EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ESE HOSPITAL SAN CARLOS
AIPE - HUILA

MANUAL DE OPERACIONES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Aipe (H), Junio de 2009

CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN

Control del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor	Wilson Andrade González	Asesor CI	Calidad	Mayo - 2009
Revisión	Comité de coordinación CI		Calidad	Mayo - 2009
Aprobación	Comité de coordinación de control interno y calidad		Gerencia	Junio – 2009
	Sara Alexandra Yaguar J.	Gerente	Gerencia	Junio - 2009

Estado:	Preparación:		Revisión:		Aprobación	X

Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios	Solicitó
1	25/06/2009	Primera Edición – Res 044	Gerencia
2			
3			

Lista de distribución

VERSIÓN	FECHA	CARGO	FIRMA
1	25/06/2009	Subgerencia - Gestión de talento humano	
1	25/06/2009	Oficina de Control interno	

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
3. MARCO LEGAL
4. MARCO REFERENCIAL DE LA EMPRESA
4.1 RESEÑA HISTORICA
4.2 NATURALEZA Y OBJETO SOCIAL
4.3 POLITICA CORPORATIVA
4.3.1 Misión
4.3.2 Visión
4.4. PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES
4.4.1 Principios
4.4.2 Valores
4.4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

5. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
6. FUNDAMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO
6.1 Roles
6.2 Responsabilidades
6.3 Principios del sistema de control interno
6.4 Objetivos específicos del SCI
6.5 Funciones del comité de coordinación del SCI

7. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
7.1 Funciones según estructura orgánica
7.2 Planta de personal
7.3 Objetivos institucionales
7.4 Ética institucional
7.5 Buen gobierno
7.6 Productos y servicios
7.7 Clientes
7.8 Partes interesadas

8. MAPA DE PROCESOS

9. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

9.1 Macroprocesos de direccionamiento y gerencia
9.2 Macroprocesos misionales o de prestación de servicios
9.3 Procesos de Apoyo logístico y mantenimiento

10. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERATIVO

11. POLÍTICAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PÚBLICA

12. VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL S.C.I.

13. PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS

14. INDICADORES DE GESTIÓN

15. NORMOGRAMA INSTITUCIONAL

16. MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL S.C.I

ANEXOS:

- Relación elementos del SCI desarrollados por la entidad
- Acto administrativo de adopción

INTRODUCCIÓN

El presente manual de operaciones de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, tiene como finalidad describir la operatividad el Sistema de control interno de la entidad, desarrollado e implementado por cada uno de los subsistemas, componentes y elementos que integran el modelo estándar de control interno "MECI 1000:2005" para las entidades del estado colombiano, que trata el Decreto 1599 de 2005.

En la construcción y adopción de los diferentes instrumentos y herramientas ha jugado un papel importante el recurso humano directivo, ejecutivo, técnico y científico con que cuenta la institución, el direccionamiento del representante por parte de la gerencia, las labores emprendidas por el equipo MECI, y el papel protagónico del comité de coordinación de control interno y calidad de la entidad, todos y cada uno de los funcionarios de la institución.

Con el manual de operaciones, la entidad consolida 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 los objetivos. Así mismo el manual de operaciones del sistema de control interno permite la estandarización del conocimiento de la operación de la entidad con un lenguaje común de ella, convirtiéndose en un instrumento guía de la acción individual y colectiva, fomentando el autocontrol y la autorregulación.

También contiene información sobre nuestra entidad, el alcance, control y distribución de este documento, la información sobre los procesos de la entidad, así como la referencia a los procedimientos y registros que exigen hoy por hoy los sistemas de gestión de calidad, en beneficio de la excelencia en la prestación de los servicios misionales a los diferentes usuarios, la satisfacción del cliente tanto interno como externo.

El manual se encuentra a disposición de todos los usuarios, servidores y partes interesadas en nuestro sistema de control interno, como guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y compromiso de la entidad.

1. OBJETIVO

El presente manual de operaciones del sistema de control interno tiene como objeto:

- Describir sus componentes y el funcionamiento del Sistema de control interno de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe - Huila, documentando y comunicando a todos los funcionarios las políticas y directrices de su operatividad.

- Ser medio de consulta interna acerca de la gestión y de las responsabilidades asociadas dentro de la entidad.

- Establecer una guía para la aplicación de procedimientos en cada uno de los procesos de la ESE y así lograr la satisfacción de los requerimientos de los clientes, usuarios y comunidad en general.

2. ALCANCE

Formulación, instrumentalización, difusión y asesoría de la política de competencia de la entidad, en el ámbito de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la operatividad del sistema de control interno de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila.

Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del Control Interno:

a) Establecimiento de objetivos y metas tanto generales como específicas, así como la formulación de los planes operativos que sean necesarios;

b) Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos;

c) Adopción de un sistema de organización adecuado para ejecutar los planes;

d) Delimitación precisa de la autoridad y los niveles de responsabilidad;

e) Adopción de normas para la protección y utilización racional de los recursos;

f) Dirección y administración del personal conforme a un sistema de méritos y sanciones;

g) Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del Control Interno;

h) Establecimiento de mecanismos que faciliten el control ciudadano a la gestión de las entidades;

i) Establecimiento de sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control;

j) Organización de métodos confiables para la evaluación de la gestión;

k) Establecimiento de programas de inducción, capacitación y actualización de directivos y demás personal de la entidad;

l) Simplificación y actualización de normas y procedimientos.

3. MARCO LEGAL

LEY 87 DE 1993: Artículo 4, establece los elementos para el sistema de Control Interno.

LEY 190 DE 1995: Dicta normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el objeto de erradicar la corrupción administrativa.

DECRETO 2539 DEL 2000, DEL DAFP: Reglamentario de la ley 87/93. Modifica parcialmente el Decreto 2145 de 1999. Modificado por el Dec 2756/03.

DECRETO 1599 DE 2005 DEL DAFP: Mediante el cual se adopta el modelo MECI 1000:2005 para todas las entidades del estado colombiano.

RESOLUCIÓN 048 DE 2004 DE LA CGN: Dicta disposiciones relacionadas con el Control interno contable y estable las respectivas funciones a cargo de la oficina de CI. Derogada por la Res 393/07

RESOLUCIÓN 357 DE 2008 DEL CGN: Adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la CGN. Deroga la Res 34/08 y el instructivo 4/08. Equivalente al MCICO – CONTABLE.

CÓDIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO: En su art. 3 establece que las actuaciones administrativas se desarrollan con base en los principios de economía, celeridad, eficacia, imparcialidad, publicidad y contradicción

4. MARCO REFERENCIAL DE LA EMPRESA

4.1 RESEÑA HISTORICA

Ubicación La E.S.E Hospital San Carlos de Aipe funcionó inicialmente como un Centro de Salud y desde entonces se encuentra ubicado entre la carrera 2 entre calles 4 y 5, barrio Pablo Sexto Área Urbana del Municipio de Aipe, en un lote cuyo propietario inicialmente era la Beneficencia del Huila y al desaparecer esta, pasó a ser propiedad del Municipio por tener una permanencia superior a treinta años en este lote, el cual tiene un área inicial de 772 mts cuadrados por un costado y un área de 1196 mts cuadrados por el otro costado; presentado a lo largo de la historia grandes ampliaciones de atención al público. Es así como el 7 de Noviembre de 1995 recibe la autorización para la ampliación de los servicios de Consulta médica especializada en ginecología, obstetricia y servicios de optometría.

Antecedentes. En Abril 16 de 1960 en sesión del honorable Concejo del Municipio y mediante acta No. 008 se aprueba por unanimidad el acuerdo No. 6 de la misma fecha y se crea la Junta Directiva del Hospital San Carlos de Aipe encargada de la Administración y dirección conformada por: principales Cura Párroco, Raquel de Perdomo, María de Paz, Pedro Perdomo Trujillo, Alejandro Cabrera y Ernesto Bahamón, en esta misma sesión se propone 2 nombres Hospital San Pedro Claver y Hospital San Carlos siendo escogido el segundo nombre y pasa de ser Centro de Salud a ser Hospital San Carlos, el cual fue creado como una institución de utilidad común de acuerdo con las normas vigentes de la época y se facultó a la Junta Directiva para que expidiera los estatutos.

Posteriormente el Hospital San Carlos fue convertido a través del Acuerdo No. 004 de 1973 en una entidad de derecho público del orden municipal y se le expiden sus estatutos. Posteriormente y según resolución No. 0188 de enero de 1997 el alcalde Municipal de Aipe le confiere la titulación del bien inmueble.

Mediante Acuerdo No. 18 del 4 de septiembre de 1996, por el cual se facultó al Alcalde Municipal de Aipe Huila para asumir y organizar el sistema municipal de

Seguridad Social en Salud, facultad que se entrega soportado a través de los numerales 3 y 6 del artículo 313 de la Constitución Nacional de 1991.

Mediante Decreto No. 100 de fecha Octubre 22 de 1996 de la Alcaldía Municipal de Aipe se constituye la Empresa Social del Estado Hospital San Carlos de carácter Municipal con patrimonio propio y autonomía administrativa. Cuyo Objeto es la prestación de servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del estado, como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud y con los siguientes objetivos:

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos,
- Prestar servicios de salud que la población requiera y que de acuerdo con sus recursos pueda ofrecer,
- Garantizar mediante un manejo gerencial rentabilidad social y financiera,
- Ofrecer a las EPS y personas naturales o jurídicas servicios a tarifas competitivas,
- Satisfacer los requerimientos al entorno adecuando sus servicios.
- Garantizar mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.

Contaba con una estructura básica: Área de dirección conformada por la Junta directiva y El Gerente, área de atención al Usuario y área logística.

Dentro de la reorganización planteada por el Alcalde Municipal al Sistema de Seguridad Social del Municipio de Aipe, los puestos de salud dejaron de pertenecer a la E.S.E Hospital San Carlos y pasaron directamente a la Secretaría Municipal de Salud quien los administra con todo el recurso humano y tecnológico con que contaba y a través de estos se realizó el Plan de Atención Básica PAB; exceptuando el Centro de Salud de Praga que continuó bajo la Administración del Hospital San Carlos. Posteriormente los Centros de Salud fueron entregados al Hospital en Comodato y en la actualidad operan: los Puestos de Salud de Praga, Mesitas, Santa Rita y San Antonio.

Mediante Decreto 101 de 0ctubre 22 de 1996 y bajo las misma facultades del acuerdo No. 18 del 4 de septiembre de 1996 la planta de personal del Hospital contó con veintiocho (28) cargos a saber: Director Hospital (1), Médico General (1), Odontólogo Servicio Social Obligatorio (1); bacteriólogo Servicio Social Obligatorio (1), Asistente Administrativo (1), Técnico en Saneamiento (1), Auxiliar de información (1), Secretaria (1), Pagador (1), Auxiliar (1), Auxiliar de Droguería (1) , Celador (2) , Operario de Servicios generales (2), Auxiliar de enfermería (8) y Promotor de Salud (5).

4.2 NATURALEZA Y OBJETO SOCIAL

4.2.1 Naturaleza.

La ESE HOSPITAL SAN CARLOS es un ente de derecho público, sin ánimo del lucro, con personería jurídica y autonomía presupuestal, contractual y administrativa especializada en servicios de salud de primer nivel de complejidad.

4.2.2 Objeto social.

La ESE HOSPITAL SAN CARLOS como empresa social del estado es de carácter municipal, de categoría especial de la entidad pública, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al ministerio de protección social, cuyo objeto es la prestación de los servicios de la salud a cargo del estado como parte del servicio público de la seguridad social, en los términos del artículo 194, 195, y 197 de la ley 100 de1993.

4.3 POLITICA CORPORATIVA

4.3.1 Misión

Prestar servicios de Salud de Primer Nivel de Complejidad de excelente calidad.

4.3.2. Visión

Ser al 2011 la mejor Empresa Social de la Salud acreditada del Departamento del Huila acreditada.

4.4 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

PRINCIPIOS Y VALORES LA ESE HOSPITAL SAN CARLOS tiene instituidos unos principios y valores institucionales

4.4.1 Principios Corporativos.

Ética: Es la ciencia que fundamenta el comportamiento moral del ser humano para adecuarlo al bien del universo, la sociedad y el individuo. Este principio se implementa y direcciona en el Hospital a partir del código de ética.

Calidad: Es la satisfacción de nuestros clientes internos y externos a través de servicios brindados con excelencia, propendiendo por la calidad inesperada, proporcionando valor agregado a los servicios que superen las expectativas del cliente.

Este principio se implementa y direcciona en el Hospital a través de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) en sus cuatro componentes a saber:

- Sistema único de Habilitación
- Sistema único de acreditación
- Programa de Auditorias para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC).
- Sistema de Información.

4.4.2 Valores corporativos.

Es la forma del ser y del actuar de nuestros colaboradores que favorecen y posibilitan una mejor convivencia dentro la comunidad hospitalaria; para la

E.S.E. Hospital San Carlos de Aipe están enmarcados por:

Devoción por el paciente:

Estar en disponibilidad permanente para brindarle la mejor atención al paciente.

Respeto por la diferencia:

Atender y dar buen trato a todas las personas en igualdad de condiciones.

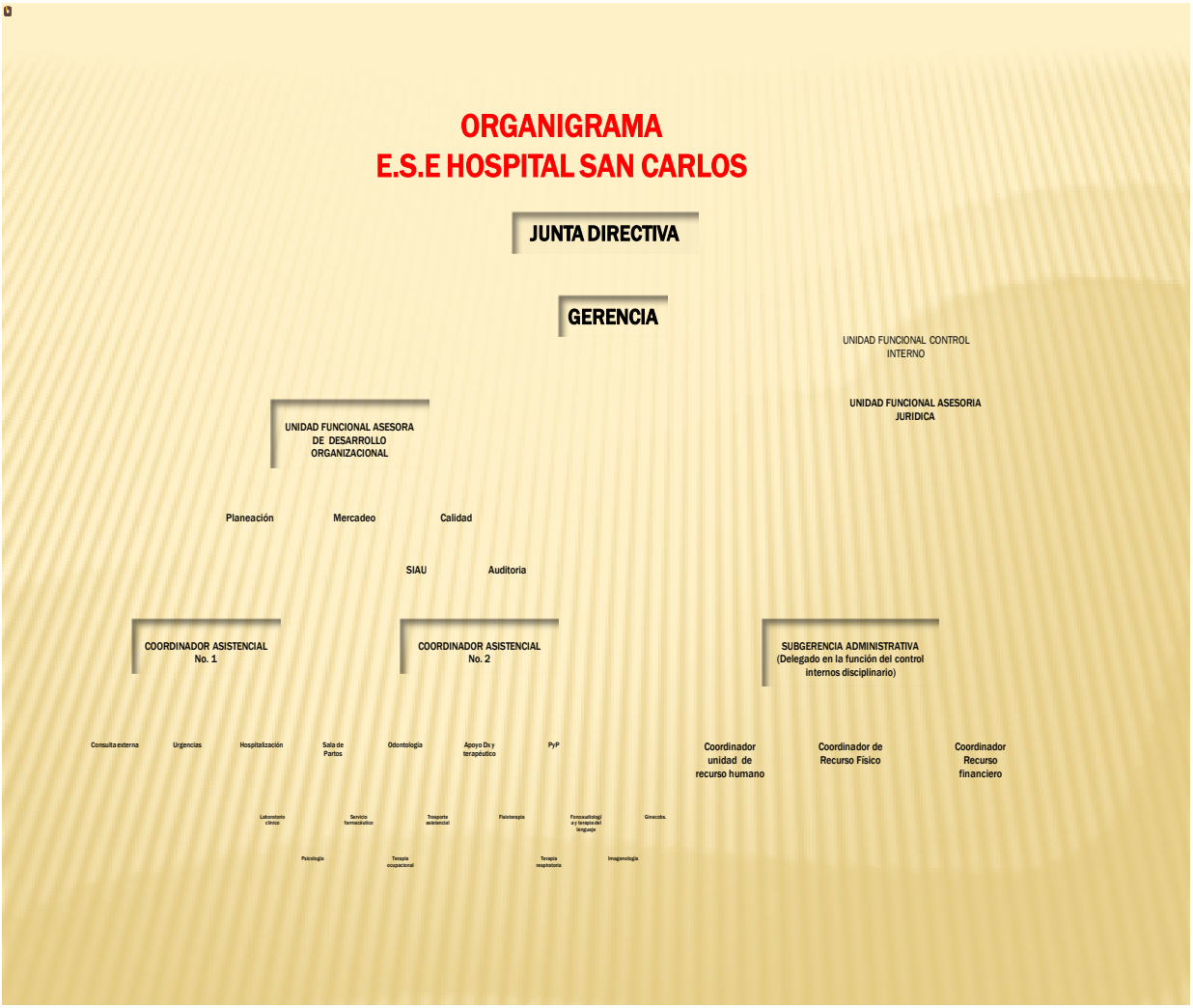
Pasión por el logro:

Es el éxito y la satisfacción del deber cumplido.

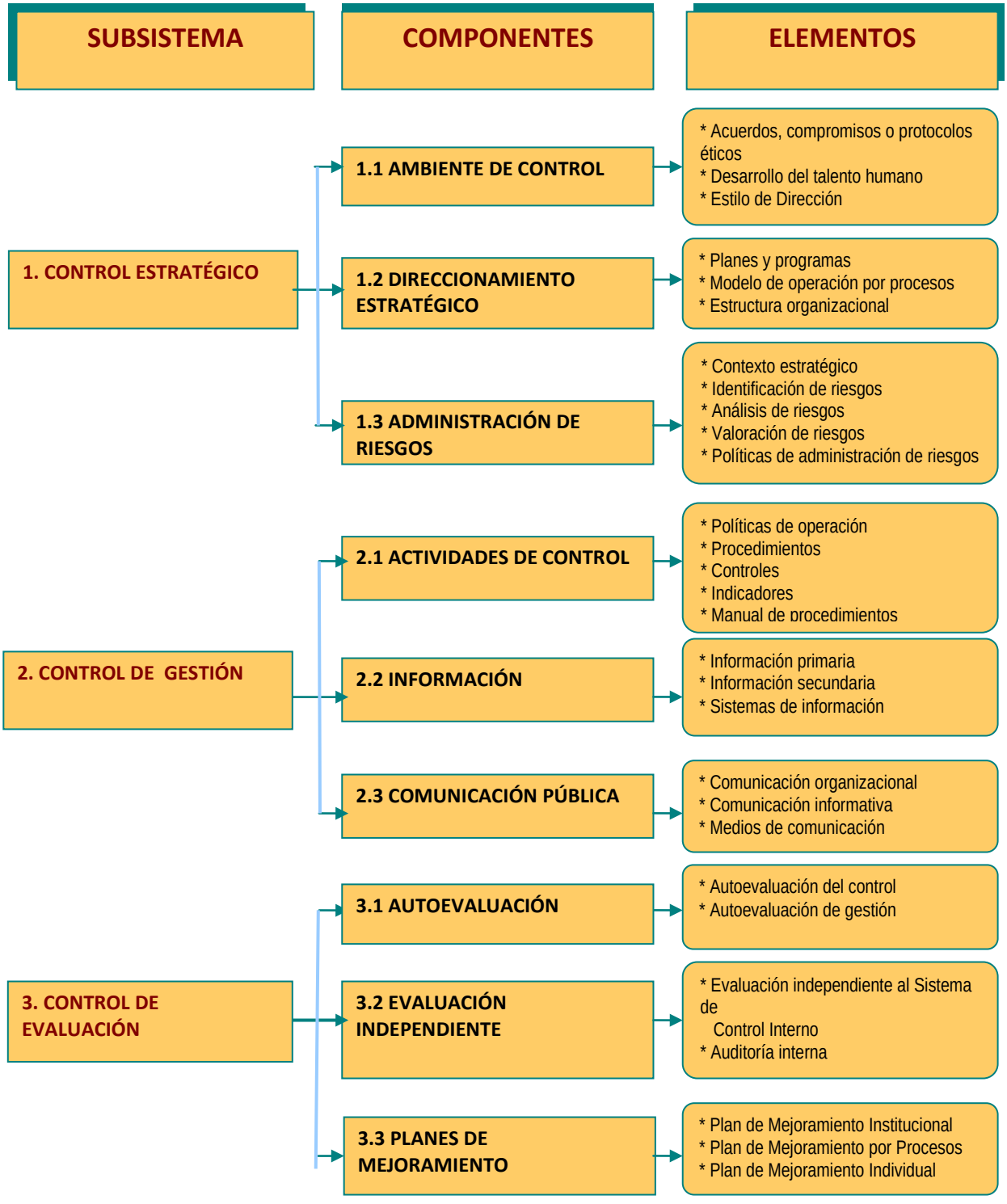
Voluntad de Servicio:

Es un compromiso mental y físico de atender cumpliendo con los atributos de la calidad en salud como son oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad.

4.4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



5. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO



6. FUNDAMENTACIÓN DEL SISTEMA GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

6.1 ROLES

La gerencia, conjuntamente con el equipo directivo de la entidad manifiestan a través de este manual de operaciones su interés de coadyuvar de manera directa y recurrente al mantenimiento y fortalecimiento continuo del sistema de control interno de la empresa, compromiso realizado mediante acto administrativo de la primera etapa del proyecto "MECI 1000:2005" por medio del cual se adoptó y reglamentó dicho Modelo Estándar de Control Interno, en cumplimiento del mandato constitucional y legal de la entidad pública y en particular lo señalado explícitamente en el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005.

El Sistema de Control Interno adoptado, se constituye en un instrumento gerencial que permite el cumplimiento de los objetivos fijados por 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, permite a la E.S.E. HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe - Huila, mantener en operación del sistema de control interno establecido en la ley 87 de 1993, unificando criterios y parámetros básicos de control interno, procurando siempre 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 también 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 cualificación de los planes de mejoramiento, el fenecimiento de las cuentas en especial las relacionadas con el informe auditor de la contraloría territorial, el ejercicio del control interno contable, el cumplimiento de las medidas de austeridad y lucha contra la corrupción, entre otros aspectos.

El suscrito gerente y su equipo directivo de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, expresan su compromiso con el mejoramiento continuo, seguimiento y evaluación del sistema de control interno adoptado para la entidad, conforme al ***Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005*** y convocan a su vez a los demás niveles directivos y a todos los servidores públicos y funcionarios en general, a poner en marcha todos los

métodos y procedimientos implementados y socializados necesarios, para que el control interno se convierta en un medio efectivo para el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales de la entidad. Así mismo, la administración se compromete a tener en cuenta las recomendaciones y observaciones producto de la evaluación independiente de la oficina de control interno o quien haga sus veces, como un insumo básico dentro del proceso de planeación y seguimiento.

Para la operatividad del sistema de control interno de la institución, se han establecido en concordancia con la normatividad legal, los siguientes estamentos a nivel interno, con sus respetivos roles y responsabilidades:

1. La gerencia, como máximo responsable del sistema de control interno, le compete establecer, desarrollar y mantener el sistema.

2. El representante de la dirección, funcionario del nivel directivo, encargado de formular, orientar, dirigir y coordinar todos los proyectos de su operatividad y normal funcionamiento.

3. La integración del comité de coordinación del sistema de control interno y calidad, estamento encargado de fijar y trazar las políticas de mejoramiento del sistema.

4. La conformación del equipo MECI - CALIDAD de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS, cuyas funciones se orientan en el diseño de métodos y procedimientos para fortalecer cada día más el sistema,

5. Los servidores públicos en general de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS, a quienes le asiste aplicar en el cumplimiento de sus funciones, todas las directrices y herramientas desarrolladas e implementadas, para el mejoramiento continúo del sistema de control interno.

6. El jefe y/o asesor de control interno de la entidad, funcionario que según la normatividad legal le ha sido asignadas las funciones de medición del grado de avance y desarrollo del SCI, en calidad de evaluador independiente, dejando a la administración las recomendaciones oportunas sobre su mejoramiento y fortalecimiento.

Todas las recomendaciones producidas por la oficina de control interno, producto de sus informes, visitas, auditorias practicadas, selectivas y evaluaciones en general, deben ser tenidas en cuenta por la administración y los dueños de los procesos, para confeccionar los respectivos planes de mejoramiento tanto individuales, por procesos e institucionales, que cada caso amerite.

Igualmente, por medio del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad "PAMEC" la entidad hace seguimiento a los procesos definidos como prioritarios en áreas o programas como atención de Urgencias, Odontología, Consulta externa, atención extramural y Programas especiales, Vacunación, servicio Farmacéutico, Laboratorio Clínico, Sala de partos, Hospitalización de baja complejidad, Traslado Asistencial, Promoción y prevención; Plan de atención básica y saneamiento ambiental, servicios ambulatorios; servicio de apoyo asistencial; sistemas de información y atención al usuario. Los riesgos identificados en la prestación del servicio en las diferentes áreas son manejados a través de la confección de planes de mejoramiento, instrumentos monitoreados con indicadores técnicos de gestión.

Adicional a PAMEC, se cuenta con las labores de auditoría médica, que busca principalmente prevenir y corregir fallas detectadas durante la prestación de servicios brindados a los usuarios por parte de la IPS y las condiciones de accesibilidad, oportunidad, racionalidad técnica, suficiencia y disponibilidad de recursos, idoneidad profesional, atención humanizada y satisfacción al usuario.

6.2 RESPONSABILIDADES FRENTE AL S.C.I:

6.2.1 Responsabilidades de la alta dirección: La alta dirección se responsabiliza del aseguramiento de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de Control Interno, están definidos y comunicados dentro de la entidad.

El establecimiento, desarrollo y sostenibilidad del Sistema de Control Interno acorde al artículo 5 de la ley 87 de 1993, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad y de los jefes de cada dependencia, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

6.2.2 Responsabilidades del representante de la dirección: Para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continúo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece la resolución 1599 del 20 de Mayo de 2005, la gerencia delegó dicha función en un directivo de primer nivel de la entidad, competente para ello, quién actúa bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno y calidad.

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 asesor de control interno de la ESE.

6.2.3 Responsabilidades del Comité de Coordinación de Control Interno. El Comité de Coordinación de Control Interno y calidad de la ESE se reunirá periódicamente, para fijar las políticas de mejoramiento del sistema de control interno de la institución, adoptando para ello su propio reglamento para llevar a cabo el cumplimiento de las funciones establecidas en la normatividad legal vigente.

6.2.4 Responsabilidades de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. Los Servidores Públicos y/o Particulares que ejercen funciones públicas en la ESE, 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.

6.2.5 Responsabilidades de la Oficina de Control Interno. La oficina y/o asesor de control interno 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, 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.

6.3 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 la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, en los principios del Sistema de Control Interno que a continuación se establecen:

6.3.1 De Autocontrol: Que 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.

6.3.2 De Autorregulación: Como la capacidad institucional para aplicar de manera participativa a su interior, 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.

6.3.3 De Autogestión: Siendo la capacidad institucional 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.

6.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL S.C.I:

Los objetivos específicos que busca el Sistema de Control Interno son los siguientes:

6.4.1. Objetivos de Control de Cumplimiento. Constituyen objetivos de control al cumplimiento de la función administrativa de la entidad, 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 marco legal aplicable.

6.4.2. Objetivos de Control Estratégico. Constituyen objetivos de control estratégico de la entidad, 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 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.

6.4.3 **Objetivos de Control de Ejecución**. Constituyen objetivos de control de ejecución de la entidad, 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 de manera transparente, oportuna y veraz, garantizando que su operación se ejecute adecuada y convenientemente.

6.4.4. Objetivos de Control de Evaluación. Constituyen objetivos de control de evaluación de la entidad, 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 la oficina de control interno, sobre la entidad, 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.

6.4.5. 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.

6.5 FUNCIONES DEL COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD:

Las funciones específicas del comité de coordinación de control interno y calidad de la institución son:

a) Recomendar pautas para la determinación, implementación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del sistema de Control Interno de la ESE, de conformidad con las normas vigentes y las características propias de la entidad;

b) Estudiar y revisar la evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de la institución, dentro de los planes y políticas sectoriales y recomendar los correctivos necesarios;

c) Asesorar a la administración, en la definición de planes estratégicos y en la evaluación del estado de cumplimiento de las metas y objetivos 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 cada una de las dependencias de la ESE;

f) Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que correspondan a cada una de las dependencias de la E.S.E;

g) Coordinar con las diferentes dependencias de la institución el mejor cumplimiento de sus funciones y actividades;

h) Presentar a consideración al Ministerio de la protección social y demás organismos afines del sector salud, propuestas de modificación de normas que a bien se tengan, sobre el control interno vigente;

i) Reglamentar el funcionamiento de los distintos subcomités y/o grupos de trabajo de coordinación del sistema de control interno que se organicen en la entidad, y

j) Las demás que le sean asignadas por el gobierno nacional.

7. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Al convertirse la institución en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, y acorde al naturaleza, cuenta con autonomía administrativa; personería jurídica y patrimonio y rentas propias, que se destinan de modo exclusivo al cumplimiento de su objetivo que es el de producir y prestar servicios de salud eficientes y efectivos, que satisfacen de manera óptima las necesidades y expectativas de la población Aipuna asegurada y no asegurada, en relación con la promoción, fomento, tratamiento y rehabilitación de la salud, garantizada mediante un manejo gerencial adecuado, lo cual conlleva a una buena rentabilidad social y financiera de la empresa.

La entidad planea y programa sus diferentes actividades, garantizando competitividad y actualización tecnológica adecuada, para ofrecer servicios con calidad, contando para ello con recurso humano idóneo y actualizado en cada uno de sus frentes de labores, con una organización orientada al cliente y el mejoramiento continuo, acogiendo como objetivos fundamentales:

1. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas.

2. Prestar los servicios de salud que la población requiere y que la empresa de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

3. Garantizar mediante en manejo gerencial adecuado la rentabilidad social y financiera de la empresa.

4. Ofrecer servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

5. Solucionar las necesidades y problemas de la población, enmarcadas en la visión y misión de la entidad.

7.1 FUNCIONES SEGÚN ESTRUCTURA ORGÁNICA

La máxima autoridad interna de la entidad, compete a la junta directiva, estamento que delega y direcciona las políticas de gestión a través de su gerente.

La gerencia ejecuta los lineamientos misionales de la empresa, contando con el apoyo y asesoría de la coordinación asistencial y la subgerencia administrativa y financiera. Igualmente a nivel asesor cuenta con la oficina de control interno como evaluador independiente del SCI; a nivel staff se tiene vinculados los servicios de apoyo profesional para cubrir las actividades alusivas a la coordinación de calidad; funcionamiento de los comités de apoyo institucional misionales y de gestión gerencial; y la asesoría jurídica.

La subgerencia administrativa y financiera, comprende los procesos básicamente de apoyo, tales como: gestión de talento humano; gestión contable; gestión jurídica; gestión ambiental; gestión de adquisición de bienes y servicios; gestión presupuestal y tesorería; gestión tecnológica y de información; gestión documental; gestión administración de bienes; gestión de información y atención al usuario.

La coordinación asistencial, comprende las áreas operativas de la institución, integradas básicamente por los procesos misionales de la entidad de baja complejidad, así: consulta externa; gestión de urgencias; gestión hospitalaria; salud pública; gestión de apoyo diagnostico y terapéutico, el SIAU.

La oficina de información y atención al usuario, cumple las siguientes funciones:

- Guiar – orientar a los usuarios (Información)
- Realizar encuestas de satisfacción.
- Recepción de sugerencias, felicitaciones, quejas y reclamos.
- Solicitar citas para consultas con especialistas.
- Asignar citas de programas especiales direccionados por la ESE
- Producir los datos estadísticos de consulta médica y odontológica
- Asignar citas a personas discapacitadas y de tercera edad.
- Solicitar códigos de autorización ante las E.P.S.

Las funciones y responsabilidades de cada área y/o proceso se encuentran documentados en los respectivos manuales de procesos y procedimientos, y los estatutos de la empresa, documentos que se complementan con la información

establecida en el manual de funciones y competencias laborales adoptado por la entidad, para los fines propios que se establecen en cada uno de estos instrumentos, para la organización y logro de los objetivos misionales de la institución.

7.2 PLANTA DE PERSONAL

La institución dispone de la siguiente planta de personal:

COD	CARGO	NATURALEZA	GRADO	NIVEL	No. CARGOS
085	Gerente	Periodo fijo	12	Directivo	1
090	Subgerente	Libre nombramiento	8	Directivo	1
219	Profesional Universitario	Carrera administrativa	18	Profesional	1
217	Profesional servicio social obligatorio	Período	5	Profesional	1
217	Profesional servicio social obligatorio	Período	4	profesional	1
367	Técnico administrativo	Carrera administrativa	4	Técnico	1
367	Técnico administrativo	Libre nombramiento	4	Técnico	1
407	Auxiliar administrativo	Carrera administrativa	3	Asistencial	1
412	Auxiliar área de la salud –	Carrera administrativa	3	Asistencial	8
412	Auxiliar área de la salud –	Carrera administrativa	3	Asistencial	5
412	Auxiliar área de la salud –	Carrera administrativa	2	Asistencial	1
323	Técnico en salud	Carrera administrativa	5	Técnico	1
470	Auxiliar de servicios generales	Trabajador oficial	1	Apoyo	1
477	Celadores	Trabajador oficial	1	Apoyo	2
TOTAL					**26**

Los diferentes cargos por códigos, naturaleza, grado, área y su número, se encuentran detallados en el respectivo manual de funciones por competencias laborares adoptado por la entidad.

Igualmente la entidad tiene vinculado personal de apoyo en áreas importantes de manera temporal y transitoria, para el cumplimiento de las funciones y programas especiales en la prestación de los diferentes servicios, con sujeción a las normas que regulan esta materia, en el país y en especial las que rigen para el sector salud con sujeción a la demanda y necesidades que los servicios así lo ameriten.

7.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

El objetivo social de la empresa es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud. En consecuencia la institución presta servicios correspondientes al plan obligatorio de salud POS, y los demás servicios incluidos en los planes de beneficios del SGSSS, de acuerdo con su capacidad de resolución. Igualmente está en capacidad de actuar como centro de investigación, adiestramiento y formación del personal requerido por el sector salud, para lo cual se coordinan las acciones necesarias con otras entidades públicas o privadas.

La ESE HOSPITAL SAN CARLOS dentro de la plataforma estratégica tiene establecido un modelo de atención primaria en salud con enfoque familiar y donde tiene como objetivos institucionales:

- Satisfacer las necesidades esenciales de salud de la población usuaria, a través de acciones gerenciales organizativas técnico - científicas y técnico - administrativas

- Desarrollar y aplicar un sistema de garantía de la calidad que agilice los procesos, para el bienestar de la comunidad.

El objetivo social de la institución está orientado al mejoramiento de la situación de salud, mediante el fomento, la promoción, la prevención, la atención y rehabilitación de las enfermedades y los problemas de salud, como hospital municipal de I nivel, para la comunidad plateña y el sur del país.

Para consolidar y cumplir los objetivos institucionales, la empresa prioriza las siguientes estrategias:

- Establecimiento y aplicación de directrices para desarrollar acciones y actividades acordes a las necesidades de los clientes y partes interesadas y las exigencias del buen servicio.

- Promoción de la cultura de mejoramiento sostenible y la innovación en las instituciones públicas en busca de mejores prácticas de gestión.

- Consolidación de la gerencia pública como eje del desarrollo institucional de la administración pública.

- Gestión del conocimiento para el desarrollo efectivo de los procesos misionales y las competencias legales de la ESE.

- Implementación del uso de las tecnologías innovadoras en la información y las comunicaciones de la entidad.

- Potenciar el desarrollo del talento humano, orientado a la cultura del servicio y la confianza ciudadana.

7.4 ÉTICA INSTITUCIONAL

La actuación administrativa de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, y sus agentes, se rige por los valores consignados y definidos en el código de ética y de buen gobierno.

La ética de los funcionarios tiene como propósito fundamental el bien común ciudadano. Los principios éticos tienen como función primordial desarrollar hábitos y actitudes positivas en los servidores públicos, que permitan el cumplimiento de los fines institucionales para beneficio de la comunidad, y generen confianza y credibilidad en la sociedad.

Como equipo humano y en nombre de la entidad, los funcionarios de la E.S.E., actuamos con rectitud, transparencia y legalidad ante todos los demás y con todos

los asuntos que manejamos, demostrando amor por la verdad y profundo respeto hacia los compromisos y responsabilidades adquiridas.

En la entidad interactuamos con respeto y consideración profunda, promoviendo el logro de los objetivos personales e institucionales en forma eficaz. Por lo tanto pensamos permanentemente en nuestros clientes y usuarios, trabajando en equipo en búsqueda de la construcción compartida de mejores resultados cada día.

Los valores éticos institucionales establecidos como guía para el actuar en la E.S.E., HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, construidos con la participación activa de todos los funcionarios, se detallan en el numeral 4.4 de este manual – "**MARCO REFERENCIAL DE LA EMPRESA"**

7.5 BUEN GOBIERNO

La ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe - Huila ha proyectado su código de ética y buen gobierno, instrumentos mediante los cuales se expresa el compromiso y sentido de responsabilidad social de la entidad en el desempeño de la función pública hacia el logro de una gestión integral y eficiente en la prestación de los diferentes servicios de salud que oferta la entidad, respetando ante todo las normas internas y externas, la transparencia en todas las actuaciones administrativas y una clara orientación hacia el cumplimiento de los objetivos del estado colombiano, a través del ministerio de la protección social, como máximo ente regulador del sistema de seguridad social en salud.

A través de este código se busca fomentar las buenas prácticas en la gestión de lo público, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos de todos los funcionarios, y del equipo directivo en especial, para asegurar un manejo responsable y transparente de la entidad, para su fortalecimiento continuo, el éxito de sus propósitos gerenciales y mejores niveles de competitividad en el mercado de la salud.

El objetivo central de este instrumento gira en torno al establecimiento de las políticas de gobierno que deben cumplir los funcionarios de la alta dirección de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, señalándose las orientaciones de buen gobierno y estilo de dirección que marquen el camino de la entidad y los servidores públicos, promoviendo un activo compromiso con la puesta en práctica

de los principios y valores, para así generar confianza ante los usuarios internos y externos.

Los objetivos de la entidad en concordancia con el código de ética y el de buen gobierno, se desarrollan siguiendo los principios éticos adoptados y valores institucionales; que permiten el cumplimiento de los siguientes postulados:

1. El interés general prevalece sobre el interés particular.
2. El cuidado de la vida y la salud de los pacientes es un imperativo de la función pública del estado.
3. Los bienes públicos son sagrados y son el soporte para brindar la accesibilidad al sistema de salud.
4. La principal finalidad del estado es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población.
5. La función primordial del servidor público es servir a la ciudadanía, con calidad en la prestación de los servicios misionales de la entidad.
6. La rendición cuentas a la sociedad sobre su utilización de los recursos públicos y los resultados de la gestión.
7. Los ciudadanos y usuarios tienen derecho a participar en las decisiones públicas que los afecten.

7.6 PRODUCTOS Y SERVICIOS

Dentro del portafolio de servicios médico – asistenciales, la empresa oferta los siguientes servicios:

NUESTRA RED DE SERVICIOS

ÁREA URBANA	
SEDE	**UBICACIÓN**
Principal	Carrera 2 No. 5-40 8389008 - 8389162 – Cel. 3152089751.

ÁREA RURAL	
SEDE	**UBICACIÓN**
Praga	Puesto de Salud de Praga – Vereda Praga zona rural- Municipio de Aipe
Santa Rita	Puesto de Salud de Santa Rita Vereda Santa Rita zona rural- Municipio de Aipe
Mesitas	Puesto de Salud de Mesitas - Vereda Mesitas zona rural- Municipio de Aipe
San Antonio	Puesto de Salud de San Antonio - Vereda San Antonio zona rural- Municipio de Aipe

SERVICIOS:

La E.S.E Hospital San Carlos de Aipe ofrece y presta en forma directa los siguientes servicios:

AMBULATORIO

- Consulta médica general intramural
- Salud Oral
- Consulta médica general y odontológica rural

URGENCIAS

- Medicina general
- Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria (UROC)
- Unidad de Atención de Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias (UAIRAC)

HOSPITALIZACIÓN Y PARTO

APOYO TERAPÉUTICO Y COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- Laboratorio clínico
- Farmacia
- Trasporte asistencial básico

PROMOCION Y PREVENCION (Plan de Intervenciones Colectivas PIC)

Puestos de salud:

- Praga
- Mesitas
- Santa Rita
- San Antonio Alto

Los Puestos de Salud cuentan con promotora rural.

PROMOCION Y PREVENCION

Planificación familiar
Vacunación
Crecimiento y desarrollo
Citología
Control prenatal
Atención al recién nacido
Curso psicoprofiláctico
Adulto mayor
Programa de salud mental

SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO SIAU

La oficina de Atención al Usuario es una unidad de gestión administrativa que tiene como función recepcionar las peticiones (consultas, quejas, reclamos o sugerencias) sobre la prestación de servicios que formulan los usuarios y resolver con suficiencia y oportunidad las diversas necesidades o demandas que estos presenten, mediante la generación de información e instrucción dl usuario respecto a la misma o la gestión ante la dependencia institucional o lugar de la

actividad que requiera el usuario y evaluar permanentemente la satisfacción del cliente.

AMBULANCIAS

Servicio de Transporte de pacientes en Ambulancias Básicas que requieren remisión a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud II, III y IV Nivel en Ambulancias Básicas.

En caso de usted o algún familiar requiera de un traslado en nuestras ambulancias favor comunicarse al Teléfono 8389008 - 8389162 – Cel. 3152089751.

7.7 CLIENTES

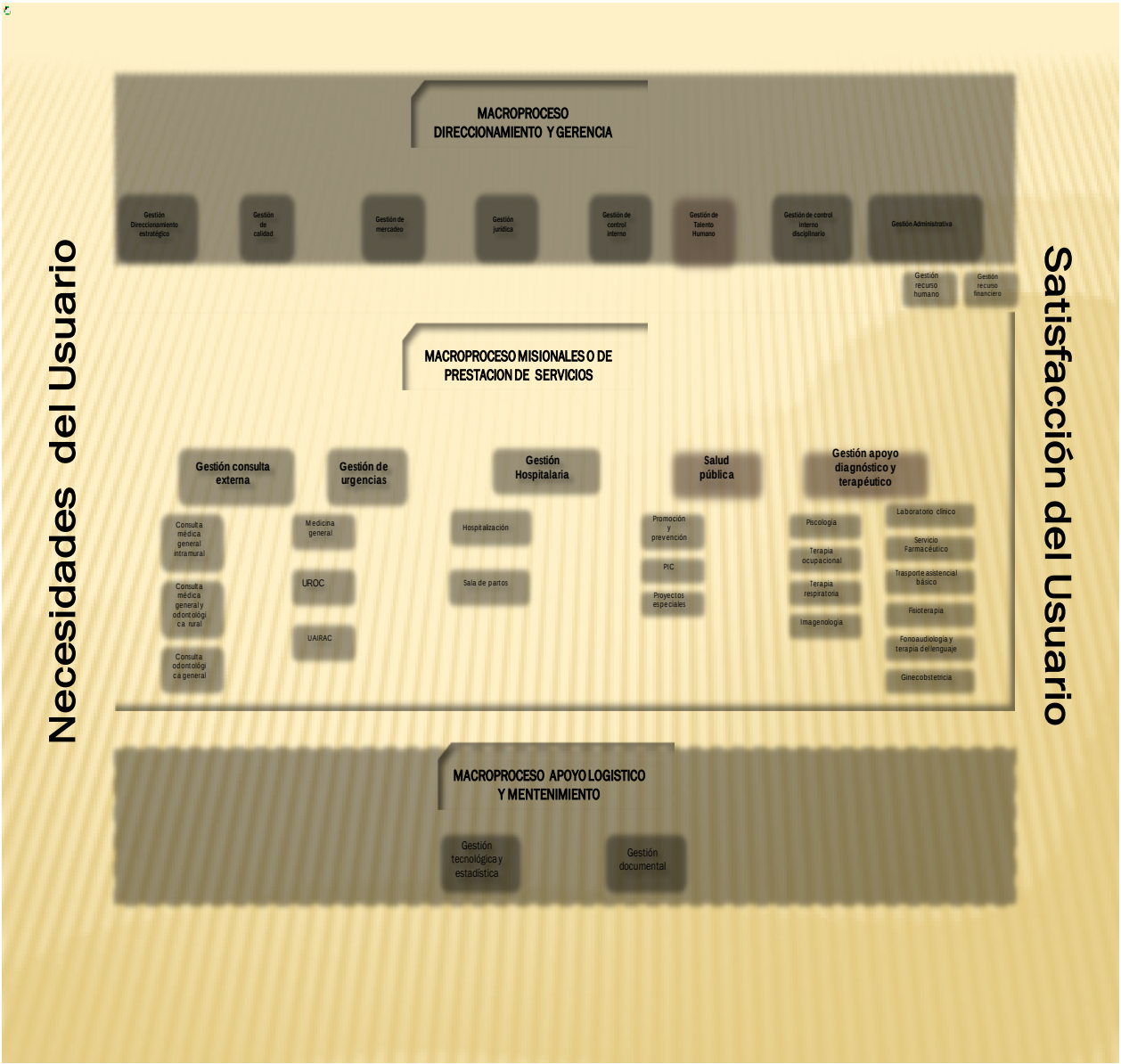
Se definen como clientes de la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila:

- Usuarios de los servicios
- Instituciones Públicas
- Servidores Públicos

7.8 PARTES INTERESADAS

La ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, reconoce como sus grupos de interés y partes interesadas a la ciudadanía (sociedad); contratistas; proveedores; gremios económicos; organismos sociales y sindicales; organismos de control; organizaciones públicas y privadas (entidades adscritas y vinculadas, EPS, ARS, ARP, Cajas de Compensación Familiar, comunidad y agremiaciones, entre otras); y los medios de comunicación.

8. MAPA DE PROCESOS



9. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

La documentación de las actividades de la entidad, cuentan con un esquema de organización por procesos, en concordancia con el mapa de procesos determinado por la institución.

La ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, adoptó el Mapa de Procesos, esquema que integra los correspondientes macroprocesos y procesos de la entidad y su interacción dentro del Sistema de Gestión de Calidad en el que se viene trabajando, de conformidad con los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004, y el decreto 1011 de 2006.

Los manuales de procesos de procedimientos están disponibles para su consulta permanente en cada dependencia y en el sistema virtual interno implementado por la entidad. Los procesos se agrupan en tres grupos, de la siguiente manera:

9.1 MACROPROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

Tienen como objetivo establecer y coordinar los lineamientos, políticas de operación, el plan estratégico y el de evaluación de cumplimiento de la misión institucional**.**

Incluye la planificación estratégica enfocada en la definición de los procesos necesarios para cumplir eficaz y eficientemente la misión y la visión de la entidad, los objetivos institucionales, la política y los objetivos de la calidad, y los requisitos de la organización coherentemente con la estrategia de la organización teniendo en cuenta el código de ética, de buen gobierno y los lineamientos generados por el gobierno nacional. El responsable de los procesos estratégicos y de dirección es el gerente de la entidad, de manera consistente con las funciones que le han sido asignadas en esta materia. Este macroproceso está compuesto por los siguientes procesos:

Relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la dirección, compuesto por los procesos de:

- Gestión de Direccionamiento estratégico
- Gestión de calidad
- Gestión de mercadeo
- Gestión Jurídica
- Gestión de control interno
- Gestión de talento humano
- Gestión de control interno disciplinario
- Gestión administrativa

El proceso de gestión administrativa esta integrado por gestión del recurso financiero, gestión de recurso físico, y gestión de recurso humano.

9.2 MACROPROCESO MISIONALES O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Se interrelacionan entre sí para proporcionar el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser, para satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios, generando la cadena de valor de la institución.

A través de los procesos de realización la institución presta sus servicios asistenciales y/o operativos en salud a su comunidad, para lo cual se tiene establecidos los siguientes:

- Gestión de Consulta Externa
- Gestión de Urgencias
- Gestión hospitalaria
- Gestión de salud publica
- Gestión de apoyo diagnostico y terapéutico

Consulta externa comprende los servicios de consulta médica general intramural, consulta médica general y odontológica rural, y consulta odontológica general. Gestión de urgencias comprende los servicios de medicina general, UROC, y UAIRAC. Gestión hospitalaria comprende los servicios de hospitalización y sala de

partos. Salud pública comprende los servicios promoción y prevención, PIC, y proyectos especiales. Gestión de apoyo diagnostico y terapéutico comprende los servicios de psicología, terapia ocupacional, terapia respiratoria, imagenologia, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, transporte asistencial básico, fisioterapia, fonoaudiología y terapia del lenguaje, y Ginecobstetricia.

9.3 MACROPROCESOS DE APOYO LOGISTICO Y MANTENIMIENTO

Son parte integral de los procesos estratégicos y los misionales, y se encargan de proveer los recursos necesarios para el desarrollo de los demás procesos. Está integrado por:

- Gestión de tecnología y estadística
- Gestión documental

10. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERATIVO

En la ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe – Huila, el nivel directivo de la entidad considera que la administración de riesgos se constituye en una herramienta de gestión que permite evaluar periódicamente los factores operacionales de riesgo, que pueden afectar la calidad del servicio prestado por la entidad o la integridad de los recursos disponibles para su funcionamiento. Por lo tanto, los jefes de las unidades funcionales o dependencias, son responsables de la implementación y el monitoreo de las acciones derivadas del tratamiento de los riesgos operacionales, informando a la gerencia de la E.S.E., y al comité de coordinación de control interno, cualquier dificultad presentada para que se tomen los correctivos en cada caso.

Para el éxito en la implementación de una adecuada administración de riesgos, es indispensable el compromiso de la alta gerencia como encargada de estimular la cultura para la identificación y prevención de los riesgos y en segunda instancia de definir las políticas como criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad.

Para lograrlo se han determinado los canales directos de comunicación, un proceso de capacitación permanente y el apoyo a todas las acciones emprendidas en este sentido, propiciando los espacios y asignando los recursos necesarios.

Teniendo en cuenta las premisas básicas mencionadas, el nivel directivo de la **ESE HOSPITAL SAN CARLOS de Aipe** - Huila se compromete a:

- Generar mecanismos que fortalezcan la cultura de la prevención de riesgos, consolidando un ambiente de autocontrol ajustado a las necesidades de la entidad.
- Proteger los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos del Estado, resguardándolos contra la materialización de los riesgos.
- Contribuir a la excelencia en la gestión de la entidad, elevando el nivel de productividad, mejorando la calidad de los servicios y garantizando la eficiencia y la eficacia de los procesos organizacionales.
- Involucrar y comprometer a todos los servidores de la entidad, en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y manejar adecuadamente los riesgos.

- Definir planes de mejoramiento continuo, estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno de la entidad, asegurando el cumplimiento de las normas, leyes y regulaciones técnicas.

La entidad dentro del componente de administración del riesgo, ha construido bajo las técnicas y la metodología orientada por el DAFP, el correspondiente mapa, generando las directrices y definición de las políticas de administración de los riesgos operacionales, instrumento donde se establecen las acciones de tratamiento enmarcadas dentro de un contexto de tiempo y espacio, medibles y cuantificables (Indicadores); y la asignación de responsables para corregir las desviaciones, ajustar los procesos y subsanar los problemas presentados, con el propósito de lograr la eficacia, y eficiencia en el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad.

11. POLÍTICAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PÚBLICA

Dentro de los componentes tanto de información, como de comunicación pública, la institución ha desarrollado el correspondiente manual de comunicaciones, instrumento que contiene las políticas del manejo de la información interna y externa y se puede consultar por parte de los funcionarios de la ESE de manera virtual o en medio físico.

La ESE, como institución pública del estado debe asegurar un entorno informativo y comunicativo acorde con sus propias necesidades y su entorno social y cultural, siendo una de las funciones de la comunicación posibilitar la participación, la expresión y la relación del capital humano, como proceso permanente de interpretación de mensajes verbales y no verbales; debe ser también una actividad que difunda y socialice los aspectos que identifican a la organización y el conjunto de valores, normas y principios que constituyen su cultura.

El deber ser de los procesos comunicativos en la entidad se enmarcan en el respeto, la comprensión y la tolerancia a la diferencia otorgada por la universalidad del pensamiento. Sin embargo, la Institución debe medir permanentemente el comunicar de los diferentes grupos de interés, para detectar posibles puntos críticos que impidan el adecuado flujo de información de manera veraz y oportuna al interior de la entidad.

La comunicación organizacional es uno de los elementos primordiales para la gestión por procesos, la cual, enmarcada en sus principios de participación activa de los servidores públicos, de mejora continua y de coordinación, cooperación y articulación se presenta como una facilitadora para lograr que la modernización administrativa sea comprendida y valorada por el personal operativo y administrativo de la entidad.

Las políticas adoptadas para el manejo, programación y control de la información (información primaria, secundaria y sistemas de información) y comunicación pública (organizacional, informativa, y medios de comunicación) de la entidad, están plasmada en el correspondiente instrumento denominado manual de información y comunicación pública.

12. VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL S.C.I.

La oficina de control interno y/o auditoría interna, como uno de los componentes del sistema de control interno, es la encargada de evaluar independientemente la eficiencia, la eficacia, la economía, la equidad, la celeridad y los controles de las operaciones de la entidad, teniendo como misión y objetivo principal, encauzar el sistema de control interno hacia el mejoramiento continuo, bajo las directrices del representante legal, quien es el mayor responsable del SCI.

Bajo los preceptos anteriores, las labores de auditoría interna en la entidad, se planifican para cada vigencia fiscal a través de la confección del correspondiente plan de acción anual, el cual se ejecuta desarrollando procesos de auditorías, que a su vez son parte integral del programa anual de auditorías, aprobado formalmente por el comité de coordinación de control interno y calidad, con el objeto de:

- Determinar el grado de cumplimiento de los requisitos de implementación del sistema como tal.
- Determinar el grado de avance del sistema.
- Identificar dificultades en la implementación.
- Identificar oportunidades de mejoramiento.
- Cumplir los requisitos exigidos normativamente.
- Valorar los riesgos.
- Realizar acompañamiento y asesoría a la administración.
- Efectuar evaluación y seguimientos de todos los subsistemas, componentes y elementos del S.C.I.
- Fomentar la cultura del autocontrol en la organización.

- Coordinar las relaciones con los entes externos sobre los reportes del grado de avance del S.C.I.

- Informar a la alta dirección de la entidad acerca del estado en que se encuentra el sistema, con el objeto de que se pueda evaluar su eficacia para alcanzar los objetivos especificados.

La institución a diseñado e implementado para llevar a cabo de una manera organizada y planificada las labores de verificación y evaluación del sistema de control interno de la entidad a cargo de la oficina de control interno o quien haga sus veces, un manual de auditoría interna – **"MAI-HSC-09"**, instrumento de trabajo que contiene las herramientas necesarias para ejercer dichas funciones en forma adecuada, eficaz y flexible, y a la vez garantice el cumplimiento de las metas y objetivos previstos por la E.S.E., sin tratar que sea una camisa de fuerza o un instrumento rígido, sino por el contrario una herramienta que permita extender las pruebas que se estimen convenientes en las oportunidades y en las áreas que se consideren necesarias, de acuerdo con el cronograma y el plan de acción, del proceso auditor en cada vigencia.

Este manual agrupa las diferentes materias, de manera que faciliten su comprensión y la asignación de tareas al funcionario(s) que conforman el equipo adscrito a la oficina de Control Interno. En este instrumento se estandarizan formatos para llevar a cabo seguimientos y pruebas selectivas, lo mismo que la rendición de informes de auditoria y actas de socialización de las labores desarrollas, que debe conocer oportunamente la administración para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo del sistema de control interno institucional.

La evaluación del sistema de control interno se planifica, prepara, ejecuta y se rinden los respectivos informes a la administración en concordancia con el plan de acción, las recomendaciones del comité de coordinación de control interno – calidad, y los requerimientos que la administración priorice. De todas maneras el objetivo de la evaluación del S.C.I es cubrir en la entidad todas sus áreas tanto estratégicas, misionales y de apoyo.

Para la ejecución de la evaluación, verificación y seguimiento del sistema de control interno, se utilizan para llevar a cabo cada una de las auditorias e informes, pruebas de cumplimiento, sustantivas y la utilización de cuestionarios o lista de chequeos.

A través de las pruebas de cumplimiento, se verifica la efectividad y razonabilidad de un control, una operación, un dato o conjunto de datos, sobre el acatamiento de normas administrativas, financieras, legales, fiscales o de calidad.

Con las pruebas sustantivas, se verifica independiente sobre un saldo y/o sobre un número determinado de registros o transacciones, con el propósito de comprobar su razonabilidad a una fecha dada.

Mediante la lista de chequeo o la aplicación de cuestionarios previamente formulados, se incluyen preguntas tendientes a constatar el manejo de las operaciones y quién tiene a su cargo dichas funciones. Algunos cuestionarios son formulados de tal manera, que las respuestas afirmativas indican la existencia de una adecuada medida de control por la dependencia, mientras que las negativas indican una falla en el sistema establecido.

Con el fin de obtener la información necesaria para el análisis y evaluación, se utilizarán los métodos que se consideren más apropiados, según la dependencia, los procedimientos a estudiar, entre los cuales se pueden citar: cuestionario para evaluar el control interno; entrevistas con los Jefes o funcionarios que directamente ejecuten los procedimientos; solicitud de la información pertinente; utilización de las técnicas de auditoría que le permitan evidencia suficiente, estudio de informes, libros y registros; y las demás que se consideren necesarias.

En términos generales, para la evaluación global del sistema de control interno institucional, se tendrán en cuenta los criterios e interrogantes por elemento, según el enfoque del modelo estándar de control interno para las entidades del estado colombiano, MECI 1000:2005, bajo los parámetros y las dinámicas que oriente el DAFP.

La oficina de control interno en concordancia con el plan de acción de cada vigencia, las consideraciones y orientaciones del comité de coordinación de control interno - calidad, y los mismos requerimientos de la gerencia, está en capacidad y con sujeción a las disposiciones del DAFP, y la normatividad legal vigente, de producir ciertos informes y reportes que deben generar valor agregado y mejoramiento sobre las oportunidades frente al alcance de los objetivos de la empresa, a través de la identificación de mejoras operativas, y/o la reducción de la exposición al riesgo; unos de obligatorio cumplimiento, y otros opcionales a criterio del jefe o asesor de control interno, pero necesarios para fortalecer la operación integral de un buen sistema de control interno, así:

- Informe ejecutivo anual, sobre el avance del sistema de control interno de cada vigencia.

- Informes sobre austeridad y seguimiento al gasto de funcionamiento dentro del marco del fortalecimiento de la lucha contra la corrupción.

- Informes de control interno contable.

- Informe de evaluación a la gestión institucional, plan de desarrollo, y sus planes operativos anuales.

- Informe de hallazgos detectados por la oficina de control interno, en sus diferentes labores y ejecución de auditorías.

- Seguimiento y consolidación al plan de mejoramiento con destino a las contralorías territoriales y/o CGR.

- Seguimiento a las funciones del comité de conciliaciones.

- Seguimiento información y datos relacionados con la estructura organizacional, planta de personal, hojas de vida, novedades de personal y sus costos.

- Seguimiento a la valoración de los nuevos pasivos contingentes y los aspectos litigiosos de la entidad.

- Seguimiento a los mapas de riesgos institucionales.

- Seguimiento a las acreencias a favor de la entidad, pendientes de pago. (boletín de deudores morosos del estado)

- Seguimiento derechos de autor – Software.

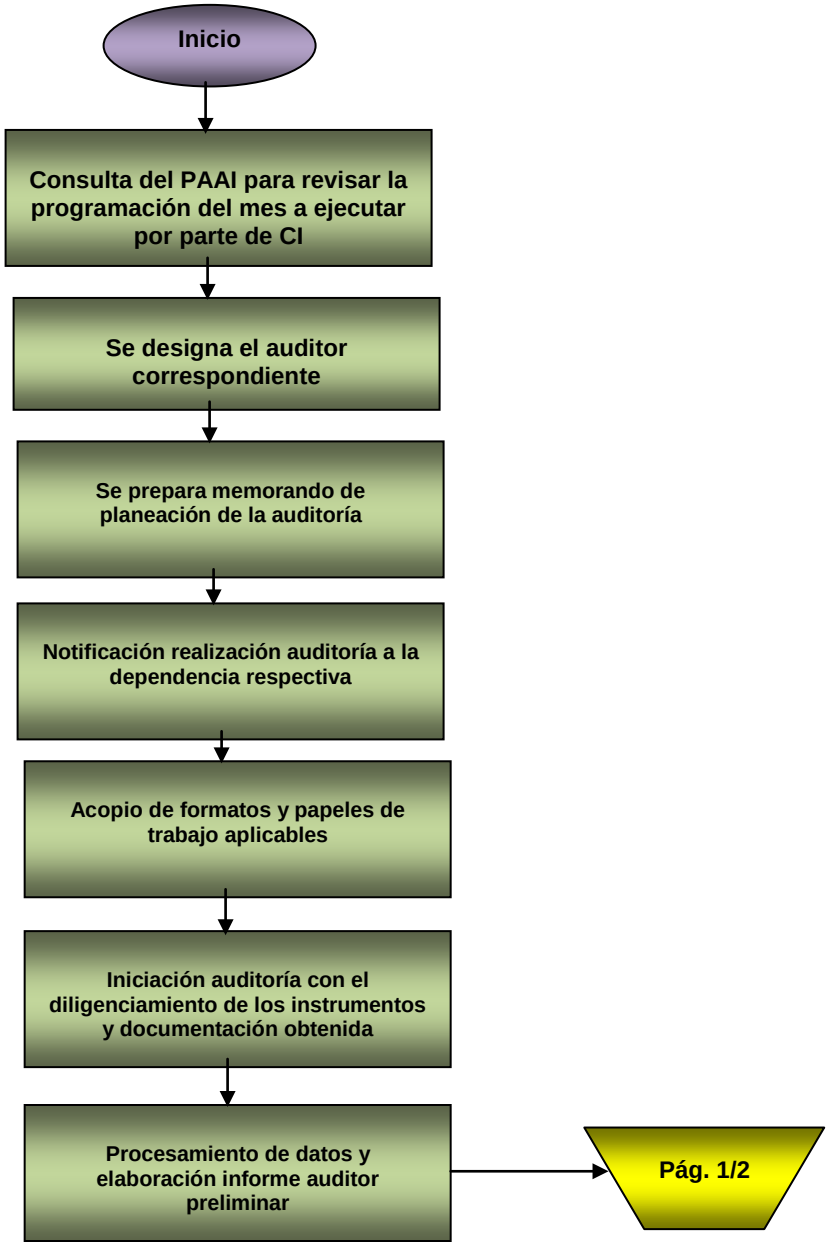
- Seguimiento a informe sobre convenios de cooperación existentes; contratos vigentes para la administración de recursos; y pagos efectuados con cargo a los recursos entregados en el caso de administración por terceros.

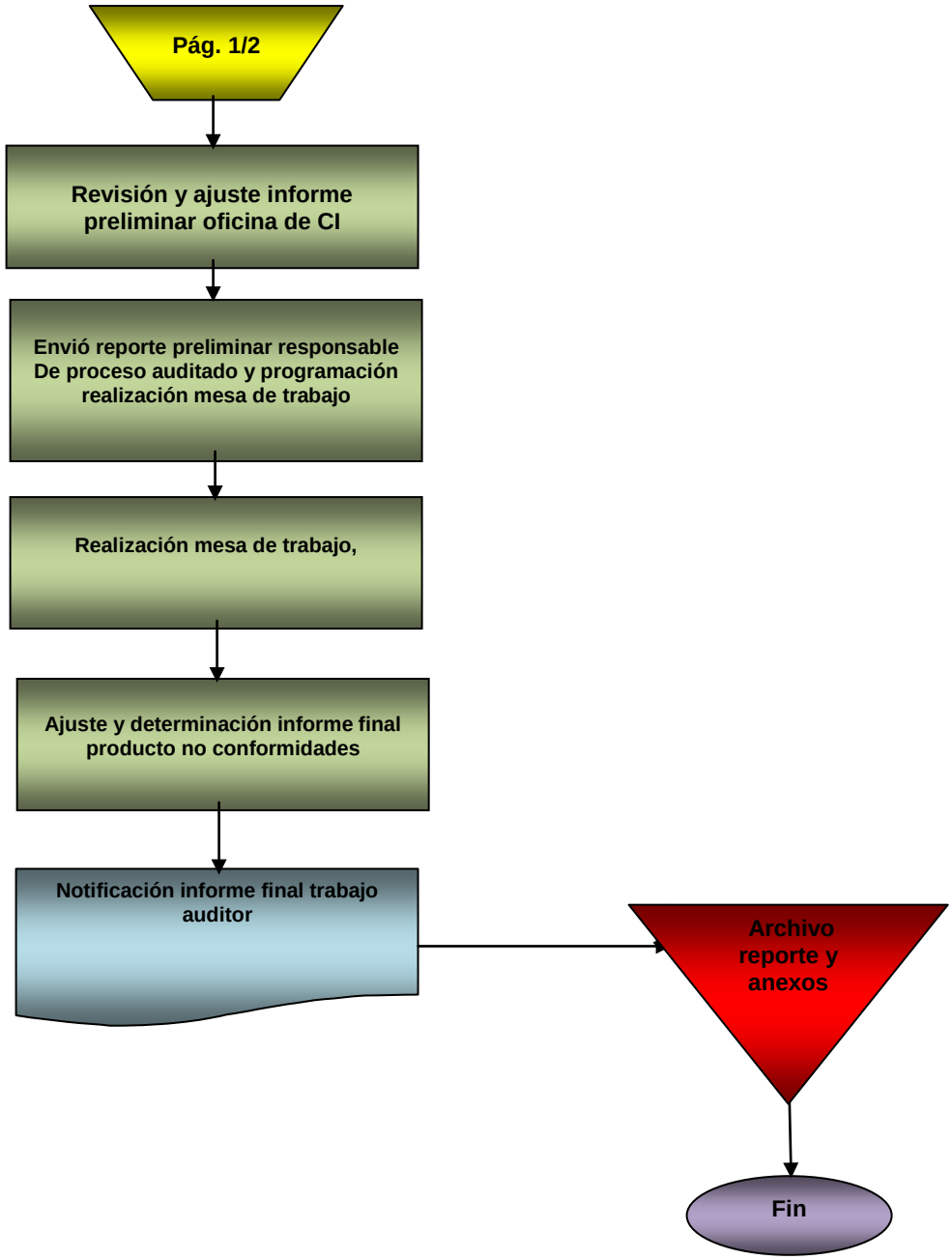
- Seguimiento y evaluación a la implementación del sistema de gestión de la calidad que la entidad haya emprendido.

- Seguimiento y evaluación a la implementación, ajuste y fortalecimiento del modelo estándar de control interno “MECI 1000:2005”

- Seguimiento al proceso de concertación y evaluación de los acuerdos de gestión, cuando apliquen en la ESE.

FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO "REALIZACIÓN AUDITORIAS INTERNAS"




Pág. 1/2
Revisión y ajuste informe preliminar oficina de CI
Envió reporte preliminar responsable De proceso auditado y programación realización mesa de trabajo
Realización mesa de trabajo,
Ajuste y determinación informe final producto no conformidades
Notificación informe final trabajo auditor
Archivo reporte y anexos
Fin

13. PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS

Componente del subsistema de evaluación, que siempre estará en proceso de desarrollo tanto a nivel de planes de mejoramiento institucional, por procesos e individual, que cubran tanto cumplimiento de metas por planes de acción, planes operativos anuales, plan de desarrollo, resultado de auditorías gubernamentales, políticas de administración del riesgos operativos, y los resultantes de las labores y reportes originados por la oficina de control interno; procesos que deben ajustarse al formato estándar implementado y/o adoptado por el comité de coordinación del sistema de control interno y calidad de la ESE, documento debidamente socializado y conocido por todos los funcionarios, el cual se presenta seguidamente.

E.S.E HOSPITAL San Carlos Aipe - Huila Nit. 891.180.238-1	**E.S.E. HOSPITAL SAN CARLOS**	CODIGO	**FO-HSC-005**
	AIPE - HUILA		
	NIT: 891.180.238 - 1	VERSIÓN	1
	FORMATO: **PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO**	FECHA APROBACIÓN	
		PÁGINA	

ÁREA - CICLO - PROCESO					**Fecha de Suscripción:**	
LIDER O COORDINADOR						
VIGENCIA FISCAL						
Clase de plan de mejora:	**Institucional**		**Proceso**	**Individual**		
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN:						
HALLAZGO - NO CONFORMIDAD	**ACCIONES A SEGUIR**					
	ESTRATEGIA	**ACTIVIDAD**	**TIEMPO DE EJECUCION**	**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO**	**RESPONSABLE - PROCESO**	

Líder - Coordinador
C.C.

En la institución, cada dueño de proceso es directamente responsable de la confección de sus respectivos planes de mejora, y en las diferentes auditorias que se lleven a cabo tanto por control interno como por calidad, realizaran los seguimientos y evaluaciones correspondientes, reportando a la administración los pormenores de la aplicación y desarrollo de este importante componente del sistema de control interno.

Cada dueño, líder o coordinador de proceso reportará los respectivos planes de mejoramiento a calidad para llevar un control y registró estos instrumentos, actividades que conllevaran a la consolidación en plan institucional de mejoramiento, siguiendo el procedimiento documentado para tales propósitos por la ESE.

Al igual que los informes de gestión periódicos por áreas, se deben rendir reportes de avance, cumplimiento y consignación de observaciones sobre cada actividad del plan de mejoramiento presentando los respectivos indicadores de gestión, a través de los formatos estandarizados por la institución.

14. INDICADORES DE GESTIÓN

Son fundamentalmente el elemento de control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda la entidad pública, representan un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previos; diseñándose indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, en armonía con la ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2004, lo mismo que indicadores correspondientes a evaluaciones de desempeño y cumplimiento del plan de desarrollo institucional, e indicadores de reporte ha entes de control y vigilancia en armonía a disposiciones de orden legal y convenios de desempeño suscritos por la ESE con otras entidades.

Con los indicadores de eficiencia se establece 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. Los indicadores de eficacia, nos miden el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el modelo mismo de operación. Y los indicadores de efectividad, denotan el impacto directo en la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía o las partes interesadas.

La empresa estableció a partir del direccionamiento estratégico, como por cada manual de procesos y procedimientos, sus respectivos indicadores de gestión, igualmente se han levantado las respectivas fichas técnicas, bajo el formato estandarizado por la organización, determinándose los aspectos fundamentales para su procesamiento, de acuerdo a unos ítems especiales.

La información detallada de los indicadores se puede consultar en el respectivo manual de indicadores que la organización ha consolidado. El levantamiento y reporte de los indicadores debe realizarse por parte de cada uno de los responsables de acuerdo a los plazos y fechas límites que la organización lo establezca, como también reportarse a su debido momento, las dificultadas en el cumplimiento de dichas labores.

La administración se compromete a priorizar su automatización, y establecer sistematizadamente tableros de mando que sinteticen sus resultados, para que sirvan a la entidad en tiempo real, como insumo indispensable para la oportuna

toma de decisiones gerenciales, y la rendición de cuentas a la comunidad y partes interesadas, en concordancia con sus políticas y el plan información y comunicación pública.

15. NORMOGRAMA INSTITUCIONAL

El normograma de nuestra empresa se divide en cuatro componentes básicos, relacionados con el normograma especial del sistema de control interno como tal, pero también se organiza la normatividad fundamentada por cada elemento del MECI; las que aplican externamente y las generadas internamente por la administración de la ESE, para el cabal cumplimiento de las actividades ejecutadas en la prestación de los servicios de salud. La institución ha compendiado en este orden de ideas, un instrumento que contiene todas estas disposiciones, denominado normograma institucional **"NOR-HSC-09"**, instrumento dispuesto para su consulta por parte de todos los servidores de la entidad en medio físico y virtual.

El normograma como tal, se convierte en un instrumento que le permite a la E.S.E., delimitar su ámbito de responsabilidad, tener un panorama claro sobre la vigencia de las normas que regulan sus actuaciones, como también evidenciar las relaciones que se tienen con otras entidades en el desarrollo de su gestión, sirve de ayuda para identificar posible duplicidad de funciones o responsabilidades con otros entes públicos y se soportan todos los planes, programas, procesos, productos y servicios, enmarcados dentro del objeto social.

A través del normograma se logran adelantar las siguientes acciones:

1. Identificar las competencias, responsabilidades o cometidos asignados a la entidad por la constitución política.

2. Identificar las responsabilidades, cometidos o funciones asignadas a la entidad por las normas con fuerza de ley: leyes o decretos leyes.

3. Identificar las responsabilidades, cometidos o funciones asignadas a la entidad por decretos ordinarios o reglamentarios.

4. Identificar, en lo posible, las relaciones que tenga la entidad con otras entidades con las cuales se debe entrar en contacto para el ejercicio de las competencias, responsabilidades, cometidos o funciones.

5. Identificar otras normas que, así no asignen responsabilidades o funciones, deban tenerse en cuenta para el desarrollo de la gestión de la entidad.
6. Identificar normas en tránsito que afecten, negativa o positivamente, la gestión de la entidad.

7. Precisar las disposiciones que regulan todos los aspectos internos de la entidad: administrativos, financieros, incentivos, bienestar y capacitación, manuales (funciones y competencias, procesos, procedimientos, contratación) y, en general, todos los actos administrativos de interés para la entidad.

8. Elaborar finalmente un documento o formato que contenga el normograma de la entidad, y que se pueda consultar en tiempo real por parte de los funcionarios.

NORMATIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:

ELEMENTO DEL S.C.I	NORMA	ARTÍCULO (S)
Control interno	Constitución política de 1991	209, 269
	Ley 87 de 1993	1
	Resolución 048 del 4 de febrero de 2004 de la CGN	1
Principios del sistema de control interno	Constitución política de 1991	209
	Ley 87 de 1993	1
	Ley 80 de 1993	23, 24, 25, 26
	Ley 489 de 1998	3, 4
	Directiva presidencial No. 2 de 1994	Todo
Fundamentos	Constitución política de 1991	1, 209, 269, 287, 298
Objetivos	Constitución política de 1991	2, 365, 366
	Ley 87 de 1993	2
Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	Constitución política de 1991	1, 5, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 28, 83, 127
	Ley 190 de 1995	19 a 31, 66
	Decreto ley 1567 de 1998	34 a 41
	Ley 734 de 2002	24
	Decreto 1227 de 2005	75 numeral 75.4

	Decreto 3622 de 2005	7
	Constitución política de 1991	6, 25, 26, 29, 38, 39, 42, 43, 48, 53, 54, 55, 122, 123, 124, 125, 126, 128
Desarrollo del talento humano	Ley 190 de 1995	1, 7 9, 10, 13, 14, 15, 16, 64, 66
	Ley 87 de 1993	4
	Ley 443 de 1998	Todo
	Ley 489 de 1998	30, 31, 32
	Ley 617 de 2000	20, 22,27, 28, 71, 72, 77, 82, 84
	Ley 734 de 2002	Todo
	Decreto 1567 de 1998	7, 14, 20
	Ley 909 de 2004	Todo
	Decreto 3622 de 2005	Todo
	Decreto 770 de 2005	Todo
	Decreto 785 de 2005	Todo
	Decreto 2772 de 2005	Todo
	Decreto 2539 de 2005	Todo
	Decreto 1227 de 2005	Título II, IV, V, VI, VII
	Decreto 682 de 2001	Todo
	Resolución 415 de 2003	Todo
	Directiva presidencial 01 de 1997	Todo
	Directiva presidencial 10 de 2002	Todo
	Decreto 190 de 2003	Todo
Estilo de dirección	Directiva presidencial 02 de 1994	Todo
	Directiva presidencial 04 de 2002	Todo
	Directiva presidencial 10 de 2002	Todo
	Ley 909 de 2004	Título VIII
	Ley 1010 de 2006	Todo
	Decreto 2539 de 2005	Todo
Planes y programas	Constitución política de 1991	80, 106, 298, 339 a 355
	Ley 87 de 1993	4
	Ley 152 de 1994	2 a 7, 13 a 17, 19, 20, 21, 22, 25 a 28, 31 a 34, 36 a 41, 44, 45, 46, 48, 50
	Ley 489 de 1998	16, 17, 21, 106, 107
	Decreto 111 de 1996	4 a 15, 17, 18, 20, 21, 36, 37,

		38, 39, 41, 51, 52, 53
	Decreto 2145 de 1999	12
	Decreto 1363 de 2000	19
	Plan nacional y territorial de desarrollo	Todo
	Directiva presidencial 01 de 1997	Todo
	Decreto 841 de 1990	2, 5, 7, 22, 26, 28, 32, 34
Modelo de operación	Constitución política de 1991	113 a 121, 173, 174, 178, 189, 200, 202, 208, 209, 216, 235, 237, 241, 249, 256, 265, 282, 298, 305, 311, 315, 354,
	Ley 87 de 1993	4
	Ley 715 de 2001	5 a 9, 27, 42 a 46, 73, 74, 75, 76
	Ley 872 de 2003	Todo
	Decreto 1537 de 2001	1, 2
	Directiva presidencial 01 de 1997	Todo
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
	NTCGP 1000:2004	Toda
	Decreto 4110 de 2004	Todo
	Decreto 3622 de 2005	7
Estructura organizacional	Constitución política de 1991	113 a 119, 138, 150, 171, 176, 188, 189, 200, 201, 202, 208, 234, 236, 239, 249, 268, 277, 282, 286, 287, 306, 314, 320, 322, 328
	Ley 87 de 1993	4
	Ley 489 de 1998	1, 49, 50, 51, 54, 56, 57, 64 a 69, 70 a 73, 82 a 85, 88, 89, 91, 97, 101
	Directiva presidencial 01 de 1997	Todo
	Ley 136 de 1994	1 a 5, 8
Contexto estratégico	Decreto 1537 de 2001	4
	Ley 87 de 1993	4
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
Identificación de riesgos	Decreto 1537 de 2001	4
	Ley 87 de 1993	4
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo

Valoración de riesgos	Decreto 1537 de 2001	Todo
	Ley 87 de 1993	Todo
Política de administración de riesgos	Resolución 048 de 2004 CGN	4
	Ley 489 de 1998	17
	Directiva presidencial 09 de 1999	Todo
	Decreto 2145 de 1999	Todo
Política de operaciones	Ley 87 de 1993	4
Procedimientos	Ley 87 de 1993	1, 4
	Ley 489 de 1998	9 a 13, 18
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
	Ley 872 de 2003	Todo
	Decreto 2145 de 1999	Todo
Controles	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
Indicadores	Ley 190 de 1995	11, 48
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
Manual de procedimientos (operación)	Ley 87 de 1993	4
	Ley 190 de 1995	Todo
	Decreto 2539 de 2005	Todo
	Código contencioso administrativo	Todo
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
Información primaria	Ley 87 de 1993	Todo
	Ley 190 de 1995	12, 40, 51, 56 a 61, 65, 77, 78
	Ley 594 de 2000	Todo
	Constitución política de 1991	15, 20, 23
	Ley 134 de 1994	7, 8, 9
	Ley 152 de 1994	Todo
Información secundaria	Constitución política de 1991	20
	Ley 87 de 1993	1, 2
	Ley 850 de 2003	Todo
	Ley 594 de 2000	Todo
	Ley 909 de 2004	Todo
	Actos administrativos expedidos por la entidad	Acuerdos, resoluciones, y

		reglamentos de la ESE
Sistemas de información	Ley 87 de 1993	3, 4
	Ley 190 de 1995	48, 49, 53
	Ley 298 de 1996	7
	Ley 489 de 1998	36, 37
	Ley 715 de 2001	32, 66, 93
	Decreto 2145 de 1999	12, 21
	Directiva presidencial 12 de 2002	Todo
	Ley 594 de 2000	Todo
	Documento conpes 3072 de 2004	Todo
	Directiva presidencial 02 de 2000	Todo
	Constitución política	334, 339
	Decreto 11 de 1996	8, 9, 68
	Decreto 841 de 1990	2, 5, 7, 22, 26, 28, 32, 34
	Decreto 1363 de 2000	19
	Decreto 4110 de 2004	Todo
Comunicación organizacional	Constitución política de 1991	16, 20
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
Comunicación informativa	Constitución política de 1991	15, 20, 23, 74, 78, 268, 270, 272, 274, 277, 284
	Ley 42 de 1993	36 a 41, 46
	Ley 80 de 1993	66
	Ley 734 de 2002	3
	Ley 489 de 1998	22, 23, 33, 34
	Directiva presidencial 12 de 2002	Todo
	Resolución orgánica 0544 de 2003 CGR	Todo
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
Medios de comunicación	Ley 87 de 1993	4
	Ley 190 de 1995	76
	Directiva presidencial 01 de 1997	Todo
Autoevaluación del control	Ley 87 de 1993	Todo
	Decreto 2145 de 1999	Todo
Autoevaluación de gestión	Ley 87 de 1993	4
	Ley 42 de 1993	12

	Resolución 048 de 2004 CGN	14
	Decreto 1537 de 2001	3
Evaluación del sistema de control interno	Ley 87 de 1993	3, 4, 8, 9
	Ley 42 de 1993	9, 18
	Resolución 048 de 2004 CGN	13 a 17
	Decreto 2145 de 1999	Todo
	Decreto 1826 de 1994	Todo
	Decreto 1537 de 2001	Todo
	Normas de auditoría generalmente aceptadas	Todas
Plan de mejoramiento institucional	Ley 87 de 2003	4
	Resolución 048 de 2004 CGN	13, 14, 15, 17
	Resolución orgánica 0544 de 2003 CGR	Todo
Planes de mejoramiento funcional (por proceso)	Ley 87 de 1993	4
	Resolución 048 de 2004 CGN	13, 14, 15, 17
	Resolución orgánica 0544 de 2003 CGR	Todo
Planes de mejoramiento individual	Ley 87 de 1993	4
	Resolución 048 de 2004 CGN	Todo
	Resolución orgánica 0544 de 2003 CGR	Todo

16. MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL S.C.I.

Para alcanzar la sostenibilidad y mejoramiento del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 en la institución a través del tiempo, el nivel directivo y los servidores de la entidad deben propender por el mejoramiento continuo de cada uno de los elementos y componentes del sistema de control interno desarrollado por la ESE, de tal forma que comparativamente, de año en año, se pueda apreciar la madurez del mismo.

En este sentido, para lograr la sostenibilidad y el mejoramiento continuo del sistema de control interno institucional, se hace necesario revisar periódicamente las políticas de operación del proceso como tal, y efectuar los ajustes necesario en el tiempo, actualizaciones que deben contar con el concepto previo del comité de coordinación de control interno y calidad.

El mantenimiento y mejora del modelo, se consigue a través de operatividad de todos los instrumentos, herramientas y productos generados por la ESE, frente a cada subsistema, componente y elemento desarrollado; estableciéndose en la empresa el siguiente direccionamiento para su eficaz funcionalidad:

- Cumplimiento del plan anual de formación y capacitación del recurso humano.
- Ejecución de las políticas de incentivos, estímulos, y bienestar social del talento humano.
- Disposición de todas las herramientas desarrolladas por la organización del proceso MECI, en medios tanto físicos como virtuales, facilitando su consulta permanente por parte de los líderes, coordinadores, dueños de procesos, y servidores en general de la ESE.
- Desarrollo de las actividades de inducción y realización de jornadas de reinducción.
- Desarrollo y ejecución del plan anual institucional de auditorías.
- Realización programática de comités de apoyo institucionales (asistenciales y administrativos), en especial el de coordinación de control interno y calidad.

- Optimización y desarrollo de las políticas de información y comunicación pública de la entidad.

- Presentación de informes y reporte mensual de indicadores de gestión por parte de los líderes y/o coordinadores de procesos, utilizando el formato estandarizado de informes de gestión por procesos definido por la ESE.

- Monitoreo permanente de los POA'S y planes de acción de cada vigencia fiscal, por parte de los coordinadores y lideres de procesos.

- Seguimiento, evaluación y actualización de los riesgos operacionales según las matrices adoptadas por la empresa, para su identificación, valoración y análisis, y políticas de administración.

- Elaboración de los diferentes planes de mejora, tanto funcional, individuales e institucional, producto de las acciones de autocontrol y autoevaluación de la gestión realizadas directamente por los servidores públicos, lo mismo que sobre los resultados de las auditorias llevadas a cabo por control interno y calidad; para lo cual se debe utilizar el formato estandarizado por la empresa para documentar dichas acciones.

- Efectuar diagnósticos sobre la funcionalidad de los elementos del sistema existente, asegurándose la toma de los correctivos y actualizaciones que deban originarse en el tiempo.

ANEXOS

RELACIÓN INSTRUMENTOS DEL S.C.I DESARROLLADOS

INSTRUMENTO	CÓDIGO	VER.	ACTO ADMINISTRATIVO ADOPCIÓN
Adopción Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y creación Comité		1	Acuerdo 004/2007
Plan de estímulos			Res. 541A / 2008
Código de Resarcimiento Cliente interno y externo	CR-HSC-09	1	Res. 544A/2008
Plan de Capacitación	PCA-HSC-09	1	Res. 546A/2008
Plan Anual de Auditoria	PAA-HSC-09	1	Res. 003 /2009
Código de ética	CE-HSC-09	1	Res. 009 / 2009
Código de Buen Gobierno	CBG-HSC-09	2	Res. 010 / 2009
Plan de Comunicación pública	PCO-HSC-09	1	Res. 012/ 2009
Plan de Bienestar	PB-HSC-09	1	Res. 016 / 2009
Mapa de Procesos			Res. 025 / 2009
Manual de Inducción y Reinducción	MIR/HSC-09	2	Res. 026 / 2009
Manual del Usuario	MU-HSC-09	1	Res. 027 / 2009
Manual de Auditoría Interna	MAI-HSC-09	1	Res. 032 / 2009
Manual de Políticas Contables	MPC-HSC-09	1	Res. 033 / 2009
Manual de Archivo y tablas de retención Documental	MAT/HSC-09	2	Res. 039 / 2009
Manual de procesos y procedimientos	MPP-HSC-09	2	Res. 040 / 2009
Estandarización formatos planes de mejora, planes de acción e informes de gestión	FPI-HSC-09	1	Res. 043 / 2009
Manual políticas de administración del riesgo	MPAR-HSC-09	1	Res. 044 / 2009
Manual de indicadores de gestión	MIG-HSC-09	1	Res. 046 / 2009
Estructuración Nomograma institucional	NOR-HSC-09	1	Res. 047 / 2009
Manual de operaciones del sistema de control Interno	MOS-HSC-09	1	Res. 048 / 2009
Manual de desempeño laboral	MDL-HSC-09	1	Res. 049 / 2009