehabilitador ya sea en el ámbito particular o general; todas estas en pacientes niños, adolescentes, adultos, ancianos y pacientes con necesidades especiales.

El servicio de odontología contribuye a producir verdaderas transformaciones de los problemas de salud bucal mediante el diseño, aplicación y administración del programa de salud oral.

3.11.5.3. Farmacia. Se ofrece a usuarios de empresas y público en general la venta de medicamentos con énfasis en los de tipo mental, de acuerdo a las necesidades individuales del paciente ofreciendo productos de alta calidad.

¹⁷ Fuente: Información tomada de: Catálogo de Servicios de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

3.11.5.4. Trabajo Social. El grupo de trabajo social ofrece servicios en salud mental integral a hombres, mujeres, niños y familias en sus ciclos vitales, provenientes del departamento de Santander y del Nororiente Colombiano a través del programa de promoción, prevención, desarrollo y autocuidado de la salud mental con los cuales se disminuirá la instancia hospitalaria y se obtendrá una mayor aceptación del usuario en su ámbito familiar social y laboral. Contamos con un recurso de personal altamente calificado y con experiencia en el manejo de los usuarios y sus sistemas familiares objeto de atención.

3.11.5.5. Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Enfermedad Mental. Atendemos las necesidades de la salud mental de la comunidad Santandereana impulsando acciones preventivas que conlleven a crear una cultura apropiada en estilos de vida saludable para generar una sociedad que pueda enfrentar los desafíos del nuevo milenio.

4. PLANIFICACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

4.1. GENERALIDADES DE LA PLANIFICACIÓN.

Debido a que la ley 87 de 1993, máxima directriz en materia de control interno, obligó a las empresas del estado a contar con un sistema de control interno; el Hospital Psiquiátrico San Camilo se vio en la necesidad de contratar personal que cumpliera con las funciones exigidas por ley, con el fin de mantener dicho sistema dentro de la Empresa.

Por tanto año tras año los jefes de control interno que han laborado en la Empresa han ejecutado las funciones y las actividades inherentes al control interno como las auditorias a: los contratos de personal, las cuentas por cobrar y por pagar, la contratación de bienes y servicios, los inventarios, cajas menores entre otras.

En el año 2005 el Estado al exigirle a las entidades públicas adoptar el modelo estándar de control interno, obliga a la Empresa a cambiar el enfoque de la oficina de control interno, ya que debía, adicional a las actividades que normalmente desarrollaba ésta oficina, tomar la decisión de ejecutar un proyecto para la implementación de este modelo que a pesar de mantener la misma filosofía, principios y objetivos del control interno original, muestra una nueva cara fortaleciendo y haciendo mas robusto el sistema de control interno, enfocándolo mas hacia un sistema de gestión.

Es entonces durante la administración de la Dra. LIPSAMIA RENDON CROSS, Gerente, en la que se toma la decisión por parte de la Junta Directiva, de implementar el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005, y de contratar un nuevo jefe de control interno, quien se encargaría del seguimiento a dicha implementación y además retomarí las funciones y actividades de la oficina de control interno que en ese momento se encontraban detenidas debido a que el anterior jefe de control interno se había desvinculado de la Empresa desde Diciembre del 2006. Por tanto la nueva vinculación del jefe de control interno se realizo en Diciembre de 2007 teniendo un lapso de 1 año sin ejecutarse actividades de ésta oficina y sin generar avance alguno en la implementación del MECI.

Adicional a lo anterior la gerencia tomó la decisión, con la aprobación de la Junta Directiva de permitir la vinculación de dos estudiantes en la modalidad de práctica empresarial que apoyaran el diseño e implementación del MECI, cumpliendo con los lineamientos expresados en la Circular No. 003 de 2005 expedida por el Consejo Asesor de Gobierno Nacional en Materia de Control Interno (Ver Anexo No. 002) en la cual se hace énfasis en lo siguiente: *“que el diseño y la implementación del MECI será responsabilidad de la máxima autoridad de la Entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva Entidad (responsabilidad de Todos), por tal razón*

*la Oficina de Control Interno o quién haga sus veces **no debe participar de manera directa en las acciones de diseño e implementación del MECI 1000:2005, respetando así su rol de Evaluador Independiente.***¹⁸

Dentro de las actividades que se debían realizar en la planificación del diseño y la implementación del MECI se encontraban: el acto administrativo que evidenciara el compromiso de la alta dirección en la ejecución del proyecto MECI, el acto administrativo que le diera cumplimiento al artículo 1 del Decreto 1599 de 2005 donde las Empresas del Estado adoptan el MECI, la designación del representante de la dirección, la organización del equipo de trabajo institucional, la capacitación del equipo MECI y la planificación y ejecución de la fase de sensibilización (Ver Anexo No. 002).

4.2. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN.

Para la ejecución del proyecto MECI se hace relevante que se cuente con el compromiso sincero de la alta dirección en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del sistema de control interno que se adopta en la Empresa conforme al MECI 1000:2005. Facilitando y gestionando todos los recursos físicos, financieros, humanos, y de infraestructura necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos para éste proyecto y sirviendo como agente motivador en la responsabilidad y el trabajo que la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo tiene con la ejecución del mismo.

Partiendo de lo anterior se llevo a cabo una reunión convocada por la Gerencia con la participación de la jefe de Control interno como ente vigilante, los estudiantes de practica y los directivos de primer nivel con el fin de realizar el acto administrativo que evidencia el compromiso en el diseño e implementación del MECI, dando certeza de esto por medio del Acta No. 001 (Ver Anexo No. 003) la cual fue revisada por la jefe de control interno y suscrita tanto por la Gerencia como por algunos directivos de primer nivel de la Empresa como son la subdirectora administrativa, el subdirector científico, el jefe financiero y el jefe de personal.

Previo al acto formal de firmar el acta que expresa el compromiso, la Gerencia, y la jefe de control interno sensibilizaron a los participantes a la reunión en el compromiso que se adquiría frente a la ejecución del proyecto MECI, la justificación de ejecutar este proyecto y la responsabilidad que asumía cada directivo y jefe inmediato frente al diseño e implementación del modelo estándar de control interno.

Una vez hecho el acto administrativo se realizó la difusión de este por medio de las capacitaciones que se desarrollaron sobre los fundamentos y aspectos importantes del MECI a todos los funcionarios tanto de planta como de contrato de la Empresa. Éstas capacitaciones hacen parte de la fase de sensibilización de la que se hablará posteriormente en otro capítulo.

¹⁸ Fuente: Información tomada de: Circular No. 003 de 2005. Lineamientos generales para la implementación del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 1000:2005.

4.3. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

Para efectos de dar cumplimiento al artículo 1º del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, que establece: *“Adoptase el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme el artículo 5º de la Ley 87 de 1993”*,¹⁹ se realizó la Resolución No. 315 del 27 de Diciembre de 2007 (Ver Anexo No. 004) en la cual se adoptó el MECI en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo como un acto administrativo que evidenciara el cumplimiento a lo expresado en dicho Decreto.

La Resolución, la cual fue revisada por la jefe de control interno y suscrita por la Gerencia contempla todo el modelo estándar de control interno, así como las responsabilidades de cada participante directo o indirecto en la implementación del MECI entre los cuales se encuentra la Gerencia, los funcionarios o servidores públicos de la Empresa, el comité de control interno, el representante de la alta dirección y por ultimo la funcionalidad que la oficina de control interno tiene frente al MECI.

Al igual que el Acta No. 001 del compromiso de la alta dirección, la Resolución No. 315 también fue difundida durante las capacitaciones que se desarrollaron sobre los fundamentos y conceptos relevantes del MECI que hacen parte de la fase de sensibilización.

4.4. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN.

El Gerente como Representante Legal de la Empresa, al comportarse como el único responsable de establecer, desarrollar y mantener el sistema de control interno dentro de la misma, designo a uno de los directivos de primer nivel de la Empresa, el Subdirector Científico Dr. GERMAN JAVIER DAZA VARGAS como el Representante de la Alta Dirección responsable de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias para el desarrollo de la implementación y mantenimiento del sistema de control interno dentro de la Empresa.

El Representante de la Alta Dirección para el sistema de control interno cumple el mismo rol para el sistema de gestión de la calidad, lo cual fue uno de los motivos importantes que soporto la decisión de la Gerencia de designarlo. Sustentado también en una medida que ayudara a mantener el trabajo conjunto y coordinado, evitando que se duplicaran esfuerzos tanto en las decisiones tomadas, como en las actividades y acciones a ejecutar durante la implementación del modelo estándar de control interno y el sistema de gestión de la calidad.

¹⁹ Fuente: Información tomada de: Decreto 1599 de 2005. Por el cual se adopta el modelo estándar de control interno para el estado colombiano.

Para dar certeza del acto administrativo realizado, se elaboró la Resolución No. 316 del 27 de Diciembre de 2007 (Ver Anexo No. 005) la cual fue revisada por la jefe de control interno y suscrita por la Gerencia. En ella se contemplaron las funciones generales del Representante de la Dirección.

Ésta Resolución también fue difundida y comunicada durante las capacitaciones de los fundamentos y los aspectos relevantes del MECI realizadas a todos los funcionarios de la Empresa en la fase de sensibilización.

4.5. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO INSTITUCIONAL.

4.5.1. Comité Coordinador de Control Interno.

Dándole cumplimiento a lo exigido por el Estado según la Ley 87 de 1993 máxima directriz en materia de control interno, en su artículo 13 donde obliga a las entidades públicas a crear un comité coordinador de control interno, el Decreto 1826 de 1994 en el cual se reglamenta la ley 87 de 1993, específicamente lo concerniente al comité coordinador de control interno y por ultimo lo estipulado en el Decreto 2145 de 1999 en el cual se dictan normas del sistema nacional de control interno; la Empresa creó el 27 de Mayo de 2002 bajo la Resolución No. 230 el comité coordinador de control interno definiendo las funciones generales y otros aspectos como periodicidad y tipo de reuniones, integrantes aclarando su voz y voto, y designación del presidente y secretario del comité.

Según las actas encontradas, este comité no celebraba sus reuniones desde hace más de dos años, debido a que en ese entonces el jefe de control interno que se encontraba no cumplía sus funciones ni las exigidas por ley a cabalidad y por el ingreso y desvinculación del jefe siguiente como se nombro en el numeral 4.1. Lo anterior generó que se perdiera continuidad en las actividades de la oficina y en las acciones a ejecutar según las decisiones que el comité en sus últimas reuniones había tomado.

Debido a las modificaciones en materia de control interno que se generaron por la adopción por parte del Estado del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 la subdirección administrativa y científica, y el jefe de control interno tomaron la decisión de crear una nueva Resolución No. 317 de Diciembre de 2007 (Ver Anexo No. 006) la cual no derogó la ya existente pero si la estructuró, realizando modificaciones en los siguientes aspectos:

- Adicionando la justificación concerniente al modelo estándar de control interno y al Decreto 1599 de 2005 realizando las actualizaciones que por ley eran pertinentes.
- Adicionando y cambiando algunas de las funciones generales del comité coordinador de control interno soportadas en el MECI.

- Adicionando las funciones detalladas del presidente y del secretario del comité el cual por ley es el jefe de control interno o quien haga sus veces.
- Adicionando la posibilidad de contar en las reuniones de comité con asesores invitados dependiendo el tema a tratar y con los líderes de grupos primarios de mejoramiento continuo implementados por lineamientos del sistema de gestión de la calidad.
- Adicionando detalladamente aspectos como el tipo de reuniones, la periodicidad, la duración, la inasistencia, la validación de las decisiones, el levantamiento de actas entre otros.

Tabla 2. Miembros del Comité Coordinador de Control Interno.

Denominación del cargo	Código	Grado	Dependencia	Voz	Voto
Subdirector Administrativo	068	21	Subdirección Administrativa	X	X
Subdirector Científico	072	22	Subdirección Científica	X	X
Jefe de Personal	006	11	Personal	X	X
Jefe Financiero	006	11	Financiera	X	X
Jefe Planeación	OPS		Planeación	X	X
Jefe Oficina de Control Interno	OPS		Control Interno	X	
Jefe Jurídico	115	01	Jurídica	X	

Debido a que en la Empresa se ha llevado de forma paralela la implementación del sistema de gestión de la calidad con el modelo estándar de control interno y que según el numeral 5.6 “*Revisión por la Dirección*” de la norma NTCGP 1000:2004 o en su defecto ISO 9001:2000 que soportan el sistema de gestión de la calidad en el cual la alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas; donde esta revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad; la Empresa se vio en la necesidad de crear un comité de calidad que se encargara de lo referente a este tema.

Por tanto aprovechando la similitud expuesta en el numeral 2.7 del presente libro entre ambos sistemas por sus elementos o requisitos y soportados en las recomendaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP se llegó a la decisión de adicionar las funciones generales y detalladas, concernientes al sistema de gestión de la calidad, al comité coordinador de control interno y a cada uno de sus miembros soportado en el Acta No. 002 de 27 de Diciembre de 2007 (Ver Anexo No 006).

Una vez se estructuró completamente el comité, se le notificó a cada integrante la nueva resolución explicando los cambios realizados y haciendo su difusión también de forma explícita en las capacitaciones de los fundamentos y aspectos relevantes del MECI de la fase de sensibilización.

4.5.2. Equipo MECI.

Para efectos de cumplir a cabalidad con el cronograma estipulado en el plan de trabajo que se realizó en base al diagnóstico del estado en el que se encontraba la Empresa al momento de comenzar este proyecto y al diagnóstico de cumplimiento de los elementos del MECI, se creó un equipo interdisciplinario que apoyara la implementación del modelo estándar de control interno.

Por tanto se realizó el respectivo acto administrativo, soportado en la Resolución No. 316 del 27 de Diciembre de 2007 (Ver Anexo No. 005) en el cual se creó este equipo denominado "Equipo MECI". En la Resolución se definieron los miembros a éste equipo interdisciplinario y sus funciones generales dentro de la implementación.

La Resolución fue revisada por la jefe de control interno, suscrita por la Gerencia y notificada a cada uno de los integrantes para su posterior difusión, realizada igualmente que los demás actos administrativos durante las capacitaciones de los fundamentos y aspectos relevantes del MECI que hacen parte de la fase de sensibilización.

Tabla 3. Miembros del Equipo MECI.

Nombre del funcionario	Denominación del Cargo	Código	Grado	Dependencia a la que pertenece
Gladis Castillo	Aux. Administrativo Servicio al Cliente	407	14	Servicio al Cliente
Martha Claritza Plata	Enfermera Jefe	243	14	Enfermería
Martha Lamos	Odontóloga	214	04	Odontología
Yesenia Afanador	Técnico operativo Personal	314	14	Personal
Zoraida Garavito	Técnico Operativo Presupuesto	314	14	Financiera
Carlos Iván Rueda	Asistente Planeación	OPS		Planeación
Maria Elena Blanco	Secretaria Almacén- Inventarios	440	14	Almacén

4.5.3. Grupo Evaluador del MECI.

Un tercer grupo evaluador, Integrado por el Jefe de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quien haga sus veces en la respectiva Entidad tiene bajo su responsabilidad la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del MECI 1000:2005.

Debido a lo anterior este grupo no fue creado por medio de una resolución como acto administrativo; puesto que las responsabilidades nombradas anteriormente son inherentes al cargo de jefe de control interno en lo concerniente al sistema de control interno y al coordinador de planeación en lo referente al sistema de gestión de la calidad, haciendo que implícitamente cumplan con el objetivo de este grupo, ya que cada auditoría y/o evaluación contempla fines diferentes, sin dejar a un lado los elementos y requisitos que tiene en común ambos sistemas de gestión.

4.6. SENSIBILIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

La sensibilización a todos los funcionarios de la Empresa se realizó con el objetivo primordial de informarles, sobre la importancia del proyecto iniciado en la Empresa, la difusión de los actos administrativos ya realizados, la formación de los funcionarios respecto al MECI, de tal forma que permitiera disminuir la resistencia por parte de los funcionarios, aumentar su motivación, compromiso y conciencia sobre los beneficios que trae para la Empresa la implementación del sistema.

Para ésta fase se realizó en primera instancia la planificación de las capacitaciones que se debían ejecutar como medio de difusión y sensibilización del proyecto de implementación del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

Teniendo en cuenta que se debían sensibilizar todos los funcionarios de la Empresa; durante la planificación se tuvo que contemplar aspectos como: responsables de ejecutar las capacitaciones, duración de las mismas, temas a tratar, asistencia máxima deseada, capacidad del auditorio, medio informativo para la invitación a las capacitaciones y los elementos necesarios para realizar dichas capacitaciones. Para organizar el personal que asistiría a las capacitaciones se coordinó con cada jefe de dependencia para que fueran ellos quienes definieran el personal y el horario en el que podían asistir, debido a que estas capacitaciones se realizarían en horario de trabajo y además en los departamentos asistenciales se debía tener en cuenta los turnos, reemplazos y novedades que la razón de ser de estas dependencias ameritaba.

Durante la planificación de los temas a tratar se diseñó la presentación sobre los fundamentos y aspectos relevantes del modelo estándar de control interno, (Ver Anexo No. 007 Presentación Fase de Sensibilización) con un enfoque hacia la relación que sostiene el Sistema de Gestión de la Calidad con el MECI y lo que a futuro el Hospital Psiquiátrico San Camilo desea obtener gracias a la

implementación de estos dos sistemas, por tanto los temas que se tocaron en la capacitación fueron los siguientes:

Tabla 4. Temas Tratados Durante la Sensibilización.

TEMA TRATADO	DURACIÓN
Objetivo de la Capacitación.	10 min.
Compromiso de la Alta Dirección con la Implementación del MECI.	10 min.
Adopción del MECI por la Empresa.	10 min.
Designación del Representante de la Alta Dirección, Funciones.	10 min.
Funciones Generales del Comité Coordinador de Control Interno.	10 min.
Funciones Generales del Equipo MECI y Grupo Evaluador.	10 min.
Fundamentos del Control Interno.	10 min.
Marco Legal que Sustenta el Control Interno y MECI.	10 min.
Resultados Esperados por el MECI.	10 min.
Estructura del MECI (Sistema, Subsistemas, Componentes y Elementos.)	1 hora.
Fundamentos Básicos del Sistema de Gestión de la Calidad.	10 min.
Marco Legal del sistema de Gestión de la Calidad.	10 min.
Compatibilidad entre Ambos Sistemas.	10 min.

La sensibilización dejó como resultado la adopción por parte del personal del conocimiento del proyecto iniciado por la Empresa en conjunto con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, generando una cultura de trabajo enfocada hacia ambos sistemas, a través de su compromiso y participación activa de las actividades establecidas para la implementación, mantenimiento y mejoramiento de ambos sistemas.

El modelo estándar de control interno en su elemento “*Desarrollo del Talento Humano*” del componente de ambiente de control²⁰ y el sistema de gestión de la calidad en su numeral 6.2 “*Recurso Humano*” contemplan el compromiso por parte de la Empresa en la formación, capacitación, entre otros aspectos de su talento humano.²¹

Por tanto con el motivo de darle cumplimiento a estos elementos y requisitos de cada sistema y en aras de mantener un personal competente y comprometido se definió un plan de capacitaciones general para ambos sistemas, con base en los perfiles y necesidades del cargo de cada uno de los funcionarios. (Ver

²⁰ Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005

²¹ Norma Técnica Colombiana NTCGP 1000:2004

Tabla 13 Plan de Capacitaciones de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo).

En el plan de capacitaciones no solo se contemplaron las capacitaciones que serian ejecutadas durante el tiempo de implementación del MECI sino además las que se realizarían después de la implementación, con la responsabilidad de gestionarlas y ejecutarlas por parte de la oficina de personal de la Empresa y con la intención de generar una cultura hacia la formación de las competencias del talento humano.

El plan de capacitaciones fue llevado al comité coordinador de control interno para su respectiva aprobación, dando certeza en acta, donde se decidió adicionalmente que éste se controlara por el sistema de gestión de la calidad como un registro, bajo el proceso de talento humano y su gestión se estandarizara en un procedimiento igualmente controlado por este sistema (Ver Anexo No. 015. Procedimiento de capacitación del personal.

5. MARCO CONTEXTUAL.

5.1. DIAGNOSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES Y ELEMENTOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005.

El diagnostico de cumplimiento de los componentes y elementos del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 se realizó con el principal objetivo de conocer a cabalidad el estado actual o grado de cumplimiento del sistema original de control interno que fundamenta la Ley 87 de 1993, frente al modelo estándar de control interno profundizando en los subsistemas, componentes y elementos que lo conforman.

Además de lo anterior, el diagnostico de cumplimiento sirvió para contar con bases sólidas que soportaran la elaboración del plan de trabajo y como medio para obtener la información inicial de la Empresa que sirvió como fuente primaria para el análisis y generación de las conclusiones sobre el estado actual de la Empresa a nivel interno y externo expuestas en el numeral 5.2.

Como insumo para el diagnostico de cumplimiento se debía contar con los resultados de los procesos de evaluación independiente realizados por la oficina de control interno, pero debido a lo expuesto en el numeral 4.1 respecto a la perdida de continuidad en las actividades y funciones de ésta oficina, no se pudo contar con una base de partida que soportara este diagnostico.

En la planificación para la ejecución del diagnostico de cumplimiento, se contemplaron aspectos como; el objetivo del diagnostico, el alcance y la justificación del mismo. Además se realizó un pequeño cronograma de trabajo, definiendo las demás actividades relevantes al proceso diagnostico como: determinar el instrumento que se utilizaría para la recolección de los datos, el tamaño de la muestra, la ejecución del diagnostico, la tabulación de los datos obtenidos, el análisis de los mismos, la generación de conclusiones, (Ver numeral 5.2), la revisión por la oficina de control interno y la socialización de éstas ante el comité coordinador de control interno (Ver Anexo No. 008 planificación del diagnostico de cumplimiento). Cada una de ellas con su responsable y fecha de ejecución de dichas actividades.

Para la recolección de datos se determino utilizar como instrumento la entrevista mixta o semidirectiva, que resulta de la combinación de la entrevista cerrada y abierta, donde se pueden hacer varias preguntas pero con un margen para intervenir y opinar con el fin de fortalecer la respuesta por parte del entrevistado²². Para la entrevista mixta se utilizó el cuestionario estructurado que en materia de implementación para el MECI brinda el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

²² Fuente: Información tomada de: www.asempal.es/portalesempal.

El cuestionario estructurado esta constituido por preguntas clasificadas para cada uno de los elementos del MECI, donde la respuesta se justifica por medio de evidencias y se responde utilizando una escala de calificación la cual se interpreta de la siguiente manera:

- (1) No se cumple.
- (2) Se cumple insatisfactoriamente.
- (3) Se cumple aceptablemente.
- (4) Se cumple en alto grado.
- (5) Se cumple plenamente.

El tamaño de la muestra se determinó con un nivel de confianza del 95% un margen de error del 5% y con una población de 220 funcionarios. Una vez determinada la muestra, se decidió seleccionar al recurso humano que estuviera más involucrado en la operación de los procesos que tenían más relación con los componentes y elementos del modelo estándar de control interno.

En la ejecución del diagnostico, quienes realizaban la entrevista respondían las preguntas según la escala de calificación, basados en la respuestas y las evidencias expuestas por el entrevistado. Lo anterior buscando agilizar la entrevista y hacerla mas objetiva, soportándola en las diferentes preguntas que manejan la misma relación ya que pertenecen al mismo elemento; por tanto al responder alguna negativamente, (Calificación 1 o 2), las demás preguntas del mismo elemento adquieren inmediatamente la tendencia a responderse de la misma manera (Ver Anexo No. 009 Encuesta aplicada).

La tabulación de los datos fue realizada en una tabla para la interpretación del cuestionario estructurado que en materia de implementación para el MECI brinda el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). La interpretación de los valores obtenidos por cada subsistema, componente, y elemento del sistema corresponde al rango donde se encuentra el valor de la siguiente manera:

Rango 1.0 – 1.9: Insuficiencia Crítica.

Rango 2.0 – 2.9: Insuficiente.

Rango 3.0 – 3.9: Adecuado.

Rango 4.0 – 5.0: Satisfactorio.

Por tanto los resultados generales, obtenidos finalmente en el diagnostico son:

Tabla 5. Estado Actual o Grado de Cumplimiento del Sistema de Control Interno Actual Frente al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO			Puntaje por elemento	Interpretación	Puntaje por componente	Interpretación	Puntaje por subsistema	Interpretación	Puntaje del Sistema	Interpretación
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	AMBIENTE DE CONTROL	ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS	1,75	INSUFICIENCIA CRITICA	1,92	INSUFICIENCIA CRITICA	1,94	INSUFICIENCIA CRITICA	2,08	INSUFICIENTE
		DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2,00	INSUFICIENTE						
		ESTILO DE DIRECCIÓN	2,00	INSUFICIENTE						
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	PLANES Y PROGRAMAS	2,25	INSUFICIENTE	2,33	INSUFICIENTE				
		MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	2,00	INSUFICIENTE						
		ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	2,75	INSUFICIENTE						
	ADMINISTRACION DEL RIESGO	CONTEXTO ESTRATÉGICO	1,75	INSUFICIENCIA CRITICA	1,57	INSUFICIENCIA CRITICA				
		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	2,50	INSUFICIENTE						
		ANÁLISIS DEL RIESGO	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA						
		VALORACIÓN DEL RIESGO	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA						
		POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	1,60	INSUFICIENCIA CRITICA						
	SUBSISTEMA DE CONTROL	ACTIVIDADES DE CONTROL	POLÍTICAS DE OPERACIÓN	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA	1,77				

DE GESTIÓN		PROCEDIMIENTOS	3,75	ADECUADO	2,92	INSUFICIENTE								
		CONTROLES	1,75	INSUFICIENCIA CRITICA										
		INDICADORES	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA										
		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	1,33	INSUFICIENCIA CRITICA										
	INFORMACIÓN	INF. PRIMARIA	2,75	INSUFICIENTE										
		INF. SECUNDARIA	2,75	INSUFICIENTE										
		SISTEMAS DE INF.	3,25	ADECUADO										
	COMUNICACIÓN PÚBLICA	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	3,25	ADECUADO						3,62	ADECUADO			
		COMUNICACIÓN INFORMATIVA	4,60	SATISFACTORIO										
		MEDIOS DE COMUNICACIÓN	3,00	ADECUADO										
SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA	1,53	INSUFICIENCIA CRITICA						
		AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA										
	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	2,00	INSUFICIENTE	1,50	INSUFICIENCIA CRITICA								
		AUDITORÍA INTERNA	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA										
	PLANES DE MEJORAMIENTO	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	2,33	INSUFICIENTE	2,09	INSUFICIENTE								
		PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS	2,20	INSUFICIENTE										
		PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL	1,75	INSUFICIENCIA CRITICA										

El análisis de los resultados expresados en la tabla anterior, las evidencias y las respuestas dadas en cada entrevista son el fundamento de las conclusiones expuestas en los numerales 5.2.1 y 5.2.2. Por tanto estas conclusiones fueron revisadas por la jefe de control interno y socializadas ante el comité coordinador de control interno.

Una vez realizado el diagnostico de cumplimiento, se contó con los fundamentos para la elaboración del plan de trabajo que guiaría al equipo MECI durante la implementación del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 dentro de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Tabla 6. Plan de trabajo para la implementación del MECI.

PLAN DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACION DEL MECI			
FASE	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
PLANIFICACIÓN AL DISEÑO DE LA IMPLEMENTACIÓN	Realización de los actos administrativos exigidos por ley para la adopción del MECI	03-dic-07	27-dic-07
DIAGNOSTICO	Diagnostico del estado actual	3-ene-07	3-ene-07
	Diagnostico de cumplimiento de los componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005	10-ene-07	17-ene-07
	Autoevaluación de gestión	18-ene-07	21-ene-07
	Evaluación independiente	18-ene-07	21-ene-07
	Informe ejecutivo anual sobre el avance de la implementación del Modelo estándar de Control Interno MECI 1000:2005	26-ene-07	28-ene-07
SENSIBILIZACION	Capacitación al personal	03-dic-07	16-may-08
DISEÑO E IMPLEMENTACION	Reuniones de Gestión por Procesos	4-feb-08	10-mar-08
	Componente ambiente de control	4-feb-08	8-feb-08
	Componente direccionamiento estratégico	11-feb-08	15-feb-08
	Componente administración del riesgo	18-feb-08	29-feb-08
	Componente actividades de control	18-feb-08	27-feb-08

	Componente información	28-feb-08	7-mar-08
	Componente comunicación	28-feb-08	7-mar-08
	Recolección de información para el normograma	10-mar-08	20-mar-08
	Elaboración y difusión del normograma	24-mar-08	4-abr-08
LEVANTAMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN	Levantamiento de la información	04-Feb-08	22-feb-08
	Elaboración de la documentación	03-Dic-07	28-mar-08
AUDITORÍA INTERNA	Elaboración del programa	16-may-08	19-may-08
	Elaboración de los planes	19-may-08	21-may-08
	Ejecución de la auditoría	21-may-08	4-jun-08
RETROALIMENTACION DE LOS HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA	Elaboración del plan de mejoramiento	5-jun-08	12-jun-08
	Seguimiento a las Acciones	13-jun-08	31-jul-08

5.2. DIAGNOSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con aproximadamente 250 trabajadores entre personal de planta y contratistas, su estructura organizacional es de tipo lineal, siendo los órganos de dirección de acuerdo a los estatutos la Gerencia y la Junta Directiva donde el Gobernador de Santander es quien la preside; su planta física es reconocida a nivel nacional entre las clínicas y hospitales mentales, mostrándose como un factor diferenciador ante la competencia.

Sus clientes son las EPS, ARS pero identifica como su mayor cliente a la Secretaria de Salud Departamental, ya que al ser el Hospital una Empresa social del Estado está enfocada a prestarle servicios a la comunidad, específicamente a las familias de bajos recursos, desplazados, habitantes de la calle los cuales son los beneficiarios del Departamento de Santander por medio de la Secretaría de Salud.

Los trabajadores de la Empresa conforman el sindicato denominado ANTHOC "Asociación Nacional de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud en los Hospitales de Colombia" compuesto en gran número por los trabajadores oficiales.

En el 2004 obtuvo el reconocimiento denominado “Hospital Verde” en la categoría de mejor relación costo beneficio producto de las alternativas de producción más limpia implantadas.

En materia de seguridad y salud ocupacional cuenta con lo exigido por Ley, como el reglamento de higiene y seguridad industrial y el comité paritario de salud ocupacional COPASO, el cual realiza las actividades necesarias para el bienestar del funcionario en su puesto de trabajo y ambiente laboral apoyados de la administradora de riesgos profesionales, en este caso SURATEP como guía y coordinadora de estas actividades.

La imagen corporativa de la Empresa año tras año ha mejorado, haciéndola ver como un hospital psiquiátrico, gracias a las actividades de mercadeo realizadas al interior y exterior de la misma, como una medida para mitigar el estigma que la comunidad ha generado de la Empresa como un Manicomio, el cual la ha acompañado durante mucho tiempo.

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo presenta aspectos internos y externos que afectan positiva y negativamente la gestión y la operación de los procesos que componen la Empresa.

Es por esto que fue relevante identificar y analizar cada uno de estos aspectos relacionándolos con los elementos del modelo estándar de control interno, con el objetivo de formular estrategias y acciones que fortalecieran los aspectos positivos y mitigaran los aspectos negativos, evidenciándolo en un mejor desempeño de los procesos en la Empresa. Siendo así, la formulación de estas estrategias y acciones los aportes de la ingeniería industrial durante la planificación, diseño e implementación de cada elemento del MECI.

5.2.1. Análisis del Ambiente Interno (Fortalezas y Debilidades).

Como se nombro en el numeral 5.2 los aspectos que se identificaron son solo aquellos que tienen relación directa o indirecta con cada uno de los elementos que contempla el modelo estándar de control interno.

Fortalezas.

Cultura Organizacional.

- La Empresa ha definido los principios y valores corporativos que son la base para contar con una cultura organizacional, siendo ésta la imagen de la Empresa ante la comunidad y los funcionarios.
- El compromiso por parte de la Gerencia de mejorar el desempeño en la gestión, aumentar la satisfacción de sus usuarios y clientes, mejorar las relaciones con sus proveedores entre otros aspectos, es un factor motivante para los funcionarios de la Empresa.

Desarrollo Organizacional.

- El pago de nómina se realiza oportunamente, por el enfoque de la Gerencia a mantener sus funcionarios motivados salarialmente y porque la oficina de personal ejecuta el procedimiento de liquidación de conceptos de nómina, parafiscales y prestaciones sociales de una forma robusta, aportando en la agilidad de este trámite.

Gestión por Procesos.

- Los funcionarios asumen una posición de liderazgo frente a las decisiones que se deben tomar en procura de mejorar la operacionalización del proceso del cual son responsables, implementando controles, que disminuyen las falencias evidenciadas.
- La Gerencia para la toma de decisiones que afecten positiva o negativamente a la Empresa en el ámbito asistencial, se basa en los indicadores de gestión hospitalaria que se generan para tal fin.
- Existen auditorías internas a los aspectos que la empresa ha identificado como los más significativos y críticos, entre los cuales están: contratos de personal, cuentas por cobrar y por pagar, la contratación de bienes y servicios, los inventarios, las glosas de cuentas, las cajas menores entre otras.
- Las dependencias responsables de cada proceso identifican fácilmente y cumplen con las disposiciones exigidas por los entes externos que regulan y vigilan el desempeño transparente de la Empresa.
- Gracias al sistema de gestión de la calidad la Empresa cuenta con grupos primarios o grupos de mejoramiento en cada dependencia con el fin de fortalecer el proceso del cual son responsables por medio de la retroalimentación y generación de acciones de mejora correctivas y preventivas

Direccionamiento Estratégico.

- La Empresa planifica, ejecuta y hace seguimiento a los planes de mejoramiento que se generan de los hallazgos originados por las auditorías que los entes externos reguladores como la Contraloría General de la Nación realiza en aras de vigilar el normal desempeño de los procesos.
- Cada cuatro años se realiza el plan de desarrollo, donde se plasman los diferentes proyectos y estrategias que la Empresa desea ejecutar en éste lapso de tiempo con el fin de crecer en diferentes aspectos, buscando siempre ser una Empresa más competitiva.
- Los comités de los diferentes temas de la Empresa que si celebran sus reuniones con la periodicidad necesaria, son un apoyo definitivo en la

toma de decisiones tanto de la Gerencia, como de los demás directivos de primer nivel.

- Buscando el mejoramiento y el reconocimiento a nivel nacional, la Gerencia contempla dentro de sus proyectos la obtención de la acreditación institucional en salud.
- Es un compromiso de parte de la Gerencia el de mejorar la imagen corporativa, con el fin de desvirtuar y disminuir la imagen de manicomio que la comunidad ha generado de la Empresa evidenciado en las encuestas de satisfacción al usuario y los comentarios hechos a los funcionarios.

Debilidades.

Cultura Organizacional.

- No se cuenta con mecanismos que fomenten una cultura organizacional que se pueda expresar ante los diferentes grupos de interés que afectan a la Empresa, como el reglamento interno de trabajo y código de conducta.
- A pesar de haber definido los principios éticos y valores institucionales, éstos no han sido difundidos entre los funcionarios haciendo que la Empresa no aplique parámetros de comportamiento ante los grupos de interés que evidencien una cultura organizacional.
- Las malas relaciones entre la Gerencia y el sindicato afectan el clima laboral de la Empresa, generando malos resultados evidenciados en algunos casos en la disminución del desempeño en las funciones de cada uno de los servidores públicos, y en las relaciones interpersonales, mitigando los avances que se han generado en materia de cultura organizacional dentro de la Empresa.
- La Empresa no contempla formalmente la interacción y forma de comunicación que ésta debe tener con los diferentes grupos de interés, expresadas normalmente en los códigos de buen gobierno y en las políticas emitidas por la Gerencia.

Desarrollo Organizacional.

- La empresa no cuenta con un manual de funciones actualizado según la normatividad vigente y no contempla todos los cargos que se ejecutan dentro de la misma. Además no es coherente con lo expuesto por el organigrama de la Empresa.

- El manual de funciones de la Empresa no es utilizado como un instrumento de apoyo para el entrenamiento del recurso humano vinculado.
- La Empresa no cuenta con un proceso formal y estandarizado de reclutamiento de personal, debido a las circunstancias políticas que en el contexto Colombiano afectan la normal ejecución de este proceso. Por tanto aunque se genere la necesidad justificada por parte de las dependencias y se cuente con un manual de funciones no actualizado para validar el perfil del recurso humano solicitado, el proceso no se realiza, ya que quien ingresa cuenta con recomendaciones de origen político que no le permiten a la Empresa seleccionar y decidir objetivamente sobre la vinculación o no del recurso humano solicitado.
- No se ejecuta un proceso de inducción y entrenamiento en la vinculación del recurso humano, generando inconsistencias en la operación de los procesos, las cuales solo disminuyen o se eliminan cuando se adquiere con el tiempo la experiencia y las habilidades para realizar sus funciones correctamente.
- No se ejecuta un proceso de reinducción que ayude a la Empresa a difundir los cambios que a nivel estratégico y operativo se generan para bien de la Empresa.
- Por la falta de planificación durante la elaboración del presupuesto y por las limitaciones generadas anualmente en materia presupuestal por la secretaría de salud, no se realizan capacitaciones que ayuden en la formación del recurso humano. Aunque durante el transcurso del año se genere la necesidad y sea justificada ante los directivos pertinentes, no son ejecutadas por no contar con el rubro presupuestal para tal fin.
- El proceso de liquidación de nómina no contempla el cierre de la entrega de novedades a la oficina de personal para sus posteriores cálculos y liquidaciones.
- La Empresa cuenta con una cantidad significativa de funcionarios que están cercanos a su etapa de jubilación y no tienen los conocimientos necesarios para afrontar esta nueva etapa; ya que la Empresa no contempla planes de jubilación que formen a los funcionarios y los apoyen en los tramites laborales que se deban realizar y los preparen para asumir esta nueva etapa de sus vidas.
- Solo se realizan evaluaciones de desempeño al recurso humano que se denomina de carrera administrativa, mientras que el recurso humano restante no se le realiza ningún tipo de evaluación que ayude a medir su desempeño, y además las evaluaciones realizadas no son analizadas ni retroalimentadas ya que solo se usan para cumplir lo exigido por ley.

Gestión por Procesos.

- Los funcionarios de las dependencias quienes son los que ejecutan los procesos no conocen todas las interacciones y el impacto que estos tienen sobre los demás procesos de la Empresa. Presentándose inconvenientes en la comunicación y en el flujo de información.
- Los procesos y procedimientos no se encuentran documentados dentro de cada dependencia. Por tanto no están estandarizados dichos procesos y procedimientos dentro de la Empresa. Solo se cuenta con la documentación de algunas dependencias, pero sin los formatos estandarizados, sin evidenciar las interacciones con las demás dependencias, con flujogramas mal elaborados y con actividades que no han sido implementadas que solo están descritas en el documento.
- Los controles ejecutados en los procesos no se encuentran documentados y al no contar con procesos de entrenamiento como se menciono anteriormente, estos no son difundidos fácil y rápidamente entre el recurso humano que ingresa a la Empresa.
- Los responsables de los procesos y/o jefes de dependencias, no tiene un enfoque hacia la toma de decisiones basada en indicadores de gestión, generado por la falta de conocimiento en este tema, ocasionando que no se conciba la necesidad de usarlos como una herramienta de apoyo en su diaria gestión.
- Los procesos de la Empresa no tienen estipulados políticas de operación emanadas de la alta dirección que sirvan como directrices generales a los procesos de cada dependencia.
- El organigrama de la Empresa no es difundido entre los funcionarios en el momento de su ingreso, generando que se presenten falencias en la comunicación entre los jefes inmediatos y su personal a cargo por órdenes originadas por otros jefes de diferente nivel jerárquico y diferente dependencias.
- Los controles y acciones de mejora generadas por los responsables de los procesos que tienen un mayor contacto con el usuario, no manejan un enfoque al cliente, haciendo que estas acciones a pesar de mejorar el desempeño del proceso, afecten en algunas ocasiones al usuario siendo este el único perjudicado; como por ejemplo los horarios de atención en algunas dependencias se adecuan al trabajador mas no al usuario, los diferentes movimientos de un paciente en la tramitología respectiva entre otros.
- No se cuenta con el recurso humano ni con la dependencia encargada de la administración y el tratamiento archivístico dentro de la Empresa. En el organigrama es contemplada ésta dependencia pero no cumple con sus funciones, lo cual se evidencia en la falta de aplicación de

normas archivísticas en los archivos de gestión. Como es el caso del archivo de historias clínicas las cuales se encuentran en mal estado haciendo su búsqueda más difícil por la manera inadecuada en que se identifican. Además no se cuenta con un archivo central donde puedan reposar los documentos transferidos del archivo de gestión.

- No se cuenta con un plan de mantenimiento preventivo a los equipos de cómputo. Mientras que a nivel de equipos médicos e infraestructura, se cuenta con un plan de mantenimiento preventivo pero no se le da cumplimiento por la falta de un rubro presupuestal planificado o de recursos destinados para este fin.
- No se realizan actividades de selección, evaluación y reevaluación de proveedores que permitan la satisfacción plena por parte de la Empresa de los bienes y servicios prestados.
- La red de datos al no contar con las características y condiciones básicas para un normal desempeño, hace que la transferencia de datos e información se realice lentamente, afectando así, el desempeño de los procesos por la utilización de sistemas de información bajo una estructura cliente-servidor que ameritan obligatoriamente el uso de una red de datos.
- La Empresa no realiza actividades encaminadas a darle solución a las quejas, reclamos y sugerencias generadas por los usuarios o los mismos funcionarios. Únicamente se realiza el informe mensual de la estadística de las encuestas de satisfacción al cliente sin ningún impacto significativo por lo expuesto anteriormente, generando así, la agrupación de las quejas, reclamos o sugerencias sin una solución respectiva.
- El recurso humano que labora en la oficina de atención al usuario con sus excepciones no se consideran que tengan las competencias suficientes para ejercer en esta oficina, teniendo en cuenta el tipo de usuario que se maneja por su patología mental.
- La oficina de control interno, a pesar de realizar sus funciones como ente auditor, no cuenta con un área de control interno disciplinario, funciones que actualmente desempeña la dependencia de Jurídica de la Empresa, incumpliendo lo exigido por ley y comportándose como Juez y parte en un proceso disciplinario, ya que se están encargando de investigar y generar un juicio acusatorio hacia el funcionario.

Sistemas de Información.

- La Empresa a pesar de contar con una página web, ésta no se encuentra actualizada, mostrando a los usuarios y comunidad en general información de servicios que actualmente no se prestan, tarifas de servicios con valores menores, organigrama y misión desactualizadas entre otros aspectos.

- Debido a inconsistencias presentadas durante la implementación por parte del proveedor del software SAHI, el cual fue adquirido por la Empresa y al incumplimiento en la entrega de soluciones a los errores identificados por los jefes de sistemas de la Empresa, se han generado paradas en el cronograma de implementación del software; ocasionando que en algunas dependencias como financiera, almacén y suministros, personal, tesorería y cartera, se vean en la necesidad de mantener el software anterior llamado GILGARCO y a su vez el software SAHI por la falta de confiabilidad que les ha generado éste último. Ocasionando reprocesos, demoras y hasta el uso de métodos manuales en la ejecución de los procesos.

Direccionamiento Estratégico.

- La mayoría de comités de la Empresa no se encuentran formalmente constituidos y estructurados lo que ocasiona que no se celebren sus reuniones con la periodicidad necesaria y que se pierda la continuidad en los temas tratados y en las decisiones tomadas durante las mismas.
- Actualmente la Empresa no cuenta con la Visión Estratégica como punto de destino para que se materialicen las estrategias, programas y proyectos encaminados a la búsqueda de nuevas oportunidades de negocio en el sector con el fin de crecer corporativamente. Por tanto a pesar de contar con un plan de desarrollo o plan estratégico los proyectos que éste contempla son en su gran mayoría de adquisición de bienes y/o servicios, haciendo que no se enfoque a la búsqueda de nuevos mercados o nuevas oportunidades de negocio.
- La Empresa cuenta con planes de acción elaborados anualmente que no generan impacto alguno en el mejoramiento de sus procesos, ya sea por no realizar el seguimiento pertinente, por no ser elaborados por todas las dependencias evidenciando la falta de compromiso con el tema o porque el recurso humano encargado de su elaboración no es capacitado elaborando incorrectamente éstos planes evidenciado en la generación de acciones que no son acordes al proceso al que pertenecen o no tienen el impacto deseado.

Administración de Riesgos.

- Se cuenta con mapas de riesgos dentro de la Empresa que ayudan a definir controles o acciones que disminuyan o eliminen un evento potencial identificado, pero que no generan impacto alguno sobre el mejoramiento de los procesos por las mismas causas expuestas para los planes de acción.

Comunicación Organizacional e Informativa.

- No existen medios de comunicación interna que sirvan para la difusión a los funcionarios, de cambios o decisiones en los diferentes aspectos

importantes que se presentan al interior de la Empresa, como intranet, folletos, notas informativas, entre otros.

5.2.2. Análisis del Ambiente Externo (Oportunidades y Amenazas).

El ambiente externo, esta compuesto por los elementos de la sociedad que pueden influir sobre la industria y sus empresas, estos elementos se observan en seis segmentos y que las empresas no pueden controlar impactando de manera positiva o negativa su crecimiento.

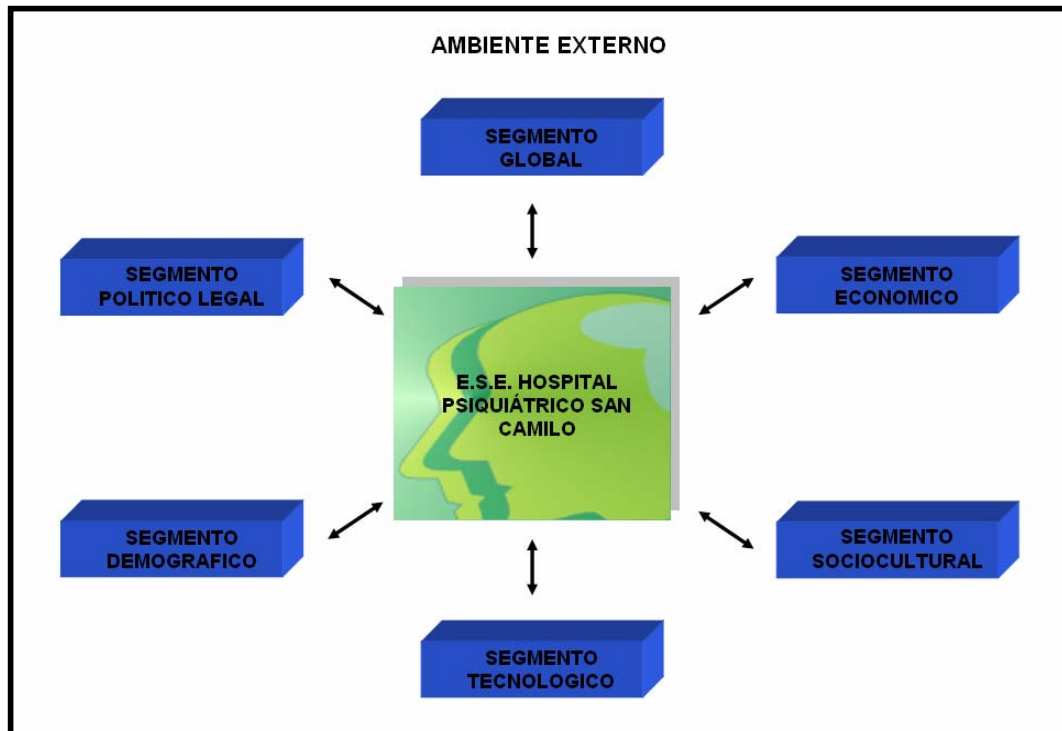


Figura 5. El Ambiente Externo y Sus Segmentos.

Segmento Demográfico.

La Población total de Colombia asciende a 44'450,260 habitantes, que se encuentran distribuidos en las diferentes ciudades, siendo Santander un departamento con una población de aproximadamente 1'989,609 habitantes, que al compararla con departamentos como el Valle del Cauca (4'293,230); Antioquia (5'911,851), tiene una población baja generando una desventaja en la participación del sector. Aclarando que en este caso lo que se busca es disminuir la patología mental, pero es evidente la relación directamente proporcional con la población.²³

²³ Fuente: Información tomada de: www.dane.gov.co.

A nivel local se presenta la competencia con dos entidades de salud mental; Instituto del Sistema Nervioso Del Oriente S.A. ISNOR y la Clínica de Reposo San Pablo, donde la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo presenta una ventaja frente a estas dos clínicas muy importante, por su gran participación en la ciudad y en los municipios cercanos debido a la mayor población de bajos estratos del Departamento.

La ubicación dentro de la ciudad del Hospital Psiquiátrico San Camilo, es un factor que lo pone en desventaja frente a su competencia directa, ya que el Instituto del Sistema Nervioso Del Oriente S.A. ISNOR y la Clínica de Reposo San Pablo se encuentran ubicados en zonas mas centrales y seguras de la ciudad, lo que genera que la población de los estratos mas altos acudan a estas entidades a solicitar sus servicios.

Segmento Tecnológico.

Los Hospitales de salud mental no deben estar ajenos a la innovación, como un factor primordial en la competitividad del País y como herramienta para combatir el fenómeno de la globalización que ha impactado en los últimos años a todos los sectores. San Camilo dentro de sus proyectos a largo plazo cuenta con la realización de programas de investigación en salud mental que sirvan como base en la generación de recursos tangibles o intangibles para la Empresa.

Como otro aspecto innovador el Hospital psiquiátrico San Camilo cuenta con convenios docencia-asistencial con varias universidades reconocidas e instituciones académicas de salud del Departamento, como la Universidad Industrial de Santander UIS, Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, Universidad de Santander UDES, entre otras, en los cuales se les brinda el apoyo académico y practico necesario a los estudiantes, siendo así, un elemento diferenciador frente a la competencia que le genera reconocimiento y credibilidad en las competencias de su personal médico-científico.

Por las limitaciones y condiciones económicas que presenta el Hospital Psiquiátrico San Camilo se le dificulta mantenerse a la vanguardia en el aspecto tecnológico, realizando transferencias tecnológicas aplicadas a la prestación de los servicios. Lo anterior coloca al Hospital en desventaja con su competencia directa por las facilidades en las cuales esta puede adquirir nuevos equipos para su gestión.

Segmento Global.

Cuatro de cada diez Colombianos presentan al menos un trastorno mental en algún momento de la vida, por tanto el 24% presenta problemas de ansiedad, el 13.9% trastornos afectivos, el 10.7% problemas de sustancias psicoactivas entre otros, ²⁴ lo que demuestra que casi un 50% de los colombianos deben asistir a entidades de salud mental donde el hospital Psiquiátrico San Camilo

²⁴ Fuente: Información tomada de: Estudio nacional de salud mental 2003. Ministerio de protección social.

ve una oportunidad significativa de negocio por medio de la promoción y la prevención de la enfermedad mental.

Segmento Político Legal.

La atención en salud mental con la que actualmente cuenta el POS no corresponde con las necesidades de la población, menos aún cuando las patologías mentales requieren seguimiento y evaluación por tiempos mas prolongados de los estipulados.²⁵ A nivel de medicamentos se considera que la lista que hace parte del POS no es acorde con las necesidades de los pacientes mentales, ni con los avances en medicina, situación que es más grave en el régimen subsidiado, el cual abarca la mayor cantidad de usuarios a los cuales el Hospital Psiquiátrico San Camilo les presta sus servicios en una proporción mayor frente a la competencia lo que pone al Hospital en desventaja en el manejo de las tarifas y de las condiciones en las que se presta la atención en salud mental.

Por otra parte el Gobierno Nacional convoco a la Asociación Nacional de Psiquiatría a presentar una propuesta de base para actualizar el Plan Obligatorio de Salud-POS en materia de salud mental, donde desde el año recién cursado se vienen realizando los estudios económicos, de viabilidad financiera y de relación costo beneficio, cuyos resultados se esperan para fines de este año con el objetivo de llevar esta propuesta al congreso como proyecto de ley para conseguir su aprobación.²⁶ Es aquí donde existe una oportunidad de negocio por parte del Hospital Psiquiátrico San Camilo a futuro, buscando los convenios con las EPS las cuales en materia de salud mental estarían en la obligación de brindarle estos servicios a sus afiliados.

Segmento Sociocultural.

El concepto que a nivel nacional tiene la comunidad sobre las Empresas del Estado, particularmente los hospitales públicos, hace que inclinen su decisión de solicitar la prestación de los servicios de salud mental en las entidades privadas, donde el usuario percibe mejores condiciones físicas e higiénicas, mayores competencias por parte del talento humano que allí labora y facilidad en los tramites inherentes al servicio prestado.

Segmento Económico.

La situación económica que atraviesan actualmente los hospitales del País, donde muchos de ellos han tenido que comenzar procesos de liquidación o reestructuración por los aspectos salariales tales como las prestaciones sociales de los trabajadores de planta, las condiciones pactadas en las convenciones colectivas de trabajo con los sindicatos a nivel salarial, las limitaciones presupuestales por parte de los entes gubernamentales tanto en los ingresos como en los egresos, entre otros aspectos. Lo que ha causado

²⁵ Fuente: Información tomada de: Periódico el Pulso "Salud mental la cenicienta del POS".

²⁶ Fuente: Información tomada de: Periódico el Pulso "Salud mental la cenicienta del POS".

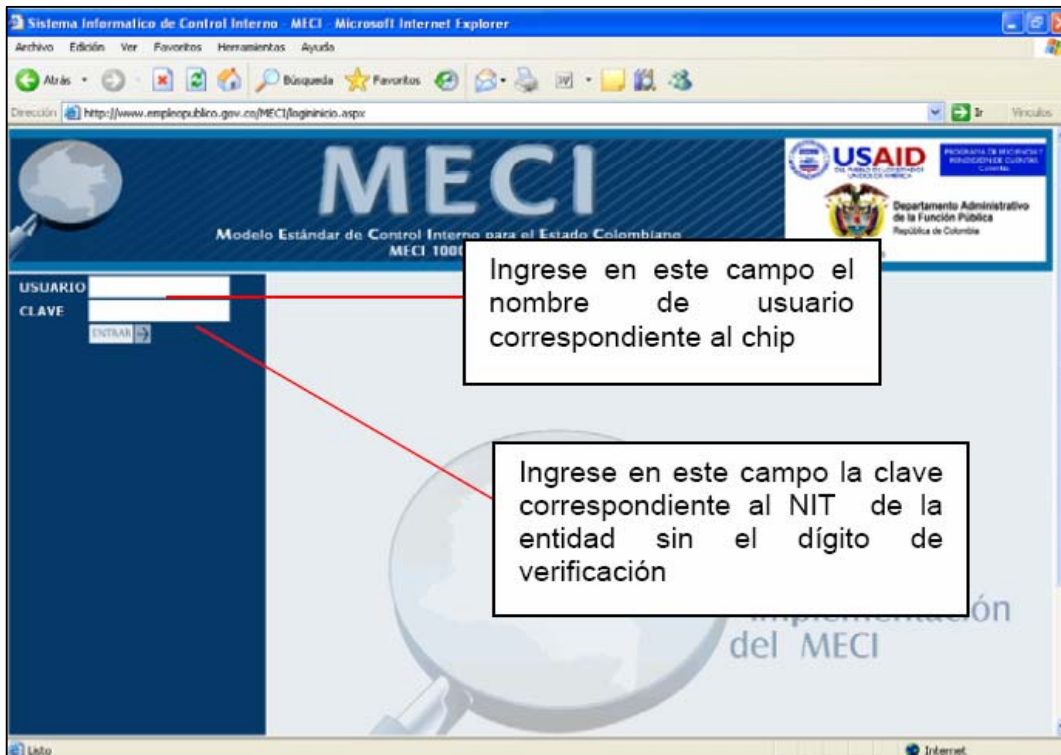
que el Hospital Psiquiátrico San Camilo también se vea afectado por las limitaciones que se han impuesto en el presupuesto y en el ordenamiento del gasto, con el fin de no liquidar o reestructurar, evidenciando las consecuencias en su gestión hospitalaria.

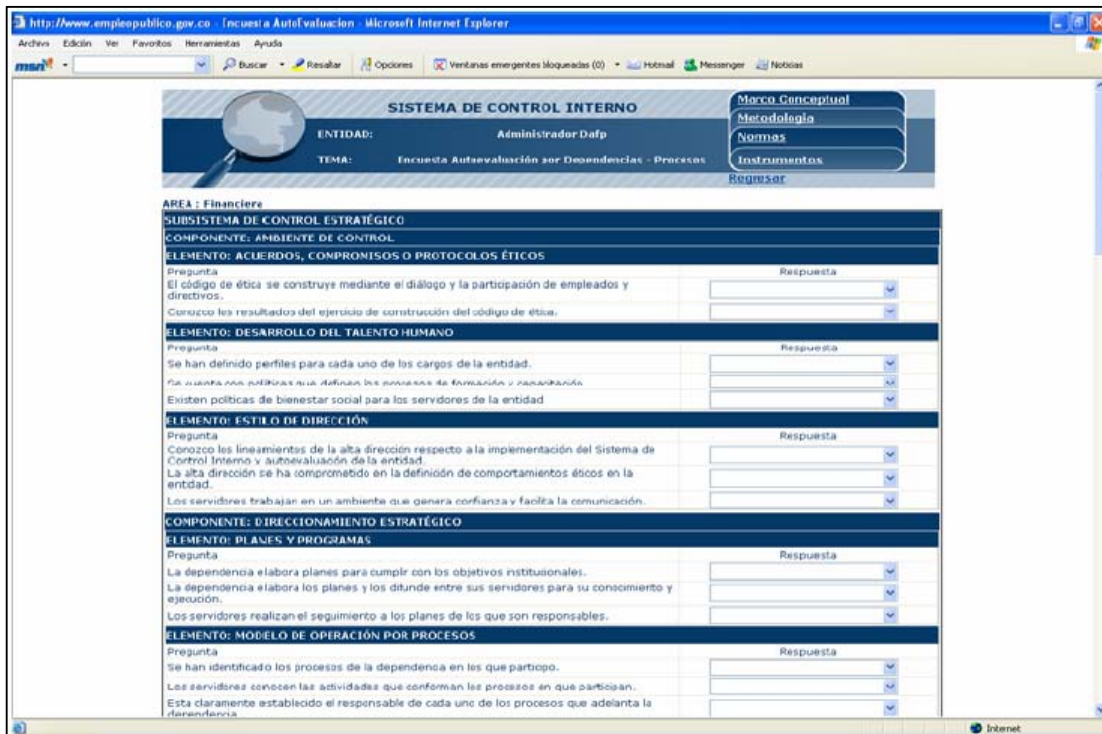
5.3 INFORME EJECUTIVO ANUAL SOBRE EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005.

Como lo establece el artículo segundo del Decreto 2539 de 2000 que modifica el artículo 5, literal c) del Decreto 2145 de 1999 *“las entidades de orden nacional y territorial, remitirán al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno antes del 28 de Febrero de 2008 el informe ejecutivo anual vigencia 2007 del sistema de control interno, documento que servirá de base para el informe que sobre el avance del control interno del Estado presentará al inicio de cada legislatura el Presidente de la República al Congreso de la República”*.²⁷

Con el fin de darle cumplimiento a lo establecido por ley en el párrafo anterior; el Consejo Asesor del Gobierno Nacional exigió el envío del informe ejecutivo anual vigencia 2007 por medio del aplicativo web diseñado y ofrecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP (Ver Figura 6 Interfases del Aplicativo web del MECI) como apoyo institucional con el fin de agilizar el proceso de autoevaluación y evaluación, buscando así, validar mas fácilmente el contenido del informe. Partiendo de lo anterior se realizó el informe ejecutivo anual vigencia 2007 del sistema de control interno, usando como insumo base, la evaluación del avance en la implementación del MECI o evaluación independiente (elemento “evaluación del sistema de control interno”) y la autoevaluación del sistema de control interno (elemento “autoevaluación de control”).

²⁷ Fuente: Información tomada de: Decreto 2539 de 2000”.





The screenshot shows the 'Resultados Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, puntaje 0 a 5' page. It features a table with columns for 'Elemento de Control', 'Puntaje Interpretación', 'Componente de Control', 'Puntaje Interpretación', 'Subsistemas de Control', 'Puntaje Interpretación', and 'Puntaje del S.C.I.'. The data is summarized as follows:

Elemento de Control	Puntaje Interpretación	Componente de Control	Puntaje Interpretación	Subsistemas de Control	Puntaje Interpretación	Puntaje del S.C.I.
ELEMENTO: ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS	3 Inadecuado	COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL	2,44 Deficiente	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	2,87 Deficiente	Puntaje del S.C.I.
ELEMENTO: DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	4 Satisfactorio					
ELEMENTO: ESTILO DE DIRECCIÓN	3,33 Inadecuado					
ELEMENTO: PLANES Y PROGRAMAS	3 Deficiente	COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	3,88 Satisfactorio			
ELEMENTO: MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	4,66 Adecuado					
ELEMENTO: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	4 Satisfactorio	COMPONENTE: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,9 Deficiente			
ELEMENTO: CONTEXTO ESTRATÉGICO	0 Inadecuado					
ELEMENTO: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	0 Inadecuado					
ELEMENTO: ANÁLISIS DE RIESGOS	2 Inadecuado					
ELEMENTO: VALORACIÓN DE RIESGOS	4 Satisfactorio					
ELEMENTO: POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	3,5 Satisfactorio					

Figura 6. Interfases del Aplicativo web del MECI.

5.3.1. Elaboración de la Autoevaluación de Control y la Evaluación del Avance en la Implementación del MECI o Evaluación Independiente.

La ejecución de la autoevaluación de los elementos del MECI, se realizó por medio de una encuesta prediseñada dentro del aplicativo web del MECI, suministrado por el DAFP y diligenciada por los funcionarios seleccionados por la jefe de control interno, los cuales se escogieron bajo el criterio de contar con el conocimiento necesario en el tema a tratar y una relación directa con el o los elementos que debía autoevaluar (Ver Anexo No. 010 Encuesta de autoevaluación de control). Por tal motivo se debió realizar la configuración de los datos principales de la Empresa, usuarios y otros aspectos solicitados por el aplicativo, además de la capacitación a los funcionarios y a la jefe de control interno en el manejo de éste, para que no se presentaran inconsistencias en la generación de los resultados arrojados por el aplicativo web.

Por otra parte la ejecución de la evaluación del avance en la implementación del MECI o evaluación independiente, fue realizada como lo estipula la ley por la jefe de control interno en ejercicio propio de sus funciones, por medio del aplicativo web del MECI suministrado por el DAFP. Al igual que las autoevaluaciones de control realizadas por los funcionarios, la jefe de control interno diligenció la encuesta prediseñada con la particularidad que debió evaluar uno a uno los elementos del sistema de control interno (Ver Anexo No. 011 evaluación del avance en la implementación del MECI o evaluación independiente).

Por las razones expuestas en el numeral 4.1 y debido a que el proyecto de implementación del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 se le dio inicio formal en Diciembre del 2007; dentro de la Empresa no se había realizado por parte de la oficina de control interno evaluaciones al sistema de control interno, ni antes o después de adoptado el MECI por el Estado Colombiano. Por tal motivo la evaluación del avance en la implementación del MECI o evaluación independiente que realizó la jefe de control interno en ejercicio propio de sus funciones como evaluador independiente se convertía en su defecto, en el primer antecedente formal del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

De igual manera, en el caso de la autoevaluación de control, al no existir ninguna referencia de éstas dentro de la Empresa; las autoevaluaciones realizadas por los funcionarios competentes a cada uno de los componentes y elementos del modelo estándar de control interno también se convirtieron en otro antecedente formal del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

El aplicativo web del MECI automáticamente consolidó los resultados generados por la autoevaluación de control y la evaluación independiente, con el fin de evidenciar de manera general el avance en la implementación del modelo estándar de control interno. Como se puede evidenciar en la siguiente tabla comparativa, el hecho de haber iniciado el proyecto de implementación del MECI en Diciembre, la falta de antecedentes claros y formales sobre evaluaciones hechas al sistema de control interno, y la ejecución del

diagnostico de cumplimiento cercana a la realización de la autoevaluación y evaluación independiente; ratifico el avance casi nulo en la implementación de cada uno de los elementos y componentes que conforman el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 dentro de la Empresa.

Tabla 7. Comparación de los Resultados del Diagnostico de Cumplimiento del MECI 1000:2005 vs. Resultados Consolidados de la Autoevaluación de Control y Evaluación Independiente del MECI 1000:2005.

Elemento	Diagnostico de Cumplimiento		Autoevaluación de Control y Evaluación Independiente	
	Puntaje	Interpretación	Puntaje	Interpretación
Elemento 1	1.75	Insuficiencia Critica	40	Inadecuado
Elemento 2	2.00	Insuficiente	11.4	Inadecuado
Elemento 3	2.00	Insuficiente	38.4	Inadecuado
Elemento 4	2.25	Insuficiente	40.6	Deficiente
Elemento 5	2.00	Insuficiente	60	Deficiente
Elemento 6	2.75	Insuficiente	52	Deficiente
Elemento 7	1.75	Insuficiente	45	Deficiente
Elemento 8	2.50	Insuficiente	66	Satisfactorio
Elemento 9	1.00	Insuficiencia Critica	0	Inadecuado
Elemento 10	1.00	Insuficiencia Critica	0	Inadecuado
Elemento 11	1.60	Insuficiencia Critica	0	Inadecuado
Elemento 12	1.00	Insuficiencia Critica	40	Inadecuado
Elemento 13	3.75	Adecuado	40	Inadecuado
Elemento 14	1.75	Insuficiencia Critica	0	Inadecuado
Elemento 15	1.00	Insuficiencia Critica	6.8	Inadecuado
Elemento 16	1.33	Insuficiencia Critica	40	Inadecuado
Elemento 17	2.75	Insuficiente	57.8	Deficiente
Elemento 18	2.75	Insuficiente	83	Adecuado
Elemento 19	3.25	Adecuado	78.4	Satisfactorio
Elemento 20	3.25	Adecuado	40	Inadecuado
Elemento 21	4.60	Satisfactorio	22	Inadecuado
Elemento 22	3.00	Adecuado	12	Inadecuado

Elemento 23	1.00	Insuficiencia Crítica	28.4	Inadecuado
Elemento 24	1.00	Insuficiencia Crítica	21.5	Inadecuado
Elemento 25	2.00	Insuficiente	0	Inadecuado
Elemento 26	1.00	Insuficiencia Crítica	0	Inadecuado
Elemento 27	2.33	Insuficiente	0	Inadecuado
Elemento 28	2.20	Insuficiente	0	Inadecuado
Elemento 29	1.75	Insuficiencia Crítica	0	Inadecuado

5.3.2 Elaboración del informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno Vigencia 2007.

Después de realizada la evaluación del avance en la implementación del MECI o evaluación independiente y la autoevaluaciones de control, se realizó el informe ejecutivo anual del sistema de control interno vigencia 2007, con una estructura organizada de la siguiente manera: debilidades y fortalezas de cada elemento del modelo estándar de control interno, las acciones de mejoramiento a partir de las recomendaciones dadas en el informe ejecutivo anual de la vigencia 2006, el estado general del sistema de control interno según los resultados arrojados por el aplicativo web del MECI y las recomendaciones para alcanzar la implementación total y mejoramiento del sistema de control interno. (Ver Anexo No. 012 Informe ejecutivo anual del sistema de control interno vigencia 2007).

El informe contó con la revisión de la jefe de control interno y la aprobación de la Gerencia. Una vez aprobado el informe, se subió al aplicativo web con el fin de que fuera validado y enviado electrónicamente según las disposiciones del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control interno.

6. IMPLEMENTACION DEL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005.

6.1. FUNDAMENTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO.

El Subsistema de Control Estratégico tiene como objetivo la creación de una cultura organizacional fundamentada en el control a los procesos de direccionamiento estratégico, administrativos y operativos de la entidad pública.

Alrededor de este objetivo, el Subsistema de Control Estratégico se estructura en tres componentes: Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico y Administración de Riesgos, orientados a generar los estándares que autocontrolan la Empresa en cuanto a la cultura de control, direccionamiento estratégico y organizacional. Estos elementos o estándares de control se relacionan entre sí, lo cual garantiza su operación en forma sistémica.²⁸

6.2. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.

La implementación de un Ambiente de Control adecuado en la Empresa, parte del conocimiento de los fines del Estado, su función y objetivos; de los parámetros de la ética y la moral que deben primar en el ejercicio de la función pública; de los principios y valores de la máxima autoridad o representante legal, de su nivel directivo y de todos los servidores en general; de su cultura organizacional; de las expectativas de la ciudadanía o de alguna de sus partes interesadas a las cuales sirve, y de las relaciones con otras entidades públicas.

Con base en estos factores, la entidad realiza una revisión interna que le permite generar una regulación propia para vivenciar la ética, contar con unas prácticas efectivas de desarrollo del talento humano y caracterizar un estilo de dirección que, de acuerdo con su naturaleza, favorezca el control y se oriente claramente hacia la prestación de un servicio público con transparencia, eficacia, eficiencia y un uso responsable de los recursos públicos.²⁹

6.2.1. 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 la Constitución, la Ley y la finalidad social del Estado.³⁰

Las declaraciones sobre la conducta de la Empresa son parámetros de su comportamiento, que orientan la actuación de todos los servidores públicos

²⁸ Fuente: Información tomada de: Manual de Implementación MECI 1000:2005.

²⁹ Fuente: Información tomada de: Manual de Implementación MECI 1000:2005.

³⁰ Fuente: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

frente a la interacción de los diferentes grupos de interés que la influncian directa e indirectamente, generan transparencia en la toma de decisiones y propician un clima de confianza para el logro de los objetivos de la Empresa y de los fines del Estado.

Estas declaraciones sobre la conducta de la Empresa o parámetros de su comportamiento son expresadas normalmente bajo un documento denominado “Código de Ética”, “Código de Conducta” o “Decálogo de Valores”, el cual compendie las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la Empresa, conformado por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la Empresa debe observar en el ejercicio de su funciones.

Por tanto para la implementación de éste elemento se debió elaborar el código de ética, partiendo de la definición de los principios éticos y los valores institucionales, los cuales ya se encontraban identificados, sin su significado y aprobados dentro de la Empresa en reunión celebrada por el comité de Planeación antes de dar inicio al proyecto de implementación del MECI 1000:2005, siendo los siguientes:

- Respeto a la dignidad humana
- Pertenencia
- Honradez
- Vocación por el Servicio
- Fortaleza
- Ética
- Confianza
- Solidaridad
- Tolerancia
- Lealtad

Como se evidencio en una de las conclusiones expuestas en el numeral 5.2.1 en lo referente a las debilidades en el tema de cultura organizacional, la Empresa no ha realizado difusión de los principios éticos y valores institucionales existentes. Teniendo en cuenta lo anterior y partiendo que son los funcionarios los encargados de acordar en forma participativa las conductas o comportamientos que ellos mismos emplean ante los diferentes grupos de interés, se diseñó una encuesta (Ver Anexo No. 013 Encuesta de principios y valores corporativos) para que definieran o seleccionaran de un conjunto de principios y valores, contemplando los existentes, cuales les parecían, que deberían ser la base de la conducta de la Empresa y hacer parte del Código de Ética.

Una vez recolectados y tabulados los datos se definieron los nuevos principios éticos y los valores institucionales, los cuales fueron el insumo principal en la elaboración de las políticas de conducta o parámetros de comportamiento de la Empresa que se plasmaron en el documento del Código de Ética, el cual se socializó posteriormente ante el comité coordinador de control interno, para su

respectiva revisión y aprobación, dando certeza en acta (Ver Anexo No. 014 código de conducta o ética).

Tabla 8. Principios y Valores Corporativos.

Principios y Valores Corporativos	
Principios	Valores
Responsabilidad Social	Responsabilidad
Creatividad e Innovación	Compromiso
Calidad en el Servicio	Honestidad
Transparencia	Respeto
Defensa al Medio Ambiente	Lealtad
Acatamiento Integral de la Constitución y las Leyes	Solidaridad
Considerar al Funcionario el Recurso mas Valioso	Tolerancia
Vocación por el Servicio	Justicia
Objetividad	Laboriosidad
Enfoque al Cliente	
Mejoramiento Continuo	
Liderazgo	
Trabajo en Equipo	
Autogestión	
Autocontrol	
Autorregulación	

Adicionalmente el comité coordinador de control interno determinó que el Código de Ética debía:

- Ser controlado por el sistema de gestión de la calidad bajo el proceso de direccionamiento estratégico.
- Permanecer en la Gerencia, disponible para su consulta como un medio de difusión.
- Mantenerse actualizado en el sitio web de la Empresa, igualmente para su consulta tanto a nivel interno como externo.
- Contemplarse como uno de los elementos que deben darse a conocer en el proceso de inducción.

Una vez aprobado el Código de Ética, se realizó su difusión como herramienta de implementación por medio de un folleto que contemplaba los aspectos más

importantes de éste como los principios éticos, los valores institucionales y las políticas de conducta.

6.2.2. 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 del desempeño de los Servidores Públicos del Estado.³¹

La gestión del talento humano parte del proceso de planeación de recursos humanos, a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal; se organiza (y en lo posible sistematiza) la información; y se definen las acciones a realizar para el desarrollo de las actividades que configuran dicha gestión:

- Ingreso, comprende lo concerniente al reclutamiento del personal, su inducción y entrenamiento.
- Permanencia, en el que se inscriben los procesos de capacitación, evaluación del desempeño, estímulos y reinducción.
- Retiro, situación generada por necesidades del servicio o por pensión de los servidores públicos.

Las conclusiones sobre el estado actual de la empresa a nivel interno, en lo referente al desarrollo organizacional, evidencian la falta de planificación, diseño y ejecución de un proceso de talento humano que abarque cada una de las actividades nombradas anteriormente con el único fin de mejorar las competencias del recurso humano de la Empresa. Por lo cual al no contar con información suficiente sobre éste proceso, se hizo más fácil su diseño e implementación.

Teniendo en cuenta lo anterior, la implementación de éste elemento se baso en la estandarización de las actividades de reclutamiento de personal, inducción, entrenamiento, reinducción, capacitación, evaluación de desempeño, clima laboral y plan de retiro o de jubilación. Para lograr la estandarización se realizó el levantamiento de la documentación necesaria del proceso de talento humano, que explica paso a paso el desarrollo de las actividades, las herramientas necesarias para su ejecución y los responsables de ejecutarlas.

Debido a que el sistema de gestión de la calidad por medio de su norma enuncia en el numeral 6.2 "Recursos Humanos" que: *"El personal que realice trabajos que afecten a la calidad del producto o servicio debe ser competente*

³¹ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.”, se levanto la documentación del proceso de talento humano contemplando adicionalmente uno a uno los lineamientos exigidos por éste sistema, con el fin de darle cumplimiento a sus requisitos, manteniéndolos adecuadamente para posteriores auditorias internas o externas. En consecuencia el proceso de talento humano también se incluyo como un proceso controlado del sistema de gestión de la calidad.

Tabla 9. Documentación del Proceso de Talento Humano.

Código del Documento	Tipo de Documento	Nombre del Documento
CP-TALHUM-01	Caracterización del Proceso	Talento Humano
P-TALHUM-01	Procedimiento	Reclutamiento y Elección del Talento Humano
P-TALHUM-02	Procedimiento	Inducción y Reinducción del Personal
P-TALHUM-03	Procedimiento	Capacitación del Personal
P-TALHUM-04	Procedimiento	Plan de Retiro
P-TALHUM-05	Procedimiento	Evaluación de Desempeño
I-TALHUM-01	Instructivo	Administración de la Nomina
I-TALHUM-02	Instructivo	Competencias del Cargo
R-TALHUM-01	Registro	Plan de Capacitación
R-TALHUM-02	Registro	Evaluación de Desempeño
R-TALHUM-03	Registro	Lista de Asistencia
R-TALHUM-04	Registro	Requisición del Recurso Humano
R-TALHUM-05	Registro	Evaluación de Capacitación
R-TALHUM-06	Registro	Entrevista del Plan de Retiro
R-TALHUM-07	Registro	Autorización Vacaciones y Permisos
R-TALHUM-08	Registro	Registro de Inducción y Reinducción
DE-TALHUM-01	Doc. Externo	Código Sustantivo de Trabajo

Respecto al reclutamiento de personal se diseñó y estableció el formato para la requisición del recurso humano. Para el caso en que se solicite un nuevo perfil de cargos que no hace parte del manual de funciones se estableció que el solicitante lo debe diseñar a través del levantamiento del instructivo de competencias del cargo y adjuntarlo a la requisición de recurso humano. Adicionalmente se determinó que continuara empleándose el documento denominado “Estudio de Oportunidad y Conveniencia” como herramienta que soporte la justificación del recurso humano solicitado y con el fin de cumplir con las disposiciones legales que obligan a la realización de éste documento.

Se formularon nuevos mecanismos para el reclutamiento de las hojas de vida, a parte de la convocatoria interna tales como: bancos de hojas de vida internos, apoyo con las oficinas de egresados de las Universidades, la pagina de empleo del SENA, y anuncios en la página web de la Empresa, en la cual se adicionó la información de las convocatorias internas. Adicionalmente se determinó que la preselección de las hojas de vida, las entrevistas y las pruebas psicotécnicas que hacen parte del reclutamiento del personal se desarrollen en base a la verificación del manual de funciones actualizado y del instructivo como complemento administrativo y operativo al manual de funciones denominado “competencias del cargo”. (Ver numeral 6.3.3)

En lo referente a las actividades de inducción, se definió cada uno de los temas y los respectivos responsables de darlos a conocer al personal recién ingresado a la Empresa (Ver Tabla 10. Temas Tratados Durante la Inducción). También se estableció la forma en que se programarían las inducciones por parte de la oficina de personal, con e fin de abarcar todos los temas planificados, ya que éstos son tratados por diferentes dependencias, haciendo necesario su organización y gestión.

Tabla 10. Temas Tratados Durante la Inducción.

Temas Tratados	Responsables
Aspectos de la Contratación	Jefe de Personal
Recorrido por el Hospital	Jefe de Personal o Psicóloga Organizacional
Reglamento Interno de Trabajo	Jefe de Personal o Psicóloga Organizacional
Generalidades de la Empresa	Jefe de Personal o Psicóloga Organizacional
Sistema de Gestión de la Calidad	Coordinador o Asistente de Planeación
Proceso de Calidad	Coordinador o Asistente de Planeación
Direccionamiento Estratégico	Coordinador o Asistente de Planeación
Mapa de Procesos	Coordinador o Asistente de Planeación
Estructura Organizacional	Coordinador o Asistente de Planeación
Código de Ética y Buen Gobierno	Coordinador o Asistente de Planeación
Normatividad de Acoso Laboral	Asesor Jurídico o Judicante
Sistema de Control Interno	Jefe Control Interno

Por otra parte las actividades de reinducción se realizan con el fin de difundir los cambios o nuevos temas del interés de todos los funcionarios y reforzar algunos aspectos que son parte de la cultura organizacional de la Empresa. Es por esto que se establecieron los temas generales, que normalmente serán tratados durante la reinducción y los temas que se deben afianzar, debido a que son propensos a cambios de vital importancia en el transcurso del año y son del conocimiento general de la Empresa.

Tabla 11. Temas Tratados Durante la Reinducción.

POCO PROPENSOS A CAMBIOS	
Temas Tratados	Responsables
Sistema de Gestión de la Calidad	Coordinador o Asistente de Planeación
Sistema de Control Interno	Jefe Control Interno
Mapa de Procesos	Coordinador o Asistente de Planeación
Estructura Organizacional	Coordinador o Asistente de Planeación
Reglamento Interno de Trabajo	Jefe de Personal o Psicóloga Organizacional
PROPENSOS A CAMBIOS	
Direccionamiento Estratégico	Coordinador o Asistente de Planeación
Logros Obtenidos en el Año Anterior	Subdirección Administrativa
Nuevos Proyectos	Subdirección Administrativa
Código de Ética y Buen Gobierno	Coordinador o Asistente de Planeación

Para la realización del entrenamiento al recurso humano que se vincula a la Empresa, se establecieron los aspectos que se debían reforzar (Ver Tabla 12. Aspectos a Desarrollar en el Entrenamiento). Adicionalmente se definieron las metodologías que se utilizarían para ejecutar el entrenamiento, los responsables de ejecutarlas y su respectiva duración; información que se contempló en el procedimiento denominado “Inducción, Entrenamiento y Reinducción del Recurso Humano” el cual se encuentra controlado por el sistema de gestión de la calidad como lo demuestra la Tabla 9. Documentación del Proceso de Talento Humano.

Tabla 12. Aspectos a Desarrollar en el Entrenamiento.

Temas de Entrenamiento	Responsables
Aspectos Generales del Cargo	Jefe de Dependencia
Caracterización del Proceso	Recurso Humano Vinculado
Procedimientos de la Dependencia	Recurso Humano Vinculado
Instructivos de la Dependencia	Recurso Humano Vinculado
Registros de la Dependencia	Recurso Humano Vinculado
Manual de Funciones o Competencias del Cargo	Recurso Humano Vinculado
Objetivos Corporativos afectados por el Proceso	Jefe de Dependencia
Objetivos de la Calidad Afectados por el Proceso	Jefe de Dependencia
Indicadores de Gestión	Jefe de Dependencia

Manejo del Software Pertinente	Jefe de Dependencia
Reuniones de Grupos Primarios	Jefe de Dependencia
Manejo del Archivo de Gestión	Jefe de Dependencia
Inventario Documental	Recurso Humano Retirado

La formación del personal es uno de los aspectos de mayor relevancia para lograr excelentes competencias y garantizar la prestación de un mejor servicio a los usuarios y clientes internos y externos. Es por esto que en aras de brindarle al recurso humano de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo la capacitación necesaria para el mejoramiento en su gestión individual, la gestión de los procesos y su crecimiento personal se desarrolló un plan de capacitación basado en las necesidades y expectativas de cada dependencia y en la disponibilidad de recursos de la Empresa que permitieran brindar las respectivas capacitaciones a satisfacción.

Para obtener el insumo principal en la elaboración del plan de capacitaciones, se preguntó en cada dependencia que necesidades y expectativas a nivel de formación tenían con el fin de que se plasmaran en dicho plan y se gestionaran y ejecutan por medio de la oficina de personal. El plan de capacitaciones adicionalmente contempló aquellos temas que durante las reuniones de gestión por procesos se evidenciaron debilidades y que no fueron expresados por las dependencias, además de las capacitaciones básicas que bajo el sistema de gestión de la calidad y el sistema de control interno era pertinente realizar dentro de la Empresa.

Una vez elaborado el plan de capacitaciones se revisó por parte del jefe de personal y se socializó bajo el comité coordinador de control interno para su posterior aprobación, dando certeza en acta. Adicionalmente el plan de capacitaciones se incluyó dentro del sistema de gestión de la calidad, con su respectivo procedimiento de capacitación de personal para la estandarización de la gestión, control y seguimiento al mismo (Ver Anexo No. 015. Procedimiento de capacitación del personal).

Tabla 13. Plan de Capacitación de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO				
Tema	Fecha Programada	Responsable	Dirigido A	% Cumplimiento
Fundamentos del sistema de control interno	Enero/08	Control Interno	Todos	100%
Fundamentos del modelo estándar de control interno	Enero/08	Control Interno	Todos	100%
Fundamentos del sistema de gestión de la calidad	Mensual	Planeación y GC	Todos	100%
Capacitación de indicadores de gestión	Abril/08	Control Interno	Jefes Dependencia	100%
Taller practico de lectura y análisis de indicadores	Abril/08	Control Interno	Jefes Dependencia	100%
Administración del riesgo por procesos	Marzo/08	Control Interno	Todos/Dependencia	100%
Socialización Normograma corporativo	Marzo/08	Control Interno	Todos/Dependencia	100%
Socialización Código de conducta o ética	Abril/08	Control Interno	Todos/Dependencia	80%
Socialización mapa de riesgos	Abril/08	Control Interno	Todos/Dependencia	100%
Servicio al cliente	Mayo/08	Planeación y GC	Atención al Usuario y Citas	50%
Procesos de calidad	Abril/08	Planeación y GC	Todos/Dependencia	100%
Acoso laboral	Febrero/08	Juridica	Todos	90%
Capacitación de tablas de retención documental	Marzo/08	Archivo	Todos/Dependencia	100%
Técnicas archivistas	Marzo/08	Archivo	Todos/Dependencia	100%
Fundamentos básicos del software Corel Draw	Agosto/08	Sistemas	Mercadeo	0%
Fundamentos básicos de Word y Excel	Mayo/08	Sistemas	Personal Voluntario	15%

Software de liquidación de nomina	Sep/08	Sistemas	Talento Humano	0%
Software de historia clínica electrónica	Junio/08	Sistemas	Personal Asistencial	30%
Software para el manejo de la atención al usuario	Febrero/08	Sistemas	Atención al Usuario	50%
Brigadas de Emergencia	Agosto/08	Talento Humano-ARP	Personal Voluntario	0%
Pausas Activas	Agosto/08	Talento Humano-ARP	Personal Voluntario	0%
Capacitación en salud ocupacional	Agosto/08	Talento Humano-ARP	Todos	0%
Capacitación de hábitos de vida saludable	Agosto/08	Talento Humano-ARP	Todos	0%
Compromiso y amor por la entidad	Nov/08	Mercadeo	Todos	0%
Simposio de salud mental	Sep/08	Mercadeo	Profesionales Externos	0%

Respecto a los planes de retiro o jubilación se estableció que no sean solo los trabajadores los encargados de informar sobre su cercana jubilación, sino que la oficina de personal por medio de la verificación de las hojas de vida y por medio de los fondos de pensiones conozca con anticipación que funcionarios cumplen los requisitos para acceder a la pensión por jubilación.

Adicionalmente se establecieron dentro del plan de capacitaciones citado anteriormente las necesidades expuestas por la oficina de personal en lo concerniente a capacitaciones-taller de preparación para la nueva etapa de jubilación que permita afrontar los cambios psicológicos, económicos, familiares, entre otros; extendiendo las capacitaciones o programas de jubilación a los familiares de primer grado que deseen apoyar al familiar funcionario a afrontar los cambios en la familia.

La gestión de los planes o programas de jubilación se estandarizaron bajo el procedimiento denominado "Plan de Jubilación" el cual hace parte del sistema de gestión de la calidad con la respectiva revisión por parte del jefe de personal y su socialización y aprobación en el comité coordinador de control interno (Ver Anexo No. 016 Procedimiento del Plan de Jubilación).

6.2.3. 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.³²

El estilo de dirección por tanto se constituye en la forma que la Gerencia de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo adopta para guiar y orientar las acciones de la entidad, generando autoridad y confianza; y demostrando capacidad gerencial, conocimiento de las necesidades de los usuarios, clientes, ciudadanía en general y demás grupos de interés que influyen directa e indirectamente en la gestión, compromiso con el control y con el cumplimiento de la misión, visión, planes y programas, buen trato a los servidores públicos y una utilización transparente y eficiente de los recursos. Adicionalmente permite que los funcionarios se desempeñen en un ambiente que facilite tanto la comprensión y el respeto por el control, como la motivación para la sugerencia de acciones de mejoras preventivas y correctivas que fomenten el mejoramiento continuo bajo el sistema de gestión de calidad en la prestación del servicio.

Para darle cumplimiento a éste elemento y con el fin de contar con un medio que plasmará la forma en que la Alta Dirección dirige la Empresa se elaboró el Código de Buen Gobierno o de Gobierno Corporativo el cual se define como el

³² Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

documento que compila los compromisos éticos de la alta dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos.

En el Código de Buen Gobierno (Ver Anexo No. 017 Código de Buen gobierno) se plasmaron las funciones tanto de la Junta Directiva como de la gerencia, estipuladas en los estatutos de Empresa, buscando así, manifestar las actividades que desarrolla la Alta Dirección. Para demostrar como la Alta Dirección orienta sus acciones hacia el mejoramiento de la Gestión se determinaron los grupos de interés (Ver numeral 7.2.1 Información Primaria) que se involucran en los ámbitos internos y externos de la Empresa y las políticas para el manejo e interacción con estos grupos de interés.

El Código de Buen Gobierno se socializó en el comité de control interno y fue aprobado, dando certeza en acta e incluyéndolo dentro del sistema de gestión de la calidad dentro del proceso de Direccionamiento Estratégico para su correspondiente control y actualización.

6.3. 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.³³

El Direccionamiento Estratégico define la ruta organizacional que debe seguir una entidad para lograr sus objetivos misionales; requiere de revisiones periódicas para ajustarla a los cambios del entorno y al desarrollo de las funciones de la entidad; encauza su operación bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia requeridos por la ciudadanía y las partes interesadas de la entidad, así como los parámetros de control y evaluación a regir, haciéndose necesario, por lo tanto, establecer su composición a través de tres elementos: Planes y Programas, Modelo de Operación y Estructura Organizacional.³⁴

6.3.1. 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. Los planes y programas materializan las estrategias de la organización establecidas para dar cumplimiento a su misión, visión y objetivos institucionales esperados en un período de tiempo determinado, asegurando adicionalmente los recursos necesarios para el logro de los fines de la entidad.³⁵

³³ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

³⁴ Fuente: Información tomada de: Manual de Implementación MECI 1000:2005.

³⁵ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

Según lo anterior y lo expresado en el numeral 5.2.1 en lo referente a las debilidades sobre direccionamiento estratégico en que la Empresa no contaba con la visión. Se realizaron varias reuniones con la participación de funcionarios de la Empresa pertenecientes a varias dependencias e invitados de diferentes Universidades concedores sobre el tema de planeación estratégica, con el fin de definir los factores críticos de éxito o generadores de futuro que fundamenten la elaboración o definición de la visión estratégica de la Empresa, por medio del análisis estratégico en el cual se contó como insumos principales con el diagnóstico de cumplimiento, la evaluación independiente realizada al sistema de control interno, el informe anual sobre el avance a la implementación del MECI 1000:2005 (Ver Numeral 5.1 y 5.3), el diagnóstico de cumplimiento del sistema de gestión de la calidad y las apreciaciones sustentadas de cada uno de los participantes a la reunión.

Una vez identificados los factores críticos de éxito o portadores de futuro se definió la nueva visión (Ver numeral 3.4) como base de la plataforma estratégica de la Empresa. Por tanto se elaboró el plan estratégico compuesto por los factores críticos de éxito, las estrategias, las actividades generales, cronograma, responsables, entre otros aspectos que al materializarse hacen que la visión se convierta en algo tangible. En el plan estratégico adicionalmente se contemplaron algunos proyectos que en administraciones pasadas se les había dado inicio y habían perdido su continuidad lo que motivó a la Gerencia a que se retomara su gestión y ejecución (Ver Anexo No. 018 Plan Estratégico de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo).

Tanto el plan estratégico como la misión y la visión de la Empresa se socializaron y aprobaron por el comité coordinador de control interno y su difusión se realizó por medio de la página web y medios visuales como póster y plantillas institucionales instaladas en cada uno de los computadores de las dependencias que conforman la Empresa.

Con el fin de fortalecer la plataforma estratégica de la Empresa por medio de la revisión por parte de la Alta Dirección y estandarizar las actividades encaminadas al análisis situacional, la toma de decisiones, la cultura organizacional, la gestión de los diferentes comités interdisciplinarios y el mejoramiento continuo de la gestión, se creó y estableció un proceso denominado "Direccionamiento Estratégico", incluido dentro del sistema de gestión de la calidad y que adicionalmente sirvió como instrumento para darle cumplimiento a algunos lineamientos exigidos por dicho sistema.

6.3.2. Modelo de Operación por Procesos.

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.³⁶

El sistema de gestión de la calidad promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, esto es la identificación y gestión de la manera más eficaz, de todas aquellas actividades que tengan una clara relación entre sí y las cuales constituyen la red de procesos de una organización. La gestión por procesos define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto o servicio con las características previamente especificadas, de acuerdo con los requerimientos de los clientes y demás partes interesadas.

Basado en lo anterior el modelo de operaciones se realizó en primera instancia, partiendo de la identificación de los procesos que actualmente tenía la Empresa. Entender la importancia de la operación por procesos, implica conocer con más detalle cada uno de los procesos, es por eso que una vez se identificaron los procesos, se comenzó con las actividades denominadas “Gestión por Procesos” que consistieron en la ejecución de reuniones con cada uno de los responsables de los procesos con el fin de caracterizarlos por medio de su descripción detallada, permitiendo al final determinar conjuntamente: el nombre del proceso, su alcance, objetivo general, objetivos específicos, los requisitos legales y reglamentarios necesarios para el proceso, insumos, procesos proveedores, actividades generales, responsables, productos o salidas, procesos cliente, puntos de control e indicadores, plasmando esta información en un documento denominado “Caracterización del Proceso”, el cual se controló bajo el sistema de gestión de la calidad, y se aprobó por el comité coordinador de control interno, dando certeza en acta, permitiendo a su vez el cumplimiento de algunos requisitos estipulados por el sistema de gestión de la calidad (Ver Anexo No. 019 Ejemplo de Caracterización de un Proceso).

Con la caracterización de los procesos se pudieron clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación y seguimiento. Adicionalmente permitió la creación de procesos como el de direccionamiento estratégico, archivo y calidad, así como la división y fusión de algunos procesos que durante el análisis de la caracterización evidenciaron relaciones más fuerte o más débiles generando cambios que se reflejaron en el mapa de procesos y en la estructura organizacional de la Empresa.

³⁶ Fuente: Información tomada de: Manual de Implementación MECI 1000:2005.

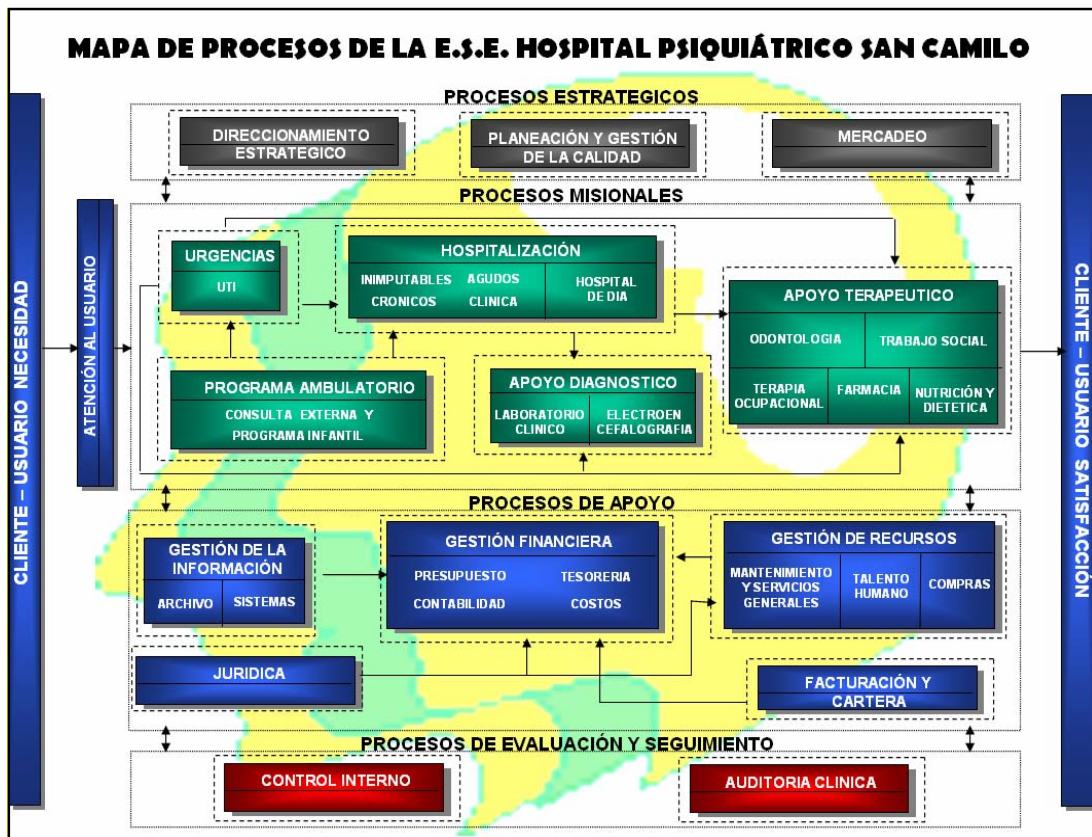


Figura 7. Mapa o Red de Procesos de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Para la difusión del mapa de procesos se presentó ante el comité coordinador de control interno para su aprobación, dando certeza en acta y se socializó en cada una de las dependencias. También se subió a la página web de la Empresa para que pueda ser consultado por todos los funcionarios y se estableció que durante la inducción y reinducción se afianzara sobre este tema.

6.3.3. 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 y su función constitucional y legal.³⁷

Para la implementación de éste elemento se analizó el organigrama actual de la Empresa, evidenciando una estructura organizacional por departamentos o dependencias, y encontrando inconsistencias ya que contemplaba algunas dependencias que en su momento no contaban con recurso humano que las gestionara como el caso de archivo y además contemplaba dependencias que su razón de ser u objetivo principal no era acorde con el grupo de

³⁷ Fuente: Información tomada de: Manual de Implementación MECI 1000:2005.

dependencias al que pertenecía como el caso de estadística, cartera y facturación los cuales hacían parte de la oficina financiera. Adicionalmente al comparar el organigrama con el manual de funciones de la Empresa se encontró que algunos cargos a pesar de estar inmersos por medio de su dependencia en el organigrama no se encontraban en el manual de funciones como el caso de la jefe u oficina de control interno (Ver Anexo No. 020 Organigrama Inicial).

Por tanto para el diseño de la estructura organizacional se tuvo como base principal el mapa de procesos nombrado en el numeral 6.2.2, con el fin de articular coherentemente las interacciones que las dependencias tienen con cada uno de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación que componen la Empresa. Lo anterior generó un cambio significativo a la estructura organizacional (Ver Anexo No. 001 Nueva Estructura Organizacional), puesto que permitió la identificación de algunas áreas que anteriormente se basaban solo en las funciones de los cargos que ahí se ejecutaban y que actualmente se fundamentan y organizan según el proceso que ayudan a ejecutar o por las actividades del proceso del que son responsables, evidenciando así, el aporte del modelo de operación por procesos.

A su vez, buscando fortalecer las relaciones de los cargos con sus funciones, sus niveles de responsabilidad y autoridad; y poder integrar cada uno de estos aspectos con la estructura organizacional de la Empresa, con el fin de hacerla coherente con el manual de funciones, se realizó la revisión al respectivo manual, el cual se encontró desactualizado y no cumplía los lineamientos mínimos exigidos por ley como lo referente a las equivalencias de cargos. Por tal motivo la Subdirección Administrativa en apoyo del jefe de personal realizó la correspondiente actualización al manual de funciones con su posterior aprobación por parte de la Junta Directiva, dando certeza en acta y bajo el Acuerdo No 012 del presente año.

Debido a que el manual de funciones conceptualmente y por ley solo debe contemplar los cargos del personal de planta, y a pesar de su aprobación, no estaba cumpliendo a cabalidad su objetivo primordial, ya que la Empresa cuenta con personal contratado por orden de prestación de servicios (OPS) que realizan funciones repetitivas y subordinadas; y algunos de sus cargos no hacen parte del manual de funciones, haciéndolo obsoleto como herramienta en la preselección de las hojas de vida, en la verificación del perfil durante la entrevista y pruebas psicotécnicas del personal que desea vincularse y en el entrenamiento de las funciones una vez vinculados.

Para la solución de este inconveniente, se diseñó un instructivo denominado "competencias del cargo" (Ver numeral 6.2.2) como un complemento de ayuda al manual de funciones, en el cual se describió de forma explícita la educación, experiencia, formación, habilidades, nivel de autoridad, dependencias que reporta, dependencias que apoya, comités que participa, entre otros aspectos que conforman los componentes básicos del perfil de cargos del recurso humano contratado por orden de prestación de servicio y del recurso humano

de planta que en el manual de funciones no se encontraron en un nivel de detalle suficiente (Ver Anexo No. 021 Ejemplo de instructivo de competencias del cargo).

Para la difusión de la estructura organizacional se socializó en cada una de las dependencias. También se subió a la página web de la Empresa para que pueda ser consultado por todos los funcionarios y se estableció que durante la inducción y reinducción se afianzara sobre este tema.

6.4. COMPONENTE DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

Hace referencia al conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten al E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan perturbar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública autocontrolar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

Así mismo, faculta al hospital para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales. Es importante considerar que un evento puede representar una oportunidad para la organización pero si no se maneja adecuadamente y a tiempo, puede generar consecuencias negativas.

6.4.1. 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 internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales.

Definir el contexto estratégico contribuye al control de la entidad frente a la exposición al riesgo, ya que permite conocer las situaciones generadoras de riesgos, impidiendo con ello que la entidad actúe en dirección contraria a sus propósitos institucionales.

Para el análisis del contexto estratégico se partió de la base del numeral 5 donde se analizó el diagnóstico de cumplimiento, el ambiente interno y el ambiente externo para analizar las fortalezas y oportunidades, como la identificación de las amenazas y debilidades.

De acuerdo al análisis del contexto estratégico pudimos identificar y analizar los riesgos a los cuales está expuesta la entidad con el fin de mitigarlos y en dado

caso eliminarlos que seria lo ideal para el cumplimiento de los objetivos del hospital.

Para la identificación del contexto estratégico se aprovecharon las reuniones con cada unidad funcional y utilizando herramientas como la lluvia de ideas y del diagrama causa efecto, se pudo establecer por conocimiento del personal las falencias y las fortalezas de la entidad y así empezar a identificar y administrar los riesgos a los cuales es inherente la entidad para su normal funcionamiento.

Una adecuada elaboración del contexto estratégico facilita la identificación de los riesgos y posibilita su análisis y valoración, al brindar información necesaria para estimar el grado de exposición a los mismos. De igual manera, permite orientar las políticas hacia el manejo de los riesgos relacionados con los aspectos más estratégicos de la entidad.

6.4.2. Identificación del Riesgo.

Para la identificación de riesgos partimos de las preguntas qué, como y por qué se pueden originar hechos que influyen en la obtención de resultados.

Para la identificación del riesgo optamos por la elaboración de un mapa de riesgos, el cual como herramienta metodológica permite hacer un inventario ordenado y sistemático de los mismos, definiendo en primera instancia los riesgos, presentando posteriormente una descripción de cada uno de ellos y las posibles consecuencias.

Se capacitaron las unidades funcionales, realizando talleres con cada una de las áreas y su equipo de trabajo utilizando la lluvia de ideas y el diagrama causa-efecto para el análisis de los riesgos y sus posibles causas, para posteriormente buscar las acciones a emprender para mitigar o desaparecer los riesgos encontrados.

Tabla 14. Identificación de los Riesgos por Proceso.

PROCESO	OBJETIVO	RIESGOS	DESCRIPCION DEL RIESGO	CAUSAS	EFFECTOS
----------------	-----------------	----------------	-------------------------------	---------------	-----------------

6.4.3. Análisis del Riesgo.

Después de haber hallado los riesgos en cada unidad funcional se procedió a analizarlos por parte de los equipos de trabajo con el objetivo de establecer una valoración de los riesgos y la priorización del tratamiento de los mismos con base en la información ofrecida por los mapas elaborados en la etapa de

identificación, con el fin de clasificar los riesgos y proveer información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

Tabla 15. Mapa de Riesgos por Proceso.

PR OC ESO	RIE SG OS	ANALISIS			CON TRO LES	VALORA CION		ADMINISTRACION DEL RIESGO			
		CALIFICACION		EVALUACION		CRI TE RIO	RES ULT ADO	ACCIO NES PREVE NTIVA S	RESP ONSA BLES	CO DI GO	OBSER VACIONES
		IMP AC TO	PROB ABILI DAD	PRORID AD DEL RIESGO							

Se establecieron dos aspectos para realizar el análisis de los riesgos identificados:

6.4.3.1. Probabilidad.

La posibilidad de ocurrencia del riesgo, la cual puede ser medida con criterios de frecuencia o teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que puedan propiciar el riesgo, aunque éste no se haya presentado nunca.

Para el análisis cualitativo se establece una escala de medida cualitativa en donde se establecen las categorías a utilizar y la descripción de cada una de ellas:

Alta: Es muy probable que el hecho se presente

Media: Es probable que el hecho se presente

Baja: Es poco probable que el hecho se presente

IMPACTO: Consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo. Ese mismo diseño puede aplicarse para la escala de medida cualitativa de impacto, estableciendo las categorías y la descripción:

Alto: Si el hecho llegara a presentarse, tendría alto impacto o efecto sobre el E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Medio: Si el hecho llegara a presentarse tendría medio impacto o efecto en el E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Bajo: Si el hecho llegara a presentarse tendría bajo impacto o efecto en el E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.

6.4.3.2. Priorización de los Riesgos.

Una vez realizado el análisis de los riesgos con base en los aspectos de probabilidad e impacto, se utilizó la matriz de priorización que permite determinar cuales riesgos requieren de un tratamiento inmediato.

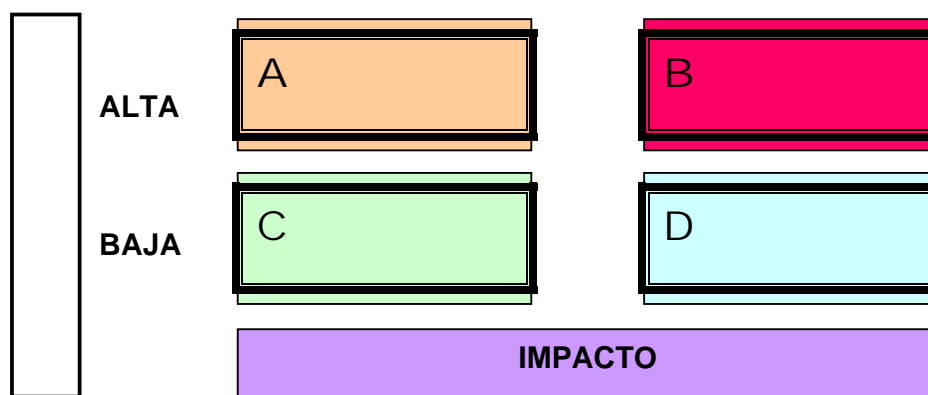


Figura 8. Matriz de Priorización de Riesgos.

Cuando se ubican los riesgos en la matriz se define cuales de ellos requieren acciones inmediatas, que en este caso son los del cuadrante B, es decir los de alto impacto y alta probabilidad.

Respecto a los riesgos que queden ubicados en el cuadrante A y D, se debe seleccionar de acuerdo a la naturaleza del riesgo, ya que estos pueden ser peligrosos para el alcance de los objetivos institucionales por las consecuencias que presentan los ubicados en el cuadrante D o por la constante de su presencia en el caso del cuadrante A.

6.4.3.3. Determinación del Nivel del Riesgo.

La determinación del nivel de riesgo es el resultado de confrontar el impacto y la probabilidad con los controles existentes al interior de los diferentes procesos y procedimientos que se realizan. Para adelantar esta etapa se debió tener muy claros los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones, estos niveles de riesgo pueden ser:

Alto: Cuando el riesgo hace altamente vulnerable a la entidad o dependencia. (Impacto y probabilidad alta versus controles existentes)

Medio: Cuando el riesgo presenta una vulnerabilidad media. (Impacto alto / probabilidad baja o impacto bajo / probabilidad alta, versus controles existentes).

Bajo: Cuando el riesgo presenta vulnerabilidad baja. (Impacto y probabilidad baja versus controles existentes).

Lo anterior puede significar incluso que a pesar que la probabilidad y el impacto son altos, confrontado con los controles se puede afirmar que el nivel de riesgo no necesariamente será también alto (sino medio o incluso bajo), y por lo tanto las acciones que se implementen entraran a reforzar los controles existentes y a valorar su efectividad.

6.4.4. Valoración del Riesgo.

Para la valoración del riesgo tomamos como base la calificación y evaluación de los riesgos, procediendo a la ponderación de riesgos con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y fijación de políticas.

Así se Estableció a nivel estratégico del hospital los mayores riesgos a los cuales está expuesto, permitiendo emprender acciones inmediatas de respuesta ante ellos a través del diseño de políticas y la aplicación de acciones tendientes a evitar, reducir, dispersar o transferir el riesgo; o asumir el riesgo residual, el cual se entiende como el nivel restante de riesgo después de que se han tomado medidas de manejo del mismo.

La valoración del riesgo consta de tres etapas: La identificación, el análisis y la determinación del nivel del riesgo. Para cada una de ellas fue necesario tener en cuenta la mayor cantidad de datos disponibles y contar con la participación de las personas que ejecutan los procesos y procedimientos para lograr que las acciones determinadas alcancen los niveles de efectividad esperados.

6.4.5. Políticas de Administración del Riesgo.

Para este 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, el equipo MECI se reunió con el fin de establecer unas políticas de administración del riesgo que transmitieran la posición de la Dirección respecto al manejo de los riesgos y se fijaron los lineamientos sobre los conceptos de calificación de riesgos, las prioridades en la respuesta, la forma de administrarlos y la protección de los recursos.

En este sentido, se establecieron los mapas de para que todos los servidores coordinen y administren los eventos que pueden inhibir el logro de los objetivos del hospital, orientándolos y habilitándolos para ello.

Las Políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos con base en su valoración, y permiten tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir o transferir, o asumir el riesgo.

Las opciones son:

- Evitar el riesgo, tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización.

- Reducir el riesgo, implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección).
- Compartir o Transferir el riesgo, reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.
- Asumir un riesgo, aceptar la pérdida residual probable y elaborar los planes de contingencia para su manejo.

Para la implementación de este Componente consideramos el Elemento Controles del Componente Actividades de Control del Subsistema de Control de Gestión con la finalidad de armonizar de manera integral y sistemática todos los eventos que hacen parte del Componente Administración del Riesgo.

7. IMPLEMENTACION DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005

7.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a 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.

Es el segundo Subsistema que se debe implementar para contar con el Modelo Estándar de Control interno, dado que permite a la entidad construir los elementos o estándares de control necesarios para autocontrolar el desarrollo de las operaciones, tomando como base los estándares de carácter estratégico definidos con base en los lineamientos del Subsistema de Control Estratégico. Este Subsistema está compuesto por elementos o estándares de control que deben ser diseñados, adoptados e integrados a la operatividad del Modelo de Operación, buscando garantizar el cumplimiento de los resultados esperados, fijados mediante el proceso de direccionamiento estratégico de la entidad. Una vez la entidad cuente con un ambiente organizacional favorable al control, establezca la orientación estratégica de su accionar y los mecanismos básicos de protección de sus recursos es preciso definir, diseñar y correlacionar las acciones, funciones, flujos de información y de comunicación, tendientes a garantizar la alineación de la operación de la entidad con sus propósitos institucionales, permitiendo su contribución a los fines esenciales del Estado. De allí que sea necesario establecer las reglas, acciones, métodos, procedimientos e instrumentos necesarios en la entidad que le aseguren el cumplimiento de las metas y objetivos previstos, a través de tres Componentes, a saber: Actividades de Control, Información y Comunicación Pública.

7.1.1. Políticas de Operación.

Son las que nos definen 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 que han sido previamente definidos por la entidad.

Las Políticas de Operación constituyen los marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes Direccionamiento Estratégico y la Administración del Riesgo. Un análisis del contexto en el que se desarrolla un proceso, de sus objetivos, de las especificaciones de los productos o servicios que genera, de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso, permitirá a la entidad fijar guías de acción orientadas a la ejecución eficaz y eficiente de las operaciones, contribuyendo al logro de los objetivos trazados para dicho proceso.

Establecen las acciones y mecanismos asociados a los procesos que permiten prever los riesgos que inhiben el cumplimiento de las metas y sus resultados; También nos definen parámetros de medición del desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad su ejecución. Así mismo, facilitan el control administrativo y reducen la cantidad de tiempo que los administradores ocupan en tomar decisiones sobre asuntos rutinarios. Estas guías de acción son de carácter operativo, de aplicación cotidiana y dan seguridad y confianza a quien debe responder por la ejecución de procedimientos y actividades muy específicas.

Para establecer las políticas de operación tuvimos en cuenta como referentes los componentes de Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo del Subsistema de Control Estratégico.

Se analizaron los objetivos de los procesos, las estrategias definidas en los Planes y Programas, las políticas de Administración del Riesgo, los requerimientos y necesidades del cliente o usuario, las especificaciones del producto o servicio con el fin de establecer, en donde se requiera, el diseño e implementación de Políticas de Operación, de aplicabilidad general o particular, que faciliten la operatividad y ejecución de los procesos hacia el cumplimiento de los objetivos fijados.

El equipo MECI se reunió con el fin de definir Las Políticas de Operación teniendo en cuenta lo siguiente:

- Los responsables de acatarla, esto es, el ámbito de aplicación.
- La guía de acción que deben cumplir los responsables para evitar las situaciones indeseables.
- Término de aplicación en caso de no ser permanente.
- Proceso al que aplica.


 E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	CARACTERIZACIÓN E INTERACCIÓN DEL PROCESO	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		APROBÓ:
		FECHA APROBACIÓN:
		UNIDAD FUNCIONAL:
Responsable del Proceso:		
Objetivo General del Proceso:		
Objetivos específicos del proceso:		
Alcance:		
Políticas de Operación:		

Figura 9. Caracterización de un Proceso.

Posterior a la definición de las políticas de operación se analizaron y aprobaron las políticas sugeridas y se les hicieron los ajustes necesarios por parte del equipo de control interno.

Ya aprobadas las políticas entramos en la fase de divulgación las cuales se realizaron mediante talleres con el responsable de cada área funcional con el compromiso de ser transmitido a los funcionarios pertenecientes a cada equipo de trabajo.

7.1.2. Procedimientos.

Son 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 del Hospital.

Además establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004 define procedimiento como la forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (numeral 3.38). Este elemento se constituye en un estándar de control que establece los métodos o formas más eficientes y eficaces de operativizar las actividades de los procesos, permitiendo describir y comprender las relaciones entre áreas y flujos de información que se suceden en el proceso y la coordinación de las actividades.

La razón por la cual este elemento se encuentra en el Subsistema de Control de Gestión tiene que ver con la necesidad de velar constantemente por su aplicación dentro del ciclo PHVA sugerido también por la NTCGP 1000:200415

En este sentido, no es suficiente definir los procedimientos, sino hacer que se cumplan. En todo caso, lo que se haga en este elemento debe integrarse con lo definido en el Modelo de Operación por Procesos.

De acuerdo a los procesos definidos en el Elemento Modelo de Operación por Procesos, se hicieron reuniones a manera de entrevista para conocer con cada uno de los responsables de cada área funcional y de cada uno de los miembros del equipo la secuencia de sus actividades para el cumplimiento de su labor.

El equipo MECI realizó capacitaciones con grupos de trabajadores dándoles las instrucciones a seguir para el diseño de los procedimientos y dejando claro el Modelo de Operación por Procesos.

Después entramos en la etapa de describir y documentar cada una de las Actividades de los Procesos la forma en que éstas se realizan, determinando: El formato, una codificación y los elementos a tener en cuenta de cada unidad funcional.


 E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo	PROCEDIMIENTO O INSTRUCTIVO	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		APROBÓ:
		FECHA APROBACIÓN:
		UNIDAD FUNCIONAL:
Objetivo del procedimiento / instructivo		
Alcance del procedimiento / instructivo		
Población objeto		
Responsable del procedimiento / instructivo		
Definiciones		
Descripción de actividades		
Documentos y registros relacionados		

Figura 10. Formato de Procedimientos o Instructivos.

Se realizaron reuniones con el responsable de cada proceso para la aprobación de los documentos, se analizaron los procedimientos sugeridos para cada proceso, y se solicitaron los ajustes necesarios.

7.1.3. 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 del hospital.

Los Controles se diseñaron para las actividades, tomando como base los procesos identificados y las políticas de operación, con el fin de definir las acciones que nos lleven a reducir los riesgos; éstos deben ser suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.

Los Controles se clasifican en:

- Preventivos: aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo para prevenir su ocurrencia o materialización.
- Correctivos: aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable; también permiten la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.

Este elemento se realizó partiendo de la base que se obtuvo en el levantamiento del elemento análisis de los riesgos, llenando el formato MAPA DE RIESGOS (Identificación y el de análisis y valoración) seleccionando los riesgos inaceptables, importantes y moderados para la respectiva actividad, que requieran medidas de reducción según su calificación.

Con base en la revisión anterior, se diseñaron los Controles para los riesgos en orden de mayor a menor calificación.

Se determinó el tipo de control más conveniente para el manejo del riesgo, a saber, preventivo o correctivo con base en las posibles consecuencias de ocurrencia del riesgo, y las acciones de prevención consideradas para manejar el riesgo identificado.

Después se analizaron y aprobaron los Controles sugeridos para cada proceso, y se solicitaron los ajustes necesarios.

7.1.4. Indicadores.

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 generadas en el hospital, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes y de los procesos del hospital. A partir del Direccionamiento Estratégico y de la Caracterización de los Procesos se diseñan los Indicadores, cuya medición periódica permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los productos y servicios que éste genera para la ciudadanía o para las partes interesadas de la entidad.

Para su aplicación deben definirse las variables, las unidades de medida y los parámetros o metas frente a los cuales se medirá la gestión de los procesos, el desempeño de los servidores, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión de la entidad y el impacto de los resultados entregados a la ciudadanía y a las partes interesadas. Igualmente, se sugiere establecer rangos de gestión, donde se definan los valores máximos o mínimos que permitan mantener al indicador en condiciones de control y faciliten el uso de alertas.

De otra parte, en armonía con la Ley 872 de 2003 y del Decreto 4110 de 2004, las entidades deberán diseñar indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad:

- Indicadores de Eficiencia: establecen la relación entre los costos de los insumos y los productos de proceso; determinan la productividad con la cual se administran los recursos, para la obtención de los resultados del proceso y el cumplimiento de los objetivos.
- Indicadores de Eficacia: miden el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el Modelo de Operación.

- Indicadores de Efectividad (impacto): miden la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía o las partes interesadas.

Para la elaboración de los indicadores se diseñó un taller para explicarles la funcionalidad de los indicadores de gestión a los responsables de cada unidad funcional y a su equipo de trabajo.

El equipo MECI sugirió los indicadores y se determinaron los Factores Críticos de Éxito que deben tenerse en cuenta a nivel estratégico para la medición. Por factor crítico de éxito se entiende una variable o aspecto clave de un proceso de cuyo resultado depende el logro de los objetivos del mismo.

El siguiente paso fué diseñar los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para los procesos dependiendo de los factores críticos de éxito.

Luego se analizaron y aprobaron los Indicadores diseñados para los procesos, y se solicitaron los ajustes necesarios.

El paso a seguir fue determinar el tiempo de medición periódicamente (mensual, bimensual, semestral, entre otros) los resultados del indicador., para ser consignados en las caracterizaciones de los procesos.

7.1.5. 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 del Hospital, 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 trabajadores.

El diseño del Manual de Procedimientos (de Operación) de la entidad, le permite consolidar todos los lineamientos, políticas, normas o disposiciones internas generadas en el diseño de los componentes Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico, Administración de Riesgos y Actividades de Control, asegurando que contenga todos los aspectos necesarios para dirigir las operaciones de la entidad hacia el logro de sus objetivos. Así mismo, el Manual permite la estandarización del conocimiento de la operación del hospital y un lenguaje común alrededor de ella, convirtiéndose en un instrumento guía de la acción individual y colectiva de la entidad, fomentando el autocontrol y la autorregulación.

Para el diseño y adopción del Manual se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Acto Administrativo de adopción o modificación del Sistema de Control Interno.

- Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.
- Misión.
- Visión.
- Objetivos.
- Mapa de Procesos.
- Caracterización de Procesos incluyendo los indicadores y controles.
- Normograma de la entidad.
- Descripción de procesos.
- Mapa de riesgos.
- Calificación y Evaluación de los riesgos en las Actividades.
- Políticas de Operación.
- Políticas de Administración de Riesgos.
- Planta de Personal.
- Funciones, roles y responsabilidades.
- Niveles de Autoridad y Responsabilidad de Cargos.
- Manual de Funciones y Competencias Laborales.

El equipo MECI se reunió con el fin de establecer los criterios y parámetros necesarios para el diseño y construcción del Manual de Procedimientos (de Operación) del Hospital.

Con el establecimiento de los criterios y parámetros se diseña el Manual de Procedimientos (de Operación), teniendo en cuenta la integración de los componentes de Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Actividades de Control que ya se habían implementado con el fin de direccionarlo hacia el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

Después el comité MECI y la jefe de control interno se reunieron con el fin de analizar y aprobar el Manual de Procedimientos (de Operación), y solicitaron los ajustes necesarios.

7.2. COMPONENTE INFORMACIÓN.

Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados adquiere 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.

La Información comprende todos los ámbitos de la entidad y constituye un soporte al diseño, operación, evaluación y mejoramiento de los procesos y debe ser considerada como uno de los principales recursos o activos de la entidad. Por esta razón, es indispensable acceder a ella con rapidez y con facilidad, debe fluir sin ningún obstáculo y considerarse como un instrumento más que un fin.

Para obtener los beneficios proporcionados por la Información, es necesario conocer las necesidades de la ciudadanía, de las partes interesadas y las de la entidad, identificar sus fuentes y definir una estructura para su procesamiento y socialización. Como Componente de Control, la Información se estructura en los siguientes elementos:

- Información Primaria.
- Información Secundaria.
- Sistemas de Información.

7.2.1. Información Primaria.

Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes 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.

La Información Primaria proviene de fuentes externas y se procesa dentro de la entidad, circunscribiéndose a su entorno, es decir, las circunstancias con las que la organización está en permanente contacto con la ciudadanía, los proveedores, los contratistas, las entidades reguladoras, las fuentes de financiación y otros organismos; y por las variables que no están en relación directa ni constante con la entidad pero que afectan su desempeño, como el ambiente político, las tendencias sociales, las variables económicas, el avance tecnológico, entre otros.

La principal fuente de Información Primaria como elemento de control es la ciudadanía y las partes interesadas, por consiguiente, debe ser observada de

manera permanente con el fin de reducir los riesgos y optimizar la efectividad de las operaciones.

Para este elemento de control el hospital cuenta con el departamento de Atención al usuario en el cual se hacen las encuestas de satisfacción y además se atienden las quejas y reclamos de la ciudadanía en general.

Las quejas y reclamos son fuente de información sobre los incumplimientos institucionales; a través de éstos se puede conocer su origen, alcance, gravedad, impacto y frecuencia.

Un tratamiento de “producto no conforme” a las quejas y reclamos que se refieren a los productos o servicios entregados, es coherente con la aplicación de la norma de calidad NTCGP 1000:2004.

En el Hospital se encontró que se tenían identificados los entes externos con los cuales mantiene intercambio de información pero no se tenía formalizado en ningún documento.

La comunidad, los contratistas, los proveedores, los entes reguladores, las fuentes financieras y las ARS y EPS.

Con base en unos criterios establecidos y mediante el análisis de una parte del aplicativo para el diagnóstico del MECI dirigida a los servidores de la entidad, se estableció el grado de diseño e implementación de este elemento de control, para que se fijaran las normas de ajuste necesarias a su operación adecuada en el Sistema de Control Interno.

En entrevistas realizadas en el levantamiento de los procedimientos se pudo verificar que los responsables de cada proceso tienen claro cuales son las entidades reguladoras de orden nacional, departamental y municipal con las cuales se tiene contacto.

Posteriormente se analizó el diagnóstico Información Primaria y se adoptaron las acciones correspondientes para asegurar la existencia del Elemento de Control y fue aprobada por el Comité de Coordinación de Control Interno.

El hospital cuenta con una página web en la cual el usuario y la comunidad en general encuentra la historia, la misión y la visión de la empresa así como los términos de referencia en contratación y las tarifas de los servicios prestados sin embargo se tiene como proyecto la adecuación de una plataforma web con la cual los usuarios que en gran parte son del área rural del departamento y del oriente colombiano van a tener acceso vía internet a solicitar las citas sin necesidad de ir hasta las instalaciones del hospital, mejorando el servicio y presentándoles facilidades a los usuarios.

7.2.2. 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 obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la entidad pública.

La Información Secundaria es la información que se transforma en la ejecución de operaciones de la entidad. Toma como base la Información Primaria y la relacionada con los hechos financieros, económicos y sociales que se generan en el desarrollo de su función administrativa.

Proporciona elementos de juicio a la ciudadanía o partes interesadas, para que verifiquen y determinen el grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos por la entidad.

Para lograr una efectiva operación en la entidad, la información debe fluir sin ningún obstáculo; es un instrumento y no un fin; su aplicación abarca todos los ámbitos de la organización; constituye el soporte al diseño, operación, evaluación y mejoramiento de los procesos y debe ser considerada como uno de sus principales recursos o activos organizacionales.

Con base en unos criterios establecidos y mediante el análisis de una parte del aplicativo para el diagnóstico del MECI dirigida a los servidores de la entidad, se estableció el grado de diseño e implementación de este elemento de control, para que se fijaran las normas de ajuste necesarias a su operación adecuada en el Sistema de Control Interno.

Para la implementación de este componente se requirió de la identificación y estructuración de diferentes fuentes como el Manual de Procedimientos (de Operación), los resultados de información que generan los diferentes procesos, los informes elaborados, las actas de reuniones, los registros contables y de operación, entre otros.

En el manual de procedimientos se establecieron las caracterizaciones de los procesos los cuales arrojaron los resultados necesarios para este componente debido a que se identificaron plenamente las interacciones de los procesos, los cuales nos sirvieron para que cada unidad funcional y sus respectivos trabajadores se familiarizaran con las otras unidades con las cuales interactúa su proceso para cumplir a cabalidad con los objetivos de la institución.

7.2.3. Sistemas 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.

Constituyen el conjunto de tecnologías informáticas construidas, procedimientos diseñados, mecanismos de control implementados y asignación de personas responsables de la captura, procesamiento, administración y distribución de datos e información. Pretende agilizar la obtención de informes y hacer confiable la ejecución de las operaciones internas, al igual que las generaciones de datos e información dirigidas a la ciudadanía y a las partes interesadas. Como Elemento de Control, la Información requiere de una combinación de datos y hechos que conformen un Sistema en el que se

involucren estadísticas, información de planes y programas, análisis de costos e información interna a fin de determinar el comportamiento individual y colectivo de los procesos, facilitar y socializar la experiencia organizacional, sus aciertos, errores y la gestión realizada. Además, de generar información que permita la participación ciudadana y el control social.

Los Sistemas de Información, necesitan de un componente físico (hardware), de programas (software), recurso humano, y los datos que se pretende procesar para agregarle valor obteniendo información adicional de mayor soporte.

- El Componente Físico (hardware), es el medio utilizado para realizar la captura, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, es deseable que se utilicen las tecnologías de punta en almacenaje y procesamiento de datos para lograr una gestión oportuna y eficiente.
- Los Programas (software), son el conjunto ordenado de instrucciones dadas al computador y que son requeridas para el procesamiento de la información necesaria a la operación de los procesos.
- El Recurso Humano administra, opera, alimenta y utiliza los Sistemas de Información.
- La Información, ordenada y compilada en los diferentes niveles, es el producto entregado por los Sistemas de Información; igualmente se deben identificar los destinatarios, definir las características esperadas en términos de calidad, cantidad, oportunidad y forma de presentación.

Con base en unos criterios establecidos y mediante el análisis de una parte del aplicativo para el diagnóstico del MECI dirigida a los servidores de la entidad, se estableció el grado de diseño e implementación de este elemento de control, para que se fijaran las normas de ajuste necesarias a su operación adecuada en el Sistema de Control Interno.

Para este componente la entidad cuenta con los equipos de cómputo necesarios para la prestación del servicio además del software como SAHI y GILGARCO. Además cuenta con servicio de internet, y bases de datos para ser consultadas por los trabajadores del hospital.

Con el proyecto de la plataforma web se mejorarían estas condiciones por que entraría a operar el intranet y sería más fácil la difusión de la información e interacción entre los trabajadores de las diferentes áreas para cumplir a cabalidad con los objetivos de la empresa.

7.3. COMPONENTE COMUNICACIÓN.

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.

La Comunicación en las entidades públicas tiene una dimensión estratégica, al ser el factor que hace posible que las personas puedan asociarse para lograr objetivos comunes, en tanto involucre todos los niveles y procesos de la organización.

El diseño de la comunicación en las entidades debe plantear soluciones a la necesidad de divulgar los actos administrativos o de Gobierno, la gestión administrativa y a proyectar la imagen de la entidad. La comunicación es producto de:

- La manera como las entidades logran construir articulaciones internas que garanticen la necesaria coherencia entre su planteamiento estratégico y su actuación en la realidad cotidiana.
- El cabal cumplimiento de su responsabilidad de abrir el acceso a la información a los propios servidores y a la ciudadanía, como insumo fundamental para el conocimiento y la comprensión de sus procesos.
- Su capacidad de interactuar con otros actores colectivos o individuales para lograr el cumplimiento de sus propósitos misionales.

De otra parte, la interacción comunicativa es inherente al suministro de información oportuna y necesaria dentro de las entidades, para facilitar el desarrollo de los procesos y las actividades; garantizar la circulación suficiente y transparente de la información hacia las diferentes partes interesadas; y promover la participación ciudadana, la rendición de cuentas a la ciudadanía y el control social como mecanismos que permiten reorientar el quehacer institucional.

En procura de generar coherencia organizacional y de fortalecer el Ambiente de Control, las entidades deben estar en condiciones de proyectar hacia los servidores, mediante procesos de inducción y reinducción, alguna forma de convocatoria que fortalezca su compromiso y se proponga movilizar y generar pertenencia al propósito misional.

El Componente de Control Comunicación Pública se fundamenta en tres elementos:

- Comunicación Organizacional.
- Comunicación Informativa.
- Medios de Comunicación.

7.3.1. 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.

Con base en unos criterios establecidos y mediante el análisis de una parte del aplicativo para el diagnóstico del MECI dirigida a los servidores de la entidad, se estableció el grado de diseño e implementación de este elemento de control, para que se fijaran las normas de ajuste necesarias a su operación adecuada en el Sistema de Control Interno.

Tabla 16. Diagnóstico de Comunicación Organizacional.

	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	CALIFICACION	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA ESCRITA
1	Se determina claramente la información que será comunicada a los Servidores Públicos de la Entidad?			
2	Están establecidas las responsabilidades de comunicación interna que cada Servidor Público tiene con los demás Servidores para el ejercicio de sus cargos?			
3	Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y manera de llevarlos a cabo?			
4	Las partes interesadas adquieren comprensión sobre los propósitos de la Entidad a partir de los procesos de comunicación interna?			

De acuerdo a las preguntas realizadas en el diagnóstico sobre comunicación se tomó como base para la elaboración de este elemento que como se ha formulado en el componente de información, en el levantamiento de los procedimientos se caracterizaron los procesos pudiendo definir las interacciones entre las diferentes unidades funcionales, estableciendo unas entradas y unas salidas con sus respectivos proveedores y clientes.

7.3.2. Comunicación Informativa.

Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de la entidad pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés.

La Comunicación Informativa debe garantizar que efectivamente las prácticas de interacción de la entidad con las partes interesadas y la ciudadanía estén enfocadas a la construcción de lo público y a la generación de confianza, mediante la definición de políticas de comunicación y la formulación de parámetros que orienten el manejo de la información.

En este sentido, se hace necesario construir el concepto de la comunicación en la entidad como algo inherente a la cultura organizacional y no solamente como una práctica focalizada de manera exclusiva en la difusión de mensajes informativos; entendiendo, que la comunicación es la forma concreta de como se expresa la cotidianidad de la cultura de la entidad.

La Comunicación Informativa es uno de los mecanismos de apertura que deben implementar las entidades y que facilita la participación de la ciudadanía en la gestión pública.

La publicidad de la información y la interlocución con la ciudadanía y las partes interesadas es una condición necesaria para que se realicen los principios de la democracia participativa y de Democratización de la Administración Pública, tal como lo establece el capítulo VIII de la Ley 489 de 1998, ya que la información es la base de la participación. Un ciudadano bien informado sobre la gestión institucional podrá utilizar otras herramientas de participación ciudadana para involucrarse en la gestión (Ver política de Democratización de la Administración Pública, Art. 7 del Decreto 3622 de 2005).

El manejo de la información de las entidades hacia la ciudadanía y las partes interesadas supone la implementación de diversos mecanismos y estrategias que faciliten el acceso a la información sobre deberes y derechos de los ciudadanos y los servicios a los que puede acceder en su relación con la entidad, por ejemplo publicar programas y proyectos a desarrollar, publicitar documentos de interés, difundir información sobre contratos, realizar campañas de comunicación con sus usuarios y garantizar el uso de mecanismos legales para ejercer el derecho a la participación ciudadana.

Como un elemento adicional que facilita la Comunicación Informativa entre las entidades y las partes interesadas se deben adelantar estrategias permanentes de rendición de cuentas a la ciudadanía, a través de las cuales se responda públicamente por las funciones encomendadas, los recursos, los planes, programas y servicios asignados por la Constitución y las Leyes.

Con base en unos criterios establecidos y mediante el análisis de una parte del aplicativo para el diagnóstico del MECI dirigida a los servidores de la entidad, se estableció el grado de diseño e implementación de este elemento de

control, para que se fijaran las normas de ajuste necesarias a su operación adecuada en el Sistema de Control Interno.

Tabla 17. Diagnostico de Comunicación Informativa.

	COMUNICACIÓN INFORMATIVA:	CALIFICACION	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA ESCRITA
1	Se tienen definidas las partes interesadas externos a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la Entidad?			
2	Se tiene definida la información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados?			
3	Están establecidas claramente las responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos y actividades que configuran la operación de la Entidad?			
4	Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los públicos externos?			
5	Los procesos de Rendición de la Cuenta a los organismos de control del Estado son pertinentes y oportunos?			

Para este elemento se tuvo en cuenta el proyecto de la plataforma web mencionada anteriormente debido a que esta pretende implementar el intranet trayendo para la institución la herramienta que va a facilitar la comunicación entre los trabajadores y con la comunidad en general.

En el momento cuenta con internet, teléfonos, carteleras y con parlantes distribuidos por toda la planta física para la transmisión de la información.

7.3.3. 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 su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

Con base en unos criterios establecidos y mediante el análisis de una parte del aplicativo para el diagnóstico del MECI dirigida a los servidores de la entidad, se estableció el grado de diseño e implementación de este elemento de control, para que se fijaran las normas de ajuste necesarias a su operación adecuada en el Sistema de Control Interno.

Tabla 18. Diagnóstico de Medios de Comunicación.

	MEDIOS DE COMUNICACIÓN:	CALIFICACION	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA ESCRITA
1	Existe la responsabilidad por el manejo de los Medios de Comunicación para que satisfagan los fines perseguidos por la Comunicación Organizacional?			
2	Los medios de comunicación utilizados son coherentes con los propósitos de Comunicación Externa?			
3	Se mide la efectividad de los Medios de Comunicación sobre los públicos externos?			
4	Se mide la efectividad de los Medios de Comunicación sobre los públicos internos?			
5	Las diferentes instancias de la Entidad le dan un apropiado manejo a los Medios de Comunicación?			

El internet, los teléfonos, carteleros y los parlantes distribuidos por toda la planta física constituyen los medios de comunicación más relevantes dentro de la entidad, además de convenios con canales regionales para la difusión de campañas de salud mental que llegaran a la comunidad en general.

8. IMPLEMENTACIÓN DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005

8.1. FUNDAMENTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL 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 organización pública.³⁸

El Subsistema de control de evaluación desarrolla mecanismos de medición, evaluación y verificación, necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del sistema de control interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad; si todas las operaciones se realizan de conformidad con los principios de la función pública establecidos en la Constitución Política, la ley y las políticas trazadas por la dirección en atención a las metas u objetivos previstos.³⁹

Partiendo de los resultados de la evaluación de la efectividad del sistema de control interno se deberán originar las correspondientes acciones preventivas y correctivas encaminadas a solucionar los resultados o hallazgos negativos con el fin de mitigarlas y mejorar continuamente la gestión basada tanto en el sistema de control interno como el sistema de gestión de la calidad.

8.2. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.

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 tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad.⁴⁰

La Autoevaluación evalúa los controles y monitorea la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados por los procesos, evaluando su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito es tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.

³⁸ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

³⁹ Fuente: Información tomada de: Manual de Implementación MECI 1000:2005.

⁴⁰ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

8.2.1. Autoevaluación del Control.

Elemento de control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.⁴¹

La implementación de éste elemento se realizó por medio de la autoevaluación realizada en el aplicativo web del MECI en el cual se asignó una encuesta por componente a cada uno de los funcionarios que la jefe de control interno seleccionó basada en el conocimiento, experiencia y relación con el tema que cada funcionario tenía sobre el componente asignado. Los resultados de la autoevaluación hecha por cada funcionario al componente asignado, se reflejan en la Tabla 7. Comparación de los Resultados del Diagnostico de Cumplimiento del MECI 1000:2005 vs. Autoevaluación de Control y Evaluación Independiente del MECI 1000:2005.

El cumplimiento a éste elemento se explica más en detalle en el numeral 5.3 Informe Ejecutivo Anual Sobre el Avance de la Implementación del Modelo Estándar de Control interno MECI 1000:2005.

8.2.2. Autoevaluación de Gestión.

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.⁴²

Los indicadores de gestión se diseñaron durante las reuniones de gestión por procesos entre los responsables tanto de recolectar los datos de las variables que conforman el indicador, como los de analizarlos. Adicionalmente se realizaron varias capacitaciones en el manejo de indicadores y lectura de graficas para el análisis de resultados (Ver numeral 7.1.4).

Las reuniones de gestión por procesos, permitieron el análisis a fondo de cada uno de los procesos, lo que facilitó la identificación de las falencias y los factores críticos de éxito a los que se les debían realizar seguimiento, siendo éstos un insumo necesario para el diseño de los indicadores.

La falta de una cultura enfocada a la autoevaluación de la gestión por parte de los funcionarios, hizo, que aunque se realizaran capacitaciones en el fortalecimiento del análisis de indicadores, se evidenciara una relativa resistencia al cambio, debido a su poca experiencia en el manejo de esta herramienta de gestión y en la toma de decisiones basada en hechos, haciendo

⁴¹ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

⁴² Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

referencia a los resultados arrojados por los indicadores de gestión de los procesos que ejecutan.

Por tanto se debió realizar un acompañamiento más exhaustivo en las dependencias que demostraron poca recepción hacia la autoevaluación de gestión, orientándolos en la recolección de los datos, el análisis de los indicadores que según su frecuencia ya se encontraban en tiempo de hacerlo y en la elaboración de los informes de autoevaluación de la gestión de cada uno de sus procesos.

Como una medida que ayudara en la consecución de la autoevaluación de gestión en cada dependencia, se adicionó como una función más, la generación de los informes de la autoevaluación de gestión dentro de los instructivos del proceso de talento humano denominado “Competencias del Cargo” y en el manual de funciones. Los cargos que se tuvieron en cuenta para adicionar la función nombrada anteriormente, fueron aquellos que según la ficha técnica de los indicadores son los responsables de la recolección y análisis de los mismos.

8.3. 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 características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un 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.

8.3.1. 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.⁴³

La Oficina de control interno o quien haga sus veces es la responsable de realizar la Evaluación del Sistema de control Interno observando siempre un criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

El cumplimiento a éste elemento se explica detalladamente en el numeral 5.3 Informe Ejecutivo Anual Sobre el Avance de la Implementación del Modelo Estándar de Control interno MECI 1000:2005.

⁴³ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

8.3.2. Auditoría Interna.

La planificación y ejecución de éste elemento es explicada detalladamente en el Capítulo 10. AUDITORIA INTERNA.

8.4. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.

Conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias 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 autoevaluación, de evaluación independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control.

El objetivo primordial de los planes de mejoramiento es promover que los procesos de la Empresa se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas; y a la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo como el PHVA entre otras.

8.4.1. Plan de Mejoramiento Institucional.

Elemento de control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos debe operar la entidad para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la norma de creación y la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas.⁴⁴

Para el cumplimiento de este elemento se decidió por parte de la jefe de control interno tomar como plan de mejoramiento institucional el que consolida las recomendaciones y hallazgos generados por las auditorías realizadas por entes externos como la contraloría general de la nación, y las auditorías externas al sistema de gestión de la calidad y el sistema de control interno, ejecutadas por entes certificadores como ICONTEC, SGS entre otros.

Por tanto para la consecución del plan de mejoramiento se realizaron reuniones dirigidas por la subdirección administrativa, con cada uno de los directamente responsables de los hallazgos identificados, con el fin de analizarlos y tomar las acciones necesarias que ayudaran a eliminar dichos hallazgos.

Una vez generadas las acciones de mejora entre los responsables de los hallazgos y a subdirección administrativa se elaboró el plan de mejoramiento institucional, documento que se incluyó en el sistema de gestión de la calidad como un registro del proceso de control interno. El plan de mejoramiento

⁴⁴ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

institucional no se permitió anexar al presente libro, por órdenes emanadas de la Gerencia.

Para el seguimiento al plan de mejoramiento la oficina de control interno, se reunió periódicamente con los responsables de ejecutar cada acción, con el fin de que se le diera el cumplimiento respectivo.

8.4.2. Planes de Mejoramiento por Procesos.

Elemento 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.⁴⁵

Para el cumplimiento de este elemento se decidió por parte de la oficina de control interno, tomar como plan de mejoramiento por procesos aquel que consolide las recomendaciones y hallazgos generados durante las auditorías internas y las autoevaluaciones de gestión de cada proceso.

Por tanto la elaboración del plan de mejoramiento por procesos, fue realizada por la jefe de control interno en conjunto con los funcionarios auditados a los cuales se les identificó el hallazgo, generando las acciones de mejora necesarias para eliminar o controlar dichos hallazgos. El documento del plan de mejoramiento se incluyó en el sistema de gestión de la calidad como un registro del proceso de control interno (Ver Anexo No. 022 Plan de Mejoramiento por Procesos).

El seguimiento al plan de mejoramiento fue realizado por la jefe de control interno de forma semanal con cada uno de los responsables de ejecutar las acciones, buscando darle cumplimiento a los objetivos propuestos para el presente proyecto en el tiempo programado. Dentro del plan de mejoramiento se generaron 24 acciones de mejora para 18 hallazgos identificados durante la auditoría interna, las cuales se han ejecutado en un 75%, dándole un cumplimiento significativo al plan.

Las acciones de mejora que aun no han sido ejecutas equivalentes al 25% restante, son debido a su ejecución amerita la disponibilidad de recurso humano, físico y económico por parte de la Empresa, el cual no se encontraban presupuestados.

8.4.3. 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

⁴⁵ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.⁴⁶

Para el cumplimiento de este elemento se tomó la decisión de asumir el plan de mejoramiento individual como una parte implícita en los planes de mejoramiento institucional y de procesos, debido a que en cada plan siempre existirá un responsable de ejecutar las acciones que directa o indirectamente hacen parte de los procesos donde el funcionario realiza sus actividades, haciendo que mejore su desempeño individual en la medida que desarrolle dichas acciones.

⁴⁶ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

9. NORMOGRAMA INSTITUCIONAL.

La gestión y la operación de todos los procesos de una Entidad Pública parten de las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario y de autorregulación que lo reglamentan, sean estas de origen externo o interno, siendo requisito indispensable para su operación el conocimiento de ellas por parte de los servidores públicos en lo concerniente a los procesos que gestionan, ejecutan u operan.

Para una efectiva operación y a fin de garantizar los objetivos de cumplimiento del control interno, se hizo necesario por parte de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo identificar y establecer las normas que aplican a cada proceso, consolidándolas en un documento final denominado NORMOGRAMA.

El Normograma es un instrumento que le permite a las entidades delimitar su ámbito de responsabilidad, tener un panorama claro sobre la vigencia de las normas que regulan sus actuaciones, evidenciar las relaciones que tiene con otras entidades en el desarrollo de su gestión, identificar posible duplicidad de funciones o responsabilidades con otros entes públicos y soportar sus planes, programas, procesos, productos y servicios.⁴⁷

9.1. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Una vez generada la necesidad de identificar la normatividad que reglamenta y regula a la Empresa, el equipo MECI se reunió con el fin de establecer la manera de recolección de la información e identificar la normatividad que debía recolectar de cada una de las dependencias de la Empresa, entre las cuales se identificaron las siguientes:

- Competencias, responsabilidades y cometidos asignados por la Constitución Política.
- Leyes y Decretos que asignan funciones a la Empresa.
- Decretos ordinarios o reglamentarios que asignen funciones a la Empresa.
- Leyes y Decretos que contemplen la relación de la Empresa con otras entidades con las cuales se debe entrar en contacto para el ejercicio de las competencias, responsabilidades y funciones.
- Otras normas que, así no asignen responsabilidades o funciones, deban tenerse en cuenta para el desarrollo de la gestión de la Empresa.
- Normas en transito que afecten, negativa o positivamente, la gestión de la Empresa.

⁴⁷ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

- Resoluciones y demás disposiciones que regulan todos los aspectos internos de la Empresa.

Respecto a la forma de recolectar la información normativa se optó por hacer una repartición de dependencias y/o procesos entre los miembros del equipo MECI con el fin de que cada uno recolectara las Leyes, Decretos, Resoluciones y normas de las áreas de conocimiento de cada dependencia o proceso asignado.

Las dependencias fueron asignadas a los miembros del equipo, según el cargo o disciplina que ejecutan dentro de la Empresa, con el fin que tuviera relación con las áreas de conocimiento de cada dependencia o proceso.

Por tanto cada miembro del equipo se encargó de buscar la normatividad por medio de asesorías externas, consultas de Internet y documentación de la Empresa relacionada con el tema.

Una vez recopilada y consolidada la información normativa por dependencias se realizaron pequeñas reuniones con el fin de depurar dicha información adicionando y eliminando lo que parecía pertinente teniendo como criterio importante el tipo de normatividad definida en la reunión del equipo MECI nombrada anteriormente, ya que el normograma también contemplaba aquellas normas que afecten a la empresa no solo directa sino indirectamente.

9.2. ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DEL NORMOGRAMA.

Después de depurar la información normativa se elaboró el documento final del normograma y se envió lo referente a la parte asistencial al subdirector científico y lo administrativo a la subdirectora administrativa con el objetivo de revisarlo y darle el visto bueno para presentarlo ante el comité coordinador de control interno.

Durante la reunión celebrada por el comité coordinador de control interno se aprobó el Normograma dando certeza en el acta de comité y se acordó incluir el normograma como un instructivo (Ver Anexo No. 023 Normograma) y se controlara por el sistema de gestión de la calidad y haciendo parte del proceso de control interno.

El Normograma cuenta con las siguientes partes así:

NORMOGRAMA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO		
UNIDAD FUNCIONAL	LEY - NORMA - ARTICULOS	ASUNTO

Buscando estandarizar la actualización del normograma el comité también acordó que el instructivo (Ver Anexo No. 023 Normograma) adicionalmente, describiera paso a paso como realizar dicha actualización, el responsable de hacerla y demás aspectos relevantes a este procedimiento.

La difusión del normograma se realizó de las siguientes maneras:

- Aprobando el Instructivo con su respectivo código y versión en el comité coordinador de control interno.
- Socializando el Normograma y todo lo referente a su actualización en cada dependencia.
- Cargando actualizado el Normograma en la pagina Web o intranet de la Empresa con el fin de que pueda ser consultado por todos los funcionarios de la misma.

10. AUDITORIA 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.⁴⁸

La auditoría interna se constituye en una herramienta de retroalimentación del sistema de control Interno, que analiza las debilidades y fortalezas del control, así como el desvío de los avances en las metas y objetivos trazados, influyentes en los resultados y operaciones propuestas en la Empresa.

Su propósito es hacer recomendaciones imparciales a partir de evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, los planes, los programas, proyectos y procesos, así como sobre irregularidades y errores presentados en la operación de la Empresa, apoyando a la gerencia en la toma de decisiones necesarias para corregir las desviaciones, sugiriendo las acciones de mejoramiento correspondientes.

La auditoría interna que se realizó dentro de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, fue en su totalidad, involucrando todos los procesos, planes, programas que conforman la Empresa.

Debido a que se encontraba simultáneamente ejecutándose la implementación del sistema de gestión de la calidad dentro de la Empresa, se debió celebrar una reunión extraordinaria del comité coordinador de control interno, con el fin de aclarar la diferencia en los objetivos que buscaban la auditoría de cada sistema y decidir sobre la ejecución de una sola auditoría que abarcara ambos sistemas o ejecutar las auditorías por separado.

Dentro de la reunión se llegó a la conclusión de realizar las auditorías de forma independiente, teniendo en cuenta que la auditoría del sistema de gestión de la calidad, en su informe final debía contemplar los hallazgos que se evidencien de la auditoría del sistema de control interno que puedan ser identificados como no conformidades, según los criterios y objetivos establecidos para la auditoría del sistema de gestión de la calidad. Lo anterior basado en que la auditoría del sistema de control interno también abarca los procesos de la Empresa los cuales se encuentran documentados según los lineamientos del sistema de gestión de la calidad, soportando esto aun más, la decisión tomada por el comité.

⁴⁸ Fuente: Información tomada de: Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

10.1. PROGRAMA DE AUDITORIA.

Para la ejecución de las auditorias se partió de la elaboración del programa de auditoría anual el cual contempló la auditoria al sistema de control interno, la auditoria al sistema de gestión de la calidad y las demás auditorias inherentes a las funciones de la oficina de control interno, como auditorias a las cuentas por pagar, las cuentas por cobrar, la contratación, la nómina de personal, inventarios, activos fijos, entre otras (Ver Anexo No. 024 Programa de Auditoría Anual).

Para el programa de auditoría anual se establecieron los siguientes objetivos, a los cuales se les dará cumplimiento dependiendo la auditoria que se realice:

- Evaluar la conformidad del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo respecto al cumplimiento de los elementos y componentes establecidos por el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. Este objetivo se cumplió con las auditorias del sistema de control interno.
- Evaluar la conformidad del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo respecto al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica Colombiana NTCGP 1000:2004. Este objetivo se cumplió con las auditorias del sistema de gestión de la calidad.
- Evaluar la eficacia en las actividades y operaciones más relevantes de la Empresa que contemplan aspectos legales de obligatorio cumplimiento. Este objetivo se cumple con las auditorias internas independientes a las cuentas por pagar, cuentas por cobrar, inventarios etc, inherentes a las funciones de la oficina de control interno.
- Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento. Este objetivo se cumple con todas las auditorias que se contemplen en el programa.

Dentro del programa de auditoría anual también se contempló a parte de los objetivos de las auditorias; el alcance del programa, la duración de cada auditoria, la metodología para ejecutar la auditoria, el responsable de gestionar el programa de auditoria, los procesos auditados, el auditor y el auditado (Ver Anexo No. 024 Programa de Auditoría Anual). El programa se incluyó dentro del sistema de gestión de la calidad como un registro del proceso de planeación y gestión de la calidad.

Respecto al auditor se estableció como auditor líder a la jefe de control interno cumpliendo con lo exigido legalmente para las auditorias del sistema de control interno y las auditorias de cuentas por pagar, inventarios entre otros y el coordinador de planeación para las auditorias del sistema de gestión de la calidad.

El programa se presentó ante el comité coordinador de control interno para su respectiva socialización y aprobación.

10.2. PREPARACIÓN DE LA AUDITORIA.

Una vez aprobado el programa de auditoria anual se definieron los objetivos de cada auditoria con el fin de que se identificara lo que se iba a lograr, el alcance describiendo la extensión y los límites de las auditorias tales como ubicación, dependencias, procesos y actividades de la Empresa que se auditaron, el periodo de tiempo cubierto por cada auditoría, los criterios de auditoría y la viabilidad de la auditoría por parte de la jefe de control interno como auditora líder, considerando factores tales como: la disponibilidad de tiempo, recursos, documentación, objetivos, criterios técnicos, asesor, acompañante y la cooperación adecuada del auditado.

Después de determinar los aspectos anteriores se definió el equipo auditor conformado por el auditor líder nombrado anteriormente, en compañía de una psicóloga de la dependencia de hospital de día, como auditora en formación y el subdirector científico adscrito a la Empresa como experto técnico, en lo concerniente a la parte asistencial.

Tanto el auditor líder como el equipo auditor basaron la realización de sus actividades de auditoria según el procedimiento de auditorias internas incluido en el sistema de gestión de la calidad en el proceso de planeación y gestión de la calidad (Ver Anexo No. 025 Procedimiento de Auditora Interna).

Establecidos los aspectos relevantes a la auditoria se dio inicio a la revisión de la documentación de cada proceso pertinente al sistema de control interno, incluyendo los registros y la determinación de su adecuación con respecto a los criterios de auditoría.

Una vez revisada la documentación del sistema de control interno se elaboró el plan de auditoría (Ver Anexo No. 026 Plan de Auditoría) para aquellas que aportaban al cumplimiento del objetivo encaminado a evaluar la conformidad del sistema de control interno como se nombró anteriormente. Adicionalmente se asignaron las tareas y responsabilidades al equipo auditor y se elaboró la lista de chequeo como herramienta indispensable para los auditores, ya que a través de ella se estructuró la entrevista y se garantizó que se revisen en la auditoria los aspectos relevantes sin omitir alguno.

10.3. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.

La auditoría inició con una reunión de apertura, en la que se tocaron los siguientes aspectos:

- Presentación del auditor líder y el equipo auditor, incluyendo algunas de sus funciones más relevantes.

- Confirmar el plan de auditoría; objetivos, alcance, criterios de auditoría, fecha y hora de las auditorías y las reuniones de cierre.
- Proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de auditoría.
- Confirmación de los canales de comunicación formal entre el equipo auditor y el auditado.
- Confirmación de que durante la auditoría, el auditado estaría informado del progreso de la misma.
- Confirmación de los recursos, instalaciones que el equipo auditor solicitó se encontraban disponibles.
- Por último se le permitió al auditado la oportunidad de realizar preguntas con respecto a las auditorías y darle la respuesta correspondiente.

Concluida la reunión de apertura, se prosiguió a las actividades de campo con el fin de comenzar con las reuniones de auditoría de cada uno de los procesos según el orden establecido en el plan de auditoría. Las reuniones realizadas con cada uno de los auditados siguieron el siguiente esquema:

- Introducción en la cual se verificó el conocimiento por parte de los auditados, del plan de auditoría, para garantizar la claridad en la misma, en lo concerniente al objetivo y las actividades a ser realizadas.
- Seguidamente el auditor realizó preguntas y solicitó evidencias siguiendo las listas de chequeo elaboradas.
- Una vez recolectadas las evidencias el auditor realizó el correspondiente registro de los hallazgos y las observaciones que le permitieron soportar la elaboración del informe final de la auditoría.
- Por último se realizó la reunión de cierre con el auditado donde se expone de forma general por parte del auditor los hallazgos, observaciones y conclusiones más relevantes de la auditoría.

10.4. INFORME DE AUDITORIA.

Una vez ejecutada la auditoría, se elaboró el informe final (Ver Anexo No. 027 Informe Final de Auditoría) en base a los hallazgos registrados durante la misma y se distribuyó a cada una de las dependencias auditadas, realizando su respectiva retroalimentación. Cada responsable del proceso, tuvo la tarea de dar inicio a la definición de las acciones correctivas necesarias para eliminar las no conformidades encontradas.

Adicionalmente el informe final de auditoria se entregó a la oficina de planeación y gestión de la calidad, como responsable de la gestión del programa de auditoria anual, con el fin de cumplir lo establecido en el procedimiento de auditorias internas del procesos de calidad y a su vez poder analizar cada uno de los hallazgos expuestos para identificar cuales de estos deben ser tratados como no conformidades según el sistema de gestión de la calidad y así, tratar de eliminarlos en conjunto con el auditado según lo establecido en el procedimiento de administración de acciones correctivas y preventivas, el cual también hace parte del proceso de calidad de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

El seguimiento a las acciones correctivas definidas por los auditados se explica detalladamente en el numeral 8.4 del presente libro.

11. CONCLUSIONES.

Mientras se mantenga de forma aislada el campo de la salud mental por parte del Estado Colombiano, evidenciado en la no inclusión dentro del plan obligatorio de salud POS, los hospitales, específicamente públicos, especializados en el campo de la salud mental, no podrán aumentar su demanda y siempre tendrán limitado su crecimiento, viendo en su mayor cliente a las secretarías de salud y alcaldías, las cuales al beneficiar solo a las comunidades más vulnerables exigen implícitamente precios bajos en los servicios prestados por el hospital.

La adopción de un modelo de operación por procesos, aumento del desempeño del proceso y de los responsables del mismo, ya que les permitió incorporar controles que les facilitaron el desarrollo de sus actividades y a su vez les permitió por medio de la caracterización del proceso identificar más fácilmente los actores con quienes interactúan mejorando el flujo de información entre las dependencias.

La elaboración de los mapas de riesgos permitió que los funcionarios identificaran más fácilmente los eventos potenciales en los cuales podrían incurrir, facilitando la inclusión de controles los cuales se estandarizaron y se documentaron evitando el surgimiento de riesgos que afectarían el normal desarrollo de las actividades.

Para asegurar la correcta implementación y mantenimiento del sistema de control interno, es indispensable contar con funcionarios motivados y comprometidos en la consecución de los objetivos.

El desarrollo del proyecto permitió mejorar el grado de cumplimiento de los elementos establecidos por el modelo estándar de control interno evidenciado en un aumento del 55% (total 85%), haciendo que la empresa cumpla con lo exigido por los entes reguladores en el plazo establecido.

Uno de los inconvenientes más relevantes que puede tener la implementación de un sistema de control interno o un sistema de gestión de la calidad, es la resistencia al cambio de algunos funcionarios, lo cual no depende de nivel de escolaridad ni de la posición social sino de la falta de actitud y ganas de aprender cosas nuevas; aspectos negativos que en algunos casos son generados desde la alta dirección de una empresa.

El desarrollo del proyecto obtuvo un gran impacto dentro de la empresa, ya que se modificaron la mayoría de las dependencias, se determinaron nuevos procedimientos, y se crearon nuevos procesos, políticas y estrategias que dieron inicio a un cambio cultural al interior de la misma.

El reclutamiento y la selección del personal son actividades que ameritan un mayor compromiso por parte de la alta dirección, siendo esta la encargada de mantener las condiciones planificadas respecto a las competencias del cargo,

definidas en el manual de funciones, pensando en la empresa y no en los intereses comunes emanados de los aspectos políticos que influyen directa o indirectamente en ella.

Implementar de forma paralela el sistema de control interno y el sistema de gestión de la calidad evitó no incurrir en reprocesos y duplicidad de actividades. Adicionalmente permitió relacionar aspectos que cada norma no contemplaba en común, aumentando el desempeño de los elementos y requisitos exigidos por ambos sistemas.

12. RECOMENDACIONES.

Es importante que se tome desde la alta dirección la decisión de aplicar a la certificación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma ISO 9001:2000, con el fin de traer beneficios a la Empresa que contribuyan a mejorar, la imagen corporativa, la gestión interna y externa, las condiciones de los convenios con las secretarías, alcaldías, EPS, entre otros aspectos. De no ser ésta la decisión por parte de la Empresa, es recomendable que comiencen un nuevo proceso en busca de la acreditación institucional a nivel salud, ya que en la actualidad esta teniendo un auge muy fuerte en las IPS.

Las oficinas de Planeación y control interno deberían contar con profesionales contratados por periodos más largos, ya que son cargos que ameritan un conocimiento mas profundo de todos los procesos, proyectos y programas de la Empresa. Facilitando en mantenimiento tanto al sistema de control interno como al sistema de gestión de la calidad y el seguimiento a las acciones que se generen en busca del mejoramiento continuo en la gestión de la Empresa, expuesta por ambos sistemas.

Los planes de mejoramiento institucional y por procesos deben revisarse o hacerles seguimiento, no solo por la oficina de control interno, sino por la alta dirección o un representante de la misma, que tenga la capacidad de tomar decisiones que ameriten la disponibilidad de recursos económicos, físicos entre otros, que permitan el adecuado desarrollo de las acciones de mejora propuestas.

A pesar de la pertinencia de contemplar las funciones del sistema de gestión de la calidad en el comité de control interno, permitiendo la articulación en las decisiones a tomar, es indispensable que los integrantes del comité tengan claro las diferencias y los aspectos en común que ambos sistemas tienen con el fin de que no se desvíe el curso de las reuniones y se tomen las decisiones adecuadas en el momento adecuado.

Generar espacios de formación y capacitación mas asequibles para los funcionarios que en su momento se encuentren laborando, especialmente con el personal medico-asistencial, permitiéndoles participar en la formación de temas de su interés, por medio del manejo de turnos, reemplazos y variedad en los horarios de capacitación.

Como una medida que permita contar con funcionarios dispuestos a desarrollar todos los aspectos contemplados por el sistema de control interno, se hace relevante el correcto desarrollo de las actividades de inducción y reinducción, como espacios que genere el compromiso en los funcionarios recién vinculados con la empresa, tanto a nivel de gestión de la calidad como de control interno.

Tener en cuenta el apoyo brindado por entidades como el SENA, las cajas de compensación, las ARP, entre otras, para la ejecución de actividades que

contribuyan al mejoramiento continuo, al aumento del desempeño de la empresa y al bienestar y crecimiento profesional de los funcionarios.

Mantener el sistema de indicadores de gestión y ejecutar disciplinadamente las autoevaluaciones de la gestión en cada uno de los procesos y según el análisis y los resultados obtenidos generar las acciones de mejora correspondientes.

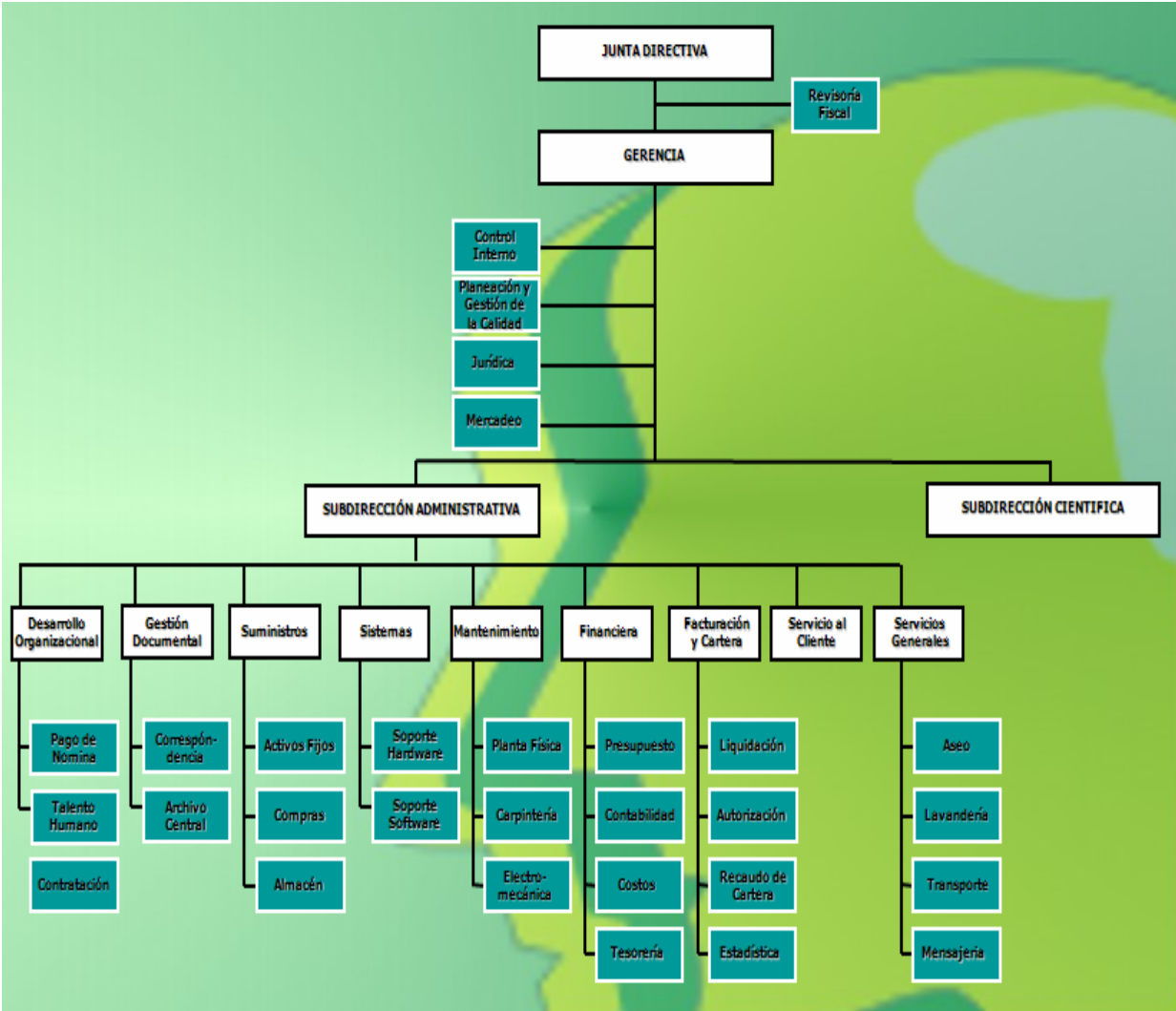
Contar con el procedimiento de acciones correctivas y preventivas, y con cada uno de los formatos correspondientes, para el desarrollo de las acciones generadas por los hallazgos de las auditorías externas como las de la contraloría general de la nación.

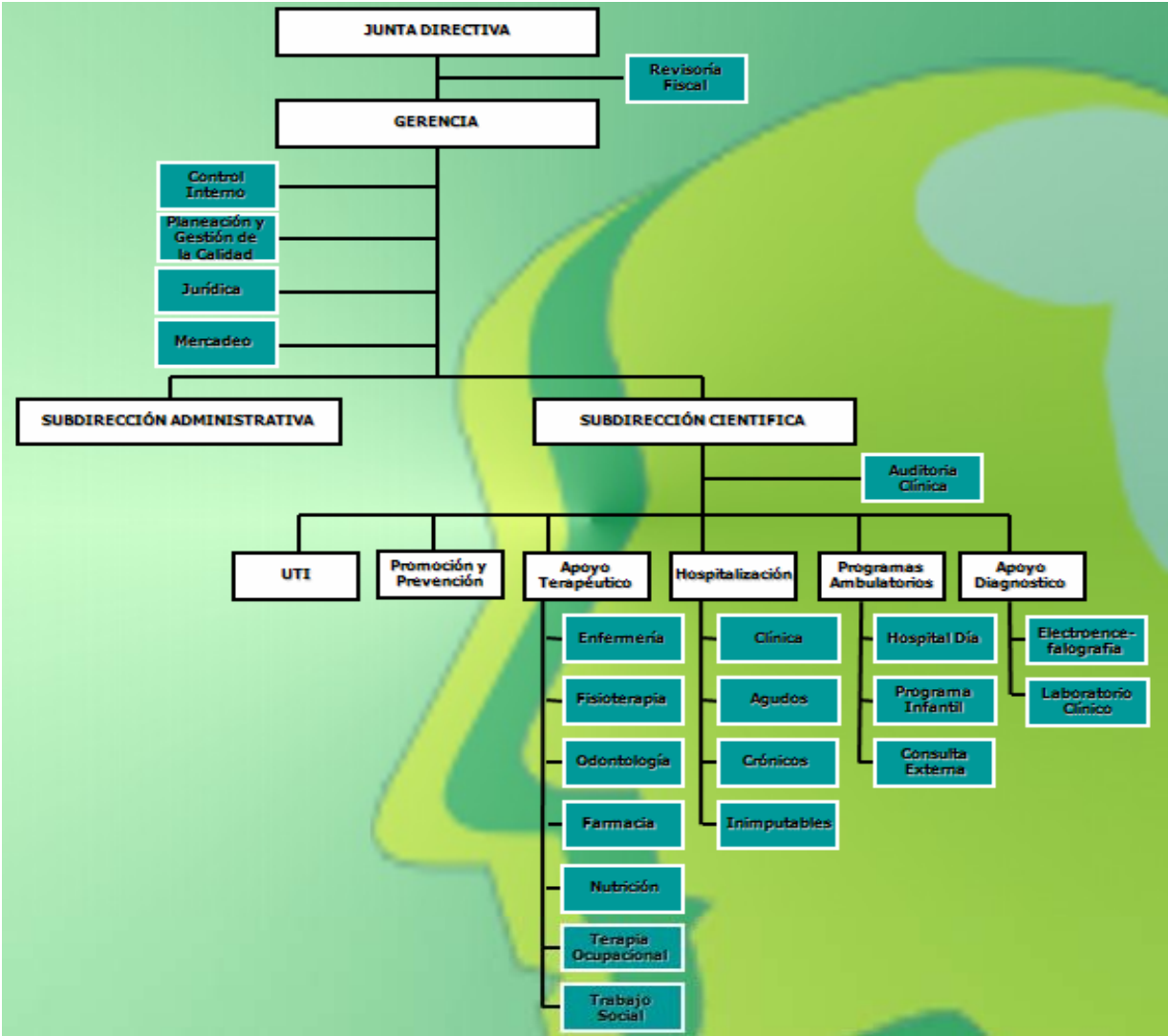
BIBLIOGRAFIA

- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005. Bogota D.C.
- ORTIZ PIMIENTO, Néstor Raúl. Análisis y mejoramiento de los procesos de la empresa. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 1999.
- BELTRÁN JARAMILLO, Jesús Mauricio. Indicadores de Gestión: herramientas para lograr la competitividad. 2ª ed. Bogotá: 3R editores, 1999.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control interno MECI 1000:2005. Bogota D.C.
- ICONTEC NTC 5254, Administración de Riesgos.
- BROWN, Gerard. El diagnóstico de la empresa. España: Ibérico Europea de Ediciones, S. A, 1972.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Norma ISO 9000: 2000 y 9001:2000. Bogota D.C.
- NORMA TECNICA COLOMBIANA PARA LA GESTIÓN PÚBLICA NTC GP 1000:2004. Bogota D.C.
- Decreto Colombiano 4110 de 2004.
- Ley Colombiana 872 de 2003.
- Ley 87 de 1993. Normas para el ejercicio del control interno.
- Decreto 1599 de 2005. Adopción del MECI en las Entidades Públicas.
- www.scamilo.gov.co
- www.dafp.gov.co/MECI
- Documentos de información institucional de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- Catalogo de Servicios de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

ANEXOS

ANEXO No. 001
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE
LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
SAN CAMILO





ANEXO No. 002
CIRCULAR No. 003 DE 2005

**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL
CIRCULAR No.03 DE 2005**

PARA: REPRESENTANTES LEGALES, JEFES DE OFICINA DE CONTROL INTERNO O QUIENES HAGAN SUS VECES, DE LAS ENTIDADES Y ORGANISMOS PÚBLICOS DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL.

DE: PRESIDENTE DEL CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL.

ASUNTO: LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO – MECI 1000::2005.

FECHA: 27 de Septiembre de 2005.

El 20 de mayo de 2005 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1599 “*Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano*” MECI 1000:2005, el cual en su artículo 3º establece: “*El Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP- administrará y distribuirá para todas las entidades del Estado obligadas conforme el Artículo 5º de la Ley 87 de 1993, los instrumentos necesarios para el diseño, desarrollo e implementación de cada uno de los elementos, componentes y subsistemas del Modelo Estándar de Control Interno*”.

A la fecha el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, se encuentra realizando los ajustes a dichos instrumentos, conforme a las políticas transversales y complementarias al control interno, generadas recientemente por el Gobierno Nacional, tales como gestión de la calidad, empleo público, desarrollo organizacional, racionalización de trámites, entre otras.

Así las cosas, mientras se expide el Manual de Implementación del MECI 1000:2005, las entidades a que hace referencia el artículo 5º de la Ley 87 de 1993, deberán aplicar los lineamientos generales establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP en la presente Circular, para dar inicio a la ***Etapa 1 de Planeación al Diseño e Implementación del Sistema de Control Interno***, en aras de continuar con el proceso de fortalecimiento a su Sistema de Control Interno Institucional, conforme a la nueva estructura de control propuesta por el MECI 1000:2005.

Dichos lineamientos generales son los siguientes:

- 1. Compromiso de la Alta Dirección:** El representante legal, conjuntamente con su equipo directivo deberán suscribir y difundir en toda la Entidad un ***Acta de Compromiso***, donde hacen manifiesto su interés en coadyuvar de manera directa y recurrente en la implementación del MECI 1000:2005.
- 2. Acto Administrativo:** Para efectos de dar cumplimiento al artículo 1º del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, que establece: “*Adoptase el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme el artículo 5º de la Ley 87 de 1993*”, ***Primer Acto Administrativo*** que autorregule el Sistema de Control Interno de la Entidad, por medio del cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005,
- 3. Designación del Representante de la Dirección:** El Representante Legal de la Entidad, como único responsable de establecer, desarrollar y mantener el Sistema de Control Interno, designará a un ***Directivo de Primer Nivel*** de la respectiva Entidad, distinto al Jefe de la Oficina de Control Interno, para efectos de garantizar la eficiencia.
- 4. Organización del Equipo de Trabajo Institucional:** La entidad deberá contar con un Equipo de Trabajo Institucional con diferentes niveles de autoridad y responsabilidad frente al Control Interno, conformado por tres (3) grupos así:

- a) Un primer grupo **directivo**, que corresponde al ya conformado Comité de Coordinación de Control Interno,
 - b) Un segundo grupo **operativo**, que se denominará **Equipo MECI**, tendrá bajo su responsabilidad adelantar los procesos de diseño, apoyo y coordinación con las diferentes dependencias organizacionales,
 - c) Un tercer grupo **evaluador**, Integrado por el Jefe de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quien haga sus veces en la respectiva Entidad tendrán bajo su responsabilidad la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del MECI 1000:2005.
5. **Procesos de Sensibilización y Socialización del MECI 1000:2005:** Es necesario que se adelante un proceso de sensibilización y socialización para todos los servidores de públicos de la Entidad.
6. **Capacitación del MECI 1000:2005:**El Equipo MECI y demás servidores que se consideren pertinentes dentro de la Entidad, deberán capacitarse tanto sobre el marco Conceptual como el manual de Implementación del MECI 1000:2005.
7. **Elaboración del Autodiagnóstico: El Representante de la Dirección**, con el apoyo del **Equipo MECI**, deberá adelantar el **Autodiagnóstico** al Sistema de Control Interno existente en la Entidad, realizando un análisis individual y exhaustivo de cada uno de los Subsistemas, componentes y Elementos
- a) **Preparación del Diagnóstico:** Definir el alcance, objetivos y cronograma de actividades del mismo.
 - b) **Realización del Diagnóstico:** Determinar las diferencias que existen entre el Sistema de Control Interno implementado en la Entidad, frente a cada uno de los Elementos del MECI 1000::2005.
 - c) **Cierre del Diagnóstico:** Elaborar el Informe sobre los resultados del Diagnóstico realizado y presentarlo ante el Comité de Coordinación de Control Interno para efectos de estructurar el Plan de Trabajo que orientará la Implementación del MECI 1000:2005.

Es importante precisar que el establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, será responsabilidad de la máxima autoridad de la Entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva Entidad (responsabilidad de Todos), por tal razón la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces **no debe participar de manera directa en las acciones de diseño e implementación del MECI 1000:2005**, respetando así su rol de Evaluador Independiente.

Por último, es importante anotar que tal como lo establece el artículo 3º del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP,, como instancia rectora en la materia, es el encargado de administrar y distribuir para todas las entidades del Estado, los instrumentos necesarios para el diseño, desarrollo e implementación de cada uno de los Elementos, componentes y Subsistemas del MECI 1000:2005, por tal razón el Manual de Implementación que expida este Departamento se constituye **en el único documento oficial**.

Cordialmente,

FERNANDO GRILLO RUBIANO
Presidente

ANEXO No. 003
ACTA No. 001 COMPROMISO DE LA
ALTA DIRECCIÓN

ACTA No. 001

Lugar y fecha: Bucaramanga, 27 de Diciembre del 2007

La **Dra. LIPSAMIA RENDÓN CROSS**, conjuntamente con el Equipo Directivo **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO** manifiestan su interés de coadyuvar de manera directa y recurrente a la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 a través de la expedición de un acto administrativo por medio del cual se adopta y reglamenta el Modelo Estándar de Control Interno, en cumplimiento del mandato constitucional y legal de **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO** de Bucaramanga y en particular a lo establecido en el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005.

El Sistema de Control Interno que se adopta, se constituirá en un instrumento gerencial que permita el cumplimiento de los objetivos fijados a la Entidad en desarrollo de su función institucional y el mejoramiento de la gestión, así como la cualificación del ejercicio del Control Interno con el fin de garantizar la eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus fines sociales.

Esta herramienta fundamental, le permitirá a la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO** de Bucaramanga desarrollar, implementar y mantener en operación el Sistema de Control Interno establecido en la Ley 87 de 1993. Con base en este Modelo Estándar de Control Interno se busca unificar criterios y parámetros básicos de Control Interno, procurando construir la mejor forma de armonizar los conceptos de control, eliminando la dispersión conceptual existente, permitiendo una mayor claridad sobre la forma de desarrollar la función administrativa del Estado.

Este Sistema se constituye en una herramienta de control que tiene la ciudadanía para analizar el grado de gestión de la Entidad, contribuye a la calidad de la gestión institucional, a la calificación de los Planes de Mejoramiento, el fenecimiento de las Cuentas, el ejercicio del Control Interno Contable, el cumplimiento de las medidas de austeridad y Lucha contra la Corrupción, entre otros aspectos.

La **Dra. LIPSAMIA RENDÓN CROSS**, Gerente y su Equipo Directivo expresan su compromiso con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que se adopta para la Entidad, conforme al **Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005** y convoca a los demás niveles directivos y a todos los servidores públicos, a poner en marcha los métodos y procedimientos necesarios para que el Control Interno se convierta en un medio efectivo para el cumplimiento de la Misión y los objetivos institucionales de **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO** de Bucaramanga.

Igualmente, la **Dra. LIPSAMIA RENDÓN CROSS, Gerente** y su equipo Directivo se comprometen a adelantar la sensibilización sobre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y a generar y estimular la participación de los Servidores Públicos a su cargo en pro del Diseño, Implementación, Desarrollo, Seguimiento y Evaluación del mismo.

Así mismo, se compromete a tener en cuenta las recomendaciones y observaciones producto de la Evaluación Independiente de las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces, como un insumo básico dentro del proceso de planeación y seguimiento.

Para constancia se firma en la ciudad de **Bucaramanga** a los **Veintisiete (27)** días del mes de **Diciembre** de **2007**.

Gerente

Subdirectora Administrativa

Subdirector Científico

Jefe de Personal

Jefe Financiero

ANEXO No. 004
RESOLUCIÓN No. 315 ADOPCIÓN DEL
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL
INTERNO MECI 1000:2005

Resolución No. 315 de 27 de Diciembre de 2007

“Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga”

La gerente en uso de sus atribuciones constitucionales y legales y,

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política en su Artículo 209, establece: "*La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley*";

Que, a su vez, entre otros aspectos, el Artículo 269 de la Constitución Política establece que: "*En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley*";

Que, respecto a la responsabilidad del Control Interno, la Ley 87 de 1993 "*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones*", dispuso en el artículo 6 que: "*El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos*";

Que mediante el **Acuerdo No. 012 de Dic 21 del 2007** expedido por la Junta Directiva establece los objetivos, funciones y responsabilidades de los funcionarios de la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga**.

Que el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, "*Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2005*", en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte integral del citado Decreto.

Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en el anexo técnico al Sistema de Control Interno de la Entidad, con el fin de ajustarlo a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.

RESUELVE:

TITULO I.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Artículo 1. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI 1000:2005. Adoptar para **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga** el Modelo Estándar de Control Interno y su estructura establecida en el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO. Se entiende por Control Interno el Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una Entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

Artículo 3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Atendiendo los principios constitucionales y legales, la adopción e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 se enmarca, integra y complementa en los principios del Sistema de Control Interno que a continuación se establecen:

3.1. De Autocontrol: Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

3.2. De Autorregulación: Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

3.3. De Autogestión: Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

Artículo 4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Los objetivos específicos que busca el Sistema de Control Interno son los siguientes:

4.1. Objetivos de Control de Cumplimiento. Constituyen objetivos de Control al Cumplimiento de la función administrativa de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Establecer las acciones que permitan a la Entidad garantizar el cumplimiento de las funciones a su cargo, con base en el marco legal que le es aplicable.
- b) Determinar el marco legal que le es aplicable a la Entidad, con base en el principio de autorregulación.
- c) Diseñar los procedimientos de verificación y evaluación que garanticen el cumplimiento del margo legal aplicable.

4.2. Objetivos de Control Estratégico. Constituyen objetivos de Control Estratégico de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Crear conciencia en todos los servidores públicos de la Entidad sobre la importancia del Control, mediante la generación y mantenimiento de un entorno favorable que permita la aplicación de los principios del Modelo Estándar de Control Interno.
- b) Establecer los procedimientos que permitan el diseño y desarrollo organizacional de la Entidad de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos que le son inherentes.
- c) Diseñar los procedimientos necesarios, que permitan a la Entidad Pública cumplir la misión para la cual fue creada y proteger los recursos que se encuentren bajo su custodia, buscando administrar en forma diligente los posibles riesgos que se pueden generar.

4.3. Objetivos de Control de Ejecución. Constituyen objetivos de Control de Ejecución de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Determinar los procedimientos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las funciones, operaciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.
- b) Velar porque todas las actividades y recursos de la Entidad estén dirigidos hacia el cumplimiento de su misión.
- c) Establecer los procedimientos, que garanticen la generación y registro de información oportuna y confiable necesaria para la toma de decisiones, el cumplimiento de la Misión y la Rendición de Cuentas a la Comunidad.
- d) Diseñar los procedimientos que permitan llevar a cabo una efectiva comunicación interna y externa a fin de dar a conocer la información que genera la Entidad Pública de manera transparente, oportuna y veraz, garantizando que su operación se ejecute adecuada y convenientemente.

4.4. Objetivos de Control de Evaluación. Constituyen objetivos de Control de Evaluación de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Garantizar la existencia de mecanismos y procedimientos que permitan en tiempo real, realizar seguimiento a la gestión de la Entidad por parte de los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad, permitiendo acciones oportunas de corrección y de mejoramiento.
- b) Establecer los procedimientos de verificación y evaluación permanentes del Control Interno.
- c) Garantizar la existencia de la función de Evaluación Independiente de las Oficinas de Control Interno, auditorías internas o quien haga sus veces sobre la Entidad Pública, como mecanismo de verificación a la efectividad del Control Interno.
- d) Propiciar el mejoramiento continuo del control y de la gestión de la Entidad, así como de su capacidad para responder efectivamente a los diferentes grupos de interés.
- e) Establecer procedimientos que permiten integrar las observaciones de los Órganos de Control Fiscal, a los planes de mejoramiento establecidos por la Entidad.

4.5. Objetivos de Control de Información. Constituyen objetivos de Control a la Información de la Entidad los siguientes:

- a) Establecer los procedimientos necesarios para garantizar la generación de información veraz y oportuna.
- b) Establecer los procedimientos que permitan la generación de información que por mandato legal, le corresponde suministrar a la entidad a los Órganos de Control externo.
- c) Garantizar la publicidad de la información que se genere al interior de la Entidad.
- d) Garantizar el suministro de información veraz y oportuna para el proceso de Rendición de Cuentas Públicas.

Artículo 5. ESTRUCTURA DE CONTROL. Con base en los Artículos 3º y 4º de la Ley 87 de 1993, A fin de permitir el cumplimiento de los anteriores objetivos se hace necesario articular los diferentes métodos y procedimientos de prevención, corrección y evaluación a la forma de operación de la Entidad, configurándose para este fin los **Subsistemas, Componentes y Elementos** que interrelacionados bajo un enfoque sistémico, generan una Estructura de Control para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Entidad así:

1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO.

1.1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.

ELEMENTOS DE CONTROL:

1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.

1.1.3. Estilo de Dirección.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

ELEMENTOS DE CONTROL:

1.2.1. Planes y Programas.

1.2.2. Modelo de Operación por Procesos.

1.2.3. Estructura Organizacional.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

ELEMENTOS DE CONTROL:

1.3.1. Contexto Estratégico.

1.3.2. Identificación del Riesgo.

1.3.3. Análisis del Riesgo.

1.3.4. Valoración del Riesgo.

1.3.5. Políticas de Administración del Riesgo.

2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.

2.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.

ELEMENTOS DE CONTROL:

2.1.1. Políticas de Operación.

2.1.2. Procedimientos.

2.1.3. Controles.

2.1.4. Indicadores.

2.1.5. Manual de Procedimientos.

2.2. COMPONENTE INFORMACIÓN.

ELEMENTOS DE CONTROL:

2.2.1. Información Primaria.

2.2.2. Información Secundaria.

2.2.3. Sistemas de Información.

2.3. COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA.

ELEMENTOS DE CONTROL:

2.3.1. Comunicación Organizacional.

2.3.2. Comunicación Informativa.

2.3.3. Medios de Comunicación.

3. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN.

3.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.

ELEMENTOS DE CONTROL:

3.1.1. Autoevaluación del Control.

3.1.2. Autoevaluación de Gestión.

3.2. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.

ELEMENTOS DE CONTROL:

3.2.1. Evaluación del Sistema de Control Interno.

3.2.2. Auditoría Interna.

3.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.

ELEMENTOS DE CONTROL:

3.3.1. Plan de Mejoramiento Institucional.

3.3.2. Planes de Mejoramiento por Procesos.

3.3.3. Planes de Mejoramiento Individual.

Parágrafo: Los Artículos siguientes definen los Subsistemas, los Objetivos de los Componentes y los criterios básicos que deben tenerse en cuenta en el desarrollo y puesta en operación del Sistema de Control Interno.

TÍTULO II.

SUBSISTEMAS, COMPONENTES Y ELEMENTOS.

CAPÍTULO I.

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO.

Artículo 6. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO: Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento a la orientación estratégica y organizacional de la Entidad Pública.

Artículo 7. 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.

Artículo 8. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL. El Componente Ambiente de Control esta integrado por los siguientes Elementos de Control:

8.1. 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 la Constitución, la Ley y la finalidad social del Estado.

8.2. 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 del desempeño de los Servidores Públicos del Estado.

8.3. 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.

Artículo 9. 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.

Artículo 10. ELEMENTOS DEL COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO. El Componente Direccionamiento Estratégico está integrado por los siguientes Elementos de Control:

10.1. 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.

10.2. Modelo de Operación por Procesos: 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.

10.3. 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, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su Misión.

Artículo 11. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a la Entidad Pública evaluar aquellos eventos negativos, 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 su función.

12.3. Análisis del 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.

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

Artículo 12. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. El Componente Administración del Riesgo está integrado por los siguientes Elementos de Control:

12.1. 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 internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su Función, Misión y Objetivos Institucionales.

12.2. Identificación de Riesgos: Elemento de Control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no, bajo el control de la Entidad Pública, que

12.5. Políticas de Administración de Riesgos: 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.

CAPÍTULO II.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.

Artículo 13. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN. Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a 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.

Artículo 14. COMPONENTE 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 riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

Artículo 15. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL. El Componente Actividades de Control está integrado por los siguientes Elementos de Control:

15.1. 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 la Administración del Riesgo previamente definidos por la Entidad.

15.2. 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, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades y define la construcción de los flujogramas que establecen las relaciones y el curso de la información organizacional.

15.3. 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.

15.4. 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 generadas en la Entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

15.5. 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.

Artículo 16. COMPONENTE INFORMACIÓN. Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados, adquiere 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.

Artículo 17. ELEMENTOS DEL COMPONENTE INFORMACIÓN. El Componente Información está integrado por los siguientes Elementos de Control:

17.1. Información Primaria: Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes 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 Pública, pero que afectan su desempeño.

17.2. 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 obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la Gestión de la Entidad.

17.3. Sistemas 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.

Artículo 18. COMPONENTE 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.

Artículo 19. ELEMENTOS DEL COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA. El Componente Comunicación Pública está integrado por los siguientes Elementos de Control:

19.1. 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.

19.2. Comunicación Informativa. Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de la Entidad Pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés externos.

19.3. 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 su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

CAPÍTULO III. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN.

Artículo 20. SUBSISTEMA DE CONTROL 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 y actividades; 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 Organización Pública.

Artículo 21. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. 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 tiempo real, 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.

Artículo 22. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN. El Componente Autoevaluación está integrado por los siguientes Elementos de Control:

22.1. Autoevaluación del Control: Elemento de Control, que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.

22.2. Autoevaluación a la Gestión: 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.

Artículo 23. 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 quién haga sus veces. Presenta como características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un 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.

Artículo 24. ELEMENTOS DEL COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. El Componente Evaluación Independiente está integrado por los siguientes Elementos de Control:

24.1. 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.

24.2. 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.

Artículo 25. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias 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 Autoevaluación, de Evaluación Independiente y en las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

Artículo 26. ELEMENTOS DEL COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO. El Componente Planes de Mejoramiento está integrado por los siguientes Elementos de Control:

26.1. 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 macroprocesos 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.

26.2. Planes de Mejoramiento por Procesos: Elemento 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.

26.3 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 definidos, para lograr una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

TÍTULO III.

ROLES Y RESPONSABILIDADES.

CAPÍTULO I.

Artículo 27. RESPONSABILIDAD DE LA ALTA DIRECCIÓN. La Alta Dirección debe asegurarse de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de Control Interno, están definidas y comunicadas dentro de la Entidad.

El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

Artículo 28. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN. Para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece la Resolución 1599 del 20 de Mayo de 2005, el Representante Legal podrá delegar dicha función en el directivo de primer nivel de la respectiva Entidad competente para ello, quién actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de

Coordinación de Control Interno. A su vez la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Modelo Estándar de Control Interno estará a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno o quien haga sus veces en la respectiva Entidad.

Artículo 29. COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. El Comité de Coordinación de Control Interno se reunirá por lo menos cada dos (2) meses. Deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas en los Decretos 1826 de 1994 y 2145 de 1999.

Artículo 30. RESPONSABILIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y/O PARTICULARES QUE EJERCEN FUNCIONES PÚBLICAS. Los Servidores Públicos y/o Particulares que ejercen funciones públicas, son responsables de la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; por la supervisión continua a la eficacia de los controles integrados. Así mismo, por desarrollar la autoevaluación permanente a los resultados de su labor, como parte del cumplimiento de las metas previstas por la dependencia o unidad administrativa a la cual pertenecen.

Artículo 31. OFICINA DE CONTROL INTERNO, UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA O QUIEN HAGA SUS VECES. La Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces con base en los artículos 3º numeral d), 9º y 12º de la Ley 87 de 1993, es responsable por realizar la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno y la Gestión de la Entidad Pública, así como por el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, generando las recomendaciones correspondientes y asesorando a la Alta Dirección para su puesta en marcha.

TÍTULO IV.

FUNCIONALIDAD DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Artículo 32. FUNCIÓN DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. Es el examen autónomo del Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno, será adelantada por personas que no están directamente involucradas en la operación diaria y cotidiana, y cuya neutralidad les permite emitir juicios objetivos sobre los hechos de la Entidad Pública.

Artículo 33. FUNCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA. Es el examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con economía, eficacia, eficiencia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas aplicables y si los mecanismos de comunicación públicas son confiables. El objetivo fundamental es emitir juicios fundados a partir de las evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas. Estas deben cubrir cuatro aspectos básicos de evaluación: cumplimiento, Soporte Organizacional, Gestión y Resultados.

Artículo 34. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN. El Grupo Evaluador de la Oficina de Control Interno, para llevar a cabo la evaluación del Control Interno, de la gestión y resultados de la Entidad, así como el seguimiento a los Planes de Mejoramiento, utilizará como base de dicha función las metodologías y herramientas de evaluación establecidas por las instancias competentes del Estado y Órgano de Control Fiscal correspondiente.

Artículo 35. INFORMES A PRESENTAR POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO. La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, presentará al Representante Legal de la Entidad, y al Comité de Coordinación de Control Interno, los siguientes informes relacionados con la Evaluación Independiente del Control Interno, la gestión, los resultados y el mejoramiento continuo de la Entidad Pública.

35.1. Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno. El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, asumiendo su rol de evaluador independiente, deberá reportar a su Representante Legal a más tardar el 30 de Enero de cada año, el Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, presentando el grado de avance y desarrollo en la Implementación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el literal e) del artículo 8 del Decreto 2145 de 1999. Así mismo, también lo deberán presentar a sus respectivas Juntas o Consejos Directivos, así como a los responsables de la orientación y coordinación de los sectores administrativos.

De otra parte, los Representantes Legales a su vez, remitirán al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial, antes del 16 de febrero de cada año, copia del Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el artículo 2 del Decreto 2539 de 2000, que contenga el resultado final, documento que servirá de base para el Informe que sobre el avance del Control Interno del Estado presentará al inicio de cada legislatura el Presidente de la República al Congreso de la República,

35.2. Informes de Auditoría Interna: El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, reporta al Representante Legal y al Comité de Coordinación de Control Interno, las debilidades y deficiencias que se presentan en la gestión de operaciones de la Entidad Pública.

Toma como base las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, los métodos y herramientas de Auditoría Interna que permiten una Evaluación Independiente cierta sobre la gestión y los resultados de la Entidad. Los informes deberán elaborarse periódicamente con base en el Plan de Auditoría establecido y ejecutado formalmente por la Oficina de Control Interno y validado por el Comité de Coordinación de Control Interno.

Artículo 36. FORMA Y ARCHIVO DE LOS INFORMES. Los informes de Evaluación del Control Interno y de Auditoría Interna, elaborados y presentados por la Oficina de Control Interno, se consignarán en medios documentales y

magnéticos que garanticen su conservación, reproducción y consulta por parte de la Entidad y los Órganos de Control Externos cuando estos lo requieran.

Para tales efectos, se implementará un archivo consecutivo que permanecerá en poder la Oficina de Control Interno y del archivo general de la Entidad, conforme a los criterios sobre Tablas de Retención fijados en las normas correspondientes emitidas por el Archivo General de la Nación y atendiendo los requisitos de calidad contenidas en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

Artículo 37. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO. La Oficina de Control Interno, comunicará oportunamente por escrito al Representante Legal de la Entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno, los resultados de la Evaluación del Control Interno de la Entidad con las correspondientes recomendaciones para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Artículo 38. DE LA APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y CORRECTIVOS. Con base en lo establecido en el Artículo 6º de la Ley 87 de 1993, el Representante Legal de la Entidad, los directivos y el Comité de Coordinación de Control Interno son los responsables de la aplicación de las recomendaciones y correctivos resultantes de la evaluación del Control Interno, así como también de las recomendaciones originadas en los procesos de Auditoría Externa de los Órganos de Control Fiscal.

TÍTULO V.

DISPOSICIONES VARIAS.

Artículo 39. NORMAS DE CONTROL INTERNO CONTABLE. La **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga** se acogerá a la reglamentación que sobre políticas, métodos y procedimientos de Control Interno Contable, expida la Contaduría General de la Nación a fin de garantizar la razonabilidad, confiabilidad y oportunidad de los estados e informes contables y la utilidad social de la información financiera, económica y social que debe generar la Entidad Pública para sí misma, los diferentes grupos de interés externos y para garantizar el cumplimiento de obligaciones de información.

Artículo 40. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL INTERNO. La Entidad **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga**, en cumplimiento de las normas vigentes y de la presente resolución, expedirá a través de un Acto Administrativo, las políticas, directrices, métodos y procedimientos específicos mediante los cuales deberán implementarse los diferentes subsistemas, componentes y elementos de control del Sistema de Control Interno, así como los procedimientos, guías, formatos, y métodos para su evaluación, elaboración, ejecución de los planes de mejoramiento y cumplimiento de obligaciones de información y documentación. Para estos efectos adoptará los métodos y procedimientos conforme a las directrices

emanadas del Departamento Administrativo de la Función Pública para las entidades del Estado, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

Artículo 41. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y REGULACIÓN: la presente resolución será aplicable a todas las áreas organizacionales de la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga** y su reglamentación de orden operativo se realizará por medio de actos administrativos por las cuales se adopten los conceptos, metodologías, guías e instrumentos de aplicación así como los manuales e instrumentos que le sean inherentes.

Artículo 42. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bucaramanga a los veintisiete (27) días del mes de Diciembre del 2007

LIPSAMIA RENDÓN CROSS

GERENTE

ANEXO No. 005
RESOLUCIÓN No. 316 DESIGNACIÓN
DEL REPRESENTANTE DE LA ALTA
DIRECCIÓN Y EL EQUIPO MECI

Resolución No. 316 de 27 de Diciembre de 2007

“Por el cual se designa el Representante de la Dirección, el Equipo MECI y se definen sus Roles y Responsabilidades en la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga”

La gerente en uso de sus atribuciones constitucionales y legales y,

CONSIDERANDO:

Que la Ley 87 de 1993 en su artículo 6 dispone que: *“El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos”;*

Que mediante el **Acuerdo No. 012 de Dic 21 del 2007** expedido por la Junta Directiva establece los objetivos, funciones y responsabilidades de los funcionarios de la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga**.

Que el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, *“Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiana, MECI 1000:2005”*, en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005.

Que el Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, en su Artículo 34, Numeral 31 establece entre los Deberes de todo Servidor Público: *“Adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna de que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen”*.

Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en el anexo técnico de que trata el Decreto 1599 de 2005 al Sistema de Control Interno de la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga**, con el fin de ajustarlo a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.

Que la Circular No. 03 de 2005 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP- definió la necesidad de designar a un Directivo de Primer Nivel, distinto al Jefe de la Oficina de Control Interno, para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno.

Que la Circular No. 03 de 2005 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP- establece que la entidad deberá contar con un grupo operativo, que se denominará Equipo MECI, conformado por servidores públicos de la Entidad, de carácter multidisciplinario, con representatividad de

todas las áreas organizacionales de la Entidad, el cual deberá ser coordinado y supervisado por El Representante de la Dirección.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Designar al **Subdirector Científico**, Directivo de Primer Nivel, como el Representante de la Dirección, responsable de diseñar, implementar y mantener el Sistema de Control Interno para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece el Anexo Técnico 1000:2005 del Decreto 1599 de 2005, quien actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno.

ARTÍCULO SEGUNDO: El directivo designado para el diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno debe cumplir con los siguientes roles y responsabilidades:

1. Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del Modelo.
2. Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Modelo.
3. Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Modelo.
4. Dirigir y coordinar las actividades del Equipo MECI.
5. Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiere realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.
6. Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del MECI, aplicando correctivos donde se requiera.
7. Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno las propuestas de diseño e implementación del Modelo, para su aprobación.

ARTÍCULO TERCERO: Conformar al interior **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga** un equipo de trabajo el cual se denominará "**Equipo MECI**", el cual cumplirá las siguientes funciones:

1. Adelantar el proceso de diseño e implementación del Modelo bajo las orientaciones del representante de la dirección.
2. Capacitar a los servidores de la entidad en el Modelo Estándar de Control Interno.
3. Asesorar a las áreas de la entidad en el diseño e implementación del Modelo.
4. Revisar, analizar y consolidar la información para presentar propuestas de diseño e implementación del Modelo al representante de la dirección, para su aplicación.

5. Trabajar en coordinación con los servidores designados por área en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Modelo.

ARTÍCULO CUARTO: Designar a los siguientes funcionarios para que integren el Equipo MECI de la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga.**

Nombre del funcionario	Denominación del Cargo	Código	Grado	Dependencia a la que pertenece
Gladys Castillo	Aux. Administrativo Servicio al Cliente	407	14	Servicio al Cliente
Martha Claritza Plata	Enfermera Jefe	243	14	Enfermería
Martha Lamos	Odontóloga	214	04	Odontología
Yesenia Afanador	Técnico operativo Personal	314	14	Personal
Zoraida Garavito	Técnico Operativo Presupuesto	314	14	Financiera
Carlos Iván Rueda	Asistente Planeación	OPS		Planeación
Maria Elena Blanco	Secretaria Almacén- Inventarios	440	14	Almacén

ARTÍCULO QUINTO: Tiempo y dedicación. Los servidores designados en el artículo anterior trabajarán bajo las orientaciones del Directivo designado en el artículo primero del presente acto administrativo y dedicarán medio tiempo al cumplimiento de las funciones a ellos asignadas.

ARTÍCULO SEXTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bucaramanga a los veintisiete (27) días del mes de Diciembre del 2007

LIPSAMIA RENDÓN CROSS

GERENTE

ANEXO No. 006
RESOLUCIÓN No. 317 y ACTA No. 002
CREACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DEL
COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL
INTERNO

Resolución No. 317 de 27 de Diciembre de 2007

“Por el cual se conforma el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno en la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga.”

La Gerente en uso de sus atribuciones constitucionales y legales y,

CONSIDERANDO:

Que la Ley 87 de 1993 en su artículo 6 dispone que: *"El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos";*

Que el Decreto 1826 de 1994 establece que las entidades deberán contar con un Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno;

Que la Circular No. 03 de 2005 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP- considero la necesidad de designar un primer grupo directivo, que corresponde al Comité de Coordinación de Control Interno, el cual actúa bajo las directrices de la máxima autoridad de la Entidad;

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Confórmese el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno al interior de **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga** para que actúe de acuerdo a lo establecido en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1826 de 1994.

ARTÍCULO SEGUNDO: Designase a los siguientes directivos de **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga** como miembros del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno:

Denominación del cargo	Código	Grado	Dependencia	Voz	Voto
Subdirector Administrativo	068	21	Subdirección Administrativa	X	X
Subdirector Científico	072	22	Subdirección Científica	X	X
Jefe de Personal	006	11	Personal	X	X
Jefe Financiero	006	11	Financiera	X	X
Jefe Planeación	OPS		Planeación	X	X
Jefe Oficina de Control Interno	OPS		Control Interno	X	
Jefe Jurídico	115	01	Jurídica	X	

ARTÍCULO TERCERO: El Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno cumplirá las funciones establecidas en el artículo 5 del Decreto 1826 de 1994, como son:

- a) Recomendar pautas para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno, de conformidad con las normas vigentes y las características propias de cada organismo o entidad;
- b) Estudiar y revisar la evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos del organismo o entidad, dentro de los planes y políticas sectoriales y recomendar los correctivos necesarios;
- c) Asesorar la Gerencia en la definición de planes estratégicos y en la evaluación del estado de cumplimiento de las metas y objetivos allí propuestos;
- d) Recomendar prioridades para la adopción, adaptación, adecuado funcionamiento y optimización de los sistemas de información gerencial, estadística, financiera, de planeación y de evaluación de procesos, así como para la utilización de indicadores de gestión generales y por áreas;
- e) Estudiar y revisar la evaluación al cumplimiento de los planes, sistemas de control y seguridad interna y los resultados obtenidos por las dependencias del organismo o entidad;
- f) Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a cada una de las dependencias del organismo o entidad;
- g) Coordinar con las dependencias del organismo el mejor cumplimiento de sus funciones y actividades;

- h) Presentar a consideración del respectivo Gerente propuestas de modificación a las normas sobre el control interno vigentes;
- i) Reglamentar el funcionamiento de los distintos subcomités de coordinación del Sistema de control interno que se organicen; y,
- j) Las demás que le sean asignadas por la Gerencia de la entidad.

ARTÍCULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bucaramanga a los veintisiete (27) días del mes de Diciembre del 2007

LIPSAMIA RENDÓN CROSS

GERENTE

ACTA No. 002

Estructura y reglamentación interna del Comité MECI – CALIDAD en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo

Lugar y Fecha: Bucaramanga, 27 de Diciembre del 2007

*Con el objetivo de minimizar en lo posible los reprocesos en las acciones y actividades que se realicen para la implementación y el mantenimiento del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 y el sistema de gestión de la calidad bajo la norma NTCGP 1000:2004, se adicionarán las funciones que normalmente hacen parte de un comité de calidad al actual comité de coordinación del sistema de control interno creado bajo la **Resolución No. 317 de Diciembre de 2007**. Por tanto el comité integrado se denominara comité **MECI – CALIDAD**.*

Objetivo General Comité MECI-CALIDAD

Diseñar, implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno mejorando continuamente su desempeño.

Objetivos Específicos comité MECI-CALIDAD

- Planificar las acciones que aporten al diseño, implementación y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno.
- Evaluar el desempeño del sistema de gestión de la calidad y del modelo estándar de control interno.
- Fomentar la cultura hacia el mejoramiento continuo dentro de la entidad.
- Promover una cultura hacia la autorregulación, la autogestión y el autocontrol dentro de la entidad.

Conformación del Comité MECI-CALIDAD

El comité MECI-CALIDAD estará integrado por los mismos participantes nombrados para el comité coordinador del sistema de control interno, los cuales son:

- Subdirector Científico, quien actuara como presidente del comité MECI - CALIDAD en función de representante de la alta dirección.
- Subdirector Administrativo, quien actuara como secretario del comité.
- Jefe de Personal.
- Jefe Financiero.

- Jefe de Planeación, quien actuara como el coordinador de MECI-CALIDAD.
- Jefe Oficina de Control Interno.
- Jefe Jurídico.

Además harán parte del comité MECI-CALIDAD como invitados en el caso que se requieran:

- Asesores externos (Si aplica). Quienes aportaran en temas específicos en los cuales los participantes del comité no cuenten con el conocimiento suficiente. Tendrán voz, mas no voto.
- Líderes de grupos primarios o personas pertenecientes a los mismos (Si aplica). Quienes aportaran en temas específicos de cada una de las unidades funcionales de las cuales se quiere obtener más información por parte del comité para tomar decisiones. Tendrán voz, mas no voto.

Tabla No. 1. Participantes Principales Comité MECI-CALIDAD

Denominación del cargo	Código	Grado	Dependencia	Voz	Voto
Subdirector Científico	068	21	Subdirección Administrativa	X	X
Subdirectora administrativa	072	22	Subdirección Científica	X	X
Jefe de Personal	006	11	Personal	X	X
Jefe Financiero	006	11	Financiera	X	X
Jefe Planeación	OPS		Planeación	X	X
Jefe Oficina de Control Interno	OPS		Control Interno	X	
Jefe Jurídico	115	01	Jurídica	X	

Funciones del Comité MECI-CALIDAD

Además de las señaladas en la **Resolución No. 317 del 27 de Diciembre del 2007 en su artículo tercero** referentes al modelo estándar de control interno, el comité MECI-CALIDAD cumplirá con las siguientes funciones, referentes al Sistema de Gestión de la Calidad:

De implementación.....

- Definir y gestionar los recursos necesarios para la implementación y puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Adoptar un enfoque de gestión basado en procesos y fomentar su implementación en la entidad.
- Formular las políticas, planes, estrategias y objetivos manteniéndolos alineados con los procesos que componen el Sistema de Gestión de la calidad.
- Aprobar la documentación que surja en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad y velar por que se divulgue y aplique correctamente.
- Mantener alineado todos los requisitos de la norma para el Sistema de Gestión de la Calidad tanto en su implementación y seguimiento, con cada uno de los parámetros, estándares y demás requisitos exigidos por ley en otras normas, modelos o sistemas nacionales.

De control.....

- Verificar, coordinar y controlar todo el proceso de implementación, del Sistema de Gestión de Calidad en la entidad.
- Evaluar el seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad, analizar su desempeño y tomar acciones para su mejoramiento, basadas en los resultados de las auditorías internas y externas, informes de los circuitos de calidad, las acciones de mejora presentadas y las necesidades y expectativas expresadas por los usuarios.
- Controlar el cierre y cumplimiento de las acciones de mejora como medio para aumentar el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.

De mejoramiento.....

- Evaluar permanentemente el nivel de desarrollo de la cultura de la calidad definiendo estrategias y mecanismos que promuevan en los colaboradores un aumento en dicha cultura, buscando el mejoramiento continuo de la entidad.
- Coordinar y analizar actividades de Benchmarking con el fin de adoptar al contexto de la entidad las mejores prácticas de empresas líderes.
- Orientar el proceso de entrenamiento en la cultura de calidad y mejoramiento continuo con el fin de establecer un ambiente de aprendizaje permanente en las diferentes áreas de conocimiento que hacen parte del sistema de gestión de la calidad.
- Aprobar la conformación de los circuitos de calidad y designar, si es el caso, a cada uno de sus integrantes con el fin de asesorarlos en el establecimiento, control y mejoramiento de los procesos.

De Difusión.....

- Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Informar a los colaboradores de las decisiones tomadas para el mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Reuniones del Comité MECI-CALIDAD

- El Comité MECI-CALIDAD deberá reunirse como mínimo una (1) vez al mes
- Las reuniones del Comité tendrán una duración máxima de tres horas.
- La convocatoria al comité se hará con una anterioridad de cinco (5) días hábiles a la reunión por medio de oficios y correo electrónico interno.
- Los participantes que no puedan asistir deberán informar con anterioridad a la subdirección administrativa.
- Las reuniones del comité deberán estar previamente estructuradas, conociendo los temas que se trataran para el buen desempeño de la misma.
- Las decisiones del comité, serán validadas con la mitad más uno de los miembros asistentes a la respectiva reunión.
- La información que se genere de la reunión del comité de calidad deberá ser registrada en un acta y como primer punto del orden del día se leerá y aprobará el acta del comité anterior.

Funciones del Presidente del Comité MECI-CALIDAD

El presidente del Comité MECI-CALIDAD deberá en primera instancia cumplir con las siguientes funciones determinadas por la norma técnica colombiana de gestión pública NTCGP-1000-2004 y el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

- Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.
- Asegurarse que se establecen, implementan y mantienen los componentes y sus elementos necesarios para el modelo estándar de control interno.
- Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad, el modelo estándar de control interno y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad.

- Mantener dentro de la entidad un ambiente de trabajo transparente enmarcado en la autorregulación, la autogestión y el autocontrol
- Firmar las actas y documentos relacionados con el sistema de gestión de calidad y el modelo estándar de control interno
- Dirigir las reuniones del comité MECI-CALIDAD.

Funciones de la Secretaría del Comité de MECI-CALIDAD.

- Convocar a los miembros del Comité a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- Preparar el orden del día de las sesiones del comité, de acuerdo a los temas sugeridos por los miembros.
- Consolidar la información generada al interior del Comité.
- Consolidar la información de entrada necesaria para el buen desempeño de la reunión.
- Comunicar a todas las áreas pertinentes sobre las decisiones tomadas por el Comité.
- Elaborar y firmar las actas de las reuniones del Comité y presentarlas en la siguiente reunión para la aprobación y firma del presidente del comité.

Funciones del Coordinador de MECI-CALIDAD.

Además de las funciones que le señala el Comité, el Coordinador de Calidad deberá:

- Informar al Comité sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad y de cualquier necesidad de mejoramiento.
- Proponer medidas que aseguren la implementación del sistema de gestión de calidad y el modelo estándar de control interno.
- Dirigir y orientar las decisiones generadas por el comité para la puesta en marcha de los dos sistemas.
- Realizar el seguimiento y supervisión en el cumplimiento a las decisiones adoptadas por el Comité.
- Consolidar y preparar la información necesaria para que el comité realice la revisión del sistema de gestión de calidad y del modelo estándar de control interno.
- Sensibilizar por medio de capacitaciones a cada uno de los colaboradores que hacen parte del sistema de gestión de la calidad y del modelo estándar de control interno dentro de la entidad.
- Apoyar la planificación de los procesos que componen el sistema de gestión de la calidad bajo la metodología de gestión por procesos.
- Apoyar la implementación de la documentación que hará parte de cada uno de los procesos que componen el sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno.
- Apoyar la formulación de indicadores que permitan la medición efectiva de cada uno de los procesos de la entidad.

- Apoyar la formulación de la política para el sistema de gestión de Calidad.
- Garantizar y asegurar que todos los procesos y procedimientos diseñados por la entidad estén alineados con la política de calidad, los propósitos y objetivos del sistema de gestión de calidad y el modelo estándar de control interno.
- Asesorar y apoyar a la entidad en el logro de la certificación del sistema de gestión de calidad y su continua renovación.
- Interactuar permanentemente con personas naturales o jurídicas que asesoren o apoyen la implementación y seguimiento del sistema de gestión de calidad y del modelo estándar de control interno en la entidad.
- Liderar, interactuar y dar pautas para el funcionamiento de los grupos primarios dentro de la entidad.
- Asegurar, conjuntamente con el representante de la alta dirección, que se promuevan las acciones necesarias para estimular la toma de conciencia de los requerimientos del cliente en todos los niveles de la entidad.
- Elaborar e implementar mecanismos que permitan la medición de la satisfacción de los clientes.

LIPSAMIA RENDÓN CROSS

GERENTE

ANEXO No. 007
PRESENTACIÓN FUNDAMENTOS
GENERALES DEL MECI 1000:2005 FASE
DE SENSIBILIZACIÓN

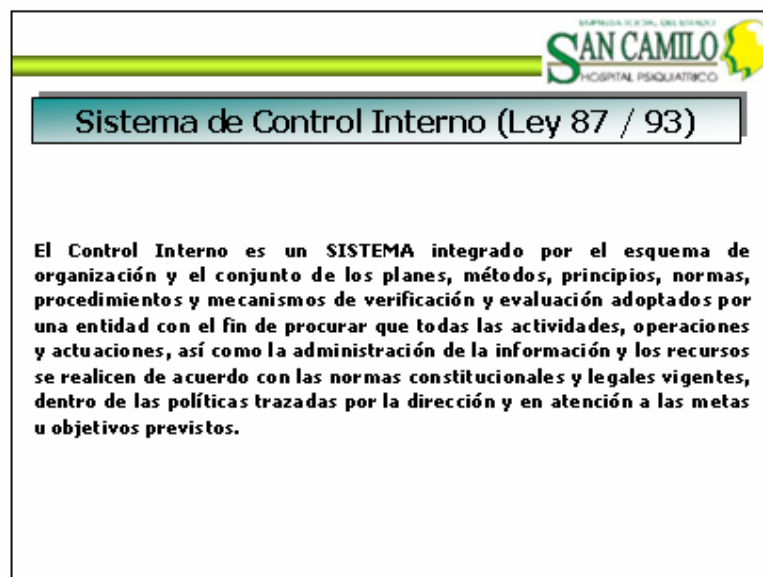
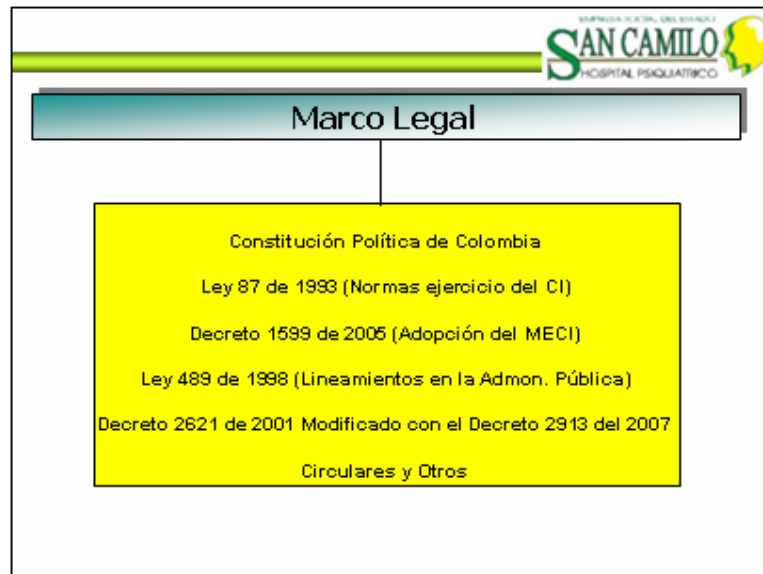
**IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL
PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

**BAJO EL MODELO ESTANDAR DE
CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO
COLOMBIANO**

MECI 1000 : 2005

Fundamentos

- AUTORREGULACIÓN:** Capacidad institucional de la Entidad Pública para reglamentar los asuntos que le son propios a su función administrativa.
- AUTOCONTROL:** Capacidad de cada servidor público de considerar el control como inherente e intrínseco a sus responsabilidades, acciones, decisiones, tareas y actuaciones.
- AUGESTIÓN:** Capacidad de la Entidad Pública para interrelacionar la Autorregulación y el Autocontrol a fin de establecer la forma más efectiva de ejecutar su función administrativa.

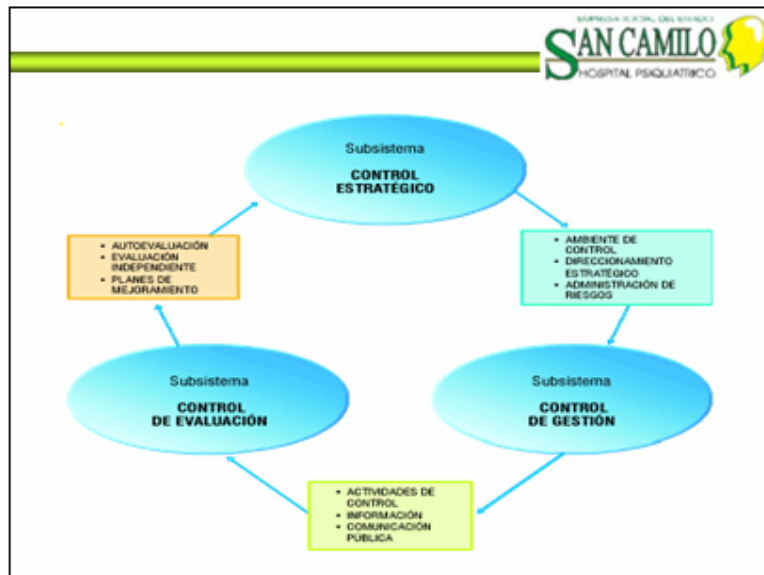


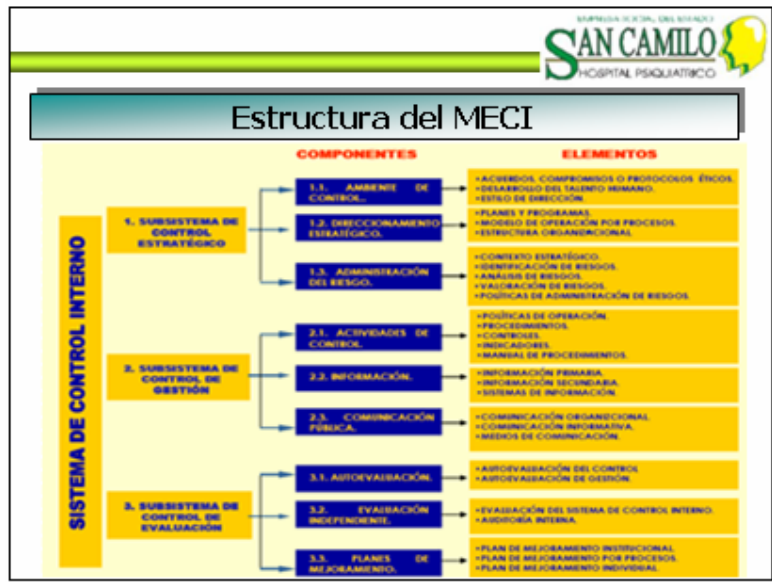
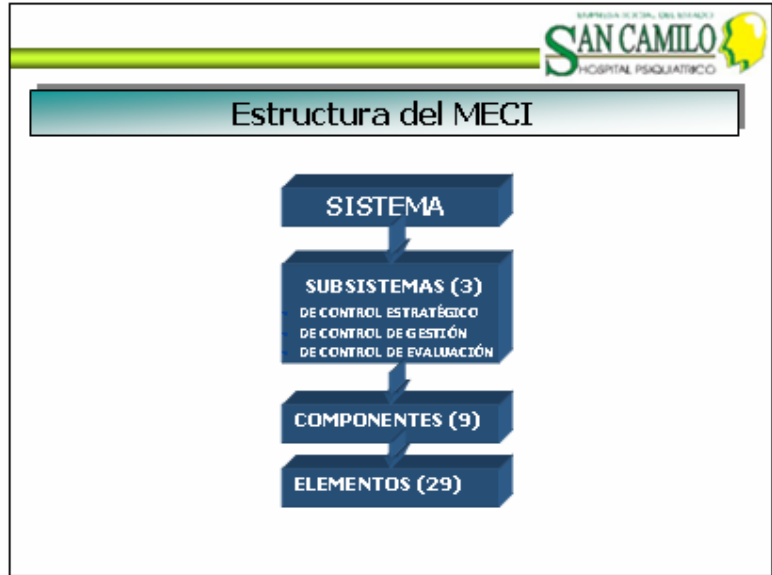
Resultados Esperados con el MECI

- ✓ Definición/Redirección de la **ruta estratégica** del negocio que le permita asegurar su sostenibilidad a futuro, obteniendo los resultados esperados con respecto a utilidades, clientes, mercados y colaboradores.
- ✓ **Uniformidad en la ejecución de las actividades** críticas de la organización, de manera que se optimicen los recursos empleados y se aumente la satisfacción del cliente.
- ✓ **Fortalecimiento de la cultura organizacional**, en aspectos relacionados con la calidad y el control.
- ✓ **Mejoramiento de la organización**, mediante la implementación de planes a nivel institucional y personal.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO





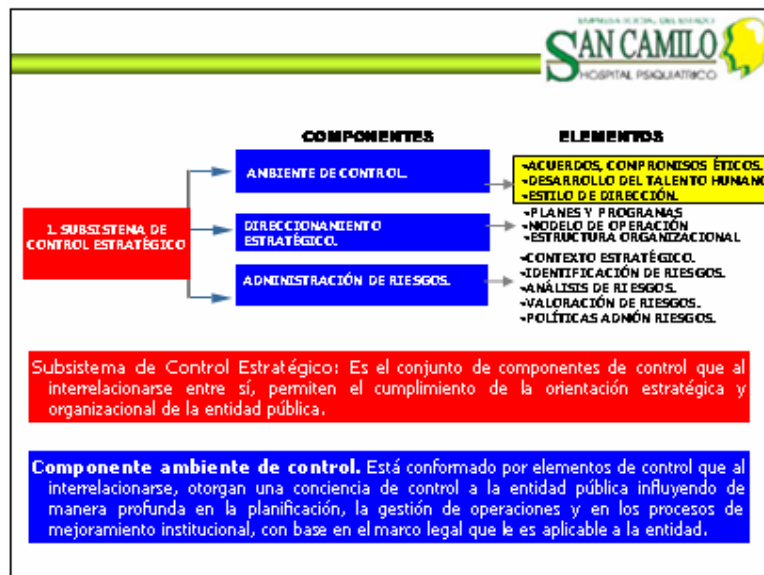
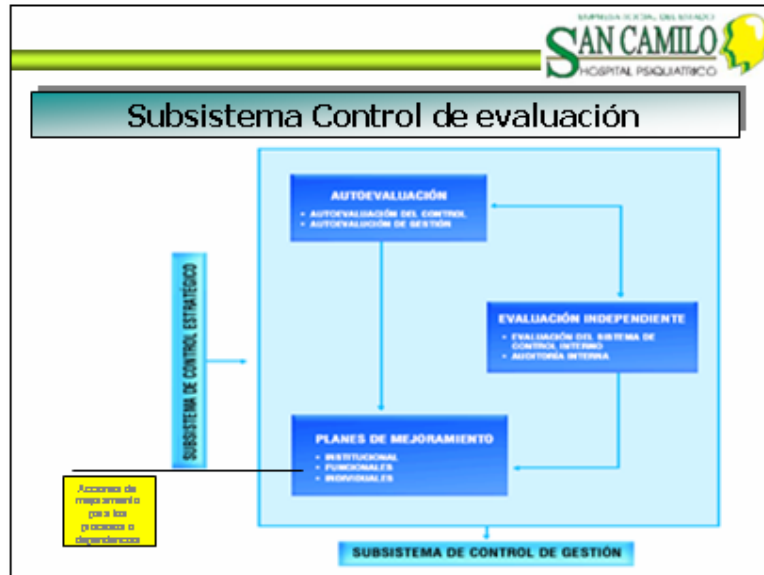


Subsistema de Control estratégico



Subsistema Control de Gestión





Componente Ambiente de Control

Acuerdos, compromisos o protocolos éticos: Define el estándar de conducta de la entidad pública. Declaraciones explícitas en relación con las conductas de los servidores públicos, acordadas en forma participativa para la consecución de los propósitos de la entidad, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en la Constitución, la ley y la finalidad social del Estado.

Código de Ética, Cartilla de Valores Comité de Ética

Buscan promover la confianza en los funcionarios y su labor.

Principios

- Integridad y Honestidad
- Responsabilidad y Compromiso
- Dedicación y Esfuerzo
- Profesionalismo
- Transparencia
- Equanimidad

Valores

- Trabajo en equipo
- Información Oportuna
- Gestión por Resultados
- Respeto al debido Proceso
- Mejoramiento de los Procesos
- Independencia
- Objetividad
- Participación activa de la sociedad

Componente Ambiente de Control

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 procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los servidores públicos del Estado.

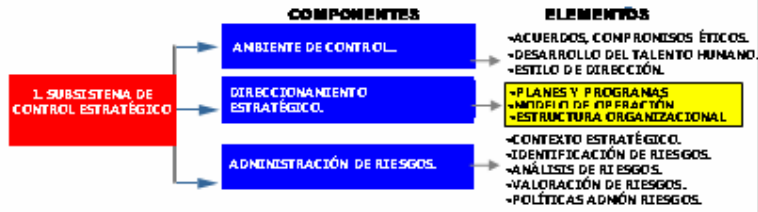
Perfiles, Proceso de Selección Programa de Inducción, Plan de Capacitación Plan de Bienestar, Sistema de Méritos Evaluación



Componente Ambiente de Control

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.

La Alta dirección
 Está comprometida con:
 Sistema de Control Interno?
 cumplimiento políticas de Desarrollo. del Talento Humano?
 acatar los Compromisos y Protocolos Éticos de la Entidad?
 la asignación y uso eficiente de los recursos?
 cumplir los métodos, procedimientos, políticas y objetivos del SCI?
 establecer acciones a las recomendaciones provenientes
 de la Autoevaluación de la Gestión?



Subsistema de Control Estratégico: Es el conjunto de componentes de control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional de la entidad pública.

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.

Componente Direccionamiento Estratégico

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.

Estructura del Mapa Estratégico.

Componente: Dirección y Planes Estratégicos.

Elemento: Planes y Programas.

Misión	Visión	Objetivos	Estrategias	Planes	Programas	Proyectos	Metas	Recursos	Indicadores
<p>Misión: Procurar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.</p> <p>Visión: La Gobernación Municipal será una Entidad Territorial, líder en la generación del desarrollo económico, social y cultural colombiano.</p> <p>Objetivos: Planificar el desarrollo económico, social y ambiental. Cumplir sus funciones y prestar con eficiencia, calidad y oportunidad los servicios a su cargo. Promover y ordenar el desarrollo. Asegurar la participación de la ciudadanía en el manejo de los asuntos públicos. Desarrollar la infraestructura que demanda el progreso municipal. Garantizar la conservación y sostenibilidad de los recursos naturales y ambiental.</p> <p>Estrategias: Definir, linar y efectuar el recaudo efectivo de los recursos que por concepto de impuestos, SGP, regalías u otros conceptos, tiene derecho al Municipio. Garantizar el acceso al servicio de proyectos. Concertar y elaborar planes e inversiones.</p>									

Componente Direccionamiento Estratégico

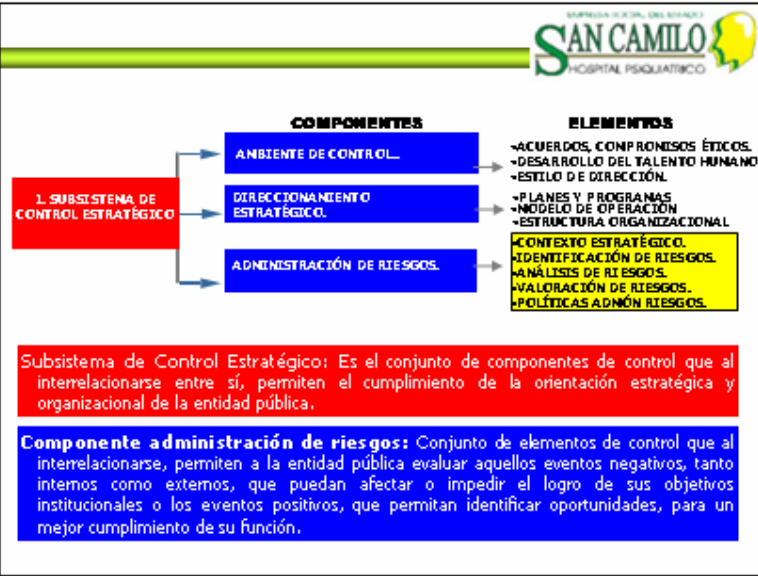
Modelo de operación por procesos: Elemento de control que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, orientándola hacia una organización por procesos los cuales en su interacción, interdependencia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

- Establecer:** Misión, Visión Principios y Valores.
- Definir:** La Red de Procesos (Operación)
- Establecer:** Mecanismos de medición (Indicadores)
- Establecer planes:** A largo, medio y corto plazo

Componente Direccionamiento Estratégico

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.

- Establecer:** Misión, Visión Principios y Valores.
- Definir:** La Red de Procesos (Operación)
- Establecer:** Mecanismos de medición (Indicadores)
- Establecer planes:** A largo, medio y corto plazo



Componente Administración de Riesgos

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 internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales.

CONTEXTO ESTRATÉGICO
 ANÁLISIS INTERNO ANÁLISIS EXTERNO
 (Fortalezas y Debilidades) (Oportunidades y Amenazas)

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS
 Identificar situaciones de riesgo asociadas a las debilidades internas de la entidad y a las amenazas de su entorno, teniendo en cuenta el conjunto de la organización (función, misión, visión y percepción ciudadana al igual que el modelo de procesos y los planes y programas). Establecer lineamientos que sirvan como base para la identificación de riesgos, contando con las fortalezas y oportunidades que puedan contribuir al manejo de los mismos.

Componente Administración de Riesgos

Identificación de Riesgos: Elemento de control para conocer eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad, que ponen en riesgo el logro de su misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia. Mediante lluvia de ideas, identifique los Riesgos que pueden afectar el desempeño del proceso analícelos y discútalos con su Equipo de Trabajo, luego diligencie el Formato.

(1) PROCESO	(2) DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	(3) RIESGOS	(4) DESCRIPCIÓN	(5) CAUSAS (Factores Internos y Externos y Agentes Generadores)	(6) EFECTOS (Consecuencias)
PROCESO DE COBRO COACTIVO	Recauda efectiva de las volantes adeudadas	CC.L. Prescripción	Fenómeno jurídico mediante el cual se vence el término para el cobro	-Vencimiento de términos. -Requiere -No constitución correcta del título ejecutivo	-Se pierden posibilidades de seguir adelantando el cobro -Acción fiscal y administrativa para el cobro.

RIESGOS Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento o suceso que pueda entorpecer el desarrollo de las funciones de la entidad e impedir el logro de sus objetivos.
DESCRIPCIÓN Característica general en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.
CAUSAS Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de Riesgo.
EFECTOS Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo

Componente Administración de Riesgos

Análisis del 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.

(1) PROCESO	(2) RIESGO	CALIFICACIÓN			(8) EVALUACIÓN (No. y Zona de Riesgo)	(7) MEDIDAS DE RESPUESTA
		(3) Probabilidad	(4) Impacto	(6) Calificaa		
COBRO COACTIVO	no 1. Presempalón	Baja (1)	Categoría o (20)	20	Zona de riesgo Moderado	Proteger entidad, Compartir

Componente Administración de Riesgos

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.

Establecer los controles existentes, ponderarlos según la tabla establecida, teniendo en cuenta si los controles se encuentran documentados, se aplican y son efectivos. Totalizar ponderaciones y dividir el total entre el número de controles.

CRITERIOS	VALORACIÓN DEL RIESGO	ponderación
No existen Controles documentados	Se mantiene el resultado de la evaluación antes de controles	4
Existen controles pero no se aplican	Se mantiene el resultado de la evaluación antes de controles	3
Se aplican pero no son efectivos	Cambia el resultado o escala inferior de la evaluación antes de controles	2
Los controles, se aplican y son efectivos	Para la escala inferior según criterio del Responsable	1

Componente Administración de Riesgos

Políticas de administración de riesgos: 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.

1) RIESGO	2) VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE ANALISIS DE CONTINGENCIAS	3) CAUSAS	4) POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO	5) ACCIONES DE CONTROL Y PREGUNTAS

MAPA DE RIESGOS

INDICADOR	REBOBO	IMPACTO	PROBABILIDAD	EVALUACION DE RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL RIESGO	ACCIONES DE CONTROL	REPONEBILIDAD	CRONOGRAMA	INDICADOR

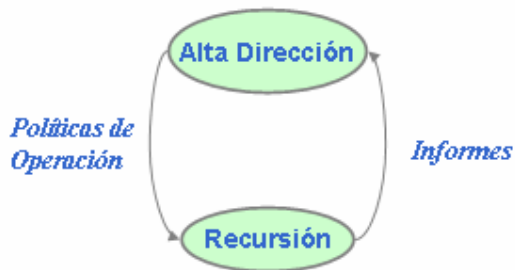


Subsistema de Control de Gestión: Conjunto de componentes de Control, que al interrelacionarse aseguran el control a la ejecución de los procesos de la entidad pública, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su misión.

Componente actividades de control. Constituye el conjunto de elementos 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 riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

Componente Actividades de Control

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.



Componente Actividades de Control

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, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

Procedimiento para elaborar Diagrama Causa - Efecto

- *Definir el problema
- *Escribir las causas primarias dentro de la siguiente clasificación:
 - *Causas por Materia Prima (Insumos)
 - *Causas por Tecnología (transformación)
 - *Causas por método
 - *Causas por recurso humano
 - *Otros causas
- *Escribir causas secundarias.
- *Asignar grado de importancia
- *Consultar con personas



Son pautas de acción, más que de pensamiento que detallan la forma exacta en que se deben realizar determinadas actividades.

Componente Actividades de Control

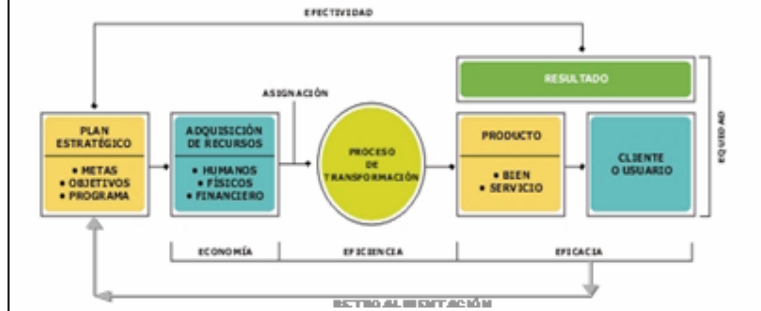
Controles: Elemento de control, conformado por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos,

CRITERIOS	VALORACIÓN DEL RIESGO	PUNTAJE LOGRADO
No existen Controles documentados	Se mantiene el resultado de la evaluación antes de controles	4
Existen controles pero no se aplican	Se mantiene el resultado de la evaluación antes de controles	3
Se aplica pero no es efectivo	Cambia el resultado o escala inferior de la evaluación antes de controles	2
Los controles, se aplican y son efectivos	Para la escala inferior según criterio del Responsable	1

RIESGO	CONTROLES EXISTENTES DOCUMENTADOS SI (DESCRIBALOS)	SE APLICA EL CONTROL?			EFECTIVO PARA MINIMIZR EL RIESGO		PONDERACIÓN FINAL
		NO	SI	NO	SI	NO	
Prescripción	Hojas de Reta para cada proceso		×			×	2
<i>TOTAL = SUM. PONDERACIÓN</i>							2
<i>PROMEDIO TOTAL = TOTAL / No. CONTROLES</i>							2/1=2

Componente Actividades de Control

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



Componente Actividades de Control

Manual de Operación (procedimientos): Elemento de control, materializado en una normativa de autoregulación 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.

El manual de procedimientos incluye:

- Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos
- Políticas de Desarrollo del Talento Humano
- Planes y Programas
- Políticas de Administración de Riesgos
- Normogramas de los procesos.



Subsistema de Control de Gestión: Conjunto de componentes de Control, que al interrelacionarse aseguran el control a 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.

Componente información, Componente de control, conformado por un conjunto de datos que al ser ordenados y procesados adquiere significado para los grupos de interés de la entidad pública a los que va dirigido. Garantiza la base de la transparencia de la actuación pública, la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información.

Componente Información

Información primaria: Elemento de control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes 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.

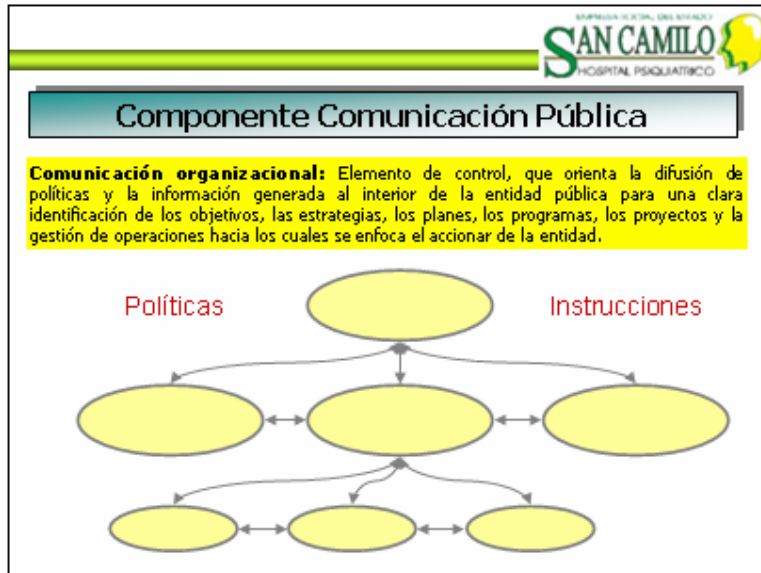
Información secundaria: Elemento de control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de la entidad pública, provenientes del ejercicio de su función. Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la entidad pública.

FLUJO DE INFORMACIÓN							
ACTIVIDAD:		PROCESO:				RESPONSABLE:	
CODIGO	PROVEEDOR	FECHA DE RECEPCIÓN	INFORMACIÓN REQUERIDA	PROCESO	INFORMACIÓN GENERADA	FECHA DE ENVÍO	USUARIO

Componente Información

Sistemas 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.

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA A NIVEL MUNICIPAL	N° 1000		N° 3000		N° 3001	
INDICADOR DE EVENTOS	N°	Tiempo	N°	Tiempo	N°	Tiempo
Para OMBU: P1 (del año 0) hasta (1 - 10 años) P2 (del año 1) hasta (10 - 15 años) P3 (del año 15) hasta (15 - 20 años) P4 (del año 20) hasta (20 - 25 años) P5 (del año 25) hasta (25 - 30 años) P6 (del año 30) hasta (30 - 35 años) P7 (del año 35) hasta (35 - 40 años) P8 (del año 40) hasta (40 - 45 años) P9 (del año 45) hasta (45 - 50 años) P10 (del año 50) hasta (50 - 55 años) P11 (del año 55) hasta (55 - 60 años) P12 (del año 60) hasta (60 - 65 años) P13 (del año 65) hasta (65 - 70 años) P14 (del año 70) hasta (70 - 75 años) P15 (del año 75) hasta (75 - 80 años) P16 (del año 80) hasta (80 - 85 años) P17 (del año 85) hasta (85 - 90 años) P18 (del año 90) hasta (90 - 95 años) P19 (del año 95) hasta (95 - 100 años)						
Para OMBU: P1 (del año 0) hasta (1 - 10 años) P2 (del año 1) hasta (10 - 15 años) P3 (del año 15) hasta (15 - 20 años) P4 (del año 20) hasta (20 - 25 años) P5 (del año 25) hasta (25 - 30 años) P6 (del año 30) hasta (30 - 35 años) P7 (del año 35) hasta (35 - 40 años) P8 (del año 40) hasta (40 - 45 años) P9 (del año 45) hasta (45 - 50 años) P10 (del año 50) hasta (50 - 55 años) P11 (del año 55) hasta (55 - 60 años) P12 (del año 60) hasta (60 - 65 años) P13 (del año 65) hasta (65 - 70 años) P14 (del año 70) hasta (70 - 75 años) P15 (del año 75) hasta (75 - 80 años) P16 (del año 80) hasta (80 - 85 años) P17 (del año 85) hasta (85 - 90 años) P18 (del año 90) hasta (90 - 95 años) P19 (del año 95) hasta (95 - 100 años)						
Para OMBU: P1 (del año 0) hasta (1 - 10 años) P2 (del año 1) hasta (10 - 15 años) P3 (del año 15) hasta (15 - 20 años) P4 (del año 20) hasta (20 - 25 años) P5 (del año 25) hasta (25 - 30 años) P6 (del año 30) hasta (30 - 35 años) P7 (del año 35) hasta (35 - 40 años) P8 (del año 40) hasta (40 - 45 años) P9 (del año 45) hasta (45 - 50 años) P10 (del año 50) hasta (50 - 55 años) P11 (del año 55) hasta (55 - 60 años) P12 (del año 60) hasta (60 - 65 años) P13 (del año 65) hasta (65 - 70 años) P14 (del año 70) hasta (70 - 75 años) P15 (del año 75) hasta (75 - 80 años) P16 (del año 80) hasta (80 - 85 años) P17 (del año 85) hasta (85 - 90 años) P18 (del año 90) hasta (90 - 95 años) P19 (del año 95) hasta (95 - 100 años)						

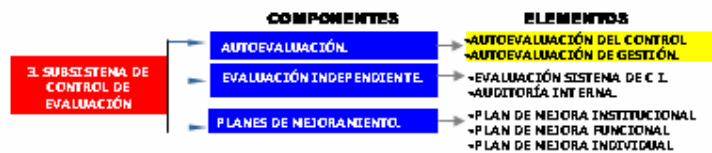


Componente Comunicación Pública

Comunicación informativa: Elemento de control, que garantiza la difusión de información de la entidad pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados 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 para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

**Boletines de Prensa
 Rendición de Cuentas
 Ruedas de Prensa
 Informes Financieros**



Subsistema de Evaluación: Conjunto de componentes de control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del SCI 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.

Componente auto evaluación. Conjunto de elementos de control que al actuar en forma coordinada, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, 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.

Componente Autoevaluación

Autoevaluación del control: Elemento de control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.

Se difunden los mecanismos e instrumentos utilizados para la realización de la Autoevaluación del Control?

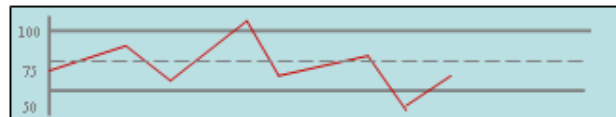
Los servidores de la Entidad comprenden los propósitos, metodologías e instrumentos requeridos para la Autoevaluación del Control?

Las fuentes de información e instrumentos utilizados para la Autoevaluación del Control son pertinentes?

Existe representación de todos los servidores en la realización de la Autoevaluación del Control?

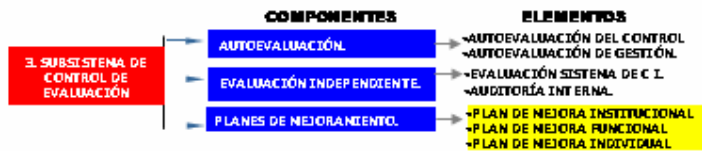
Componente Autoevaluación

Autoevaluación a la gestión: 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.



- Identificar las metas trazadas, así como los logros esperados de las variables que se quieren medir.
- Establecer un rango de tolerancia para desviaciones del resultado obtenido con cada medición, con respecto a lo programado.
- Efectuar una medición de la gestión de acuerdo con los indicadores definidos.
- Analizar las desviaciones observadas en la comparación y definir acciones correctivas. Si la desviación es alta, tener en cuenta este aspecto para desarrollarlo en el PLAN DE MEJORAMIENTO, FUNCIONAL Y/O INSTITUCIONAL.





Subsistema de Evaluación: Conjunto de componentes de control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del SCI 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.

Componente planes de mejoramiento. Conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias 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 Autoevaluación, de Evaluación Independiente y en las observaciones formales provenientes de los Organos de Control.

Componente Planes de Mejoramiento

Plan de Mejoramiento Institucional: Elemento de control, que permite el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la entidad pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus macroprocesos 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.

#	DEFICIENCIA	CAUSAS	ACCIÓN CORRECTIVA Y/O PREVENTIVA	OBJETIVO	METAS	Unidad de medida	Fecha inicio	Fecha terminación	Plazo en semanas de las Metas

Componente Planes de Mejoramiento

Planes de Mejoramiento por Procesos: Elemento 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 definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

- **OBJETIVOS DE RESULTADO DE TRABAJO**
- **OBJETIVO DE COMPETENCIAS DE MEJORAMIENTO**

*EL MODELO ESTANDAR DE CONTROL
INTERNO MECI 1000:2005*

y

*EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
BAJO LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA DE
LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2004*

Sistema De Gestión De La Calidad

Conjunto de elementos mutuamente relacionados, (utilizados para establecer la política y además para definir y alcanzar los objetivos) necesario para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

MODELO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001: 2000



Marco Legal De La Norma NTCGP 1000:2004

Ley 872 del 2003
 Y
Decreto 4110 del 2004

MECI Compatible con el SGC

Nº	MECI	Vs. SGC	R
1	Ambiente Control	Sist. Gestión de Calidad	4
2	Dir. Estratégico	Responsabilidad Dirección	2, 6
3	Control Riesgos	Gestión de los Recursos	1
4	Actividades Control	Realización del Producto	4, 5
5	Información	Medición, Análisis y Mejora	3, 4, 8, 9
6	Comunicación Pública		
7	Auto-Evaluación		
8	Eval. Indep.		
9	Planes Mejora		

MECI Frente a la NTCGP 1000:2004

Dentro del desarrollo del MECI, su función primordial esta comprendida en la evaluación y verificación del cumplimiento de los sistemas de obligatorio cumplimiento y su implementación a través de los modelos y normas previstas para su desarrollo, con el objeto de alcanzar una ADMINISTRACION DE CALIDAD.

Que Busca Cada Sistema ?

NTCGP: Hacia la satisfacción del cliente en el acceso a un producto o servicio.

MECI: Hacia una gestión administrativa pública de calidad.

Conclusiones Entre La Relación NTCGP 1000:2004 y MECI 1000:2005

- > Los dos sistemas son compatibles, pero tienen finalidades diferentes y elementos comunes que pueden ser articulados, sin confundirlos entre sí.
- > La posibilidad de articulación de los dos sistemas se basará necesariamente en la obtención de resultados de calidad en cada uno de sus enfoques.
- > Implementando a cabalidad los elementos de los dos sistemas más el SOGC se estará cumpliendo el objetivo del Gobierno frente a la Gestión, Administración y Atención en salud.

ANEXO No. 008
PLANIFICACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE
CUMPLIMIENTO

SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI 1000: 2005

ASPECTOS GENERALES		
<i>NOMBRE DE LA ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO.</i>		
OBJETIVO: Determinar el grado en el que se encuentra la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo frente al modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 profundizando en el nivel de cumplimiento de los elementos, componentes y subsistemas que lo conforman.		
ALCANCE: El presente proceso diagnostico comienza con la actividad de planificación de la metodología para obtener los datos, pasando por la realización del correspondiente diagnostico, la tabulación de los datos obtenidos en el mismo y finalizando con el cierre diagnostico el cual lo componen las actividades de análisis de datos, identificación de factores críticos de éxitos y la generación de conclusiones y recomendaciones.		
JUSTIFICACIÓN: El diagnostico se convierte en el primer insumo para el diseño e implementación del modelo estándar de control interno MECI, ya que permite conocer el estado actual del sistema de control interno dentro de la entidad, y en base a esta información, precisar aun mas en las actividades que se planifiquen y estructuren en la posterior realización del plan de trabajo el cual será la base que oriente la implementación del sistema de control interno MECI 1000:2005.		
RESPONSABLE: REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN (Subdirector Científico) Y EQUIPO MECI (Auxiliar Administrativo de servicio al cliente, Enfermera jefe, Odontóloga, Técnico operativo de presupuesto y Técnico operativo de personal)		
CRONOGRAMA		
Actividades	Periodo de Ejecución	
	Fecha inicio	Fecha terminación
Determinar la metodología que mejor se ajuste al contexto de la entidad para obtener los datos	11/01/08	12/01/08
Determinar el tamaño de la muestra a diagnosticar	14/01/08	14/01/08
Ejecución del diagnostico (Entrevista estructurada, Información documental, Encuesta o Taller)	15/01/08	18/01/08
Tabulación de los datos obtenidos	21/01/08	21/01/08
Análisis de los Datos obtenidos y generación de conclusiones (Análisis DOFA)	22/01/08	30/01/08
Revisión del diagnostico por la oficina de control interno	31/01/08	31/01/08
Socialización del diagnostico y su análisis DOFA ante el comité coordinador de control interno	18/01/08	05/02/08
Elaborado por: Equipo MECI	Fecha: 4 de Enero del 2008	
Revisado por: Jefe de Control Interno	Fecha: 8 de Enero del 2008	
Aprobado por: Gerencia	Fecha: 10 de Enero del 2008	

ANEXO No. 009
ENCUESTA APLICADA DEL
DIAGNOSTICO DE CUMPLIMIENTO

		SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Calificación	Evidencia	
				Verbal	Documental
		ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1.	1	Existe un Código o Documento orientador de los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	4		X
2.	2	Los Servidores Públicos conocen los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	1		
3.	3	Los Acuerdos Éticos operan en las relaciones con los funcionarios y con las diferentes partes interesadas internas y externas?	1		
4.	4	La Entidad tiene habilidad para detectar violaciones a los Acuerdos Éticos?	1		
		DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
5.	1	Existen perfiles para cada uno de los cargos?	5		X
6.	2	Existen políticas que permiten la ejecución de los procesos de selección, inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño?	1		
7.	3	Se han identificado procesos de Selección, Inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño?	2		X
8.	4	Existen políticas de Bienestar Social?	1		
9.	5	Las políticas y procedimientos de Desarrollo del Talento Humano son difundidas y conocidas en todos los niveles de la Entidad?	1		
		ESTILO DE DIRECCIÓN:			
10.	1	La alta dirección está comprometida con los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno?	5		X
11.	2	Los directivos dan cumplimiento a las políticas y prácticas de Desarrollo del Talento Humano?	1		
12.	3	Las Directivas acatan los Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos de la Entidad?	1		
13.	4	La alta dirección se compromete con la asignación y uso mesurado y racional de los recursos?	1	X	
14.	5	La alta dirección cumple con los métodos, procedimientos, políticas y objetivos propios del Control Interno?	2		
15.	6	La alta dirección establece acciones a las recomendaciones provenientes de la Autoevaluación de la Gestión?	2		X
		PLANES Y PROGRAMAS:			
16.	1	Elabora la entidad los Planes y Programas estratégicos y Operativos en cumplimiento de la normatividad existente?	2		X
17.	2	Existe compromiso de la alta dirección con la ejecución de los planes y programas requeridos para el cumplimiento de la función constitucional y legal de la Entidad?	4	X	
18.	3	Los servidores públicos conocen y están comprometidos con los Planes y Programas pertinentes para el desarrollo de su función?	2		X
19.	4	Los Planes y Programas son divulgados a los diferentes públicos internos y externos que tienen relación con la Entidad?	1		
		MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS:			
21.	1	La Entidad basa su gestión en un Modelo de Operación por Procesos?	4		X

22.	2	El Modelo de Operación contiene la definición de macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo?	1		X
23.	3	Existe armonía entre los objetivos de los macroprocesos con el conjunto de Planes y Programas que rigen a la Entidad?	1		
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:					
24.	1	Existe coherencia y armonía de la estructura organizacional con el Modelo de Operación por procesos de la Entidad?	1		X
25.	2	Existen manuales que detallen actividades secuenciales que se requieren para el ejercicio de cada uno de los cargos?	3		X
26.	3	La Estructura Organizacional permite y facilita el cumplimiento de los objetivos contenidos en los Planes y Programas de la Entidad?	3		
27.	4	La Estructura Organizacional está adaptada a las necesidades cambiantes del entorno y evaluación contingencial de los aspectos externos (estabilidad, complejidad, diversidad y hostilidad)?	4		
CONTEXTO ESTRATÉGICO:					
28.	1	Se Identifican las oportunidades y amenazas generadas por el entorno, con base en el análisis de información externa y el análisis estratégico elaborado para el diseño de los Planes y Programas?	3	X	
29.	2	Se aplica una metodología apropiada para el análisis del Contexto Estratégico de la Entidad?	1		
30.	3	Se cuenta con la participación de Servidores Públicos de los diferentes niveles en el análisis del Contexto Estratégico?	2		
31.	4	Existen procesos de autoevaluación permanente que verifiquen la validez del Contexto Estratégico con la ocurrencia de riesgos en la operación de la Entidad?	1		
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS:					
32.	1	La metodología de Identificación de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Entidad?	3		X
33.	2	Se describen adecuadamente cada uno de los riesgos que afectan el desempeño de los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades?	3		
34.	3	Se definen en forma precisa los efectos de cada riesgo en el Modelo de Operación (mapa de procesos) donde éste podría materializarse?	1		
35.	4	Se identifican y describen de forma precisa las causas de los riesgos?	3		
ANÁLISIS DEL RIESGO:					
36.	1	Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (mapa de procesos) de la Entidad?	1		
37.	2	Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos?	1		
38.	3	Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Entidad?	1		
VALORACIÓN DEL RIESGO:					
39.	1	La metodología de Valoración de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación (mapa de procesos) de la Entidad?	1		
40.	2	Existe coherencia entre los criterios utilizados para priorizar los macroprocesos, procesos, subprocesos, actividades y sus respectivos riesgos?	1		

41.	3	La Valoración de Riesgos favorece el cumplimiento de objetivos de los demás elementos constitutivos del componente Administración de Riesgos?	1		
POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:					
42.	1	Las Políticas de Administración de Riesgos son coherentes con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Entidad?	1		
43.	2	Las Políticas de Administración de Riesgos se adaptan a las características y naturaleza de la Entidad y contemplan los posibles riesgos a que puede estar sujeta su gestión?	1		
44.	3	La alta dirección está comprometida con la definición y acatamiento de las Políticas de Administración de Riesgos?	4		
45.	4	Las Políticas de Administración de Riesgos se aplican en todos los niveles y por parte de todos los Servidores Públicos de la Entidad?	1		
46.	5	Existen parámetros que obligan a la revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos y su adaptación a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	1		
POLÍTICAS DE OPERACIÓN:					
47.	1	Existe coherencia entre las Políticas de Operación y las Políticas de Administración de Riesgos?	1		
48.	2	Todos los servidores conocen y entienden las Políticas de Operación?	1		
49.	3	Las Políticas de Operación son aplicadas en todos los niveles y por parte de todos los servidores de la Entidad?	1		
PROCEDIMIENTOS:					
50.	1	Existen Procedimientos que describen la manera de llevar a cabo las actividades de la Entidad?	3		X
51.	2	Existe coherencia en la definición de los perfiles de los cargos en relación con los procedimientos definidos para dar cumplimiento a los objetivos de cada proceso?	4		
52.	3	Los servidores conocen los Procedimientos y responsabilidades a su cargo?	5		
53.	4	Los Procedimientos garantizan el cumplimiento de los objetivos de los procesos?	3		
CONTROLES:					
54.	1	La alta dirección está comprometida con la definición y divulgación de controles?	4		
55.	2	Todos los funcionarios conocen y entienden el sentido de la inclusión de los controles preventivos, detectivos, de protección y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales?	1		
56.	3	Están establecidas las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso ineficiente de los controles?	1		
57.	4	Están definidos los parámetros que obliguen a la revisión periódica y adaptación de los Controles a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	1		
INDICADORES:					
58.	1	Existe coherencia entre el diseño de indicadores de resultado y los objetivos definidos en los Planes y Programas de la Entidad?	1		X
59.	2	Existe coherencia entre el diseño de indicadores y los objetivos de los Macroprocesos y procesos del Modelo de operación (mapa de procesos) ?	1		

60.	3	Existe coherencia entre el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos y las políticas y prácticas defin. en DsIlo del Talento Humano?	1		
61.	4	Existe coherencia en el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos con los objetivos y resultados del Proceso al que se encuentra asignado?	1		
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:					
62.	1	El manual de procedimientos incluye los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos, las políticas de Desarrollo del Talento Humano, los Planes y Programas y las Políticas de Administración de Riesgos?	2		X
63.	2	En el Manual de procedimientos se incluyen los normogramas de los procesos?	1		
64.	3	Existen procesos de divulgación y capacitación tendientes a fortalecer el uso del Manual de procedimientos?	1		
INFORMACIÓN PRIMARIA:					
65.	1	Existe cultura para obtener la información relacionada con el entorno, la comunidad y demás grupos de interés?	3		
66.	2	Se cumple con la normatividad vigente sobre la existencia de medios que permitan recibir, procesar y dar respuesta a la comunicación y partes interesadas en forma eficiente y oportuna?	2		X
67.	3	Existen medios efectivos que permiten recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de los grupos de interés?	3		X
68.	4	La Información Primaria es tenida en cuenta por los Servidores Públicos para la implementación de las acciones y decisiones organizacionales?	3		X
INFORMACIÓN SECUNDARIA:					
69.	1	Existen fuentes de Información Secundaria debidamente determinadas y canalizadas para el logro de los objetivos institucionales?	3		
70.	2	La totalidad de los procesos/subprocesos de la Entidad contemplan las salidas de información necesaria a los grupos de interés internos y externos?	1		X
71.	3	La Información Secundaria se divulga y socializa entre los servidores de la Entidad?	3		
72.	4	La Información Secundaria se utiliza en la rendición de cuentas e información a los diferentes grupos de interés?	4		
SISTEMAS DE INFORMACIÓN:					
73.	1	Existen sistemas de información que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización?	3		X
74.	2	Los Sistemas de Información son utilizados por los Servidores Públicos para cumplir de manera eficiente sus responsabilidades en relación con la función de la Entidad?	4		X
75.	3	Los Servidores Públicos conocen los Sistemas de Información que posee la Entidad?	3		X
76.	4	La información generada por los Sistemas de Información cumple con los parámetros de calidad requeridos?	3		X
COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL:					
77.	1	Se determina claramente la información que será comunicada a los Servidores Públicos de la Entidad?	3		
78.	2	Están establecidas las responsabilidades de comunicación interna que cada Servidor Público tiene con los demás Servidores para el ejercicio de sus cargos?	5	X	

79.	3	Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y manera de llevarlos a cabo?	2		
80.	4	Las partes interesadas adquieren comprensión sobre los propósitos de la Entidad a partir de los procesos de comunicación interna?	3		
COMUNICACIÓN INFORMATIVA:					
81.	1	Se tienen definidas las partes interesadas externas a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la Entidad?	5		X
82.	2	Se tiene definida la información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados?	5		X
83.	3	Están establecidas claramente las responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos y actividades que configuran la operación de la Entidad?	5		X
84.	4	Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los públicos externos?	4		X
85.	5	Los procesos de Rendición de la Cuenta a los organismos de control del Estado son pertinentes y oportunos?	4		X
MEDIOS DE COMUNICACIÓN:					
86.	1	Existe la responsabilidad por el manejo de los Medios de Comunicación para que satisfagan los fines perseguidos por la Comunicación Organizacional?	3		X
87.	2	Los medios de comunicación utilizados son coherentes con los propósitos de Comunicación Externa?	3		
88.	3	Se mide la efectividad de los Medios de Comunicación sobre los públicos externos?	3		
89.	4	Se mide la efectividad de los Medios de Comunicación sobre los públicos internos?	3		
90.	5	Las diferentes instancias de la Entidad le dan un apropiado manejo a los Medios de Comunicación?	3		
AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL:					
91.	1	Se difunden los mecanismos e instrumentos utilizados para la realización de la Autoevaluación del Control?	1		
92.	2	Los servidores de la Entidad comprenden los propósitos, metodologías e instrumentos requeridos para la Autoevaluación del Control?	1		
93.	3	Las fuentes de información e instrumentos utilizados para la Autoevaluación del Control son pertinentes?	1		
94.	4	Existe representación de todos los servidores en la realización de la Autoevaluación del Control?	1		
AUTOEVALUACIÓN A LA GESTIÓN:					
95.	1	Los Servidores Públicos del nivel directivo de la Entidad comprenden la importancia del monitoreo permanente de los indicadores a los macroprocesos, procesos, subprocesos, planes y programas a su cargo?	1		
96.	2	Durante el proceso de evaluación e informe de los indicadores participan todos los Servidores Públicos de los diferentes niveles?	1		
97.	3	Las acciones de mejoramiento son coherentes con el resultado del análisis de indicadores?	1		
98.	4	Se discuten los resultados del análisis de indicadores con todos los Servidores Públicos responsables de los procesos y planes institucionales?	1		

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:				
99.	1	Se cumplen los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno en la Entidad?	2	
100.	2	La efectividad de los elementos, componentes y subsistemas en su interacción apoyan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad?	1	
101.	3	Se generan observaciones de Control Interno a los directivos de las áreas sobre las deficiencias significativas que requieren especial atención por parte de ellos?	4	X
102.	4	Se presentan los informes de control interno a la alta dirección y al Órgano Consultor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden Nacional y Territorial?	1	
AUDITORIA INTERNA:				
103.	1	Se cuenta con métodos, procedimientos y herramientas que apoyen los procesos de evaluación independiente?	1	
104.	2	En los procesos de auditoría se incorpora la planeación, ejecución, elaboración de informes y seguimiento?	1	
105.	3	Se definen acuerdos sobre las acciones de mejoramiento con las diferentes áreas de la Entidad?	1	
PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL:				
106.	1	La Entidad elabora anualmente un Plan de Mejoramiento Institucional?	3	X
107.	2	El Plan de Mejoramiento Institucional involucra las acciones de Mejoramiento a nivel de Macroproceso, Procesos, Subprocesos derivados de la Autoevaluación por área organizacional?	3	
108.	3	El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones de mejoramiento generadas por la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno?	1	
109.	4	El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones emitidas por el órgano de Control Fiscal competente?	1	
110.	5	El Plan de Mejoramiento Institucional contempla niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos?	3	
111.	6	Los servidores públicos de la Entidad conocen el Plan de Mejoramiento Institucional?	3	
PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS:				
112.	1	Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento por procesos y la función específica encargada a cada área organizacional de la Entidad?	3	X
113.	2	Los Servidores Públicos de la Dependencia conocen el Plan de Mejoramiento por procesos de su área?	3	
114.	3	Los Planes de Mejoramiento por procesos tienen en cuenta las recomendaciones derivadas de la Evaluación, en lo que corresponde a cada área organizacional?	1	
115.	4	Los Planes de Mejoramiento por procesos contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos?	3	
116.	5	Los Planes de Mejoramiento por procesos tienen en cuenta las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control Fiscal en lo pertinente a cada área organizacional?	1	
PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL:				
117.	1	Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Individual y las funciones que desarrolla la Entidad?	3	

118.	2	Los Servidores Públicos elaboran Planes de Mejoramiento Individuales tomando como base los resultados de la Autoevaluación del Control y de Gestión?	1		
119.	3	Los Planes de Mejoramiento Individual se encuentran asociados a las funciones de cada cargo, en particular a sus objetivos de desempeño?	2		
120.	4	La calificación de desempeño del Servidor Público se encuentra directamente relacionada a su función, objetivos de desempeño y capacidad de llevar a cabo las acciones de mejoramiento relativas a los procesos que se le han asignado?	1		

ANEXO No. 010
ENCUESTA APLICADA DE LA
AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL



[Regresar](#)

COMPONENTE No. 1 Nombre : Ambiente de Control

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
1. Indique en qué etapa de construcción se encuentra el documento que contiene los principios y valores de la entidad:	
a) No se ha iniciado su elaboración	Seleccione una opción
b) Se encuentra en proceso de elaboración	<input type="radio"/> b
c) Se adoptó oficialmente por parte del Comité de Coordinación de Control Interno	
Si la respuesta es c), determine si este documento cumple las siguientes características:	
Construcción participativa del documento entre todos los servidores de la entidad	
Socialización del documento a todos los servidores	
Verificación de la interiorización de los principios y valores por parte de todos los servidores de la entidad	
2. Cuáles de las siguientes acciones contempla el proceso de gestión del Talento Humano en su entidad:	
Diagnóstico institucional de necesidades de capacitación	<input type="checkbox"/>
Formulación del Plan Institucional de Formación y Capacitación	<input type="checkbox"/>
Adopción del Plan Institucional de Formación y Capacitación durante el primer trimestre del año	<input type="checkbox"/>
Aplicación del mecanismo técnico para la evaluación del proceso de capacitación que incluya variables de medición del impacto	<input type="checkbox"/>
Diseño y aplicación del Programa de inducción dentro de los plazos determinados por la norma	<input type="checkbox"/>
Diseño y aplicación del Programa de Reinducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico para definir un Programa de Bienestar	<input type="checkbox"/>
Formulación de un Programa de Bienestar	<input type="checkbox"/>
Adopción del Programa de Bienestar durante el primer trimestre del año	<input type="checkbox"/>
El Programa de Bienestar involucra a todos los funcionarios de la entidad	<input type="checkbox"/>
El Programa de Bienestar incluye al núcleo familiar de los empleados	<input type="checkbox"/>
Medición del Clima Laboral por lo menos una vez en los dos últimos años	<input type="checkbox"/>
Realización de programas Calidad de Vida Laboral	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la ejecución del Programa de Bienestar	<input type="checkbox"/>
Formulación del Plan de Incentivos	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la ejecución del Plan de Incentivos	<input type="checkbox"/>
Los Directivos de su entidad ingresan por medio de procesos de Selección Meritocrática	<input type="checkbox"/>
Definición de los perfiles y las competencias laborales del nivel directivo para la selección de los mismos	<input checked="" type="checkbox"/>
Se tienen en cuenta las metas del nivel gerencial para la evaluación de los funcionarios a su cargo	<input type="checkbox"/>
Se han creado beneficios adicionales (en la parte de bienestar) para el nivel directivo.	<input type="checkbox"/>
Seguimiento al cumplimiento de las metas del nivel directivo.	<input type="checkbox"/>
Evaluación del Desempeño acorde con la normatividad que rige para la entidad.	<input checked="" type="checkbox"/>
Las metas individuales corresponden a las metas del área o del proceso al que pertenece el servidor	<input type="checkbox"/>

Retroalimentación sobre el desempeño individual de los servidores.	<input type="checkbox"/>
Formulación de acciones de mejoramiento individual.	<input type="checkbox"/>
Seguimiento al desarrollo y efectividad de las acciones de mejoramiento individual.	<input type="checkbox"/>
Documentación de las acciones de mejoramiento individual y los resultados de su seguimiento.	<input type="checkbox"/>
Solo para entidades que se regulan por la ley 909 de 2004, verificar:	
Participación de la Comisión de Personal en la formulación del Plan Institucional de Formación y Capacitación	<input type="checkbox"/>
Los contenidos desarrollados se enmarcan dentro de las áreas temáticas definidas por el Plan Nacional de Formación y Capacitación	<input type="checkbox"/>
La totalidad de los funcionarios con derecho a la capacitación recibieron 40 o más horas de capacitación	<input type="checkbox"/>
Realización de programas de Protección y Servicios Sociales	<input type="checkbox"/>
El Plan de Incentivos contempla por lo menos seis de los incentivos señalados en el artículo 33 del Decreto 1567 de 1998	<input type="checkbox"/>
Reglamentación para la selección y premiación de los Equipos de Trabajo	<input type="checkbox"/>
Adopción de la metodología para suscribir y evaluar los Acuerdos mediante acto administrativo	<input type="checkbox"/>
Definición de cronogramas, responsabilidades, metas e indicadores para cada acuerdo de gestión	<input type="checkbox"/>
Realización de la evaluación de los acuerdos de gestión en el mes de enero de 2008	<input type="checkbox"/>
Retroalimentación de los resultados del acuerdo de gestión entre superior jerárquico y gerente público	<input type="checkbox"/>
Definición de necesidades de capacitación de los gerentes públicos tomando en cuenta los resultados de la evaluación de los acuerdos de gestión	<input type="checkbox"/>
Utilización de los resultados de los acuerdos de gestión como referente para realizar la evaluación individual del personal de carrera administrativa y de libre nombramiento y remoción de los niveles profesional, técnico y asistencial.	<input type="checkbox"/>

Escriba las evidencias que tienen en su entidad para soportar los datos antes registrados.

* El código de ética se encuentra realizado pero aun no se se ha depurado ni socializado por parte del comite con el fin de entrar a difundirlo a todos los funcionarios.
* Por medio del manual de funciones que constantemente se esta actualizando se determinan los perfiles y competencias para

FINALIZAR

**ANEXO No. 011
EVALUACIÓN DEL AVANCE EN LA
IMPLEMENTACIÓN O EVALUACIÓN
INDEPENDIENTE**

Modelo
Estándar de
Control
Interno

MECI



USAID
U.S. AID
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
REPUBLICA DE COLOMBIA

[Regresar](#)

COMPONENTE No. 1 Nombre : Ambiente de Control

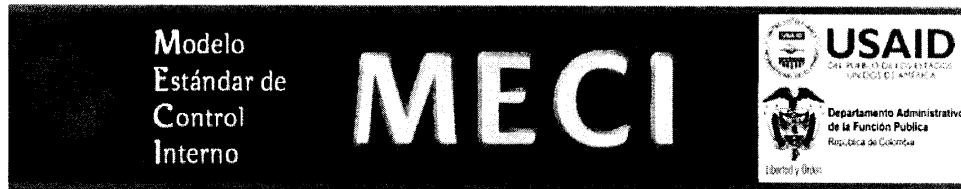
Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
1. Indique en qué etapa de construcción se encuentra el documento que contiene los principios y valores de la entidad:	
a) No se ha iniciado su elaboración	Seleccione una opción
b) Se encuentra en proceso de elaboración	<input type="radio"/> b
c) Se adoptó oficialmente por parte del Comité de Coordinación de Control Interno	
Si la respuesta es c), determine si este documento cumple las siguientes características:	
Construcción participativa del documento entre todos los servidores de la entidad	<input type="checkbox"/>
Socialización del documento a todos los servidores	<input type="checkbox"/>
Verificación de la interiorización de los principios y valores por parte de todos los servidores de la entidad	<input type="checkbox"/>
2. Cuáles de las siguientes acciones contempla el proceso de gestión del Talento Humano en su entidad:	
Diagnóstico institucional de necesidades de capacitación	<input type="checkbox"/>
Formulación del Plan Institucional de Formación y Capacitación	<input type="checkbox"/>
Adopción del Plan Institucional de Formación y Capacitación durante el primer trimestre del año	<input type="checkbox"/>
Aplicación del mecanismo técnico para la evaluación del proceso de capacitación que incluya variables de medición del impacto	<input type="checkbox"/>
Diseño y aplicación del Programa de inducción dentro de los plazos determinados por la norma	<input type="checkbox"/>
Diseño y aplicación del Programa de Reinducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico para definir un Programa de Bienestar	<input type="checkbox"/>
Formulación de un Programa de Bienestar	<input type="checkbox"/>
Adopción del Programa de Bienestar durante el primer trimestre del año	<input type="checkbox"/>
El Programa de Bienestar involucra a todos los funcionarios de la entidad	<input type="checkbox"/>
El Programa de Bienestar incluye al núcleo familiar de los empleados	<input type="checkbox"/>
Medición del Clima Laboral por lo menos una vez en los dos últimos años	<input type="checkbox"/>
Realización de programas Calidad de Vida Laboral	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la ejecución del Programa de Bienestar	<input type="checkbox"/>
Formulación del Plan de Incentivos	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la ejecución del Plan de Incentivos	<input type="checkbox"/>
Los Directivos de su entidad ingresan por medio de procesos de Selección Meritocrática	<input type="checkbox"/>
Definición de los perfiles y las competencias laborales del nivel directivo para la selección de los mismos	<input checked="" type="checkbox"/>
Se tienen en cuenta las metas del nivel gerencial para la evaluación de los funcionarios a su cargo	<input type="checkbox"/>
Se han creado beneficios adicionales (en la parte de bienestar) para el nivel directivo.	<input type="checkbox"/>
Seguimiento al cumplimiento de las metas del nivel directivo.	<input type="checkbox"/>
Evaluación del Desempeño acorde con el normatividad que rige para la entidad.	<input checked="" type="checkbox"/>
Las metas individuales corresponden a las metas del área o del proceso al que pertenece el servidor	<input type="checkbox"/>

Retroalimentación sobre el desempeño individual de los servidores.	<input type="checkbox"/>
Formulación de acciones de mejoramiento individual.	<input type="checkbox"/>
Seguimiento al desarrollo y efectividad de las acciones de mejoramiento individual.	<input type="checkbox"/>
Documentación de las acciones de mejoramiento individual y los resultados de su seguimiento.	<input type="checkbox"/>
Solo para entidades que se regulan por la ley 909 de 2004, verificar:	
Participación de la Comisión de Personal en la formulación del Plan Institucional de Formación y Capacitación	<input type="checkbox"/>
Los contenidos desarrollados se enmarcan dentro de las áreas temáticas definidas por el Plan Nacional de Formación y Capacitación	<input type="checkbox"/>
La totalidad de los funcionarios con derecho a la capacitación recibieron 40 o más horas de capacitación	<input type="checkbox"/>
Realización de programas de Protección y Servicios Sociales	<input type="checkbox"/>
El Plan de Incentivos contempla por lo menos seis de los incentivos señalados en el artículo 33 del Decreto 1567 de 1998	<input type="checkbox"/>
Reglamentación para la selección y premiación de los Equipos de Trabajo	<input type="checkbox"/>
Adopción de la metodología para suscribir y evaluar los Acuerdos mediante acto administrativo	<input type="checkbox"/>
Definición de cronogramas, responsabilidades, metas e indicadores para cada acuerdo de gestión	<input type="checkbox"/>
Realización de la evaluación de los acuerdos de gestión en el mes de enero de 2008	<input type="checkbox"/>
Retroalimentación de los resultados del acuerdo de gestión entre superior jerárquico y gerente público	<input type="checkbox"/>
Definición de necesidades de capacitación de los gerentes públicos tomando en cuenta los resultados de la evaluación de los acuerdos de gestión	<input type="checkbox"/>
Utilización de los resultados de los acuerdos de gestión como referente para realizar la evaluación individual del personal de carrera administrativa y de libre nombramiento y remoción de los niveles profesional, técnico y asistencial.	<input type="checkbox"/>

Escriba las evidencias que tienen en su entidad para soportar los datos antes registrados.

* El código de ética se encuentra realizado pero aun no se ha depurado ni socializado por parte del comité con el fin de entrar a difundirlo a todos los funcionarios.
* Por medio del manual de funciones que constantemente se está actualizando se determinan los perfiles y competencias para

FINALIZAR



[Regresar](#)

COMPONENTE No. 2 Nombre : Direccionamiento Estratégico

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
3. Cuáles de las siguientes características cumple el esquema de planeación de la entidad:	
Definición de la misión y visión institucionales	<input checked="" type="checkbox"/>
Definición de objetivos institucionales	<input checked="" type="checkbox"/>
Comprende acciones, cronogramas, responsabilidades y metas	<input checked="" type="checkbox"/>
Coherencia con el presupuesto anual y/o plurianual	<input type="checkbox"/>
Coherencia con las necesidades de la ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Ejecución de las acciones de acuerdo con lo previsto	<input checked="" type="checkbox"/>
Ejecución del presupuesto de acuerdo con lo previsto	<input checked="" type="checkbox"/>
Cumplimiento de cronogramas	<input checked="" type="checkbox"/>
Cumplimiento de las metas	<input checked="" type="checkbox"/>
Definición de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, que permitan medir el avance en la ejecución de los planes y programas	<input type="checkbox"/>
Realización del proceso de seguimiento y evaluación de manera periódica	<input type="checkbox"/>
Documentación del proceso de seguimiento y evaluación	<input type="checkbox"/>
Definición de acciones correctivas o preventivas, ante posibles desvíos en la programación	<input type="checkbox"/>
Formulación acciones correctivas o preventivas con base en las observaciones presentadas por la ciudadanía, las veedurías ciudadanas u otros grupos de control social	<input type="checkbox"/>
Replanteamiento de acciones, cronogramas, metas o responsabilidades	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Señale en qué etapa se encuentra el Modelo de Operación por Procesos de la entidad:	
a) Identificación y clasificación de los procesos de la entidad	Seleccione una opción
b) Caracterización de los procesos de la entidad	<input type="text" value="b"/>
c) Definición de la secuencia e interacción de los diferentes procesos de la entidad	
Si la respuesta es c), determine si este Modelo cumple las siguientes características:	
Aplicación del Modelo de Operación por Procesos al desarrollo de la gestión institucional	
Monitoreo de los puntos de control de los procesos	
Evaluación del logro de los objetivos de los procesos, a partir de los indicadores definidos para cada uno	
Definición de acciones de mejora a partir de la Información obtenida en la medición de los procesos	
5. Indique si el diseño organizacional de la entidad, cumple las siguientes condiciones:	
La entidad tiene una departamentalización que obedece a una distribución ya sea funcional o de operación por procesos	<input checked="" type="checkbox"/>
Existe correspondencia entre la estructura, la planta de empleos y el manual de funciones y de competencias laborales en su entidad u organización.	<input checked="" type="checkbox"/>
La planta de empleos actual, es producto de un análisis de cargas de trabajo y refleja las reales necesidades organizacionales.	<input type="checkbox"/>
La distribución de la planta de empleos esta asociada a alguna o varias de estas opciones: los procesos, las dependencias o unidades internas o a las necesidades del servicio.	<input type="checkbox"/>



[Regresar](#)

COMPONENTE No. 3 Nombre : Administración de Riesgos

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
6. Indique las acciones que se han desarrollado dentro del proceso de Administración de Riesgo en la entidad:	
Identificación de los factores externos de riesgo	<input checked="" type="checkbox"/>
Identificación de los factores internos de riesgo	<input checked="" type="checkbox"/>
Análisis del contexto estratégico para fundamentar el manejo del riesgo en la entidad	<input type="checkbox"/>
Definición por parte del Comité Coordinación de Control Interno, de los parámetros para adelantar el proceso de administración del riesgo en la entidad	<input checked="" type="checkbox"/>
Identificación de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad	<input checked="" type="checkbox"/>
Identificación de los riesgos con base en los objetivos de los procesos institucionales	<input checked="" type="checkbox"/>
Divulgación de los riesgos de la entidad a todos los servidores	<input type="checkbox"/>
Análisis de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos	<input type="checkbox"/>
Análisis del impacto de las consecuencias de los riesgos	<input type="checkbox"/>
Determinación de la vulnerabilidad de los procesos frente a los riesgos	<input type="checkbox"/>
Definición de controles para prevenir o mitigar el impacto de los eventos que pueden generar riesgos para la entidad	<input type="checkbox"/>
Documentación de los controles que pueden prevenir o mitigar los riesgos de la entidad	<input type="checkbox"/>
Priorización de los riesgos teniendo en cuenta la efectividad de los controles	<input type="checkbox"/>
Definición de acciones de mitigación del riesgo (evitar, reducir, compartir o asumir los riesgos - ERCA)	<input type="checkbox"/>
Medición de la efectividad de los controles con relación a la ocurrencia del riesgo	<input type="checkbox"/>
Definición por parte del Comité de Coordinación de Control Interno, de lineamientos para el manejo de los riesgos	<input type="checkbox"/>
Divulgación de las políticas del tratamiento del riesgo a todos los servidores de la entidad	<input type="checkbox"/>
Verificación del cumplimiento de las políticas de tratamiento del riesgo	<input type="checkbox"/>
Evaluación de los resultados de las políticas de tratamiento del riesgo	<input type="checkbox"/>

Escriba las evidencias que tienen en su entidad para soportar los datos antes registrados.

* A pesar que existen mapas de riesgos en la mayoría de las unidades funcionales no se encuentran ajustados a los lineamientos del MECI pero si se han identificado los riesgos independiente de que apliquen o no como riesgos. por tanto esta pendiente su depuración, seguimiento y evaluación.

SIGUIENTE


[Regresar](#)
COMPONENTE No. 4 Nombre : Actividades de Control

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
7. Indique si las Políticas de Operación de la entidad:	
a) No se han definido	Seleccione una opción
b) Se encuentra en proceso de definición por parte del Comité Coordinación de Control Interno	<input type="checkbox"/> b
c) Se adoptaron oficialmente por parte del Comité de Coordinación de Control Interno	
Si la respuesta es c), señale si estas Políticas:	
Se han divulgado entre todos los servidores de la entidad	
Se han documentado	
Se les ha evaluado su cumplimiento	
8. Indique si las actividades a través de las cuales se desarrollan los procesos:	
a) No se han definido	Seleccione una opción
b) Se encuentra en proceso de definición por parte de los responsables de los procesos	<input type="checkbox"/> b
c) Se adoptaron oficialmente por parte del Comité de Coordinación de Control Interno	
Si la respuesta es c), señale si estas actividades:	
Se han divulgado entre los servidores que intervienen en el desarrollo del proceso del que hacen parte	
Se han documentado	
Se ejecutan tal como se han documentado, permitiendo el desarrollo efectivo de los procesos del que hacen parte	
Se revisan, a fin de introducir mejoras	
9. Indique si el Manual de Operaciones de la entidad:	
a) No se ha consolidado	Seleccione una opción
b) Se está consolidando la información para su construcción	<input type="checkbox"/> b
c) Se elaboró a partir de la consolidación de la información que regula las actuaciones de la entidad	
Si la respuesta es c), señale si este Manual:	
Se ha divulgado entre todos los servidores	
Se ha adoptado oficialmente por parte del Comité de Coordinación de Control Interno	
Se revisa periódicamente, con el fin de establecer ajustes	
Se hace seguimiento a su cumplimiento	

Escriba las evidencias que tienen en su entidad para soportar los datos antes registrados.

* Las políticas, actividades y el manual de procedimientos se encuentran actualmente en proceso de implementación, puesto que se están levantando la documentación correspondiente a cada unidad funcional adicionándole sus políticas de operación y haciendo de manera paralela el manual de

SIGUIENTE



[Regresar](#)

COMPONENTE No. 5 Nombre : Información

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
10. Indique cuáles condiciones cumple la entidad en materia de información:	
Se cuenta con mecanismos para recibir sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>
Se cuenta con un registro sistematizado de las observaciones sobre la gestión de la entidad y a los procesos contractuales que presentan las veedurías u otros grupos de control social	<input checked="" type="checkbox"/>
Se atienden las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos, mediante los medios tecnológicos o electrónicos de que dispone (ley 962 de 2005)	<input type="checkbox"/>
La información suministrada por las fuentes externas (comunidad, proveedores, organismos de control o de regulación, organismos de cooperación o de financiación, otras entidades u organismos públicos o privados) es utilizada como insumo para el desarrollo de los procesos	<input checked="" type="checkbox"/>
Se adelantan acciones de consulta con distintos grupos de interés: comunidad, proveedores, organismos de control, cooperación, veedurías, entre otros para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.	<input checked="" type="checkbox"/>
Los procedimientos de consulta pública son abiertos, sistemáticos y ofrecen igualdad de acceso para los interesados o afectados.	<input type="checkbox"/>
La entidad cuenta con mecanismos para recibir sugerencias o recomendaciones por parte de sus servidores	<input checked="" type="checkbox"/>
La entidad aplica tablas de retención documental	<input checked="" type="checkbox"/>
La entidad tiene identificada la información referente a sus recursos físicos y tecnológicos	<input checked="" type="checkbox"/>
La entidad tiene identificada la información referente a sus recursos humanos	<input checked="" type="checkbox"/>
La información suministrada por las fuentes internas (manuales, informes, actas, actos administrativos) es utilizada como insumo para el desarrollo de los procesos	<input checked="" type="checkbox"/>
Se formulan acciones correctivas o preventivas con base en la información reportada por los mecanismos de recepción de sugerencias y recomendaciones que presentan los servidores	<input type="checkbox"/>
La entidad ha organizado o sistematizado el manejo de la correspondencia	<input checked="" type="checkbox"/>
La entidad ha organizado o sistematizado el manejo de los recursos físicos y tecnológicos	<input checked="" type="checkbox"/>
La entidad ha organizado o sistematizado la información de los recursos humanos	<input checked="" type="checkbox"/>
La información que es procesada dentro de la entidad se actualiza periódicamente	<input checked="" type="checkbox"/>
Se cuenta con mecanismos que permitan verificar la calidad y veracidad de la información que se reporta a los diferentes sistemas gubernamentales de información y a los grupos de interés o veedurías	<input checked="" type="checkbox"/>
La entidad reporta oportunamente los datos requeridos por los diferentes sistemas gubernamentales de información y a los distintos grupos de interés o veedurías ciudadanas	<input checked="" type="checkbox"/>
La entidad procesa la información, oportunamente, para facilitar el control social por parte de las veedurías ciudadanas y otros grupos de control social	<input checked="" type="checkbox"/>
La información interna proveniente de las consultas externas, es sistematizada y presentada en forma clara y comprensible.	<input checked="" type="checkbox"/>

Escriba las evidencias que tienen en su entidad para soportar los datos antes registrados.

* Se cuenta con la oficina de servicio al cliente dedicados tiempo completo a mejorar la satisfacción de los usuarios basados en la información obtenida en los buzones de sugerencias.
 * La entidad actualmente esta en la implementación de las tablas de retención



[Regresar](#)

COMPONENTE No. 6 Nombre : Comunicación Pública

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
11. Indique cuáles condiciones cumple la entidad en materia de comunicación:	
Están establecidos los canales de comunicación entre la dirección de la entidad y los demás servidores	<input checked="" type="checkbox"/>
Están establecidos los canales de comunicación entre los responsables de los procesos de la entidad	<input checked="" type="checkbox"/>
Existen canales de comunicación adecuados que permiten el flujo formal de comunicación	<input type="checkbox"/>
Se realiza seguimiento y evaluación al funcionamiento de los canales de comunicación definidos	<input type="checkbox"/>
Se fortalecen los canales de comunicación a partir de la retroalimentación que se hace a las sugerencias y recomendaciones recibidas por parte de los servidores de la entidad	<input type="checkbox"/>
Están establecidos canales de comunicación entre la entidad y la comunidad, los cuales se diseñan considerando los diferentes públicos y grupos de interés.	<input checked="" type="checkbox"/>
Están establecidos los canales de comunicación entre la entidad y los organismos de control	<input checked="" type="checkbox"/>
Se dan a conocer los canales de comunicación existentes a los distintos grupos de interés y comunidad	<input type="checkbox"/>
Se divulgan los indicadores definidos por la entidad para evaluar su gestión	<input type="checkbox"/>
Se publica y actualiza la información sobre los programas, proyectos, obras, contratos y la administración de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/>
Se realizan anualmente audiencias públicas de rendición con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía.	<input type="checkbox"/>
La información proporcionada por los distintos grupos interés, veedurías y otros grupos se hace pública a través de diversos medios.	<input type="checkbox"/>
Se han establecido canales de comunicación para que las veedurías ciudadanas realicen el control social	<input type="checkbox"/>
Se divulgan los trámites de su competencia, a través de medios tecnológicos o electrónicos (ley 962/05)	<input type="checkbox"/>
Se divulgan los formularios oficiales a través de los cuales se formaliza la prestación de los servicios o el desarrollo de los trámites de la entidad (ley 962/05)	<input type="checkbox"/>
Se ha dispuesto al público, a través de medios electrónicos (página web), las leyes, decretos, actos administrativos o documentos de interés público (ley 962/05)	<input type="checkbox"/>
Se entrega a los usuarios, a través de medios impresos, electrónicos, telefónico o por correo, la información referente a normas, funciones, servicios y trámites de su competencia, sin el requerimiento de la presencia personal (ley 962/05)	<input type="checkbox"/>
La toma de decisiones incorpora la información proveniente de los grupos de interés, veedurías y otros grupos de interés	<input type="checkbox"/>
La entidad remite documentos solicitados a través de correo electrónico y correo certificado (ley 962/05)	<input type="checkbox"/>
Se ha definido la política de comunicación institucional	<input type="checkbox"/>
Se evalúa la efectividad de los medios de comunicación	<input type="checkbox"/>
Se mejoran los mecanismos de comunicación a partir de la evaluación que se realiza de los mismos	<input type="checkbox"/>
La entidad cuenta con un área de atención al usuario que facilita la información sobre los servicios que ofrece	<input type="checkbox"/>
Los canales de comunicación permiten a servidores, ciudadanos y organismos de control acceder a información veraz y de manera oportuna	<input type="checkbox"/>



[Regresar](#)

COMPONENTE No. 8 Nombre : Evaluación Independiente

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
12. Indique si la evaluación sobre el desarrollo e implementación del MECI que debe hacer la oficina de control interno o quien hace sus veces:	
a) No se realiza	Seleccione una opción
b) Se realiza solo una vez al año, aunque no se realizan seguimientos periódicos	<input type="radio"/>
c) Se realiza una o más veces al año y toma en cuenta el desarrollo del seguimiento periódico	
Si la respuesta es c), señale si esta evaluación cumple con las siguientes características:	
Evalúa que las actividades planeadas sean iguales a las ejecutadas	
Evalúa la gestión de los responsables de los procesos en la implementación	
Evalúa el desempeño de los grupos de trabajo	
Realiza retroalimentación al desempeño de los grupos de trabajo	
Informa al directivo responsable las dificultades o debilidades en la implementación	
Hace recomendaciones resultado de las evaluaciones	
Verifica las acciones correctivas y/o de mejoramiento que se aplican producto de las recomendaciones	
13. Indique si el Programa Anual de Auditorías:	
a) No se ha definido	Seleccione una opción
b) Se definió pero no se ejecutó efectivamente	<input type="radio"/>
c) Se definió y se ejecutó de acuerdo con lo previsto	
Si la respuesta es c), señale si este Programa cumple con las siguientes características:	
Fue aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno	
Evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos misionales.	
Verifica el cumplimiento de las normas aplicables a la entidad.	
Verifica que las actividades de los procesos sean realizadas con eficiencia en cuanto al manejo de recursos	
Verifica que las actividades realizadas en los procesos sean realizadas con eficiencia en cuanto al logro de los objetivos de las mismas	
Se realiza con base en evidencia documental	
Realiza el seguimiento a las acciones preventivas o correctivas implementadas objeto de la auditoría	
Realiza el seguimiento a los mapas de riesgos institucionales	
Informa al Representante Legal las recomendaciones que se generaron en la auditoría	

Escriba las evidencias que tienen en su entidad para soportar los datos antes registrados.

* No se han realizado hasta el momento evaluaciones por parte de la oficina de control interno, pero esto se debe a que el proyecto de la implementación del modelo estándar de control interno inicio desde la nueva administracion desde Diciembre del 2007

SIGUIENTE



COMPONENTE No. 9 Nombre : Planes de Mejoramiento

[Regresar](#)

Pregunta	Haga clic en el recuadro cuando la respuesta es afirmativa
14. Indique si el Plan de Mejoramiento Institucional de la entidad:	
a) No se ha definido	Seleccione una opción
b) Se encuentra en proceso de elaboración	<input type="checkbox"/> a
c) Se adoptó oficialmente por parte del Comité de Coordinación de Control Interno	
Si la respuesta es c), señale si este Plan cumple con las siguientes características:	
Incluye acciones correctivas como resultado de las recomendaciones de la oficina de control interno	
Incluye acciones para atender los hallazgos detectados por los organismos de control	
Se realiza seguimiento al desarrollo y efectividad de las acciones propuestas	
15. Indique si el Plan de Mejoramiento por Procesos:	
a) No se ha definido	Seleccione una opción
b) Se encuentra en proceso de elaboración por parte de los responsables de cada proceso	<input type="checkbox"/> a
c) Se adoptó oficialmente por parte del Comité Coordinación de Control Interno	
Si la respuesta es c), señale si este Plan cumple con las siguientes características:	
Incluye acciones correctivas como resultado de las recomendaciones de la oficina de control interno	
Incluye acciones para atender los hallazgos detectados por los organismos de control	
Incluye acciones correctivas como resultado de la autoevaluación de los procesos	
Se realiza seguimiento al desarrollo y efectividad de las acciones propuestas	

Escriba las evidencias que tienen en su entidad para soportar los datos antes registrados.

* La entidad no maneja la cultura hacia la realización de planes de mejoramiento solo se realiza plan de mejoramiento para lo suscrito bajo la contraloría general de Santander.

FINALIZAR

ANEXO No. 012
INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2007

INFORME EJECUTIVO ANUAL SOBRE EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO DENTRO DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

1. AVANCE Y DIFICULTADES

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

DEBILIDADES

Acuerdos, compromisos o protocolos éticos: se cuenta con un documento que contempla el código de ética de la entidad, pero sin la correspondiente difusión a cada uno de los funcionarios. Lo anterior se evidencio durante la fase de sensibilización al momento de hacer alusión al presente elemento, la mayoría de los funcionarios no tenían conocimiento de que dentro de la entidad se contaba con un código de ética, además de lo evidenciado en las encuestas. Por la falta de difusión del código de ética en el funcionario de la entidad, este no opera de acuerdo a lo contemplado en dicho código ni detecta violaciones al mismo que puedan ser informadas a los jefes inmediatos o la alta gerencia.

Desarrollo del talento humano: la entidad no cuenta con documentación respecto a los procesos y/o procedimientos de selección, inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño pero no se encuentran implementados dentro de la misma.

Planes y Programas: El plan estratégico institucional de la vigencia 2005-2008 se le dio cumplimiento pero no en su totalidad, debido a proyectos que se plantearon, pero que ameritaban decisiones por parte de entes externos haciendo que no dependiera de la entidad la ejecución de estos proyectos.

Los planes de acción por unidad funcional del año 2007 no se les dieron cumplimiento debido a que no están alineados con el plan estratégico institucional y son realizados sin la debida capacitación y formación por los funcionarios de cada unidad.

Contexto estratégico: no se realizan reuniones orientadas específicamente a identificar los aspectos internos y externos que afecten positiva o negativamente a la entidad, y además no se usan herramientas que ayuden a identificar estos aspectos tales como grupos focales, sesiones de lluvias de ideas, análisis causa efecto o análisis DOFA.

Identificación de riesgos, análisis de riesgos, valoración de riesgos y políticas de administración de riesgos: aunque la entidad cuenta con mapas de riesgos, estos no se adecuan al 100% a los lineamientos expuestos por el modelo estándar de control interno y no son analizados de manera minuciosa, debido a que al igual que los planes de acción, estos mapas de riesgos son

realizados sin el conocimiento suficiente de cómo hacerlos generando que cada unidad los realice de manera diferente y con sus propios criterios, algunos de estos con riesgos identificados no se comportan como tal y sin la valoración y las acciones correspondientes a seguir para disminuirlos.

FORTALEZAS

Acuerdos, compromisos o protocolos éticos: la entidad cuenta con un comité de ética encargado de realizar la correspondiente depuración y socialización del código de ética, con el fin de difundirlo dentro de los funcionarios.

Desarrollo del talento humano: el ambiente de trabajo dentro de la entidad es adecuado a las condiciones y políticas generadas por la unidad de personal. Además se le da cumplimiento a todos los aspectos legales que afectan positiva o negativamente la contratación y el bienestar social de los funcionarios.

La formación y capacitación exigida por los entes reguladores se le da cumplimiento de manera oportuna abarcando a todos los funcionarios de la entidad.

La comunicación entre el jefe de personal y sus trabajadores se realiza de manera directa generando un espacio de confianza para resolver conciliatoriamente conflictos e inquietudes generadas por los funcionarios.

Estilo de dirección: la alta dirección de la entidad asumió el compromiso para la implementación del modelo estándar de control interno evidenciado en el acta No. 001 del 27 de Diciembre de 2007.

La alta dirección esta comprometida con la creación de una nueva plataforma estratégica (Misión, Visión y plan estratégico institucional) y a su cumplimiento como una medida que ayude en la creación y alineación de los objetivos de calidad y la política de calidad que fomenta el sistema de gestión de la calidad.

La alta dirección genera políticas que ayudan a mejorar la gestión de cada uno de los procesos que compone la entidad basados en los hallazgos identificados por la alta dirección en revisiones a la gestión de cada unidad funcional en temas que pueden ser críticos para la entidad.

Planes y Programas: la entidad cuenta con un nuevo plan estratégico institucional proyectado a cuatro años con programas, proyectos y acciones que ayuden a mejorar la atención integral en salud mental como objeto social de la entidad y el desempeño en los procesos de la misma.

Varios de los proyectos contemplados en el plan estratégico de la entidad, se encuentran actualmente ejecutándose, demostrando el compromiso no solo por

parte de la alta dirección sino de los funcionarios responsables en la ejecución de estos proyectos.

Modelo de operación por procesos: La entidad maneja un enfoque basado en procesos soportado bajo el sistema de gestión de la calidad que actualmente se encuentra en implementación y evidenciado en la documentación que se está levantando de cada unidad funcional por medio de caracterizaciones de procesos que ayudan a los funcionarios a conocer las relaciones que se tiene con otras unidades funcionales, así como sus entradas, salidas entre otros aspectos que caracterizan a un proceso y que son de gran ayuda a los funcionarios.

La entidad cuenta con un mapa de procesos que evidencia un enfoque por procesos con sus correspondientes procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

Contexto estratégico: a pesar de no realizar reuniones encaminadas a identificar los aspectos positivos o negativos a nivel interno y externo de manera formal, si se realizan reuniones dirigidas por la alta dirección sobre temas específicos que en algún momento son de gran importancia para la entidad con los funcionarios implicados directamente que ayudan a tomar decisiones que no comprometan en aspectos legales y reglamentarios a la entidad.

Además se cuenta con comités para cada uno de los aspectos de gran importancia para la entidad que ayudan al fortalecimiento de las decisiones que se tomen y al mejoramiento y análisis de las falencias que se detectan en el día a día.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

DEBILIDADES

Políticas de Operación: como actualmente se está realizando el levantamiento de los procesos y la adecuación de los mapas de riesgos de la vigencia 2007 aun no se han alineado las políticas de operación con las políticas de administración de riesgos.

Procedimientos: no todas las unidades funcionales de la entidad cuentan con sus procedimientos documentados y las que si cuentan con estos no los mantienen actualizados ni bajo los lineamientos del procedimiento obligatorio de control de documentos.

Indicadores: no se manejan indicadores en los procesos de las unidades funcionales por tanto no se realiza una retroalimentación exhaustiva de la gestión realizada en cada una de ellas ni de los aspectos que pueden estar generando falencias en el proceso.

Sistemas de información: actualmente dentro de la entidad se cuenta con sistemas de información en algunas unidades que no cumplen las funciones mínimas para un buen desempeño haciendo más lentas las tareas programadas para los funcionarios. Además algunos de estos sistemas no se encuentran integrados con los sistemas de otras unidades generando una combinación de tareas manuales y virtuales.

FORTALEZAS

Políticas de Operación: la entidad en su levantamiento de documentación como la caracterización de procesos, documento que contempla el sistema de gestión de la calidad, esta adicionando las políticas de operación por cada proceso, haciendo que sean creadas, definidas y socializadas por cada funcionario responsable de su proceso para que se le den cumplimiento.

Indicadores: se están comenzando a crear los indicadores en las unidades donde se esta levantando la documentación de la caracterización de procesos.

Manual de operación: se esta levantando el manual de procedimientos acorde a los lineamientos del sistema de gestión de la calidad y teniendo en cuenta el procedimiento de control de documentación.

Información Primaria: la entidad cuenta con buzón de sugerencias y realiza encuestas en cada uno de los servicios, para conocer la percepción positiva o negativa de los usuarios, buscando aumentar su satisfacción por medio del análisis de la información obtenida en los medios nombrados anteriormente y así generar acciones de mejora que mitiguen las falencias en la prestación de los servicios.

Información secundaria: la entidad siempre ha llevado soporte físico por medio de documentos como actas, circulares, cartas, resoluciones y además actualmente se encuentra en el levantamiento de la documentación como la caracterización de procesos que ayuda a los funcionarios de las unidades a identificar y ratificar aun mas sus relaciones de información y el impacto de esta con otras unidades funcionales. También actualmente se esta ejecutando la implementación de la historia clínica electrónica como una estrategia que apoya el fácil manejo y consulta de la información correspondiente a los usuarios que se les presta un servicio.

Comunicación organizacional: la entidad contemplo dentro de su plan estratégico un proyecto para la realización de una plataforma Web que permita no solo mostrar la imagen corporativa de la entidad , sino además sea de gran ayuda para la comunicación a nivel interno, basados en una intranet compuesta con elementos como correos, mensajería, manejo documental entre otros.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

DEBILIDADES

Plan de mejoramiento institucional, plan de mejoramiento por procesos y plan de mejoramiento individual: de manera general en la entidad no existe la cultura para la elaboración de planes de mejoramiento o acciones correctivas o preventivas, únicamente se le da estricto cumplimiento al plan de mejoramiento suscrito con la contraloría general de Santander.

Auditoras internas: no se han realizado auditorias internas dentro de la entidad ya que no se cuenta con un procedimiento que apoye este proceso, ni con funcionarios que conozcan de la realización de las auditorias internas o que sean auditores internos.

Autoevaluación de gestión: debido a que dentro de la entidad no se tiene una cultura hacia el manejo de indicadores, no existe una base de gestión que permita a los funcionarios realizar una evaluación de su desempeño y de esta manera tomar decisiones o acciones que mitiguen las fallas presentadas en los procesos de cada unidad funcional.

FORTALEZAS

Plan de mejoramiento institucional, plan de mejoramiento por procesos y plan de mejoramiento individual: Aunque la entidad no maneja de manera formal la realización de planes de mejoramiento, si realiza implícitamente análisis de situaciones que afecten a la entidad o el bienestar del usuario o cliente interno por medio de los comités y reuniones con la gerencia generando buenos resultados y soluciones oportunas a las falencias detectadas.

2. ACCIONES DE MEJORAMIENTO A PARTIR DE LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL INFORME EJECUTIVO ANUAL DE LA VIGENCIA 2006

No se generaron acciones de mejora debido a que el informe ejecutivo anual de la vigencia 2006 no fue realizado, por ende no existen tales recomendaciones que aporten al avance de la implementación.

Además cabe resaltar que la implementación del modelo estándar de control interno se le dio inicio formal bajo la nueva administración desde Diciembre del 2007, por tanto es pertinente mencionar que cada una de las fortalezas o debilidades nombradas en el punto No. 1 del presente informe, hacen referencia a los elementos que implícitamente se venían trabajando bajo el esquema del sistema de control interno convencional y que varios de estos

elementos que se han avanzado a sido bajo la implementación que actualmente se esta ejecutando sobre el sistema de gestión de la calidad debido a su gran similitud en varios de sus componentes y/o requisitos con el modelo estándar de control interno.

3. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De manera general y según los resultados generados por las encuestas realizadas a los funcionarios responsables y conocedores de los componentes del modelo estándar de control interno, se evidencio que el sistema en sus tres subsistemas presenta falencias originadas por el corto tiempo de haber iniciado la implementación del mismo.

Por tanto el puntaje total del sistema fue de 823.3 con interpretación INADECUADO.

Subsistema de Control Estratégico: 353.4 con interpretación INADECUADO

Subsistema de Control de Gestión: 420 con interpretación INADECUADO

Subsistema de Control de Evaluación: 49.9 con interpretación INADECUADO

Lo anterior confirma lo evidenciado en el diagnostico inicial que ayudo a la entidad a crear el plan de trabajo con quienes conforman el equipo MECI y con los responsables de cada unidad funcional, con el objetivo de darle cumplimiento a los elementos del modelo estándar de control interno que presentaron resultados insuficientes o deficientes.

4. RECOMENDACIONES

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

Acuerdos, compromisos o protocolos éticos: se debe realizar la estructuración y reglamentación del presente comité con el fin de actualizar algunas de sus reglas internas como periodicidad para las reuniones, actualización de participantes del comité, actualización de funciones entre otras, buscando el mantenimiento y actualización de lo contemplado en el código de ética y la generación de estrategias que ayuden a difundirlo y hacer que los funcionarios lo adopten para sus actividades diarias de la entidad.

Desarrollo del talento humano: realizar planes de capacitación para mejorar la formación y las competencias de los funcionarios, además como un elemento motivador hacia el mejoramiento del desempeño en sus actividades. Es importante aclarar que bajo los grupos primarios establecidos en el acta No. 003 del 27 de Diciembre del 2007 es fácil alimentar el plan de capacitación ya

que durante las reuniones de estos grupos se podrán recoger las necesidades técnicas específicas de cada unidad sobre formación para todos funcionarios.

Realizar programas de inducción orientados a mostrar la imagen corporativa y social de la entidad como una manera de inculcar compromiso y responsabilidad por parte de los nuevos trabajadores hacia la entidad.

Utilizar los espacios de los grupos primarios para realizar la retroalimentación de las evaluaciones de desempeño orientadas por personal idóneo y con las competencias suficientes para la resolución de conflictos como trabajadoras sociales y/o psicólogos organizacionales.

Planes y Programas: el plan estratégico que actualmente ya cuenta con proyectos en ejecución deberá ajustarse a los objetivos de calidad una vez se encuentren definidos bajo el sistema de gestión de la calidad (los objetivos deberán basarse en la política de calidad). Lo anterior como una medida o herramienta que ayude a darle cumplimiento a cada uno de estos objetivos que buscan la misión de la entidad brindando una atención integral en salud mental para la comunidad.

Estructura organizacional: la estructura organizacional de la entidad se deberá ajustar y alinear con el modelo de operación por procesos de la misma, con el fin de que sea coherente con las funciones y procedimientos contemplados en los procesos que se levanten bajo el sistema de gestión de la calidad.

Contexto estratégico: utilizar el espacio de los grupos primarios para la identificación de fortalezas y debilidades de cada una de las unidades funcionales utilizando herramientas que ayuden al análisis de estos aspectos. Por tanto se deberán capacitar a los funcionarios en estas herramientas para que su análisis sea eficaz y se generen aspectos verdaderamente relevantes para la entidad.

Identificación de riesgos, análisis de riesgos, valoración de riesgos y políticas de administración de riesgos: es importante realizar capacitaciones de cómo realizar un mapa de riesgos según los lineamientos del modelo estándar de control interno. También se deberá realizar seguimiento a las políticas de administración de riesgos con el fin de que se le den cumplimiento y así ayuden a mitigar o disminuir los riesgos de la entidad.

Ajustar también los planes de acción de cada unidad funcional con las acciones que se vayan a realizar para darle cumplimiento a las políticas de administración de riesgos.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Indicadores: realizar capacitaciones en herramientas para el análisis estadístico como gráficos de control, diagramas pareto y metodologías para la creación de indicadores que ayuden a los funcionarios de cada unidad a leer los indicadores de manera correcta y a tomar decisiones basados en ellos que afecten positivamente su gestión.

Manual de operación: se deben contemplar dentro del manual de procedimientos o manual de operación el código de ética, las políticas de operación, políticas de administración de riesgos, planes de acción, planes estratégicos y normogramas , manteniéndolos actualizados, socializados y difundidos a todos los funcionarios.

Información Primaria: es importante que las quejas y los reclamos se analicen bajo la metodología de PHVA teniendo en cuenta el procedimiento para el manejo de producto no conforme (en el caso de servicios aplica el manejo de las no conformidades) que se contempla bajo los lineamientos del sistema de gestión de la calidad.

Medios de comunicación: se recomienda la utilización de medios de comunicación como boletines de notas, carteleras estandarizadas por temas o unidades con una periodicidad adecuada, que mantenga a los funcionarios siempre al día en temas internos y externos que sean coherentes con la misión de la entidad.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Plan de mejoramiento institucional, plan de mejoramiento por procesos y plan de mejoramiento individual: Implementar procedimiento para el manejo de las acciones correctivas y preventivas dentro de la entidad y generar la cultura de creación de un número específico de acciones preventivas coherentes que permitan fortalecer el mejoramiento continuo.

Auditoria Interna: Es necesario que se implemente el procedimiento para la realización de auditorias internas bajo los lineamientos del sistema de gestión de la calidad y del modelo estándar de control interno, y así realizar auditorias para mantener el sistema de control interno.

ANEXO No. 013
ENCUESTA DE PRINCIPIOS Y VALORES
CORPORATIVOS

Encuesta Soporte en el Proceso de Elaboración del Código de Ética o Conducta

Su opinión es muy importante para nosotros. Por tanto nos gustaría contar con su participación activa en la elaboración del Código de Ética o de Conducta, por medio de la presente encuesta, seleccionando y/o formulando los valores y principios institucionales, que serán el fundamento principal en las declaraciones o políticas de conducta que regirán a cada uno de los funcionarios y a la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Definiciones

Valores: atributos y cualidades de las personas que son altamente deseables, expresado en su comportamiento y forma de ser. Son decisiones de su actitud, por ejemplo una persona puede decidir ser respetuosa con los demás o no, por tanto los valores son flexibles ya que se pueden adquirir o no, dependiendo una decisión.

Dentro del grupo de valores expuestos a continuación, indique con un X los que se deberían evidenciar en la Empresa por parte de los funcionarios.

_____ Responsabilidad: Estamos comprometidos en asumir y cumplir nuestros deberes, funciones y obligaciones para alcanzar los propósitos de la Empresa.

_____ Solidaridad: orientamos nuestros esfuerzos hacia la comunidad, con apoyo y colaboración hacia las demás personas, trabajando con sentido de fraternidad y unión, buscando la obtención de los logros y metas tanto personales como institucionales.

_____ Compromiso: hacemos propios los objetivos corporativos, orientando las funciones al cumplimiento de las metas previstas, actuando con disposición permanente, entregando lo mejor de cada uno ante la Empresa, clientes, proveedores y comunidad, cumpliendo con empeño, profesionalismo y sentido de pertenencia los deberes y obligaciones.

_____ Tolerancia: aceptamos, comprendemos, respetamos y valoramos las ideas, creencias, formas de pensar y ser, tanto de los clientes como de los compañeros de trabajo.

_____ Lealtad: actuamos con transparencia, sinceridad y compromiso con la Empresa, defendiendo su nombre ante la sociedad, proyectando una mejor imagen ante la comunidad y manifestando fidelidad hacia la Empresa en la familia, clientes, proveedores y comunidad en general.

_____ Respeto: contribuir al mantenimiento de un ambiente de trabajo cordial y amable aceptando y reconociendo los derechos, la dignidad y las diferencias de las demás personas, cumpliendo de manera oportuna con las responsabilidades establecidas y brindando un trato considerado y cortés a las personas con las que día a día nos relacionamos, principalmente nuestros usuarios, compañeros de trabajo y proveedores.

_____ Honestidad: actuamos con rectitud y sinceridad en todas las acciones, deberes y obligaciones hacia nuestros usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general, imprimiendo un sentido de confianza, fiabilidad y transparencia en nuestro trabajo.

_____ Laboriosidad: realizamos nuestro trabajo con total dedicación, interés y esmero, procurando siempre entregar lo mejor de nosotros mismos, para obtener resultados óptimos que generen satisfacción total en los usuarios, utilizando adecuadamente los recursos proporcionados por la Empresa. Haciendo las cosas bien desde el principio hasta el fin, observando con alto sentido ético todas las actuaciones e intervenciones en los servicios ofrecidos a nuestros clientes, anticipándonos a las oportunidades de mejora que puedan llevarnos a trabajar cada días más y mejor.

_____ Pertenencia: cumplimos nuestros deberes y obligaciones sintiéndonos parte la Empresa, comprometidos responsablemente con nuestras actuaciones en procura del mejoramiento tanto a nivel personal como institucional, con el fin de cumplir con la misión, visión, políticas y objetivos corporativos.

_____ Justicia: nuestras actuaciones están dirigidas a ejecutar los procesos con un alto criterio de equidad, que garanticen la satisfacción plena de los usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general.

_____ Trato Humanizado: generamos confianza, emociones agradables y sentimientos humanos de buen trato a nuestros usuarios, clientes y proveedores, permitiendo así, momentos de verdad, que otorgan un valor agregado en el servicio prestado.

___ Honradez: las acciones y decisiones que tomamos son ejecutadas con rectitud, actuando con honestidad y pulcritud en el manejo de los bienes y recursos públicos, anteponiendo siempre el interés de los usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general.

___ Confianza: Entre los funcionarios de la Empresa, teniendo en la cuenta las opiniones y sugerencias del equipo humano.

___ Amabilidad: actuamos de forma agradable y humana en el cumplimiento de nuestros deberes y funciones ante los usuarios, clientes, proveedores y compañeros de trabajo, buscando el fortalecimiento de la imagen corporativa.

Definiciones

Principios: creencias básicas sobre la forma correcta de actuar y relacionarnos interna y externamente con la sociedad en general, las cuales construyen el sistema de valores éticos el cual tanto la Empresa como los servidores públicos se comprometen a cumplir y evidenciarlo ante la sociedad. A diferencia de los valores los cuales son elecciones de actitud, los principios se siembran desde la familia (en este caso desde la Empresa, asemejándolo a las competencias que debe tener el funcionario que labora en ella).

Dentro del grupo de principios expuestos a continuación, indique con un X los que deberían ser contemplados por la Empresa y cada uno de los funcionarios.

___ Responsabilidad Social: conjunto integral de políticas y programas en salud mental aplicados con ética y sentido de pertenencia, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, generando un impacto positivo a nivel social.

___ Eficiencia en el Manejo de los Recursos: uso racional y equitativo de los recursos y medios logrando su optimización en el cumplimiento de la misión, visión, políticas y objetivos corporativos.

___ Empoderamiento: dar facultades especiales o específicas por un tiempo a alguien para que asuma un rol y cumpla con unas metas programadas.

___ Creatividad e Innovación: Trabajar en pro del desarrollo personal e institucional, creando nuevas y mejores formas de hacer las cosas, manteniendo siempre una actitud de flexibilidad hacia el cambio que a su vez permita la búsqueda de soluciones hacia contratiempos inesperados que conlleven a seguir fortaleciendo la capacidad de aprendizaje continuo.

___ Calidad en el Servicio: brindarle al cliente un servicio personalizado y oportuno, con calidez y respeto pleno de sus derechos, que satisfaga sus necesidades y expectativas en relación con su enfermedad en un ambiente cómodo y seguro.

___ Objetividad: actuar de manera independiente e imparcial, de modo que no se favorezca a una determinada persona o sector en particular, discriminando o perjudicando a los demás.

___ Competitividad: es la capacidad de ocupar y liderar los espacios dinámicos del mercado en proporciones cada vez mayores.

___ Transparencia: la transparencia es la claridad que debe mostrar todo acto humano, por tanto siempre se estará dispuesto a mostrar, sustentar y comunicar las actuaciones sin excusarse en la posición política, administrativa o ideológica para eludir responsabilidades. La transparencia acompaña todas las acciones reflejando con claridad e integridad los resultados ante la comunidad, usuarios, clientes y proveedores.

___ Defensa del Medio Ambiente: conservar el medio ambiente dentro y fuera de la Empresa de manera eficiente, buscando generar beneficios económicos y ambientales inmediatos que mejore la imagen y el confort de la Empresa ante la comunidad y los funcionarios y represente un apoyo para el cumplimiento de la legislación ambiental aplicable.

___ Acatamiento Integral de la Constitución y las Leyes: cumplir con los requisitos, leyes, decretos y demás normatividad emanada de los entes que regulan la gestión de la Empresa.

___ Servicio a la Comunidad: asumir la responsabilidad social corporativa para el beneficio, bienestar y progreso de la sociedad.

___ Considerar al Funcionario el Recurso más Valioso: formar a los funcionarios en temas de interés inherentes a sus obligaciones y deberes, buscando mantenerlos siempre competitivos en beneficio personal e institucional.

___ Eficiencia: alcanzar los objetivos adecuadamente con el buen uso y administración de los recursos empleados en el trabajo.

___ Eficacia: Capacidad de lograr los objetivos y metas programadas con los recursos disponibles en un tiempo predeterminado.

___ Vocación por el Servicio: actuar con disposición permanente hacia nuestros usuarios ofreciendo servicios con oportunidad, amabilidad y respeto a la dignidad.

Nota: Los principios que se nombraran a continuación, no se describieron debido a que son obligatorios ante el sistema de gestión de la calidad y el sistema de control interno.

Autogestión, Autorregulación y Autocontrol-----> Sistema de Control Interno.

Enfoque al Cliente, Mejoramiento Continuo, liderazgo y Trabajo en equipo-----> Sistema de Gestión de la Calidad.

Nos gustaría de su parte conocer que otros valores y principios, deberían contemplarse adicionalmente.....Por favor fórmúelos.

Por último nos gustaría saber de manera general que cree que debe proponerse dentro de la Empresa.

Gracias por su Colaboración.....

Oficina de Planeación.

**ESTEBAN CESAR NUMA ANGARITA.
GERENTE (E)**

ANEXO No. 014
CÓDIGO DE CONDUCTA O ÉTICA

CODIGO DE ÉTICA DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

DEFINICIONES

CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO: También denominado código de gobierno corporativo. El documento que compila los compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos

CÓDIGO DE ÉTICA: También denominado código de Conducta. Es el documento que compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Esta conformado por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo empleado de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

POLÍTICAS: Directrices u orientaciones por las cuales la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión del servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

PRINCIPIOS: Causa fundamental o verdad universal, lo inherente a cualquier cosa. La explicación última del ser de algo. La fuente primaria de todo ser, de toda la actualidad y de todo conocimiento.

PRINCIPIOS ÉTICOS: Creencias básicas sobre la forma correcta de relacionarnos interna y externamente, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual el empleado o el grupo de trabajo se adscribe.

VALORES: Forma de ser y actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades nuestras y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.

CONFLICTO DE INTERÉS: Situación en virtud de la cual una persona en razón de su actividad o funciones, se encuentra en la posición en donde podría aprovechar las decisiones que tome frente a distintas alternativas de conducta, para sí o para un tercero.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta dentro sus procesos con el de direccionamiento estratégico el cual sirve de referencia para mantener la plataforma estratégica de la entidad y fortalecer la cultura organizacional buscando darle cumplimiento a la visión, política de calidad, políticas operacionales y políticas de administración de riesgos.

Misión.

El Hospital Psiquiátrico San Camilo es una Empresa Social del Estado especializada en salud mental en Santander, con la más amplia trayectoria y liderazgo en la atención integral del paciente y su familia en el Nororiente Colombiano.

Presta un servicio calificado respetando la dignidad humana, en las áreas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con patologías psiquiátricas, neurológicas y conductas adictivas. Coopera en la formación de estudiantes de educación superior, desarrollando programas docencia-servicio.

Para el cumplimiento de su misión cuenta con talento humano de alta calidad ética y profesional en permanente proceso de actualización, con una confortable infraestructura y moderna tecnología para el mejoramiento de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios.

Visión.

Al 2011 la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo será reconocida como la Entidad líder en la prestación integral de servicios de salud mental, con un importante desarrollo en infraestructura, tecnología y en el diseño y ejecución de programas de investigación mental que ayuden a mejorar el bienestar de los usuarios y a proyectar la imagen corporativa de la entidad a nivel nacional e internacional, buscando la ampliación de la cobertura en los servicios prestados. Además será una entidad con procesos acreditados y bajo un sistema de gestión de calidad que le permita mejorar continuamente, con el fin de aumentar la satisfacción de sus colaboradores y usuarios.

Política de Calidad

En la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo estamos comprometidos con la satisfacción de nuestro usuarios, prestándoles de manera oportuna servicios integrales en salud mental con proyección social, soportados en la mejora continua de la gestión y en la satisfacción, competencias y valores del talento humano, cumpliendo con todos los requisitos legales y reglamentarios para el

beneficio de los usuarios, clientes y talento humano, buscando así, fortalecer el reconocimiento y la imagen corporativa en el mercado.

Objetivos de la calidad (Objetivos Corporativos)

- Prestar a nuestros usuarios servicios integrales en salud mental, en forma oportuna y con estándares de calidad de acuerdo con la reglamentación que se expide para dicho propósito.
- Desarrollar y fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental generando un mayor impacto social a la comunidad.
- Garantizar la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados por la entidad.
- Lograr el mejoramiento continuo en la gestión.
- Contar con proveedores que garanticen productos y servicios confiables y de buena calidad.
- Fomentar una cultura de responsabilidad con el medio ambiente dentro de la entidad.
- Gestionar los recursos económicos para la prestación de los servicios, mejorando la eficiencia operacional.
- Garantizar que se cuente con la infraestructura adecuada para la prestación de los servicios ofrecidos por la entidad.
- Generar y fortalecer las competencias del talento humano.
- Incrementar la satisfacción del talento humano.
- Promover la seguridad y salud ocupacional dentro de los funcionarios de la entidad.
- Fomentar una cultura organizacional que contemple los principios, valores y conductas de los funcionarios, que se evidencie en nuestros usuarios, clientes, proveedores, acreedores etc.
- Garantizar el flujo y la confiabilidad de la información, manteniendo la actualización tecnológica y fortaleciendo los sistemas de información de la entidad.
- Incrementar el número de clientes.

Valores Corporativos.

Responsabilidad: Estamos comprometidos en asumir y cumplir nuestros deberes, funciones y obligaciones para alcanzar los propósitos de la Empresa.

Solidaridad: orientamos nuestros esfuerzos hacia la comunidad, con apoyo y colaboración hacia las demás personas, trabajando con sentido de fraternidad y unión, buscando la obtención de los logros y metas tanto personales como institucionales.

Compromiso: hacemos propios los objetivos corporativos, orientando las funciones al cumplimiento de las metas previstas, actuando con disposición permanente, entregando lo mejor de cada uno ante la Empresa, clientes, proveedores y comunidad, cumpliendo con empeño, profesionalismo y sentido de pertenencia los deberes y obligaciones.

Tolerancia: aceptamos, comprendemos, respetamos y valoramos las ideas, creencias, formas de pensar y ser, tanto de los clientes como de los compañeros de trabajo.

Lealtad: actuamos con transparencia, sinceridad y compromiso con la Empresa, defendiendo su nombre ante la sociedad, proyectando una mejor imagen ante la comunidad y manifestando fidelidad hacia la Empresa en la familia, clientes, proveedores y comunidad en general.

Respeto: contribuir al mantenimiento de un ambiente de trabajo cordial y amable aceptando y reconociendo los derechos, la dignidad y las diferencias de las demás personas, cumpliendo de manera oportuna con las responsabilidades establecidas y brindando un trato considerado y cortés a las personas con las que día a día nos relacionamos, principalmente nuestros usuarios, compañeros de trabajo y proveedores.

Honestidad: actuamos con rectitud y sinceridad en todas las acciones, deberes y obligaciones hacia nuestros usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general, imprimiendo un sentido de confianza, fiabilidad y transparencia en nuestro trabajo.

Laboriosidad: realizamos nuestro trabajo con total dedicación, interés y esmero, procurando siempre entregar lo mejor de nosotros mismos, para obtener resultados óptimos que generen satisfacción total en los usuarios, utilizando adecuadamente los recursos proporcionados por la Empresa. Haciendo las cosas bien desde el principio hasta el fin, observando con alto sentido ético todas las actuaciones e intervenciones en los servicios ofrecidos a nuestros clientes, anticipándonos a las oportunidades de mejora que puedan llevarnos a trabajar cada días más y mejor.

Justicia: nuestras actuaciones están dirigidas a ejecutar los procesos con un alto criterio de equidad, que garanticen la satisfacción plena de los usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general.

Principios Corporativos.

Responsabilidad Social: conjunto integral de políticas y programas en salud mental aplicados con ética y sentido de pertenencia, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, generando un impacto positivo a nivel social.

Creatividad e Innovación: Trabajar en pro del desarrollo personal e institucional, creando nuevas y mejores formas de hacer las cosas, manteniendo siempre una actitud de flexibilidad hacia el cambio que a su vez permita la búsqueda de soluciones hacia contratiempos inesperados que conlleven a seguir fortaleciendo la capacidad de aprendizaje continuo.

Calidad en el Servicio: brindarle al cliente un servicio personalizado y oportuno, con calidez y respeto pleno de sus derechos, que satisfaga sus necesidades y expectativas en relación con su enfermedad en un ambiente cómodo y seguro.

Objetividad: actuar de manera independiente e imparcial, de modo que no se favorezca a una determinada persona o sector en particular, discriminando o perjudicando a los demás.

Competitividad: es la capacidad de ocupar y liderar los espacios dinámicos del mercado en proporciones cada vez mayores.

Transparencia: la transparencia es la claridad que debe mostrar todo acto humano, por tanto siempre se estará dispuesto a mostrar, sustentar y comunicar las actuaciones sin excusarse en la posición política, administrativa o ideológica para eludir responsabilidades. La transparencia acompaña todas las acciones reflejando con claridad e integridad los resultados ante la comunidad, usuarios, clientes y proveedores.

Defensa del Medio Ambiente: conservar el medio ambiente dentro y fuera de la Empresa de manera eficiente, buscando generar beneficios económicos y ambientales inmediatos que mejore la imagen y el confort de la Empresa ante la comunidad y los funcionarios y represente un apoyo para el cumplimiento de la legislación ambiental aplicable.

Acatamiento Integral de la Constitución y las Leyes: cumplir con los requisitos, leyes, decretos y demás normatividad emanada de los entes que regulan la gestión de la Empresa.

Considerar al Funcionario el Recurso más Valioso: formar a los funcionarios en temas de interés inherentes a sus obligaciones y deberes, buscando mantenerlos siempre competitivos en beneficio personal e institucional.

Vocación por el Servicio: actuar con disposición permanente hacia nuestros usuarios ofreciendo servicios con oportunidad, amabilidad y respeto a la dignidad.

Autorregulación: Capacidad institucional de la Entidad Pública para reglamentar los asuntos que le son propios a su función administrativa.

Autocontrol: Capacidad de cada servidor público de considerar el control como inherente e intrínseco a sus responsabilidades, acciones, decisiones, tareas y actuaciones.

Autogestión: Capacidad de la Entidad Pública para interrelacionar la Autorregulación y el Autocontrol a fin de establecer la forma más efectiva de ejecutar su función administrativa.

Mejora continua: La mejora continua en el desempeño global de la Organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la Administración de la Organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la Organización.

Enfoque al cliente: Las organizaciones dependen de sus clientes, y por lo tanto deben comprender sus necesidades actuales y futuras, cumplir con sus requerimientos y esforzarse por exceder sus expectativas."

GRUPOS DE INTERÉS

Serán considerados grupos de interés o Stakeholders, aquellos que se involucran en todos los ámbitos y aspectos internos y externos de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo y demás personas sobre las cuales el Hospital tiene influencia. Por tanto se consideran grupos de interés para el Hospital.

- Usuarios.
- Clientes.
- Talento humano.
- Proveedores de bienes y servicios.
- Organismos reguladores de control y vigilancia.
- Competidores.
- La comunidad en general.

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo tiene claro que el éxito de la entidad depende tanto de sus relaciones internas y externas donde los grupos de interés nombrados anteriormente tienen influencia directa o indirecta. Por tanto las políticas que rigen a los grupos de interés identificados por la entidad son las siguientes:

POLITICAS DE CONDUCTA CON LOS DIFERENTES GRUPOS DE INTERES

CONDUCTA EMPRESARIAL

“nuestra actitud ante la vida no debe depender necesariamente del exterior, sino sobre todo de nuestro interior. Los seres humanos encerramos en nuestro interior toda posibilidad de respuesta y la capacidad de obrar, transformar y crear. De nosotros depende permitir que los acontecimientos o el estado de ánimo influyan en nuestra conducta. Las situaciones no son, por si mismas, ni positivas ni negativas. Somos nosotros quienes decidimos”

RELACIONES CON PERSONAS DEL GOBIERNO, CLIENTES Y PROVEEDORES.

El desarrollo de las relaciones que la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO tenga con las personas del Gobierno, con sus clientes y con sus proveedores, se observaran los siguientes criterios y lineamientos rectores.

- No se realizaran negocios con personas naturales o jurídicas de las cuales se tenga conocimiento de que observan un comportamiento ético, social y empresarial contrario a las leyes, la ética y las buenas costumbres o que se encuentran cuestionados legalmente.
- Todos los funcionarios mantendrán condiciones claras en sus operaciones, de tal forma que sea posible que los clientes conozcan en su integridad los servicios, así como las obligaciones reciprocas que se generan en toda actividad de negocios.
- Todos los aspectos legales sobre practicas comerciales restrictivas se acataran, según los principios de la competencia.
- Las solicitudes, reclamos y requerimientos deberán ser atendidos de manera oportuna y precisa, conforme a al ley y a los contratos respectivos.
- Se seleccionara rigurosamente a los proveedores de la empresa, según su probidad y moralidad.
- Se buscara establecer, con los proveedores, relaciones de beneficio mutuo basadas en la calidad, la eficiencia, el respeto, la búsqueda constante del bien común y las mejores condiciones para las dos partes.
- Las relaciones de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO con el gobierno y con las entidades gubernamentales se manejarán siempre dentro del marco de la ley y bajo normas estrictas de ética.

- Se procederá, en todos los casos, con criterio justo, evitando dar o propiciar interpretaciones capciosas que tiendan a beneficiar a personas en perjuicio de terceros, de la empresa o del estado.
- Se evitara intervenir directa o indirectamente relaciones que no estén ceñidas a la ley, con las instituciones u organismos públicos en otra entidad o entre particulares.

CONDUCTA PERSONAL

- Los empleados de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO, obraran con buena fe, con lealtad y con la diligencia y el cuidado de un buen hombre de negocios, velando por los intereses de la Empresa.
- Los directivos y empleados de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO, promoverán y difundirán, entre sus clientes internos, el conocimiento de las leyes, reglamentos y disposiciones que se le sean aplicables, así como las normas de este código de ética y conducta empresarial y los usos y sanas practicas de mercadeo.
- No aconsejaran o intervendrán en situaciones que permitan, amparen o faciliten actos incorrectos o punibles o que se pueda utilizar para confundir o sorprender la buena fe de terceros; o usarse en forma contraria al interés publico o a los intereses de la Empresa, tales como la publicidad tendenciosa, espionaje o incumplimiento de obligaciones laborales, comerciales, sociales, entre otras.
- Comunicaran oportunamente a sus superiores inmediatos todo hecho o irregularidad por parte de otro funcionario o tercero, que afecte o pueda lesionar los intereses de la Empresa.
- Respetarán a sus compañeros de trabajo e igualmente a sus familias.
- No promoverán la participación política dentro de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.
- Ante la falta de normas expresas que reglamenten una materia o asunto particular, no se puede actuar de manera tal que se tomen decisiones contrarias a los intereses de la empresa. El sano criterio, la experiencia, el conocimiento y la buena fe, son elementos que deben sustentar todo acto o determinación de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.

CONFIDENCIALIDAD

Para evitar la divulgación o mal uso de la información, se exige el comportamiento personal de los directivos y empleados de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO se ajuste a las siguientes reglas:

- Los empleados mantendrán la debida reserva y protegerán, en todo momento, los documentos de trabajo y la información privilegiada que este a su cuidado.
- No comentaran temas relacionados con los negocios de la empresa, con el personal ajeno a ésta, incluyendo amigos y a parientes.
- Los proyectos de la empresa, especialmente aquellos que incluyan datos o información privilegiada, no se deberá tratar en lugares en donde haya terceros. sin embargo, se reconoce que en casos excepcionales se tenga que discutir en dichos lugares. En esos casos, el personal de la empresa deberá guardar discreción extrema.
- Al transmitir la información, los empleados deberán utilizar medios de comunicación que cuenten con los sistemas de seguridad requeridos.
- Las contraseñas o claves de acceso de equipos centrales deben ser confidenciales y no serán divulgadas a terceros. Los sistemas de cómputo personales deberán estar protegidos con contraseñas que impidan a las personas no autorizadas el acceso a la información.
- Los asesores externos contratados por la empresa se deberán tratar como externos y se mantendrán al margen de los proyectos internos, a menos que la consultoría este relacionada con ese proyecto.
- Los visitantes deberán esperar en las áreas dispuestas especialmente para ello y no se les permitirá el acceso a oficinas, archivos, áreas de trabajo o instalaciones de cómputo de la empresa, amenos que dicha visita esta supervisada.
- Con excepción del gerente general, los empleados de la empresa tienen estrictamente prohibido hacer cualquier tipo de comentario o revelar información de la empresa a prensa, radio, televisión o cualquier otro medio masivo de comunicación, amenos que cuenten con la expresa autorización para entablar cualquier tipo de relación con los medios.

CONFLICTOS DE INTERES

Todos los directivos y empleados de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO deberán abstenerse de participar en situaciones que impliquen conflictos de interés para ellos o para la empresa.

Cualquier situación o consulta sobre un potencial conflicto de intereses deberá ser informada al superior inmediato, quien deberá trasladarla a la dependencia de control de la empresa, con el fin de evaluarla y sugerir las recomendaciones respectivas. Para tal efecto, los directivos y empleados de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO deberá observar las siguientes reglas:

- Evitaran participar en actividades o administrar negocios contrarios a los intereses de la empresa o que puedan perjudicar la completa dedicación o el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades.
- No establecerán empresas o negocios que compitan con la empresa, ni serán empleados o miembros de la junta directiva.
- No realizaran negocios de interés personal o familiar dentro de la empresa, como la compra, venta, o arrendamiento de equipos o propiedades de la empresa o la participación o propiedad en empresas que tengan o busquen establecer negocios con esta.
- No autorizaran o negaran ningún negocio con base en sentimientos de amistad o enemistad de quienes tienen en sus manos la responsabilidad de decidir.
- No abusaran de su condición para obtener beneficios, para si o para terceros en el tramite de solicitudes o reclamos relacionados con cualquier servicio prestado por la empresa, ni para obtener beneficios personales de proveedores, contratistas o clientes.
- Quienes tienen la responsabilidad de contratar o disponer a nombre de la E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO, no lo podrán hacer con personas dentro del cuarto grado de consanguinidad, el segundo de afinidad y primero civil.

ANEXO No. 015
PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN
DEL PERSONAL

1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO.

Establecer las actividades para la identificación de las necesidades de capacitación y entrenamiento, que garanticen un mejor desarrollo en las funciones, competencias y crecimiento profesional de los funcionarios de la entidad.

2. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO.

El presente procedimiento abarca desde la ejecución del entrenamiento, pasando por su evaluación y seguimiento, la identificación de las necesidades de capacitación, la elaboración del plan anual de capacitación hasta la ejecución de las capacitaciones.

3. POBLACIÓN OBJETO.

El presente procedimiento aplica a todos los funcionarios de la entidad participantes en las actividades de capacitación y entrenamiento, así como a los jefes de unidades funcionales encargados de gestionar la capacitación y ejecutar el entrenamiento al personal recién vinculado a la entidad.

4. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO.

Jefe de Talento Humano.

5. DEFINICIONES.

Capacitación: medio por el cual se busca el mejoramiento continuo y desarrollo integral de las aptitudes del talento humano en beneficio de las actividades que se desarrollan en la entidad.

Entrenamiento: capacitación previa dada al talento humano recién ingresado a la entidad.

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.

ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

6.1. Una vez el funcionario sea elegido según el procedimiento **P – TALHUM – 01** Reclutamiento y selección del personal, se le hayan ejecutado las actividades de contratación de personal según el procedimiento **P – TALHUM - 02** y haya sido ubicado en la unidad funcional correspondiente, podrá comenzar con su entrenamiento.

6.2. El entrenamiento es realizado por el jefe de la unidad funcional, o por alguno funcionario que el jefe considere pertinente.

6.3. Los temas que se contemplan durante el periodo de entrenamiento equivalente a un (1) mes son los siguientes:

- Caracterización del proceso
- Procedimientos, instructivos y registros de la unidad funcional
- Aspectos técnicos (dependen del cargo)
- Manejo del software necesario
- Indicadores de gestión (responsabilidad en la recolección y análisis)
- Elaboración de informes (si aplica)
- Manual de funciones (si aplica)
- Instructivo de competencias del cargo
- Mapas de riesgos
- Procedimientos e instructivos del proceso de planeación y gestión de la calidad
- Procedimientos e instructivos del proceso de archivo
- Normograma de la entidad (lo referente a la unidad funcional)

6.4. El jefe de la unidad funcional evalúa el desempeño del recién ingresado, comparando sus competencias con las del perfil del cargo y haciéndole seguimiento a sus resultados, generados por las tareas asignadas durante el periodo de entrenamiento.

6.5. Una vez evaluado el personal durante el entrenamiento, y si la evaluación es satisfactoria, se certifica el entrenamiento como formación al personal, dejando constancia en la hoja de vida laboral **R – TALHUM – 03** en la oficina de talento humano.

6.6. Si el personal no aprueba el entrenamiento, el jefe de la unidad funcional le informa que no cumplió con las expectativas dándole la justificación correspondiente.

6.7. El jefe de la unidad funcional deberá informar a la oficina de talento humano para que proceda a cancelar el contrato e inicie nuevamente con el reclutamiento y selección del personal según el procedimiento **R – TALHUM – 01**.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

6.8. El jefe o coordinador de cada unidad funcional, identifica las necesidades de capacitación basado en las observaciones hechas directamente por su personal a cargo, los resultados y conclusiones de las evaluaciones de desempeño y demás instrumentos como encuestas, solicitudes entre otras.

6.9. El jefe o coordinador de cada unidad funcional, le comunica a la oficina de talento humano, las necesidades detectadas en su respectiva unidad, teniendo

en cuenta las habilidades y destrezas de sus trabajadores para el perfil de su cargo.

6.10. Con las necesidades de cada unidad funcional como insumo principal, el jefe de talento humano, desarrolla el plan anual de capacitaciones **R – TALHUM – 02**, contemplando tanto las capacitaciones internas, las ejecutadas por entes externos y la educación continuada.

6.11. Una vez elaborado el plan anual de capacitación **R – TALHUM – 02** es revisado y aprobado por la subdirección administrativa y científica.

6.12. Aprobado el plan anual de capacitaciones, el jefe de talento humano, comienza con la gestión y desarrollo de las capacitaciones.

6.13. Los funcionarios asisten a las capacitaciones y el responsable de ejecutarlas, se encarga del diligenciamiento de la lista de asistencia **R – TALHUM – 01** por cada uno de los participantes y de entregarla a la oficina de talento humano, como evidencia al cumplimiento del plan anual de capacitaciones **R – TALHUM – 02**.

6.14. Cuando se ejecuten capacitaciones externas o educación continuada, los funcionarios que participen deberán reportarla a la oficina de talento humano por medio del certificado que soporte su asistencia, y éste se incluirá en la hoja de vida laboral **R – TALHUM – 03** de cada uno de los funcionarios.

7. DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

CP – TALHUM – 01 Caracterización del Proceso de Talento Humano.

P – TALHUM – 01 Reclutamiento y Selección del Personal.

P – TALHUM – 02 Contratación del Personal.

R – TALHUM – 01 Lista de Asistencia.

R – TALHUM – 02 Plan Anual de Capacitaciones.

R – TALHUM – 03 Hoja de Vida Laboral.

ANEXO No. 016
PROCEDIMIENTO DEL PLAN DE
JUBILACIÓN O RETIRO

1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO.

Establecer el mecanismo de preparación para la jubilación del personal de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo con el propósito de contribuir al afrontamiento de esta etapa de la vida, buscando la alineación de los intereses personales con los de la institución, apuntando así al bienestar y la calidad de vida de los colaboradores.

2. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO.

Este procedimiento se aplica a los trabajadores que cumplan con los requisitos exigidos por la ley para la jubilación (semanas de cotización al fondo de pensiones, edad, tiempo de servicio). El plan de retiro para cada trabajador iniciara un año antes del cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley para acceder a la pensión de jubilación, y una vez jubilado el trabajador seguirá involucrado en los diferentes programas establecidos por la empresa y de acuerdo a sus intereses y preferencias ocupacionales.

3. POBLACION OBJETO.

Todos los funcionarios de la entidad.

4. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO.

Jefe de Talento Humano

5. DEFINICIONES:

Jubilación: Cese de las actividades laborales de conformidad con los requisitos establecidos por la ley (artículo 260 del Código Sustantivo del Trabajo) que genera cambios en la vida de las personas a nivel psicológico, familiar, económico y en general en todas las dimensiones del ser humano, lo que conlleva a un esfuerzo de adaptación a la nueva etapa de vida por parte de cada persona.

Requisitos de Ley para Jubilarse: Cumplimiento de exigencias determinadas por la ley para acceder a la pensión por jubilación.

Semanas de Cotización: Número de semanas de cotización al régimen de pensiones exigidas por la Ley Laboral para la obtención de la pensión.

Tiempo de Servicio: Los años que el trabajador ha estado vinculado a una empresa de forma continua o discontinua. La exigencia de la Ley son 20 años de labores.

Edad: Requisito que establece la ley donde determina una edad mínima para que tanto hombres como mujeres puedan acceder a la pensión por jubilación.

6. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES.

6.1 Con un año de antelación se verificará a través de las hojas de vida y los fondos de pensiones, que trabajadores llenan los requisitos para acceder a la pensión por jubilación.

6.2. Los trabajadores próximos a jubilarse serán convocados para informarles sobre el plan de retiro.

6.3. Se creará una base de datos que permita contar con información importante del trabajador jubilado, donde se consignen datos personales, familiares y de intereses propios del colaborador con el fin de desarrollar programas que apunten a necesidades reales.

6.4. Se desarrollará una programación anual de capacitaciones-taller de preparación para la nueva etapa de jubilación, que permita afrontar los cambios psicológicos, económicos, familiares, entre otros. Se participará a la familia del trabajador de estas actividades y se extenderá el programa a los familiares de primer grado (conyugue, padres, hijos y hermanos) que se encuentren a su vez pasando por la etapa de jubilación o que deseen prepararse para afrontar este cambio o para ayudar a afrontar los cambios en su familia.

6.5. Una vez jubilados a los trabajadores se les seguirá participando de las actividades sociales, recreativas y de los programas de proyección social del hospital. Los pensionados podrán vincularse a grupos de voluntariado que apoyen las actividades de proyección social de la Institución.

7. DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS.

ANEXO No. 017
CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

**CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO
DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

TÍTULO I.

ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Artículo 1. Naturaleza jurídica de la entidad. De conformidad con lo dispuesto por el Decreto 0098, proferido por la Gobernación de Santander el día 14 de agosto de 1995, la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, del Departamento de Santander, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Departamental, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y adscrita a la Dirección del Sistema Seccional de Seguridad Social en Salud del Departamento de Santander. En razón de su autonomía, la entidad se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida.

Artículo 2. Bienes que conforman el patrimonio de la Entidad. El patrimonio de la empresa esta constituido por los siguientes bienes y recursos:

- a) Todos los bienes y recursos que actualmente sean de propiedad o se encuentren en cabeza de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- b) Los que la Nación, el Departamento y los Municipios le transfieran a cualquier titulo, o los que se incluyan como parte del presupuesto de ingresos y rentas de la Empresa en cada vigencia fiscal, conforme al régimen especial que adopte la ley orgánica del presupuesto y la reglamentación respectiva.
- c) Los bienes actualmente destinados por la Nación, el Departamento y el Municipio al Hospital y los que en un futuro se le destinen.
- d) Los aportes que actualmente recibe el Hospital, y los que en un futuro se asignen a la Empresa, provenientes de los presupuestos nacional, departamental y municipal.
- e) Los recursos contratados por concepto de contratación y venta de servicios a las Entidades Promotoras de Salud, los Entes Territoriales, las Empresas Solidarias de Salud, otras Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y particulares que lo soliciten.
- f) Los ingresos por venta de medicamentos.

- g) Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica para acceder a los servicios medico hospitalarios.
- h) Los ingresos por concepto del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de transito, conforme a la reglamentación que se expida sobre la materia.
- i) Los aportes provenientes de los fondos asignados a las Juntas Administradoras Locales, si lo hubiere, y de entidades que financien programas de seguridad social en salud, en los términos en los que definan los reglamentos presupuéstales a ellos aplicables.
- j) Los recursos provenientes de la cooperación internacional.
- k) Los rendimientos financieros por la inversión de sus recursos.
- l) Los aportes de organizaciones comunitarias.
- m) Los recursos provenientes de arrendamientos.
- n) Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales.
- o) Los provenientes de programas de cofinanciación.
- p) Las donaciones y aporte voluntario de los particulares.
- q) Otros ingresos con destinación a la financiación de sus programas, recibidos a cualquier titulo.
- r) Todos los demás bienes y recursos que a cualquier titulo adquiera la Empresa y los que por disposición expresa de la Ley le corresponda.

Artículo 3. Destinación del Patrimonio. El patrimonio de la Empresa se destinará, de modo exclusivo, al cumplimiento de su objetivo y funciones legales y estatutarias, por lo tanto, las actividades e inversiones que realice, los actos que ejecute y los bienes y valores que destine, tendrán el claro propósito de utilizarse en la prestación de los servicios que constituyen su finalidad.

Artículo 4. Plataforma Estratégica. La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta dentro sus procesos con el de direccionamiento estratégico el cual sirve de referencia para mantener la plataforma estratégica de la entidad y fortalecer la cultura organizacional buscando darle cumplimiento a la visión, política de calidad, políticas operacionales y políticas de administración de riesgos.

a) Misión.

El Hospital Psiquiátrico San Camilo es una Empresa Social del Estado especializada en salud mental en Santander, con la más amplia trayectoria y liderazgo en la atención integral del paciente y su familia en el Nororiente Colombiano.

Presta un servicio calificado respetando la dignidad humana, en las áreas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con patologías psiquiátricas, neurológicas y conductas adictivas. Cooperar en la formación de estudiantes de educación superior, desarrollando programas docencia-servicio.

Para el cumplimiento de su misión cuenta con talento humano de alta calidad ética y profesional en permanente proceso de actualización, con una confortable infraestructura y moderna tecnología para el mejoramiento de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios.

b) Visión.

Al 2011 la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo será reconocida como la Entidad líder en la prestación integral de servicios de salud mental, con un importante desarrollo en infraestructura, tecnología y en el diseño y ejecución de programas de investigación mental que ayuden a mejorar el bienestar de los usuarios y a proyectar la imagen corporativa de la entidad a nivel nacional e internacional, buscando la ampliación de la cobertura en los servicios prestados. Además será una entidad con procesos acreditados y bajo un sistema de gestión de calidad que le permita mejorar continuamente, con el fin de aumentar la satisfacción de sus colaboradores y usuarios.

c) Política de Calidad

En la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo estamos comprometidos con la satisfacción de nuestro usuarios, prestándoles de manera oportuna servicios integrales en salud mental con proyección social, soportados en la mejora continua de la gestión y en la satisfacción, competencias y valores del talento humano, cumpliendo con todos los requisitos legales y reglamentarios para el beneficio de los usuarios, clientes y talento humano, buscando así, fortalecer el reconocimiento y la imagen corporativa en el mercado.

d) Objetivos de la calidad (Objetivos Corporativos)

- Prestar a nuestros usuarios servicios integrales en salud mental, en forma oportuna y con estándares de calidad de acuerdo con la reglamentación que se expide para dicho propósito.
- Desarrollar y fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental generando un mayor impacto social a la comunidad.

- Garantizar la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados por la entidad.
- Lograr el mejoramiento continuo en la gestión.
- Contar con proveedores que garanticen productos y servicios confiables y de buena calidad.
- Fomentar una cultura de responsabilidad con el medio ambiente dentro de la entidad.
- Gestionar los recursos económicos para la prestación de los servicios, mejorando la eficiencia operacional.
- Garantizar que se cuente con la infraestructura adecuada para la prestación de los servicios ofrecidos por la entidad.
- Generar y fortalecer las competencias del talento humano.
- Incrementar la satisfacción del talento humano.
- Promover la seguridad y salud ocupacional dentro de los funcionarios de la entidad.
- Fomentar una cultura organizacional que contemple los principios, valores y conductas de los funcionarios, que se evidencie en nuestros usuarios, clientes, proveedores, acreedores etc.
- Garantizar el flujo y la confiabilidad de la información, manteniendo la actualización tecnológica y fortaleciendo los sistemas de información de la entidad.
- Incrementar el número de clientes.

TÍTULO II.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Artículo 5. Órganos de Dirección y Administración. De acuerdo con los estatutos de la entidad y para fines de dirección y administración la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con los siguientes órganos:

- Junta Directiva.
- Gerente.

Estos órganos en conjunto son los encargados de asegurar el efectivo cumplimiento de los lineamientos contemplados por las leyes de Colombia, los estatutos de la entidad, el reglamento interno de la misma y el presente código.

Para lo anterior los miembros de la junta directiva y el gerente de la entidad deberán obrar de buena fe, con responsabilidad social, lealtad, haciendo que sus decisiones se cumplan en interés de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo teniendo en cuenta los intereses de la comunidad.

Artículo 6. Funciones generales de los órganos de dirección y administración. En el cumplimiento de sus funciones, los órganos de dirección y administración deberán:

- Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales y estatutarias.
- Velar porque se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la revisoría fiscal.
- Guardar y proteger la reserva comercial e industrial de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo y de los negocios con los clientes.
- Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada.
- Abstenerse de participar por sí o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo o en actos respecto de los cuales exista conflicto de interés.
- Informar al órgano superior correspondiente todo lo que atenta contra los puntos anteriores.

Artículo 7. De la Junta Directiva. Es el máximo órgano de administración de la Empresa.

a) Estructura de la Junta Directiva.

La Junta directiva de la Empresa está integrada por nueve (09) miembros, así:

1. El Estamento Político-Administrativo está integrado por tres (3) miembros así:

- El Gobernador del Departamento o su delegado, quien la preside.
- El Secretario de Salud Departamental o su delegado.
- El Secretario de Hacienda Departamental o su delegado.

2. El estamento Científico está integrado por tres (3) representantes del sector científico designados así:

- Un representante del personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina, elegido mediante voto secreto con la participación de todo el personal profesional del área de la salud vinculado a la Empresa.
- Un representante de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que funcionen en el Departamento de Santander, seleccionado por el Secretario de Salud Departamental, de entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de ellas.
- Un representante de las universidades que tengan convenio Docente – Asistencial o Docencia – Servicio, con la Empresa, designado por el Gobernador de Santander, de entre las ternas propuestas por cada una de las Universidades. En caso de que la Universidad de la cual salió el representante designado termine su relación contractual, automáticamente éste representante perderá su investidura como miembro de la Junta Directiva y procederá el Gobernador a designar un nuevo representante, de acuerdo con este procedimiento.

3. Tres (3) representantes de la comunidad, designados así:

- Un representante de las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por la Secretaria de Salud de Santander.
- Dos representantes designados por los gremios de la producción que tengan representación en el Departamento de Santander, en elección coordinada por la Cámara de Comercio de Bucaramanga.

b) Reuniones de la Junta Directiva.

La Junta Directiva se reunirá ordinariamente cada dos meses y extraordinariamente a solicitud del presidente de la junta o de la Gerencia o cuando una tercera parte de sus miembros así lo soliciten.

De cada una de las sesiones de la Junta Directiva se levantará la respectiva acta en el libro que para el respecto se llevará y que permanecerá bajo la custodia de la Gerencia de la Empresa. El libro de actas deberá ser registrado ante la Dirección Seccional de Salud, entidad que ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control.

c) Quórum deliberatorio y decisorio. En las reuniones de la junta Directiva se podrá deliberar con la presencia de por lo menos la mitad mas uno de sus miembros. Las decisiones se tomarán con el voto favorable de la mitad mas uno de sus miembros asistentes, siempre y cuando exista el quórum deliberatorio señalado anteriormente.

d) Periodos de los miembros de la Junta Directiva. Los miembros de la Junta Directiva de la Empresa, tendrán un periodo de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser removidos o reelegidos para periodos iguales por quienes los designaron o seleccionaron en los términos y condiciones de los estatutos de la Empresa. Los servidores públicos designados o sus delegados miembros, miembros de la Junta Directiva, correspondiente al estamento político – administrativo, lo harán en razón de su cargo y solamente durante el tiempo que lo ejerzan, para lo cual bastará la sola manifestación de quien otorga la delegación según el caso.

e) Funciones de la Junta Directiva. Son funciones de la Junta directiva:

- Expedir, adicionar y reformar el Estatuto de la Empresa.
- Formular la política general de la Empresa, sus planes y programas, de conformidad con el Plan Sectorial de Salud y con el Plan de desarrollo del Departamento.
- Determinar la organización interna de la Empresa, pudiendo en consecuencia crear, suprimir, escindir y fusionar las dependencias, divisiones o unidades administrativas a que hubiere lugar y señalarles sus funciones.
- Analizar y aprobar el proyecto del presupuesto anual, sus modificaciones y las operaciones presupuestales de crédito de la Empresa, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Aprobar las tarifas y cuotas de recuperación de la Empresa, de conformidad con sus estudios de costos y con las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el sistema general de seguridad social en salud.
- Establecer la planta de personal de la empresa y determinar las escalas de remuneración, acordes con las fijadas para los servidores públicos departamentales.
- Aprobar los manuales de funciones y procedimientos.
- Aprobar y modificar el reglamento interno de la Junta Directiva y el reglamento de trabajo y de administración de personal de la Empresa.
- Determinar el monto máximo hasta el cual podrá la Gerencia comprometer a la Empresa en la celebración o suscripción de los contratos o convenios a través de los cuales se adquiera o suministre bienes y servicios.

- Autorizar a la Gerencia de la Empresa la celebración de aquellos contratos que deba celebrar el Hospital para adquirir bienes y servicios, cuya cuantía exceda el monto al que se refiere el ítem anterior.
- Examinar y aprobar los estados de la empresa, determinar el superávit del ejercicio y establecer las reservas necesarias para atender las obligaciones legales, futuras y contingentes y las que la Junta considere necesarias para la buena marcha de la Empresa.
- Analizar los informes de gestión, los indicadores de rentabilidad social y financiera y la ejecución presupuestal presentados por el Gerente de la Empresa y emitir concepto sobre los mismos.
- Delegar en el Gerente aquellas funciones propias que considere pertinente para el buen funcionamiento de la Empresa.
- Servir de voceros de la Empresa ante las instancias político administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del gerente en este sentido.
- Asesorar al gerente en los aspectos que éste considere pertinente o en los asuntos que a juicio de la Junta lo amerite.
- Autorizar la suscripción de convenios de integración docente – asistencial o docencia – servicio, con las universidades establecidas en el Departamento y autorizar alianzas estratégicas con empresas de salud y en general con personas jurídicas con las cuales no exista impedimento legal.
- Elaborar la terna para designación del responsable de la unidad de control interno.
- Seleccionar el revisor fiscal y fijarle sus honorarios.
- Determinar la estructura orgánico – funcional de la entidad.
- Elaborar la terna de candidatos para presentar al Señor Gobernador de Santander, para la designación del Gerente de la Empresa.
- Expedir y Modificar el manual de contratación de la Empresa.
- Todas las demás que no estén de manera expresa al Gerente o a otras autoridades de la Empresa.

f) Funciones del Gerente. Son funciones del Gerente, además de las definidas en la ley, ordenanzas o acuerdos pertinentes, las siguientes:

- Dirigir, coordinar, supervisar y controlar los procesos y actividades que garanticen el cumplimiento de la misión, de los objetivos y de las responsabilidades de la Empresa.
- Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de la Empresa, de acuerdo con los planes y programas establecidos, teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos del área de influencia, las características del entorno y las condiciones internas de la Empresa y con sujeción al Plan Sectorial de Salud y al Plan de Desarrollo Departamental.
- Ejecutar las decisiones de la Junta Directiva.
- Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento del objeto, funciones y actividades de acuerdo los estatutos y las normas vigentes.
- Representar a la Empresa judicial y extrajudicialmente.
- Velar por el cumplimiento de los estatutos, las leyes y los reglamentos que rigen a la Empresa.
- Rendir los informes que le sean solicitados por la Junta Directiva y demás autoridades competentes.
- Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico y adoptar las medidas conducentes a aminorar sus efectos.
- Establecer los procesos para el desarrollo de las funciones a cargo de las diferentes dependencias y servidores, garantizando la articulación y complementariedad de los niveles de la organización dentro de una concepción participativa de la gestión y procedimientos eficaces de evaluación, control y seguimiento al cumplimiento de las metas y políticas de la Empresa.
- Desarrollar el sistema de información de la Empresa, articulado al sistema de información de la secretaria de Salud Departamental.
- Desarrollar y aplicar modelos y metodologías para estimular y garantizar la participación intra e intersectorial y comunitaria en la formulación, ejecución, evaluación y control de los planes y programas de la Empresa.
- Desarrollar objetivos estrategias y actividades conducentes a mejorar las condiciones laborales, el clima organizacional, la salud ocupacional, el

nivel de capacitación y entrenamiento y en especial un proceso de educación continua para todos los servidores de la Empresa.

- Promover la adaptación adopción de las normas técnicas y modelos de atención orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y velar por la validez científica y técnica de los procedimientos utilizados en la atención.
- Proyectar el presupuesto de ingresos y gastos de la Empresa, en coordinación con todas las dependencias, con funcionamiento en la evaluación del presupuesto anterior, de los estudios y proyecciones realizadas para la vigencia fiscal.
- Someter a consideración de la Junta Directiva para su aprobación el proyecto de presupuestos y gastos y las iniciativas que estime convenientes para el buen funcionamiento de la Empresa.
- Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.
- Garantizar el establecimiento del sistema de acreditación hospitalaria, de auditoría en salud, de control interno que propicien la garantía de la calidad en la prestación del servicio.
- Establecer el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y contribuir a la organización de la red de servicios en el nivel local.
- Negociar y suscribir convenciones, pactos y en general adelantar todas las acciones, gestiones y actuaciones atinentes a la administración de personal de conformidad con los estatutos y la legislación vigente.
- Proponer a la Junta Directiva para su aprobación, la planta de cargos y las modificaciones que considere necesarias para el buen funcionamiento de la Empresa, así como lo relacionado con la clasificación y remuneración del personal.
- Presentar ante la Junta Directiva para su aprobación el proyecto de estructura orgánico – funcional y sus modificaciones, así como las funciones de sus dependencias.
- Nombrar y remover los funcionarios bajo su dependencia de acuerdo con las normas de administración de personal que rigen para las diferentes categorías de empleos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Diseñar mecanismos de fácil acceso a la comunidad, que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios, atender las quejas y sugerencias,

y diseñar en consecuencia políticas y correctivos orientados al mejoramiento continuo de los servicios.

- Firmar las convenciones colectivas con los trabajadores oficiales de acuerdo con la disponibilidad presupuestal.
- Promocionar el concepto de gestión de la calidad y acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional.
- Las demás que establezca la ley, los requerimientos y la Junta Directiva de la Empresa.

TÍTULO III.

GRUPOS DE INTERÉS

Artículo 8. Definición. Serán considerados grupos de interés o Stakeholders, aquellos que se involucran en todos los ámbitos y aspectos internos y externos de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo y demás personas sobre las cuales el Hospital tiene influencia. Por tanto se consideran grupos de interés para el Hospital.

- Usuarios.
- Clientes.
- Talento Humano.
- Proveedores de bienes y servicios.
- Organismos reguladores de control y vigilancia
- Mecanismos de control y seguimiento internos
- Competidores.
- La comunidad en general.

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo tiene claro que el éxito de la entidad depende tanto de sus relaciones internas y externas donde los grupos de interés nombrados anteriormente tienen influencia directa o indirecta. Por tanto las políticas que rigen a los grupos de interés identificados por la entidad son las siguientes:

a) Usuarios

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo garantiza la interacción y comunicación con sus usuarios permitiéndoles formular sus quejas, reclamos y sugerencias a través de diferentes mecanismos tales como: Línea de servicio al cliente, personalmente a través del talento humano de la entidad y buzones de quejas, reclamos y sugerencias.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo esta comprometida a aumentar la satisfacción de sus usuarios por medio de encuestas que ayudan a medir el nivel de satisfacción de los mismos en cada uno de los servicios prestados por el Hospital.

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo ejecuta dentro de sus procesos que hacen parte de su sistema de gestión de la calidad procedimientos para llevar a cabo acciones preventivas y correctivas encaminadas a mejorar continuamente la gestión y aumentar la satisfacción de los usuarios.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo esta comprometida a ejecutar las actividades que componen el SIAU (Servicio de información al usuario) brindando información y capacitación a los usuarios sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que conozcan y apliquen sus deberes y derechos. Lo anterior por medio de la oficina de atención al usuario con la que cuenta la entidad.

b) Proveedores de Bienes y Servicios

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo realiza evaluación, selección y seguimiento de los proveedores según lo establecido en el proceso de compras el cual hace parte del sistema de gestión de la calidad de la entidad.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo basa su contratación en los criterios establecidos en el manual de contratación de la entidad, el cual esta reglamentado según la ley 80 de 1993, la ley 1150 de 2007, el Decreto 066 de 2008, demás normas vigente que lo reglamentan y teniendo en cuenta lo estipulado en los estatutos de la Empresa.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo facilitará el desarrollo y el mejoramiento continuo con los proveedores en aras de brindar un mejor servicio a sus usuarios, por medio de los insumos y suministros que la entidad adquiere y usa para el cumplimiento de su misión.

c) Talento Humano

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con un personal medico, administrativo y asistencial competente y calificado para la prestación de los servicios de salud mental y demás actividades inherentes a la gestión hospitalaria, dispuestos a cumplir con los principios y valores corporativos, en beneficio de la entidad y la comunidad.
- Los procedimientos de reclutamiento, elección, contratación, inducción, reinducción, entrenamiento y capacitación; serán acordes con el sistema de gestión de la calidad y con practicas administrativas adecuadas a la naturaleza de la entidad.
- Los jefes de las unidades funcionales tienen la responsabilidad de garantizar y gestionar el entrenamiento y capacitación de su personal a

cargo. Además fomentar su desarrollo y crecimiento laboral, profesional y personal, con la asistencia, asesoría y acompañamiento de la oficina de talento humano de la entidad.

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo Facilita la participación del talento humano el análisis y toma de decisiones en el proceso que desarrollan y en el cual son responsables.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo evalúa el desempeño de su talento humano, en miras de mejorar sus competencias, y tener una base de apoyo para los jefes de las unidades funcionales en la toma de decisiones, necesarias para incrementar el desempeño de los procesos de la entidad.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo establece los mecanismos de preparación para la jubilación del personal de la entidad con el propósito de contribuir al afrontamiento de esta etapa de la vida, buscando la alineación de los intereses personales con los de la entidad y apuntando así al bienestar y la calidad de vida de su talento humano.

d) Comunidad

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo ejecuta programas de promoción y prevención, buscando generar un mayor impacto social en beneficio de la comunidad.

e) Organismos de Control y Vigilancia Externos

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo determina e implementa las acciones de mejora necesarias que ayuden en la eliminación o control de los hallazgos negativos identificados por los órganos de control externos.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cumple con la entrega periódica, oportuna, efectiva y real de los informes de gestión y control exigidos por los organismos de control y demás informes emanados de acuerdo a la normatividad vigente.

f) Mecanismos de Control y Seguimiento Internos

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con los siguientes organismos de control interno:

- **Revisoría Fiscal:** La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con un revisor fiscal, sujeto a lo dispuesto en la normatividad vigente, quien actúa de manera imparcial para la verificación y seguimiento de las actividades contables y la generación de las conclusiones y recomendaciones correspondientes, procedentes de sus competencias.

- **Control Interno:** La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta dentro de su estructura organizacional con la oficina de control interno encargada de auditar y hacer seguimiento a los elementos mas relevantes de la gestión hospitalaria y administrativa como las cuentas por pagar, cuentas por cobrar, contratación, inventarios, facturas y glosas, entre otros. Lo anterior con el fin de asegurar que los activos estén debidamente protegidos y que los procesos se desarrollen eficiente y eficazmente, de acuerdo a la normatividad vigente y a las políticas de la entidad.

Adicionalmente se encarga de mantener el sistema de control interno creado bajo la Ley 87 de 1993 y evaluar su desempeño según los lineamientos del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005, por medio de las auditorias internas y evaluaciones independientes.

- **Auditorias Internas al Sistema de Gestión de la Calidad:** La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con un sistema de gestión de la calidad el cual debe mantener por medio del seguimiento al cumplimiento de los requisitos exigidos por la Norma Técnica Colombiana en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Para dicho seguimiento la entidad realiza las auditorias internas a los procesos del sistema de gestión de la calidad y ejecuta las acciones de mejora pertinentes originadas de las observaciones y no conformidades identificadas en la auditoria.
- **La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con otros mecanismos de control tales como:**

Reuniones de Junta Directiva: Reuniones celebradas según lo estipulado en los estatutos de la entidad con el objetivo de disponer de un espacio formal a través del cual se haga seguimiento a la gestión en los diferentes aspectos de interés de la misma, se debatan y definan planes futuros y se mantenga la alineación del equipo directivo en la búsqueda de la sinergia necesaria para el logro de los objetivos corporativos.

Comité Coordinador de Control Interno: Reuniones periódicas de los jefes y coordinadores de las diferentes unidades funcionales con el objetivo de revisar el sistema de control interno y el sistema de gestión de la calidad y tomar decisiones que ayuden a su mejoramiento.

g) Competidores

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo identifica a sus competidores, manteniendo buenas relaciones soportadas en principios de respeto, responsabilidad social y liderazgo que permiten una retroalimentación honesta de los aspectos mas relevantes en materia de salud mental, con el fin de mejorar continuamente en beneficio de la comunidad.

TÍTULO IV.

POLITICAS DE GESTIÓN

Artículo 9. Definición. La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo determina las políticas que orientan la gestión de la entidad en aspectos de calidad en la prestación del servicio de salud, responsabilidad social, información, comunicación y medio ambiente.

a) Política de Medio Ambiente

- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo esta comprometida con el medio ambiente cumpliendo con los principios de la gestión ambiental, de prevenir la contaminación, acatar la normatividad vigente y mejorar continuamente el desempeño ambiental, generando en los funcionarios principios en defensa del medio ambiente que disminuyan el impacto ambiental en el entorno y en la comunidad.
- La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo busca cada año la consecución de premios referentes a la producción más limpia como el de Hospital Verde que busca en costo beneficio en el desempeño ambiental.

TÍTULO V.

VIGENCIA, DIFUSION Y ACTUALIZACIÓN DEL CODIGO DE BUEN GOBIERNO

Artículo 10. Difusión. El código de buen gobierno estará dispuesto permanentemente para la consulta del público en la gerencia de la entidad de forma física, en particular para sus funcionarios, organismos de control, los usuarios y clientes, en cuanto sea requerido razonablemente por cada uno de ellos.

Adicionalmente, el código de buen gobierno se encontrará digitalmente en la página web de la entidad con el fin de que pueda ser consultado por los diferentes grupos de interés identificados por la misma. Y se difundirá durante las actividades de inducción para el nuevo personal que se vincule con la entidad.

Artículo 11. Actualización. El código de buen gobierno se adopta por mandato de la ley 1122 de 2007 y deberá actualizarse y adaptarse según los cambios del entorno empresarial y según las directrices emanadas de la Gerencia de la entidad.

Las revisiones al código de buen gobierno se realizarán entre la Gerencia, la subdirección científica, la subdirección administrativa y demás directivos de primer nivel que se consideren pertinentes, dejando constancia en acta de las decisiones y acciones que se tomen para su correspondiente modificación o actualización.

Las modificaciones o cambios que se realicen al código de buen gobierno, deberán ser socializados ante la Junta Directiva para su posterior aprobación, e inmediatamente disponer de los mecanismos nombrados anteriormente para su debida difusión.

Artículo 12. Vigencia. El código de buen gobierno entrará en vigencia a partir de la aprobación por parte de la junta directiva.

ANEXO No. 018
PLAN ESTRATEGICO DE LA E.S.E.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO

POR QUÉ	QUÉ		CÓMO							QUIÉN	CUÁNDO		AÑO 1																																																AÑO 2																																																AÑO 3																																																AÑO 4																																															
			Estrategia	Actividades	Mecanismos de seguimiento	Indicadores	Recursos	Soluciones	Responsable				Fecha Inicial de actividad	Fecha final de actividad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																																																																																																																																																																																													
Implementación del modelo e estándar de control interno	Brindar una atención integral y oportuna	Velocidad en la atención de los pacientes, minimizando los tiempos de espera en la atención de salud departamental	Realizar el informe anual de avance del HECI y el informe anual de avance del HECIO					Adoptar formas más efectivas de trabajo	Gerencia y Juru Obvato	dic-07	dic-03																																																																																																																																																																																																	
			Elaboración del plan de implementación del modelo de control interno						Requerimiento de la comunicación interna y externa			Gerencia y Juru Obvato																																																																																																																																																																																																
			Implementación del sistema de control interno	Diseño e implementación del modelo de control interno por áreas de atención y atención de salud departamental					Equipos de trabajo, recursos físicos y humanos			Selección Clínica																																																																																																																																																																																																
			Elaboración del plan de implementación del modelo de control interno						Requerir la productividad y competencias del recurso humano			Selección Gerencial																																																																																																																																																																																																
			Realización de la implementación del modelo de control interno						Generar clima organizacional basado en principios y prácticas éticas			Planificación																																																																																																																																																																																																
Obtener reconocimiento a nivel nacional e internacional	Obtener la acreditación institucional en salud	Satisfacción de los pacientes	Solicitud de acreditación					Reducir los costos de la no calidad	Gerencia y Juru Obvato	ene-03	dic-03																																																																																																																																																																																																	
			Organización institucional						Optimizar recursos y mejorar la gestión hospitalaria			Selección Clínica y Gerencial																																																																																																																																																																																																
			Implementación de estándares exigidos para la acreditación						Ser más competitivos y abrir nuevos mercados			Planificación																																																																																																																																																																																																
			Informe de avance						Brindar una atención humanizada			Control Interno																																																																																																																																																																																																
			Elaboración de acreditación																																																																																																																																																																																																									

ANEXO No. 019
EJEMPLO DE CARACTERIZACIÓN DEL
PROCESO FINANCIERO

Responsable del Proceso: Jefe Financiero y Subdirector Administrativo

Objetivo General del Proceso: Recopilar, revisar y registrar la información de las operaciones de la entidad con las condiciones de calidad necesarias para garantizar la oportunidad, racionalidad de la información financiera como herramienta de la unidad para la toma de decisiones y la evaluación de su gestión.

Objetivos específicos del proceso:

- Disminuir el tiempo de espera de los usuarios para el ingreso a su correspondiente cita medica.
- Disminuir la tramitología del usuario previa a la cita medica.

Alcance: El presente proceso comienza desde la actividad de la solicitud de un CDP por parte de las unidades interesadas, abarcando todas aquellas actividades de revisión de información contable, registro de los asientos contables y comprobantes contables que se generen durante el transcurso del proceso, hasta la generación de informes para los entes externos y para la toma de decisiones.

Políticas de Operación:

- El personal de salud deberá basar su atención en salud mental en su conocimiento científico, investigativo y académico.
- El personal de consulta externa deberá basar la prestación de su servicio al usuario en la normatividad legal vigente, la seguridad, el reglamento interno de trabajo y el código de ética institucional.
- No se atenderán usuarios en fechas y horas diferentes a lo asignado en la cita.

Recursos:

Recurso Humano:

- De planeación en el acompañamiento para el mejoramiento continuo.
- De sistemas para el soporte de hardware y software que afecte directamente el presente proceso.
- Medico para prestar la atención en salud mental al usuario.
- De atención al usuario para apoyar los tramites ante la aseguradora del usuario.
- De mantenimiento para el soporte de la infraestructura de consulta externa.
- De servicios generales para la limpieza adecuada de la instalación de consulta externa.

Recursos Físicos:

- Medicamentos e insumos clínicos necesarios para la ejecución del presente proceso.
- Insumos, equipos, papelería y accesorios necesarios para el buen desempeño del presente proceso.

Recursos de Infraestructura:

- Consultorios dotados con los requisitos técnicos científicos de habilitación.

Ambiente de Trabajo:

- Condiciones adecuadas de iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.

Requisitos por cumplir (Cliente o Legales):

- Ley 100 Sistema de Seguridad Social Integral.
- Acuerdo 228 de 2002 manual de medicamentos del plan obligatorio de salud.
- Resolución 1043 de 2006 Sistema único de habilitación de prestadores de salud.
- Ley 23 de 1981 Norma en materia de ética médica.
- Decreto 2423 de 1996 Nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario SOAT.

Requisitos NTCGP 1000:2004:

- 4. Requisitos del sistema de gestión de la Calidad.
- 7.5.1. Control de Prestación del Servicio.
- 7.5.3. Identificación y Trazabilidad.
- 8.2.3. Seguimiento y Medición del Proceso.
- 8.2.4. Seguimiento y Medición del Producto.
- 8.3. Control de Producto no Conforme.
- 8.4. Análisis de Datos.
- 8.5. Mejora.

Seguimiento al Proceso:

- Reuniones de Grupo Primario.
- Indicadores de Gestión.
- Auditorias Internas bajo el SGC.
- Auditorias Internas bajo el modelo estándar de control interno.
- Reuniones para la revisión del sistema de gestión de la calidad por la dirección.
- Seguimiento a las acciones correctivas y preventivas generadas por alguno de los elementos anteriores.

Documentos del Proceso:

- CE-P-01 Asignación de Citas vía telefónica, presencial o vía web.
- CE-P-02 Recepción y admisión de usuarios.
- CE-R-01 Historia Clínica.
- CE-R-02 Registro individual de prestación de servicios de salud.

Descripción del Proceso

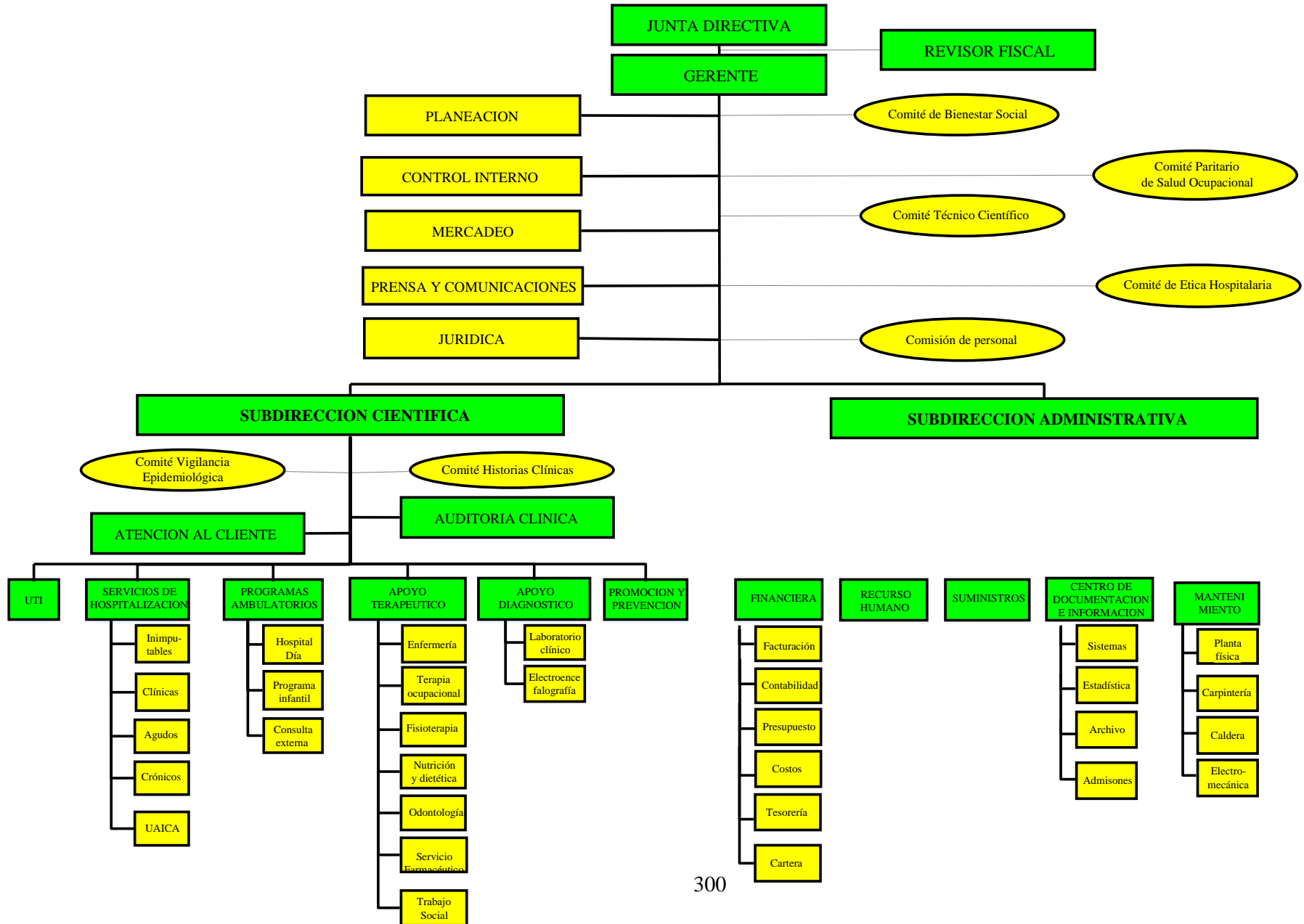
Proveedor	Entrada	Actividad	Responsable de Actividad	Salida	Cliente
Almacén o Talento humano	Solicitud de CDP	Generar VoBo	Gerencia	Solicitud CDP con VoBo	Almacén o Talento Humano
Almacén o Talento humano	Solicitud CDP con VoBo	Realización del CDP	Presupuesto	CDPS o carta informando la no disponibilidad presupuestal	Almacén o Talento Humano

Almacén o Talento humano	Solicitud de RP	Realización del RP	Presupuesto	Registro Presupuestal	Almacén o Talento humano	
Almacén, Talento humano	Estudio de oportunidad y conveniencia			Comprobante contable presupuestal	Contabilidad	
Almacén	Orden de Compra o servicio					
Almacén	Contrato de medicamentos, suministros o nutrición					
Talento Humano	Consolidado mensual de nomina					
Talento Humano	Contrato de prestación de servicios					
Almacén o Talento humano	Factura o contrato de medicamentos, suministros o nutrición	Realización de la orden de pago	Cuentas por Pagar (Contabilidad)			Orden de pago
	Fotocopia CDP y RP			Comprobante contable presupuestal	Contabilidad	
	RUT y/o cámara de comercio					
	Comprobante ingreso a almacén					
	Certificación de recibido o certificación de prestación de servicios					Comprobante contable de la cuenta por pagar
	Pago de aportes parafiscales					
Cuentas por Pagar (Contabilidad)	Orden de pago	Realización del egreso respectivo	Tesorería			Comprobante de egreso con la información contable del egreso y la información contable a nivel presupuestal.

Tesorería	Comprobante de egreso	Realización de asientos contables y consolidación de la cuenta y sus anexos para enviar a archivo activo	Contabilidad	Comprobantes contables y cuentas consolidada en archivo activo	Contabilidad
	Boletines diarios de ingresos y egresos				
	Boletín diario de caja				
	Consignaciones bancarias				
	Solicitud de expedición de cheque Vobo gerencia				
	Comprobante de egreso de caja menor	Legalización de la caja menor			
Cartera	Relación de venta de servicios de contado	Realización de asientos contables	Contabilidad y Presupuesto	Comprobante contable y Comprobante contable presupuestal	Contabilidad
	Relación de venta por otros ingresos				
	Relación de depósitos de clientes				
	Relación de otros deudores				
	Relación de cancelaciones				

	Legalización de anticipos de clientes (Cruce de cuentas)				
	Relación de Glosas				
	Relación de notas crédito				
	Relación de cancelaciones directas				
	Relación de consignaciones identificadas y pendientes por identificar				

ANEXO No. 020
ORGANIGRAMA INICIAL



ANEXO No. 021
EJEMPLO DEL INSTRUCTIVO DE
COMPETENCIAS DEL CARGO DE JEFE
DE FACTURACIÓN

1. OBJETIVO DEL INSTRUCTIVO.

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el proceso de facturación para asegurar los ingresos de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de facturación de cuentas.

2. ALCANCE DEL INSTRUCTIVO.

Este procedimiento se aplica a los trabajadores que cumplan con los requisitos exigidos por la ley y a profesionales en carreras administrativas o enfermeras profesionales con experiencia en facturación.

3. POBLACION OBJETO.

Jefe de facturación.

4. RESPONSABLE DEL INSTRUCTIVO.

Jefe de Talento Humano

5. DEFINICIONES.

No aplica.

6. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

Funciones

- Mantener actualizado al personal del Área acerca del contenido de los convenios suscritos con las diferentes entidades para prestación de servicios.
- Emitir los informes requeridos por las diferentes Áreas de la institución.
- Coordinar con el Departamento de Contabilidad los ajustes que se requieran efectuar al sistema de facturación e interfaces de Contabilidad.
- Resolver las inquietudes en cuanto a la liquidación de cuentas a los Auditores Médicos de las diferentes entidades.
- Efectuar revisiones periódicas con el fin de verificar que todos los servicios ambulatorios y hospitalarios se hayan facturado.

- Responder las solicitudes de información respecto a la facturación de servicios presentadas por médicos, terceros, clientes, etc.
- Coordinar la suscripción de contratos con el ISS. Autorizar el ingreso de pacientes de acuerdo a requisitos y presupuestos dados en esos contratos.
- Realizar mensualmente reuniones de grupo primario y llevar actas respectivas.
- Mantener informado al personal sobre proyectos, políticas y demás información suministrada por las Directivas de la institución.
- Preparar los planes de acción y presentar informes de gestión del área a cargo.
- Sugerir las modificaciones que se requieran hacer a los sistemas de información implementados para el área a su cargo con el fin de mejorar la eficiencia y seguridad del mismo.

Responsabilidades

- Garantizar que los pacientes que ingresan a la institución cumplen con los requisitos establecidos para su admisión.
- Garantizar que todos los servicios prestados por la institución se facturen adecuadamente de acuerdo a los convenios y a las políticas de la Empresa.
- Garantizar que la información (tarifas, precios de insumos, etc) sean incluidos de acuerdo a la información recibida del Área de Suministros.
- Garantizar que las ventas efectuadas en el Sistema de Facturación se realicen eficientemente (Centro de costos, código procedimiento, paciente, tarifa, etc.).
- Coordinar con el personal a su cargo el adecuado manejo de respuesta a las glosas presentadas por las diferentes entidades.
- Garantizar que las cuentas de cobro o facturas presentadas por terceros como Laboratorio Clínico, Farmacia, entre otros correspondan a los servicios prestados.
- Mantener el archivo adecuado de los documentos del área como consecutivos de facturas, copias de órdenes de servicios, soportes a las facturas, etc.

- Mantener el consecutivo en el sistema de facturación de la institución.
- Suministrar información al personal Médico y Terceros respecto a las glosas efectuadas a las cuentas ya facturadas.
- Coordinar la entrega oportuna de las facturas con sus soportes a las diferentes áreas (Clientes, Cartera, Contabilidad).
- Emitir oportunamente los informes requeridos por la Dirección, Subdirección Administrativa y Financiera, Contabilidad.
- Aplicar la metodología PHVA a los indicadores que no estén reflejando cumplimiento de metas
- Reportar a la Subdirección Administrativa y Financiera y al Dpto. Talento Humano el incumplimiento por parte del personal a su cargo al Reglamento Interno de Trabajo.
- Efectuar el manejo administrativo del personal a su cargo.
- Mantener actualizadas las funciones del personal a su cargo con el fin de lograr la mayor eficiencia en sus actividades.
- Garantizar la veracidad y oportunidad de la información suministrada por el área a su cargo.
- Mantener actualizado y debidamente documentados los procedimientos relacionados con el área a su cargo y divulgarlos a las demás dependencias involucradas.
- Velar por el buen manejo de los activos fijos, útiles de papelería y demás elementos suministrados por la institución a su área para el desarrollo de las actividades.
- Cumplir con la ejecución de los proyectos o actividades especiales que le sean asignadas por la Gerencia.
- Velar por la calidad de los servicios ofrecidos por su área a los clientes internos y externos.
- Diseñar e implementar la aplicación de indicadores de gestión de las actividades desarrolladas en el área. Hacer seguimiento a la recolección de la información requerida con el fin de presentar informes periódicos a la Subdirección Administrativa y Financiera.
- Hacer cumplir las políticas establecidas por la institución, relacionadas con el área a su cargo.

- Efectuar el manejo administrativo del personal a su cargo y realizar las evaluaciones de desempeño de acuerdo a la programación del Departamento de Talento Humano.
- Mantener actualizadas las funciones del personal a su cargo según los lineamientos mayor eficiencia en sus actividades..
- Mantener un alto compromiso con el mejoramiento continuo en el manejo de residuos hospitalarios y el desarrollo sostenible, tendientes a la cultura de la no basura y tecnología más limpia.

Nivel de Autoridad

- Posee autoridad sobre sus colaboradores
- Sugerir cambios del talento humano con base en el rendimiento
- Decisión sobre aceptación de glosas
- Decisión sobre anulación de facturas

Competencias

Competencias Técnicas

CONOCIMIENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIVEL REQUERIDO	4	3	3	4	4	4	4	2	3	4

HABILIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
NIVEL REQUERIDO	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	2	4

CONOCIMIENTOS	
1	Manuales tarifarios
2	Contabilidad
3	Ley 100
4	Sistema general de salud
5	Facturación
6	Convenios
7	Liquidación
8	Informática
9	Contratación
10	Conocimientos institucionales

HABILIDADES	
1	Escucha activa
2	Expresión oral
3	Destreza matemática
4	Identificación y resolución de proble
5	Generación de ideas
6	Orden
7	Organización de la información
8	Percepción social – empatía
9	Asertividad
10	Toma de decisiones
11	Manejo de recursos humanos
12	Manejo de equipos
13	Trabajo bajo presión

<i>NIVEL DE DOMINIO EXIGIDO SEGÚN EL CARGO</i>	
NIVEL BÁSICO: Un dominio mínimo para la ejecución de las actividades.	1
NIVEL ESTÁNDAR: Un dominio promedio para la ejecución de las actividades.	2
NIVEL SUPERIOR: Un dominio alto para la ejecución de las actividades.	3
NIVEL MUY SUPERIOR: Un dominio muy alto para la ejecución de las actividades.	4

7. DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS.

ANEXO No. 022
PLAN DE MEJORAMIENTO POR
PROCESOS

PROCESO	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	% Cumplimiento
ARCHIVO	No se realizó el diligenciamiento de la tabla de inventario documental por la coordinadora de mercadeo, que egreso de la entidad. Por tanto no se revisó la documentación del archivo de gestión de mercadeo, actividad de la cual es responsable la oficina de archivo, como parte de la entrega formal de la documentación de dicha oficina a la nueva coordinadora de mercadeo.	1. Adicionar una nueva actividad dentro del instructivo de inventario documental I-ARCCEN-03 donde se describa la comunicación que debe tener Talento Humano con la oficina de archivo para darle a conocer la salida de algún funcionario de la empresa, con el fin de que se realice la revisión del archivo de gestión del cual es responsable el funcionario que egresa.	Coordinadora de Archivo y Coordinador de Planeación y Gestión de la Calidad	9-Jun-08	23-Jun-08	100%
		2. Socializar el instructivo actualizado con la oficina de talento humano y la oficina de mercadeo.	Coordinadora de Archivo	9-Jun-08	27-Jun-08	100%
	No se han ejecutado las acciones de mejora definidas por la oficina de archivo para cada uno de los riesgos identificados en su proceso, según el mapa de riesgos del proceso de archivo.	3. Realizar el seguimiento respectivo a las acciones definidas en el mapa de riesgos.	Jefe Control Interno	9-Jun-08	Depende del Resultado Obtenido	0%

TALENTO HUMANO	El reglamento interno de trabajo no se esta explicando dentro de las actividades de inducción según lo establecido en el procedimiento documentado de inducción. Adicionalmente la oficina de talento humano no esta gestionando los demás elementos con las oficinas responsables de explicarlos o darlos a conocer al personal que se vincula a la entidad. Entre los temas no difundidos están: generalidades del sistema de gestión de la calidad, sistema de control interno, mapa de procesos, entre otros.	1. Realizar el seguimiento a las hojas de vida de los funcionarios que ingresan trimestralmente, para verificar el desarrollo de la reinducción.	Jefe de Talento Humano	12-Jun-08	Dependiendo del resultado obtenido	100%
	No se han ejecutado las acciones de mejora definidas por la oficina de talento humano para cada uno de los riesgos identificados en su proceso, según el mapa de riesgos del proceso de talento humano.	2. Identificar los funcionarios que ingresaron a la entidad en los últimos meses para realizarles la inducción.	Jefe de Talento Humano	12-Jun-08	27-Jun-08	70%
		3. Realizar el seguimiento respectivo a las acciones definidas en el mapa de riesgos.	Jefe Control Interno	12-Jun-08	Dependiendo del resultado obtenido	0%

	Se identificó el ingreso de un auxiliar administrativo que no cumplía con lo establecido por la entidad en el perfil de su cargo, contemplado en el manual de funciones y en el instructivo de competencias del cargo.	4. Realizar seguimiento a las actividades de reclutamiento.	Jefe Control Interno	12-Jun-08	Dependiendo del resultado obtenido	0%
FARMACIA	No se encuentran implementados algunos de los aspectos legales contemplados en el normograma para el proceso de farmacia en lo referente a las buenas prácticas de manufactura en farmacia.	1. Planificar las actividades con sus respectivos responsables y cronograma para cumplir con la normatividad expuesta en el normograma.	Coordinador Farmacia	10-Jun-08	17-Jun-08	100%
		2. Ejecutar las actividades planificadas para el cumplimiento de la normatividad expuesta en el normograma.	Coordinador Farmacia	18-Jun-08	18-Ago-08	0%
	No se encontró el registro del último mes de la revisión de los medicamentos en el carro de paro de los diferentes servicios de hospitalización. Dando a entender que no se revisó las condiciones de los medicamentos en los servicios.	3. Fortalecer el procedimiento para la revisión de los medicamentos en los servicios con los responsables de revisar los carros de paros. Adicionalmente verificar mensualmente la revisión del carro de paros en el registro creado para dicho fin.	Coordinador Farmacia	10-Jun-08	10-Jul-08	100%

ATENCIÓN AL USUARIO	No se identificaron actas de las reuniones de retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario, de los últimos dos meses, por tanto no se han tomado las medidas necesarias para solucionar o dar respuesta a las observaciones hechas por los usuarios o sus familiares.	1. Ejecutar las reuniones de retroalimentación con la compañía de la subdirección científica y ponerse al día en la formulación de las medidas que se deban tomar para controlar las observaciones de los usuarios	Coordinadora de Atención al Usuario	11-Jun-08	11-Jul-08	50%
	No se encuentran implementados algunos de los aspectos legales contemplados en el normograma para el proceso de atención al usuario en lo referente a las actividades definidas para el SIAU.	2. Planificar las actividades con sus respectivos responsables y cronograma para cumplir con la normatividad expuesta en el normograma.	Coordinadora de Atención al Usuario	11-Jun-08	18-Jun-08	100%
SISTEMAS	No se está dando cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo definido por el jefe de sistemas.	1. Realizar el seguimiento al plan de mantenimiento preventivo y revisar el diligenciamiento a las hojas de vida de los equipos que se identifique que ya cuentan con el mantenimiento preventivo.	Jefe de Sistemas	9-Jun-08	25-Jun-08	100%
	Se encontraron equipos de cómputo que no contaban con su correspondiente hoja de vida, ratificando la falta de un mantenimiento preventivo.	2. Fortalecer el instructivo del mantenimiento preventivo y diligenciamiento de las hojas de vida de los equipos de cómputo.	Jefe de Sistemas	9-Jun-08	25-Jun-08	100%

MANTENIMIENTO	No se esta dando cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo de la entidad, solo a algunos equipos y a algunos aspectos de infraestructura.	1. Realizar el seguimiento al plan de mantenimiento de la empresa.	Jefe de Mantenimiento	10-Jun-08	13-Jun-08	100%
NUTRICION	Se encontraron inconsistencias en los boletines diarios de ingresos y egresos evidenciados en el inventario realizado en Excel frente al software de SAHI, haciendo que se mantenga un descuadre en valor y cantidad en la contabilidad de la entidad en lo referente a nutrición.	1. Realizar el inventario físico en compañía de la jefe de control interno y hacer un ajuste contable en valor dejando el soporte que evidencie la transacción contable.	Jefe de Nutrición, Jefe de Control Interno y Jefe de Contabilidad	20-Jun-08	27-Jun-08	100%
JURIDICA	A pesar que la documentación que describe el proceso jurídico contempla el desarrollo de los procesos disciplinarios. Por ley se exige la creación de una oficina de control interno disciplinario para el manejo de este tema. Por lo tanto la oficina jurídica se encuentra realizando dichas actividades, las cuales no son inherentes a sus funciones y además incumplen con lo exigido por ley.	1. Creación de la oficina de control interno disciplinario, como un área de control interno.	Subdirección Administrativa	18-Jun-08	20-Ago-08	0%

		2. Realizar el reclutamiento y selección del personal necesario para ejecutar las actividades inherentes a los procesos disciplinarios, cumpliendo con el perfil planificado.	Jefe de talento Humano	7-Jul-08	25-Jul-08	0%
CONSULTA EXTERNA	Se evidenciaron planillas de registro de citas que se continúan realizando manualmente, a pesar de que las auxiliares de citas ya fueron capacitadas en el manejo del software para la asignación de citas. Lo anterior generó que no se actualizara completamente la agenda de citas en el sistema, presentando cruces en las citas asignadas entre lo que se encontraba manualmente frente al sistema.	1. Fortalecer el manejo del software de asignación de citas y mantener solo las planillas físicas en la jefatura de consulta externa, como un control en el momento de no contar con los equipos de cómputo.	Jefe Consulta Externa y Jefe de Sistemas	17-Jun-08	27-Jun-08	100%

FACTURACION Y CARTERA	Se encontraron carpetas que hacían parte de la tabla de retención documental de la dependencia de cartera como subseries, que no cumplían con algunas condiciones archivísticas establecidas en los instructivos del proceso de archivo.	1. Fortalecer el instructivo I-ARCCEN-02 del manejo de las tablas de retención documental y el instructivo I-ARCCEN-01 organización del archivo central y de gestión en la oficina de cartera.	Coordinadora de Archivo	13-Jun-08	27-Jun-08	100%
		2. Desarrollar las actividades archivísticas definidas en el instructivo I-ARCCEN-01 organización del archivo central y de gestión.	Jefe de Cartera y Coordinadora de Archivo	13-Jun-08	27-Jun-08	100%

GESTION FINANCIERA	Al recopilar las fichas de talento humano para el cálculo del componente de costos, mano de obra, se identifico que en algunos meses no se tiene completamente los soportes como la ficha de talento humano que sustenten las horas laboradas por el personal contratista o de orden de prestación de servicios.	1. Elaborar una lista de chequeo donde se identifiquen cada uno de los funcionarios por dependencia, con el fin de verificar la entrega total y oportuna de las fichas de talento humano.	Tecnica Operativa de Costos y Coordinador de Planeación y Gestión de la Calidad	12-Jun-08	13-Jun-08	100%
		2. Realizar mensualmente la verificación de la lista de chequeo junto con la responsable de costos, como un control para avalar previamente la realización de los informes de costos.	Jefe Financiero	12-Jun-08	12-Ago-08	100%
HOSPITALIZACION	No se ha difundido el código de conducta o ética en su totalidad, ya que al preguntarle a una de las auxiliares de enfermería del servicio de crónicos, dijo haber participado de la encuesta para la elaboración del mismo, pero que no participó en su socialización y explicación.	1. Realizar nuevas reuniones para la socialización del código de conducta o ética con los funcionarios que no participaron en la primera socialización.	Coordinador de Planeación y Gestión de la Calidad	17-Jun-08	11-Jul-08	100%

ANEXO No. 023
NORMOGRAMA DE LA E.S.E.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

UNIDAD FUNCIONAL	LEY - NORMA - ARTICULOS	ASUNTO
TERAPIA OCUPACIONAL	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Ley 949 DE 2005	Ejercicio de la profesión de terapia ocupacional (Normas)
	Ley 0031 de 1982	Regula la profesión de Terapia Ocupacional.
	Ley 1164 de 2007	Disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
	Ley 0911 de 2004	Por la cual se dictan disposiciones en deontología para la enfermería.
	Ley 0023 de 1981	Normas en materia de Ética Médica.
	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Manual Tarifario SOAT.	
	Manual Tarifario ISS.	
	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.
Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS	
ELECTROENCEFALOGRAFIA	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Ley 0657 de 2001	Reglamenta la especialidad médica de la radiología e imágenes diagnósticas
	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Ley 0023 de 1981	Normas en materia de Ética Médica.
ODONTOLOGIA	Acuerdo 228 del 2002	(Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud)
	Decreto 2676 de diciembre de 2000	Reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares
	Decreto 2763 de 2001	Modificación del 2676
	Decreto 491 de 1990.	Reglamenta el Código de Ética del Odontólogo Colombiano
	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Decreto 2240 de 1996	Normas referentes a las condiciones sanitarias

	La circular 030 Supersalud	Supersalud
	Ley 35 de marzo de 1989	Código de Ética del Odontólogo Colombiano”
	Ley 38 de enero de 1993	Carta Dental para fines de identificación.
	Resolución 1164 de 2002	Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios
	Resolución 1043 de 2006	Para la Habilitación de Consultorios odontológicos
	Resolución 13437 de 1991	Los Derechos de los pacientes
	Resolución 1446 de 2006	Sistema de Información para la Calidad
	Resolución 1995	Confidencialidad y otros aspectos de historia clínica.
	Resolución 2183 de 2004.	Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud.
	Resolución 3577,	Plan Nacional de Salud Bucal.
	Resolución 412 de 2000	Normas técnicas y guías de atención enfermedades de interés en salud pública.
	Resolución 4445 de 1996	Normas referentes a las condiciones sanitarias
	Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS
	Resolución 826 de 2003	POS medicamentos de control especial
	Resolución 9031 de 1990.	El funcionamiento y operación de equipos de Rayos X
FARMACIA	Acuerdo 228 de 2002	Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud
	Decreto 2200 de 2005	Reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
	Decreto 1403 de 2007	Modulo de gestión de servicio farmacéutico y se adopta el manual de condiciones esenciales y procedimientos y se dictan otras disposiciones.

	Resolución 3183 de 1995	Se adopta oficialmente el manual de buenas prácticas de manufactura (BPM) de la organización mundial de la salud (OMS), serie informes técnicos número 823, informe 32: especificaciones para la preparación farmacéutica.
	Decreto 1938 de 1994	Reglamentación del manual de medicamentos esenciales y terapéutica.
	Decreto 2200 de Junio 28 de 2005	Servicio Farmacéutico y otras disposiciones. Ministerio de Protección Social.
	Decreto 677 de 1995	Asigna al Instituto de vigilancia de medicamentos y alimentos.
	Ley 0023 de 1981:	Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica.
	Ley 0485 de 1998:,	reglamenta la profesión de Tecnólogo en Regencia de Farmacia
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Resolución 001478 del INVIMA	Medicamentos de control Especial.
	Resolución 336 de 2006	Medicamentos no POS, Comité de farmacia y terapéutica del Ministerio de Protección Social.
PROGRAMA INFANTIL	CODIGO DEL MENOR	
	Ley 0023 de 1981:	Normas en materia de Ética Médica.
	Ley 0376 de 1997:	reglamenta la profesión de Fonoaudiología
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Manual Tarifario SOAT.	
	LEY 58 DE 1983 (Diciembre 28, de 1983):	Reglamentación de la profesión de psicólogo
	Manual Tarifario ISS.	
	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.
	Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS
ENFERMERIA	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Ley 0023 de 1981:	Normas en materia de Ética Médica.

	Decreto 2676 de diciembre de 2000	Reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares
	Ley 0266 de 1996:	reglamenta la profesión de enfermería en Colombia
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.
	Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS
NUTRICION Y DIETETICA	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Decreto 3075 de 1997 B.P.M	Buenas Practicas de manufactura
	Ley 0073 de 1979:	Reglamenta el ejercicio de la profesión de nutrición y dietética.
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
TRABAJO SOCIAL	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Ley 0023 de 1981.	Normas en materia de Ética Médica.
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Ley 53 de 1977 y el Decreto 2833 de 1981 (artículos 2,5,6)	ejercer la profesión de Trabajo Social
	Manual Tarifario ISS.	
	Manual Tarifario SOAT.	
	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.
	Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS
HOSPITAL DE DIA	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Decreto 2676 de diciembre de 2000	Reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares
	Ley 0023 de 1981:	Normas en materia de Ética Médica.

	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Manual de Diagnóstico de la enfermedad mental CIE- 10.	
	Manual Tarifario ISS.	
	Manual Tarifario SOAT.	
	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.
	Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS
	Acuerdo 228 de 2002	(Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud)
	Acuerdo 336 de 2006	Actualiza el manual de medicamentos del POS
	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Ley 1164 de 2007	Disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
	Ley 23 de 1981	Normas en materia de Ética Médica.
	Manual Tarifario ISS.	
	Manual Tarifario SOAT.	
	Norma NTC ISO 9001-2000	
	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.

	Decreto 2309 de 2002	Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en atención en Salud.
	Decreto 2676 de 2000	reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y. similares
	Ley 0023 de 1981	Normas en materia de Ética Médica.
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Ley 1164 de 2007	Disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
	Manual Tarifario ISS.	
	Manual Tarifario SOAT.	
	MAPIPOS Resolución del 5 de agosto de 1994 Cáp. 1 Art. 9,10	MAPIPOS
	Norma NTC ISO 9001-2000	
	Resolución 1439 del Ministerio de Protección	Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro especial de prestadores de Serv. salud
	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.
	Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS
HOSPITALI ZACIÓN	Decreto 2676 de 2000	reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y. similares
	Ley 0023 de 1981	Normas en materia de Ética Médica.
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Ley 1164 de 2007	Disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
	Manual Tarifario ISS.	
	Manual Tarifario SOAT.	
	Norma NTC ISO 9001-2000	
	Resolución 1439 del Ministerio de Protección	Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro especial de prestadores de Serv. salud

	Resolución 1995 de 1999	Normas Para el Manejo de las Historias Clínicas.
	Resolución 5261 de 1994	MAPIPOS
TALENTO HUMANO	Código Sustantivo del Trabajo	
	Decreto 1567 de 1998 ART 7,14,20	Bienestar Social
	Decreto 190 de 2003	Reconocimientos Económicos
	Decreto 2539 de 2005	Competencias laborales
	Decreto 2772 de 2005	Funciones y requisitos generales para los diferentes empleos públicos
	Decreto 3622 de 2005.	Políticas de desarrollo administrativo
	Decreto 682 de 2001	Plan Nacional de Formación y Capacitación de Servidores Públicos
	Decreto 760 de 2005, ART 7,14,20	Comisión Nacional del Servicio Civil para el cumplimiento de sus funciones.
	Decreto 1227 de 2005	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 909 de 2004 y el Decreto-Ley 1567 de 1998.
	Decreto 770 de 2005	Sistema de funciones y de requisitos generales para los. empleos públicos
	Decreto 785 de 2005	Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación de las funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la ley 909 de 2004
	Decreto 861 de 2000	Establecen las funciones y requisitos generales para los diferentes empleos públicos
	Directiva Presidencial 01 de 1997.	Desarrollo del Sistema de Control Interno.
	Ley 190 de 1995 Art. 1,7,9,10,11,13,14,15,16,64,66	Control sobre el reclutamiento de Servidores Públicos
	Ley 489 de 1998 Art. 30,31,32	funcionamiento de la administración pública
	Ley 443 de 1998 Art. 24,58,81 y 82	Por la cual se expiden normas sobre carrera administrativa y se dictan otras disposiciones
	Ley 734 de 2002	Código Disciplinario Único
Ley 797 de 2003	Regímenes especiales	
Ley 828 de 2003	Normas para el Control a la Evasión del Sistema de Seguridad Social	

	Ley 87 de 1993 ART 4	Control Interno
	Ley 1164 de 2007	Disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
	Ley 909 de 2004	Normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública
	Régimen del Empleado Oficial	
	Régimen Laboral Colombiano	
	Resolución 0233 de 1997	Cargos por Uso del STN
	Resolución 415 de 2003	Plan de Formación y Capacitación de Servidores Públicos
ATENCION AL USUARIO	Circular 009 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud	Llamado a prevención sobre el trato digno a los usuarios por orden de la corte constitucional
	Constitución Nacional de 1991 Art. 2, 49, 103,270.	Fines del estado, servir a la comunidad, prestación de los servicios de salud.
	Ley 100 de 1993 Art. 153, 155, 159, 160.	Deberes de afiliados y beneficiarios, integrantes del SGSSS, entre otras.
	Ley 134 de 1994	Participación social
	Ley 136 de 1994 Art. 17, 167.	Comunidad en planeación e información.
	Decreto 1757 de 1994	Mecanismos de participación.
	Decreto 1876 de 1994	Disposiciones de participación social en las empresas sociales del estado.
	Ley 489 de 1998	Organización y funcionamiento Nación y en Democratización formación de veedores.
	Ley 715 de 2001	Competencias y recursos.
	Decreto 1295 de 1994	Consejo nacional de riesgos profesionales.
	Decreto 16 de 1997	Comités de salud ocupacional
	Ley 850 de 2003	Veedurías ciudadanas
	Resolución 3797 de 2004	Por la cual se reglamentan los comités técnicos-científicos. Funciones del comité.
CONTROL INTERNO	circular o6 de 2005 DAFP	
	Constitución Política de 1991. ART 209,269	Normas para el ejercicio del Control Interno

	Decreto 1537 de 2001 ART 4	Control Fiscal Financiero
	Decreto 0280 1996	Contaduría General de la Nación
	Decreto 2145 de 1999 ART 12,21	Estatuto general de la contratación pública
	Decreto 4110 de 2004	Estatuto anticorrupción
	Directiva Presidencial N° 02 de 1994	NTC GP 1000:2004
	Ley 190 1995	NTC GP 1000:2004
	Ley 200 de 1995	Código disciplinario único
	Ley 298 de 1996	Administración de riesgos
	Ley 42 de 1993	Contaduría General de la Nación
	Ley 489 de 1998 Art. 3,4	Consejo Asesor de Gobierno en materia de CI
	Ley 598 de 2000	Manual de implementación del MECI
SISTEMAS	Constitución Política 334,339	
	Decreto 111 de 1996. ART 8,9,68	Estatuto orgánico del Presupuesto
	Decreto 4110 de 2000	Norma técnica colombiana en gestión pública
	Directiva presidencial 02 de 2000	Tecnologías de la información.
	Decreto 1748 de 1995	Archivos laborales informáticos.
	Decreto 1094 de 1996	Facturas electrónicas
	Documento Conpes 3072 de 2004	En la contratación estatal.
	Ley 527 de 1999	Se define y reglamenta el acceso o uso a los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.
	Ley 489 de 1998 ART 36,37	Sistema general de información administrativa
	Ley 715 de 2001 ART 32, 66, 93	Sistemas de información sector salud
ARCHIVO	Acuerdo 039 de 2002	Por el cual se regula el procedimiento para la elaboración y aplicación de las tablas de retención documental en el desarrollo del artículo 24 de la ley 594 de 2000

Acuerdo 002 de 2004	Lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados.
Acuerdo 038 de 2002	Por le cual se desarrolla el articulo 15 de la ley 594 de 2000.
Acuerdo 047 de 2000	Desarrolla el Art. 43 del reglamento general de archivos sobre las restricciones por razones de conservación
Acuerdo 048 de 2000	Desarrolla el Art. 59 del reglamento general de archivos sobre conservación preventiva, conservación y restauración documental.
Acuerdo 049 de 2000	Desarrolla el Art. 61 del reglamento general de archivos sobre condiciones de edificios y locales destinados a archivos.
Ley 594 de 2000	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
Ley 4 de 1993	Obligación de las entidades oficiales de entregar y recibir inventariados los documentos de los archivos.
Ley 23 de 1981	Regula los archivos de las historias clínicas.
Ley 57 de 1985	Sobre publicidad y acceso a los documentos públicos.
Ley 80 de 1989	Creación del archivo general de la nación.
Ley 44 de 1993	Sobre derechos de autor en funcionarios públicos.
Ley 527 de 1999	Se define y reglamenta el acceso o uso a los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2527 de 1950	Autoriza el uso de microfilme en los archivos y les da valor probatorio
Decreto 2274 de 1988	Inventario patrimonio documental y facultad de inspección a los archivos.
Decreto 624 de 1989	Uso de medios magnéticos en la información tributaria.
Decreto 1748 de 1995	Archivos laborales informáticos.
Decreto 1094 de 1996	Facturas electrónicas
Decreto 998 de 1997	Reglamenta la transferencia de la documentación histórica de los archivos del orden nacional del sector central de la rama ejecutiva.
Acuerdo 007 de 1994	Por el cual se adopta y se expide el reglamento general de archivos.

	Acuerdo 008 de 1995	Por el cual se reglamenta la transferencia de la documentación histórica de los organismos del orden nacional, al archivo general de la nación.
	Acuerdo 011 de 1996	Establece criterios de conservación y organización de documentos.
	Acuerdo 042 de 2002	Establece los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y se regula el inventario único documental.
	Acuerdo 050 de 2000	Desarrolla el Art. 49 del reglamento general de archivos sobre prevención de deterioro de los documentos de archivos y situaciones de riesgo.
	Acuerdo 056 de 2000	Desarrolla el artículo 45 requisitos para la consulta sobre acceso a los documentos de archivo.
	Acuerdo 060 de 2001	Establece pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas.
	NTC 4095	Norma general para la descripción archivística.
	NTC 5029	Normas sobre medición de archivos.
	Circular 001 de 2003	Organización y conservación de los documentos de archivo
	Ley 594 de 2000	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES	Decreto 1769 de 1994	Recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria
	Resolución 4445 de 1996	Condiciones Sanitarias
	Resolución 627 de 2006	Norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental.
JURIDICA	Código Civil Colombiano	
	Código Contencioso Administrativo	
	Código Sustantivo del Trabajo	Régimen de Contratación
	Ley 734 de 2002	Código disciplinario único
	Constitución Política de Colombia	
	Convención Colectiva de Trabajo	Sistema de Seguridad Social Integral.

	Decreto 306 de 1992	Por el cual se reglamenta el decreto 2591 de 1991 (acción de tutela)
	Decreto 2591 de 1991	Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la constitución
	Decreto 066 de 2008	Se reglamenta parcialmente la ley 1150 de 2007 sobre las modalidades de selección, publicidad y selección objetiva y se dictan otras disposiciones.
	Ley 100 de 1993	Sistema general de seguridad social integral en salud
	Ley 1150 de 2007	Se introducen medidas para la eficiencia y transparencia en la ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación de recursos públicos.
	Ley 80 de 1993 ART	Contratación Estatal
	Régimen del Empleado Oficial	Contratación Estatal
GESTION FINANCIERA	Acuerdo 351 de 2006	Fija el valor de la unidad de pago por capitación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2007.
	Acuerdo 244 de 2003.	Art. 45 a 50. Contratación con ARS.
	Circular 018-074 de 1998	Establece que todos los contratos donde se comprometan recursos públicos deben ser objeto de una interventoría por parte de las entidades territoriales contratantes. Dicha interventoría debe realizarse sobre el cumplimiento del objeto del contrato y las obligaciones de las partes.
	Decreto 050 de 2003	Se adoptan medidas sobre la generación, presupuestación, recaudo, administración, custodia y aplicación de los recursos financieros del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud. Se adoptan disposiciones sobre las obligaciones y sanciones de las personas naturales o jurídicas relacionadas con el flujo de los recursos.
	Decreto 1020 de 2007	Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del Régimen Subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda
	Decreto 111 de 1996	Compila las leyes de presupuesto que están vigentes y que son aplicables a las entidades territoriales.

	Decreto 2193 de 2004	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.
	Ley 100 de 1993	Establece las fuentes financieras de la seguridad social en salud y la forma básica de administración.
	Ley 190 de 1995	Establece normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y a erradicar la corrupción administrativa.
	ley 298 de 1996	Por la cual se desarrolla el artículo 354 de la Constitución Política, se crea la Contaduría General de la Nación como una Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
	Ley 594 de 2000.	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Artículo 25 de los documentos contables, notariales y otros.
	Ley 715 de 2001	Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con la constitución política y dicta disposiciones para los servicios de educación y salud.
	Ley 872 de 2003.	Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.
	Ley 951 de 2005.	Por la cual se crea el acta de informe de gestión. Fija normas generales para la entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos del Estado colombiano, establece la obligación para que los servidores públicos presenten al separarse de sus cargos o al finalizar la administración, según el caso, un informe a quienes los sustituyan legalmente en sus funciones, de los asuntos de su competencia, así como de la gestión de los recursos financieros, humanos y administrativos que tuvieron asignados para el ejercicio de sus funciones.
FACTURACIÓN	Decreto 1229	Por el cual se reglamenta el artículo 616-1 del Estatuto Tributario. Disposiciones sobre las facturas electrónicas.
	Resolución 890 de 2002	Por el cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al SGSSS y al sector salud.
	Resolución 1375 de 2002	Por la cual se complementa y aclara la resolución 890 de 2002.

	Acuerdo 351 de 2006	Fija el valor de la unidad de pago por capitación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2007.
	Acuerdo 326 de 2006	Disposiciones sobre el régimen subsidiado de salud para indígenas.
	Acuerdo 365 de 2007	Por el cual se establecen disposiciones para el no cobro de copagos a poblaciones especiales del régimen subsidiado.
	Decreto 1094 de 1996	Facturas electrónicas
	Acuerdo 30 de 1996	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del SGSSS. CNSSS.
	Ley 715 de 2001	Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con la constitución política y dicta disposiciones para los servicios de educación y salud. Sistema general de participaciones.
	Decreto 2423 de 1996	Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios. Manual Tarifario SOAT.
	Acuerdo 312 de 2004	Por el cual se aprueba el manual de tarifas de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social EPS-ISS.
	Acuerdo 260 de 2004	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del sistema general de seguridad social en salud.
	Decreto 3260 de 2004	Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el sistema general de seguridad social en salud.
	Resolución 5261 de 1994	Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud.
	Resolución 5261 de 1994	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud. MAPIPOS
LABORATORIO CLINICO	Decreto 02 de 1982	Reglamenta el Código Sanitario Nacional.
	Decreto 1544 de 1998.	Acciones preventivas para el mejoramiento del ambiente
	Decreto 2811 de 1974.	Sistema de Seguridad Social Integral.
	Decreto 77 de 1997.	Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio

		Ambiente.
	Decreto 948 de 1995	Las normas mínimas, los valores límites de tolerancia en cuestión de contaminación atmosférica
	Decreto-Ley 2811 de 1974. ART 73 a 76	Prevención y control de la contaminación atmosférica y la protección de la calidad del aire.
	Ley 0036 de 1993	Requisitos y condiciones técnico-sanitarias para el funcionamiento de los laboratorios clínicos
	Ley 09 de 1979. Título VII	Por la cual se reglamenta la profesión de los bacteriólogos
	Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.
ALMACEN (COMPRAS)	Ley 80 de 1993.	Se expide el estatuto general de contratación de la administración pública.
	Ley 1150 de 2007.	Se introducen medidas para la eficiencia y transparencia en la ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación de recursos públicos.
	Decreto 066 de 2008.	Se reglamenta parcialmente la ley 1150 de 2007 sobre las modalidades de selección, publicidad y selección objetiva y se dictan otras disposiciones.
	Decreto 2434 de 2006.	Se reglamenta la ley 80 de 1993, se modifica parcialmente el decreto 2170 de 2002 y se dictan otras disposiciones.
	Decreto 2178 de 2006.	Se crea el sistema electrónico para la contratación pública.
	Decreto 4375 de 2006	Se reglamenta la ley 80 de 1993, se modifica parcialmente el decreto 2170 de 2002 y se adiciona el decreto 2434 de 2006.
	Decreto 2170 de 2002	Se reglamenta la ley 80 de 1993, se modifica el decreto 855 de 1994 y se dictan otras disposiciones en aplicación de la ley 527 de 1999.
	Resolución 2507 de 2006	Se definen los mecanismos de publicidad en el portal único de contratación en desarrollo de lo dispuesto en el decreto 2434 de 2006
	Directiva Presidencial No. 12 de 2002	Lucha contra la corrupción en la contratación estatal.
	CONPES 3249 de 2003	Política de contratación pública para un estado gerencial.
	Constitución política de Colombia de 1991	

	Ley 527 de 1999	Se define y reglamenta el acceso o uso a los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.
GESTIÓN AMBIENTAL	Ley 09 de 1979	Por el cual se dictan medidas sanitarias.
	Decreto 3075 de 1997	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones.
	Decreto 2676 de 2000	Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
	Resolución 1164 de 2002	Por la cual se adopta al manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
	Decreto 4741 de 2005	Por el cual se reglamenta la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.
	MPGIRH	Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

ANEXO No. 024
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA

 <p>E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo</p>	PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA	CÓDIGO: R-PLACAL-05
		VERSIÓN: 0
		APROBÓ: COORDINADOR PLANEACIÓN
		FECHA APROBACIÓN: 02/04/08
		UNIDAD FUNCIONAL: PLANEACIÓN

Fecha de Elaboración:		Cronograma Anual	
(dd/mm/aaaa): 16/05/2008		Desde: 21/05/2008	Hasta: 07/06/2009
Objetivos			
<ul style="list-style-type: none"> * Evaluar la conformidad del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo respecto al cumplimiento de los elementos y componentes establecidos por el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. * Evaluar la eficacia en las actividades y operaciones más relevantes de la Empresa que contemplan aspectos legales de obligatorio cumplimiento. * Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento. * Evaluar la conformidad del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo respecto al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica Colombiana NTCGP 1000:2004. 			
Alcance			
<ul style="list-style-type: none"> * Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. * Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. 			
Criterios			
<ul style="list-style-type: none"> * Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. * Criterios legales y reglamentarios. * Criterios definidos por la Empresa 			
Metodología		Responsable del Programa	
Procedimiento de auditoría interna, proceso de planeación y gestión de la calidad.		<ul style="list-style-type: none"> * Jefe de Control Interno. * Coordinador de Planeación * Subdirección Científica y Administrativa 	
Programación Sistema de Control Interno			
Proceso	Fecha	Auditado	Auditor
Urgencias	27/05/2008	Bárbara Herrera, Jefe UTI	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Hospitalización	27/05/2008	Martha Claritza Plata, Coordinadora de Enfermería	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Hospital de Día	27/05/2008	Liliana Díaz, Psiquiatra	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Odontología	27/05/2008	Martha Lamus, Odontóloga	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Trabajo Social	28/05/2008	Yolanda Cuellar, Trabajadora Social	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Terapia Ocupacional	28/05/2008	Nidia Rodríguez, Terapeuta Ocupacional	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno

Farmacia	28/05/2008	Hermer Días Claro, Auxiliar Farmacia	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Electroencefalografía	28/05/2008	Marina Almeida, Técnica	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Laboratorio Clínico	29/05/2008	Luz Stella Martínez, Bacterióloga	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Programa Ambulatorio	29/05/2008	Shirley Caro, Jefe Consulta Externa	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Planeación y Gestión de la Calidad	29/05/2008	Carlos Rueda, Coordinador Planeación	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Mercadeo	29/05/2008	Nazly Adriana Archila, Coordinadora de Mercadeo	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Direccionamiento Estratégico	30/05/2008	Martha Vega, Subdirección Administrativa	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Jurídica	30/05/2008	Ramón Angarita, Asesor Jurídico	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Facturación y Cartera	30/05/2008	Martha Lizarazo, Coordinadora de Facturación	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Archivo	30/05/2008	Aura Gómez, Técnica Archivística	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Sistemas	03/05/2008	Orlando Patarroyo, Jefe de Sistemas	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Compras	03/05/2008	Leonardo Fandiño, Jefe de Almacén	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Talento Humano	03/05/2008	Pedro Pablo Giraldo, Jefe de Personal	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Atención al Usuario	03/05/2008	Gladys Castillo, Coordinadora Servicio al Usuario	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Mantenimiento	04/06/2008	Leonardo Fandiño, Jefe de Almacén	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Gestión Financiera	04/06/2008	Alejandro Salcedo, Jefe Financiero	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
Nutrición y Dietética	04/06/2008	Sandra Milena Flechas, Jefe de Nutrición	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno

Programación Sistema de Gestión de la Calidad			
Proceso	Fecha	Auditado	Auditor
Urgencias	28/07/2008	Bárbara Herrera, Jefe UTI	Jessica Macias, Auditor Líder
Hospitalización	28/07/2008	Martha Claritza Plata, Coordinadora de Enfermería	Jessica Macias, Auditor Líder
Hospital de Día	28/07/2008	Liliana Díaz, Psiquiatra	Jessica Macias, Auditor Líder
Odontología	28/07/2008	Martha Lamus, Odontóloga	Jessica Macias, Auditor Líder
Trabajo Social	28/07/2008	Yolanda Cuellar, Trabajadora Social	Jessica Macias, Auditor Líder
Terapia Ocupacional	29/07/2008	Nidia Rodríguez, Terapeuta Ocupacional	Jessica Macias, Auditor Líder
Farmacia	29/07/2008	Hermer Dias Claro, Auxiliar Farmacia	Jessica Macias, Auditor Líder
Electroencefalografía	29/07/2008	Marina Almeida, Técnica	Jessica Macias, Auditor Líder
Laboratorio Clínico	29/07/2008	Luz Stella Martínez, Bacterióloga	Jessica Macias, Auditor Líder
Programa Ambulatorio	30/07/2008	Shirley Caro, Jefe Consulta Externa	Jessica Macias, Auditor Líder
Planeación y Gestión de la Calidad	30/07/2008	Carlos Rueda, Coordinador Planeación	Jessica Macias, Auditor Líder
Mercadeo	30/07/2008	Nazly Adriana Archila, Coordinadora de Mercadeo	Jessica Macias, Auditor Líder
Direccionamiento Estratégico	30/07/2008	Martha Vega, Subdirección Administrativa	Jessica Macias, Auditor Líder
Jurídica	30/07/2008	Ramon Angarita, Asesor Jurídico	Jessica Macias, Auditor Líder
Facturación y Cartera	31/07/2008	Martha Lizarazo, Coordinadora de Facturación	Jessica Macias, Auditor Líder
Archivo	31/07/2008	Aura Gómez, Técnica Archivística	Jessica Macias, Auditor Líder
Sistemas	31/07/2008	Orlando Patarroyo, Jefe de Sistemas	Jessica Macias, Auditor Líder
Compras	31/07/2008	Leonardo Fandiño, Jefe de Almacén	Jessica Macias, Auditor Líder
Talento Humano	31/07/2008	Pedro Pablo Giraldo, Jefe de Personal	Jessica Macias, Auditor Líder
Atención al Usuario	01/08/2008	Gladys Castillo, Coord. Servicio al Usuario	Jessica Macias, Auditor Líder
Mantenimiento	01/08/2008	Leonardo Fandiño, Jefe de Almacén	Jessica Macias, Auditor Líder
Gestión Financiera	01/08/2008	Alejandro Salcedo, Jefe Financiero	Jessica Macias, Auditor Líder
Nutrición y Dietética	01/08/2008	Sandra Milena Flechas, Jefe de Nutrición	Jessica Macias, Auditor Líder

ELABORADO POR: COORDINADOR DE PLANEACIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN: 17/03/2008	PÁGINA: 1
--	--	---------------------

ANEXO No. 025
PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA
INTERNA

1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO.

Definir el procedimiento de auditorías Internas a los procesos de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos tomados como criterios de auditoría, su implementación, trámite a las no conformidades encontradas y detectar oportunidades de mejoramiento.

2. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO.

Abarca desde la programación, ejecución, informes de auditorías, reporte de no conformidades hasta el seguimiento a las no conformidades encontradas.

3. POBLACION OBJETO.

Todos los funcionarios de la Entidad.

4. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO.

Control interno y responsable de Calidad.

5. DEFINICIONES.

Auditoría: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

Criterios de auditoría: conjunto de políticas, procedimientos, normas, leyes, reglamentos, requisitos contractuales o requisitos del sistema de gestión utilizados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

Evidencia de la auditoría: registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de la auditoría. Los hallazgos pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, como oportunidades de mejora.

Conclusiones de la auditoría: resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

Cliente de la auditoría: organización o persona que solicita una auditoría.

Auditado: organización que es auditada.

Auditor: persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

Competencia: atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.

Equipo auditor: uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Experto técnico: persona que aporta conocimientos o experiencia específicos (relacionados con la organización, el proceso o la actividad a auditar) al equipo auditor.

Programa de auditoría: conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. Incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorías.

Plan de auditoría: descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

Alcance de la auditoría: extensión y límite de una auditoría.

Las auditorías internas: denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de la propia organización, para fines internos y puede constituir la base para la auto - declaración de no conformidad de una organización.

Las auditorías externas: incluyen lo que se denomina generalmente auditorías de segunda o tercera parte.

Las auditorías de segunda parte: se llevan a cabo por partes que tiene un interés en la organización, tal como los clientes, o por otras personas en su nombre.

Las auditorías de tercera parte: se llevan a cabo por organizaciones independientes externas. Tales organizaciones proporcionan la certificación o el registro de conformidad con requisitos como los de la Norma ISO 9001.

6. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES:

6.1. ASPECTOS GENERALES.

a) La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, orienta su proceso de auditoría interna de acuerdo a los lineamientos establecidos en las normas ISO 19011 Directrices para las auditorías de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

b) Las auditorias al sistema de gestión se realizan con personal independiente al proceso a auditar y cumpliendo con el perfil de auditor definido por la organización. Para cualquier otro tipo de auditoría (ejemplo: auditorias a productos, auditorias de buenas prácticas) el equipo auditor puede hacer parte del proceso.

c) El Profesional de Calidad tiene la responsabilidad de coordinar el proceso de planificación, ejecución e informes de auditorias. Los informes de auditorias se constituyen en entradas para la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

d) Para garantizar la competencia de los auditores internos, la Oficina de Planeación y Gestión de Calidad evaluará por lo menos una vez al año la competencia del auditor (necesidades de capacitación, experiencia, entrenamiento y/o habilidades del personal auditor).

e) Perfil del candidato para ser auditor interno:

- **Educación:** con estudios técnicos, tecnológicos ó profesionales en cualquier disciplina.
- **Entrenamiento:** haber completado un curso de formación en Fundamentos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9000 y en Técnicas de auditoría interna (mínimo 24 horas). Haber realizado o acompañado al menos una auditoría interna de entrenamiento.
- **Experiencia en auditoría:** al menos una (1) auditoría de experiencia como auditor en formación, bajo la dirección y orientación de un auditor competente como líder del equipo auditor.
- **Atributos personales:** los auditores deben tener en cuenta los atributos personales que les permitan actuar de acuerdo con los principios de la auditoría; mentalidad abierta, diplomático, perceptivo, versátil, decidido y seguro de sí mismo. (Norma ISO 19011 Numeral 7.2)

6.2. PROCEDIMIENTO.

PLANEAR

a) **Programa de auditoría:** tiene en cuenta los siguientes criterios:

- **Objetivo:** se define el propósito del programa de auditoría (¿por qué? y/o ¿para qué?).
- **Alcance del programa:** magnitud y límites de la auditoría. Ej.: Requisitos de la Norma NTC-ISO 9001 versión 2000 y las áreas o procesos a auditar de acuerdo al alcance del sistema de calidad.

- **Metodología:** de acuerdo al procedimiento P-GESCAL-03 auditorías internas.
- **Proceso:** nombre del proceso a auditar.
- **Fecha:** año, mes, día, hora de la auditoría.
- **Auditor:** persona con la competencia para llevar a cabo la auditoría.
- **Auditado:** responsable ó equipos de trabajo del proceso a auditar.

b) El cliente de la auditoría aprueba o desaprueba el programa de auditoría.

Designación del líder del equipo auditor

La Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad asigna el auditor líder competente e independiente al proceso a auditar.

Definición de los objetivos, el alcance y los criterios de auditoría

La Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad junto con el auditor establecen el objetivo, alcance y los criterios de la auditoría.

Los objetivos definen qué es lo que se va a lograr con la auditoría. El alcance describe la extensión y los límites de la auditoría, tales como ubicación, unidades, procesos y actividades de la organización que van a ser auditados, así como el período de tiempo cubierto por la auditoría.

Determinación de la viabilidad de la auditoría

Para determinar si la auditoría es viable se tendrá en consideración factores tales como: la disponibilidad de tiempo, recursos, documentación, objetivos, criterios, experto técnico, asesor, acompañante y la cooperación adecuada del auditado. Si no es viable se deberá revisar: objetivo, alcance y criterios de auditoría.

Selección del equipo auditor

Cuando la auditoría resulta viable, se selecciona el equipo auditor teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría. Cuando exista un solo auditor, este desempeñará todas las tareas aplicables al líder del equipo auditor.

Establecimiento del contacto inicial con el auditado

El auditor líder hace el contacto inicial con el auditado o representante del auditado (formal o informal), hace entrega del plan de auditoría; en el cual se proporciona información sobre fechas, duración propuesta de la auditoría y la composición del equipo auditor.

Revisión de la documentación

El auditor líder revisa la documentación del auditado para determinar la conformidad del sistema antes de las actividades de auditoría in situ. Si se encuentra que la documentación es inadecuada, el auditor líder deberá informar a la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad y al auditado de la inadecuada documentación para decidirse si se continúa o se suspende la auditoría hasta que los problemas de documentación se resuelvan.

Preparación del plan de auditoría

El auditor líder solicita aprobación por parte del auditado y del representante de la dirección (Vo.Bo.). Cualquier objeción del auditado, deberá ser resuelta por el auditor líder, representante de la dirección y el cliente de la auditoría para revisar el plan antes de continuar la auditoría.

Asignación de las tareas al equipo auditor.

El auditor líder consultando con el equipo auditor asigna a cada miembro del equipo las responsabilidades para auditar los procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicas, teniendo en cuenta la independencia y competencia de los auditores, y el uso eficaz de los recursos, responsabilidades, auditores en formación y expertos técnicos.

Preparación de los documentos de trabajo

El equipo auditor/prepara la documentación de trabajo, lista de chequeo auditoría Interna, siguiendo el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar);

H A C E R

Ejecución del programa de auditoría

Auditor líder/Equipo auditor/Auditado ejecutan el plan de auditoría como se estableció para cada auditoría en particular. Esta fase implica la reunión de apertura, la auditoría en sí (recopilación, verificación y análisis de la información), hallazgos de auditoría, y la reunión de cierre.

Reunión de apertura

Se celebra antes de iniciar la auditoría. Se presenta el equipo de auditores, se confirma el alcance, objetivos y criterios de auditoría, se establece el papel y las responsabilidades de guías y observadores, se despejan dudas y cualquier reunión intermedia del equipo auditor.

La auditoría in situ

Fase de recolección de evidencias, verificación de la información y análisis. Los métodos para recopilar la información incluyen entrevistas, observación de actividades y revisión de documentos.

Generación de hallazgos de la auditoría

Equipo auditor/Auditor líder determina los hallazgos de la auditoría (evaluación de la evidencia de la auditoría frente a los criterios de auditoría). Luego de analizar los hallazgos frente a los objetivos de la auditoría se concluye. Las conclusiones pueden ser observaciones o no conformidades.

Equipo Auditor/Auditor líder determinan tanto conformidades, no conformidades, fortalezas y debilidades del área auditada. Si durante la ejecución de la auditoría existen no conformidades, el equipo auditor elabora registro R - PLACAL - 03

Realización de la reunión de cierre

Equipo auditor/auditor líder realiza reunión de cierre al auditado, presentando de forma general los hallazgos y conclusiones más relevantes.

V E R I F I C A R

Preparación, aprobación y distribución del informe de la auditoría. El auditor líder prepara el Informe de auditoría interna (con firma respectiva de aprobación), distribuye a la Oficina de Planeación y Gestión de Calidad y al auditado.

A C T U A R

El auditado determina las causas y el plan de acción a seguir para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir: actividades, responsable, fecha de cumplimiento, nombre y firma del auditado.

El auditado lleva a cabo la acción correctiva, asegurándose de que se toman las acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.

El auditor líder/equipo auditor realiza seguimiento y revisión a la actividad implantada en el plazo acordado, verificando las acciones tomadas, eficacia y tiempo. Registra los resultados de las acciones tomadas. Cerrando las no conformidades.

El Representante de la Dirección, hace seguimiento y revisión del programa de auditoría.

7. DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS.

No Aplica.

ANEXO No. 026
PLAN DE AUDITORIA PROCESO DE
ARCHIVO

 <p>E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo</p>	<h2>PLAN DE AUDITORÍA</h2>	CÓDIGO: R-PLACAL-06
		VERSIÓN: 0
		APROBÓ: COORDINADOR PLANEACIÓN
		FECHA APROBACIÓN: 02/04/08
		UNIDAD FUNCIONAL: PLANEACIÓN

Objetivos Específicos del Plan				
<ul style="list-style-type: none"> * Evaluar la conformidad del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo respecto al cumplimiento de los elementos y componentes establecidos por el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. * Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento. 				
Alcance del Plan				
Proceso de Archivo, Administración de Riesgos del Proceso de Archivo, Normograma de Archivo.				
Criterios				
<ul style="list-style-type: none"> * Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005. * Criterios legales y reglamentarios. * Criterios definidos por la Empresa. 				
Metodología		Auditor Líder / Equipo Auditor		
Procedimiento de auditoría interna, del proceso de planeación y gestión de la calidad.		Auditor Líder: Luisa Rodríguez, Jefe de Control Interno. Equipo Auditor: Auditor en formación, Sandra Osorio, Psicóloga, Experto Técnico, Dr. Javier Daza, Subdirector Científico.		
Documentos a Analizar				
Caracterización proceso de archivo, Procedimiento de transferencia primaria de documentos, Instructivo de organización del archivo central y de gestión, Instructivo de tablas de retención documental, Instructivo de tablas de inventario documental, Instructivo de organización del fondo documental, Registros del proceso de archivo y fichas técnicas de indicadores del proceso de archivo.				
Fecha	Hora	Actividad	Auditado	Auditor
21/05/2008	07:00 am - 07:30 am	Reunión de Apertura	Aura Gómez	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
30/05/2008	02:00 pm - 03:15 pm	Entrevista, Recolección de Evidencias	Aura Gómez	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
30/05/2008	03:15 pm - 03:45 pm	Reunion de Auditores, Registro de Hallazgos y Conclusiones	Aura Gómez	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno
30/05/2008	03:45 pm - 04:00 pm	Reunión de Cierre	Aura Gómez	Luisa Rodríguez, Auditor Líder, Jefe Control Interno

Responsable del Plan:	Aprobación:	
Luisa Delia Rodríguez	Firma Auditado	Firma Representante de la Alta Dirección

ELABORÓ: COORDINADOR DE PLANEACIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN: 17/03/2008	PAGINA: 1
--	--	---------------------

ANEXO No. 027
INFORME FINAL DE AUDITORÍA

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

FECHA DE AUDITORÍA

FECHA INICIAL: 27/05/2008

FECHA FINAL: 04/06/2008

OBJETIVOS

- Evaluar la conformidad del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo respecto al cumplimiento de los elementos y componentes establecidos por el modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.
- Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.

ALCANCE

- Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

CRITERIOS

- Modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.
- Criterios legales y reglamentarios.
- Criterios definidos por la Empresa.

AUDITOR LIDER

- Luisa Delia Rodríguez, Jefe de Control Interno.

EQUIPO AUDITOR

- Auditor en formación, Sandra Osorio, Psicóloga.
- Experto Técnico, Dr. Javier Daza, Subdirector Científico.

PROCESO AUDITADO: Archivo.

PERSONAL AUDITADO: Aura Gómez.

HALLAZGOS:

- No se realizó el diligenciamiento de la tabla de inventario documental por la coordinadora de mercadeo, que egreso de la entidad. Por tanto no se revisó la documentación del archivo de gestión de mercadeo, actividad

de la cual es responsable la oficina de archivo, como parte de la entrega formal de la documentación de dicha oficina a la nueva coordinadora de mercadeo.

- No se han ejecutado las acciones de mejora definidas por la oficina de archivo para cada uno de los riesgos identificados en su proceso, según el mapa de riesgos del proceso de archivo.

PROCESO AUDITADO: Talento Humano.

PERSONAL AUDITADO: Pedro Pablo Giraldo.

HALLAZGOS:

- El reglamento interno de trabajo no se esta explicando dentro de las actividades de inducción según lo establecido en el procedimiento documentado de inducción. Adicionalmente la oficina de talento humano no esta gestionando los demás elementos con las oficinas responsables de explicarlos o darlos a conocer al personal que se vincula a la entidad. Entre los temas no difundidos están: generalidades del sistema de gestión de la calidad, sistema de control interno, mapa de procesos, entre otros.
- No se han ejecutado las acciones de mejora definidas por la oficina de talento humano para cada uno de los riesgos identificados en su proceso, según el mapa de riesgos del proceso de talento humano.
- Se identifico el ingreso de un auxiliar administrativo que no cumplía con lo establecido por la entidad en el perfil de su cargo, contemplado en el manual de funciones y en el instructivo de competencias del cargo

PROCESO AUDITADO: Farmacia.

PERSONAL AUDITADO: Helmer Díaz Claro.

HALLAZGOS:

- No se encuentran implementados algunos de los aspectos legales contemplados en el normograma para el proceso de farmacia en lo referente a las buenas prácticas de manufactura en farmacia.
- No se encontró el registro del último mes de la revisión de los medicamentos en el carro de paro de los diferentes servicios de hospitalización. Dando a entender que no se revisó las condiciones de los medicamentos en los servicios.

PROCESO AUDITADO: Atención al Usuario.

PERSONAL AUDITADO: Gladis Castillo.

HALLAZGOS:

- No se identificaron actas de las reuniones de retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario, de los últimos dos meses, por tanto no se han tomado las medidas necesarias para solucionar o dar respuesta a las observaciones hechas por los usuarios o sus familiares.
- No se encuentran implementados algunos de los aspectos legales contemplados en el normograma para el proceso de atención al usuario en lo referente a las actividades definidas para el SIAU.

PROCESO AUDITADO: Sistemas.

PERSONAL AUDITADO: Orlando Patarroyo.

HALLAZGOS:

- No se esta dando cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo de equipos de computo definido por el jefe de sistemas.
- Se encontraron equipos de cómputo que no contaban con su correspondiente hoja de vida, lo que ratificó aun más la falta de un mantenimiento preventivo a dichos equipos.

PROCESO AUDITADO: Mantenimiento.

PERSONAL AUDITADO: Leonardo Fandiño.

HALLAZGOS:

- No se esta dando cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo de la entidad, solo a algunos equipos y a algunos aspectos de infraestructura.

PROCESO AUDITADO: Nutrición.

PERSONAL AUDITADO: Sandra Milena Flechas.

HALLAZGOS:

- Se encontraron inconsistencias en los boletines diarios de ingresos y egresos evidenciados en el inventario realizado en Excel frente al software de SAHI, haciendo que se mantenga un descuadre en valor y cantidad en la contabilidad de la entidad en lo referente a nutrición.

PROCESO AUDITADO: Jurídica
PERSONAL AUDITADO: Ramón Angarita.

HALLAZGOS:

- A pesar que la documentación que describe el proceso jurídico contempla el desarrollo de los procesos disciplinarios. Por ley se exige la creación de una oficina de control interno disciplinario la cual debe encargarse de dichos procesos. Por lo tanto la oficina jurídica actualmente se encuentra realizando dichas actividades, las cuales no son inherentes a sus funciones y además incumplen con lo exigido por ley.

PROCESO AUDITADO: Consulta Externa.
PERSONAL AUDITADO: Shirley Caro.

HALLAZGOS:

- Se evidenciaron planillas de registro de citas que se continúan realizando manualmente, a pesar de que las auxiliares de citas ya fueron capacitadas en el manejo del software para la asignación de citas. Lo anterior generó que no se actualizara completamente la agenda de citas en el sistema, presentando cruces en las citas asignadas entre lo que se encontraba manualmente frente al sistema.

PROCESO AUDITADO: Facturación y Cartera.
PERSONAL AUDITADO: Martha Lizarazu.

HALLAZGOS:

- Se encontraron carpetas que hacían parte de la tabla de retención documental de la dependencia de cartera como subseries, que no cumplían con algunas condiciones archivísticas establecidas en los instructivos del proceso de archivo.

PROCESO AUDITADO: Gestión Financiera.
PERSONAL AUDITADO: Alejandro Salcedo.

HALLAZGOS:

Al recopilar las fichas de talento humano para el cálculo del componente de costos, mano de obra, se identificó que en algunos meses no se tiene completamente los soportes como la ficha de talento humano que sustenten las horas laboradas por el personal contratista o de orden de prestación de servicios.

PROCESO AUDITADO: Hospitalización.
PERSONAL AUDITADO: Martha Claritza Plata.

HALLAZGOS:

No se ha difundido el código de conducta o ética en su totalidad, ya que al preguntarle a una de las auxiliares de enfermería del servicio de crónicos, dijo haber participado de la encuesta para la elaboración del mismo, pero que no participó en su socialización y explicación.

PROCESO AUDITADO: Odontología.
PERSONAL AUDITADO: Martha Lamus.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Planeación y Gestión de la Calidad.
PERSONAL AUDITADO: Carlos Rueda.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Terapia Ocupacional.
PERSONAL AUDITADO: Nidia Rodríguez.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Trabajo Social.
PERSONAL AUDITADO: Yolanda Cuellar.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Hospital de Día.
PERSONAL AUDITADO: Liliana Díaz.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Urgencias (UTI).
PERSONAL AUDITADO: Bárbara Herrera.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Laboratorio Clínico.
PERSONAL AUDITADO: Luz Stella Martínez.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Electroencefalografía.
PERSONAL AUDITADO: Marina Almeida.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Mercadeo.
PERSONAL AUDITADO: Marcela Quiñónez.

HALLAZGOS:

No se encontraron hallazgos

PROCESO AUDITADO: Compras.
PERSONAL AUDITADO: Leonardo Fandiño.

HALLAZGOS:

- No se encontraron hallazgos.