

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011**Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:****NORMA NATALY RODRIGUEZ RODRIGUEZ****Período evaluado: Diciembre – Marzo 2015****Fecha de elaboración: Abril 06 de 2015****CONTROL DE PLANEACION Y GESTION****Avances**

- La entidad cuenta con documento que contiene los valores y principios actualizados, los cuales fueron concertados con los funcionarios del Hospital San Vicente.
- Se realizó difusión de los valores y principios corporativos a través del comité de Bioética.
- Se actualizó el manual de funciones y se realizó estudio de cargas.
- Se aprobó el programa de formación y capacitaciones con resolución No. 0.209 de 2014.
- Se actualizó y aprobó el procedimiento de inducción y reinducción del personal para el año 2014.
- Se dio cumplimiento a las actividades comprometidas en el programa de bienestar social e incentivos.
- Durante el año se realizaron actividades de capacitaciones para el personal asistencial y administrativo contratado con el ICONTEC tales como: Gestión del Riesgo, Taller práctico de formadores de auditorías internas, documentación de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2008, Guía metodológica para la implementación de un sistema de gestión de calidad.
- Se cumplió con lo estipulado en la ley 909 de 2004, en cuanto a la calificación de los empleados de carrera administrativa.
- La entidad cuenta con plan de desarrollo aprobado y en ejecución.
- La entidad cuenta con plataforma estratégica actualizada en el año 2013 y existen soportes de difusión y otras actividades que demuestran su socialización durante el año 2014.
- La entidad cuenta con objetivos institucionales que hacen parte integral de la planeación de la entidad.
- Se cumplió con el seguimiento a los planes operativos anuales vigencia 2014.
- Se suscribió durante el año acuerdo de gestión con la Subdirección Científica.
- Se cumplió con algunos de los macrocomites programadas durante la vigencia 2014.
- Se aprobó el manual de contratación en junta directiva Acuerdo No. 008 de 2014
- Se aprobó manual de supervisión en junta directiva Acuerdo No. 007 de 2014.
- La entidad cuenta con mapa de procesos actualizado año 2013 donde se evidencia una interrelación de los procesos.
- Existen soportes que demuestran la socialización y difusión del Mapa de proceso y procedimientos de la entidad.
- Se desarrolla la actualización de las caracterizaciones de los procesos Misionales.
- El Nomograma fue actualizado vigencia 2014.
- La entidad cuenta con procedimientos que le permiten evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios; se generan informes mensuales de análisis de la satisfacción al usuario por la oficina Gestión de apoyo al usuario.
- Se han establecido indicadores para los planes, programas y proyectos de la entidad, de igual manera cada proceso tiene indicadores que permiten la medición de la gestión
- Existen soportes del seguimiento realizado a los indicadores por parte de los líderes de los procesos y de las acciones correctivas que se toman frente a los mismos.
- La entidad cuenta con soportes que demuestran la socialización y difusión de las políticas.
- Se evidencia manual de procedimientos y de calidad actualizado en el año 2013.
- Se asignó a una profesional de enfermería exclusivamente para dar cumplimiento a la política seguridad del paciente y la política de humanización.
- Se realizó rendición de cuentas por parte de la Dirección.
- La entidad ostenta una política de Administración del riesgo; se evidencian soportes de su socialización; de la misma manera se observa mapa de riesgos por cada uno de los procesos de la entidad donde se generaron registros de identificación del riesgo, análisis del riesgo,

valoración del riesgo y se generaron controles.

- La entidad cuenta con mapa de riesgos anticorrupción diseñado para el año 2014.
- La oficina de control interno realizó seguimiento al mapa de riesgos anticorrupción.
- Se realizaron por parte de la oficina de control interno, capacitaciones sobre Administración del Riesgo.
- Se actualizaron los tableros de indicadores de los procesos estratégicos, misionales y apoyo.

Dificultades

- Aunque se actualizó el manual de funciones este no ha sido aprobado en junta directiva.
- La estructura organizacional de la entidad se encuentra desactualizada, no es flexible y efectiva, no facilita la gestión de la entidad.
- Si bien, se da cumplimiento a la evaluación del desempeño de los servidores públicos del estado, no se han establecido estrategias para mejorar la elaboración y concertación de compromisos laborales.
- La entidad no cuenta con Plan Anual de Cuentas que permita conocer las metas planificadas por año.
- El Gerente público de la Subdirección Administrativa no concertó Acuerdo de Gestión con el superior Jerárquico durante el tiempo que estuvo en el cargo.
- No se evidenciaron las evaluaciones de los Acuerdos de gestión de los Gerentes Públicos por parte de la Dirección.
- No se evidenció evaluación del Plan de gestión del Director.
- Se presentan retrasos en el cumplimiento de los cronogramas establecidos en el Plan Hospitalario.
- No se evidencia documento año 2014 donde se halla actualizado el PAMEC.
- No se cumplió con el cronograma establecido mensual de los comités administrativos y misionales.
- Se deben actualizar algunos procedimientos, guías, manuales, POES, de procesos y subprocesos de la entidad.
- Se deben generar informes de resultado y análisis de la socialización de los indicadores con el fin sean tenidos en cuenta en las decisiones gerenciales.
- Durante el año se detectó incumplimiento en el reporte de los indicadores de gestión de los procesos de Jurídica, sistemas de información, Epidemiología, Biomédica.
- Durante la vigencia 2014 no se actualizó el listado maestro del proceso de Gestión de Calidad y de cada uno de los procesos.
- Aunque se cuenta con código de Buen Gobierno en el que se encuentran inmersas las políticas corporativas requiere de su actualización.
- Carencia de políticas contables.
- Carencia de políticas contabilidad – Tesorería
- Carencia de políticas contabilidad – Cartera
- Carencia de políticas contabilidad – Almacén
- Carencia de políticas contabilidad – Presupuesto
- Carencia de políticas financiera.
- Aunque existe política de Talento Humano no se evidencian prácticas y medición a la política.
- La política de administración del riesgo debe ser actualizada teniendo en cuenta el nuevo enfoque de la plataforma estratégica.
- El mapa de riesgos institucional requiere de actualización.
- Los riesgos detectados en los procesos Asistenciales y Administrativos de la entidad no se han podido mitigar por falta de recursos financieros e infraestructura.
- Aunque se han generado resultados sobre efectividad de los controles no se han mejorado los controles frente al riesgo.

CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Avances

- La oficina de control interno realizo capacitación sobre la cultura del autocontrol en todos los procesos asistenciales y administrativos.
- La entidad cuenta con procedimiento de auditoria interna actualizado año 2014.
- Se realizó actualización de las listas de verificación de las auditorías internas, haciéndolas integradas con los sistemas MECI-CALIDAD y la Resolución 2003 de 2014.
- La entidad cuenta con plan de auditoria debidamente aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno.
- Se dio cumplimiento al programa de auditorías establecido vigencia 2014, al igual que se cumplió con el segundo ciclo de auditorías prioritarias.
- Se realizó y se presentó el informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2014.
- La oficina de control interno realizo capacitación sobre planes de mejoramiento.
- Se reevaluaron los compromisos adquiridos dentro del plan de saneamiento fiscal y financiero, teniendo en cuenta recomendaciones del ministerio de Hacienda.
- La entidad cuenta con procedimientos que permiten hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento como producto de las auditorías internas desarrolladas durante el 2014.
- Los procesos cuentan con planes de mejoramiento derivados de las auditorias.
- La entidad cuenta con plan de saneamiento fiscal y financiero.

Dificultades

- Durante el cuatrimestre no se realizó autoevaluación.
- No se realiza seguimiento continuo a las acciones generadas de los productos y/o servicio no conforme.
- No se generan informes del seguimiento de las acciones plantea en los eventos adversos y producto y/o servicio no conforme.
- Durante el cuatrimestre la oficina de control interno no realizó seguimiento a los planes de mejoramiento por que no se contó con la actualización de los mismos por parte de los procesos.

EJE INFORMACION Y COMUNICACION

Avances

- Existen soportes de los mecanismos que identifican la información externa, como son las encuestas de satisfacción al usuario que son tabuladas y generan un informe mensual, se cuenta con buzones de sugerencias, y se reciben las peticiones, quejas y reclamos, finalmente se reporta indicador de satisfacción mensual.
- Se actualizaron las tablas de retención documental TRD y se está a la espera de su respectiva aprobación, para ser socializada y hacer uso de ellas.
- Se actualizo el manual de procedimientos de calidad
- Se actualizaron los servicios habilitados en la entidad en cumplimiento a la norma 2003 de 2014.
- Se actualizo y socializo el Normograma.
- La entidad cuenta con la política de comunicaciones.
- La entidad cuenta con ventanilla de unidad de correspondencia.
- La entidad cuenta con un software DINAMICA GERENCIAL, el cual condensa y guarda toda la información financiera, recursos físicos, talento humano e historias clínicas.
- La entidad cuenta con página web, carteleras comunitarias, como medios de acceso a la información con que cuenta la entidad.
- Se realizaron reuniones con la asociación de usuarios y veedores.

Dificultades

- parte de la documentación interna aplicada en la entidad no se encuentra sistematizada.
- Durante la vigencia 2014 no se publicaron los resultados de los indicadores de gestión en la página web de la entidad, ni carteleras.
- Durante el último trimestre del 2014 no se cumplió en su totalidad con el indicador de

satisfacción del usuario por falta de personal para la aplicación de las encuestas.

- La oficina de gestión atención al cliente y comunicaciones no ha tomado acciones correctivas producto de las quejas y reclamos más reiterativos presentados por los usuarios.
- No se han elaborado las tablas de valoración documental.
- Cumplimiento parcialmente de la Ley 594 de 2000, TRD teniendo en cuenta que algunos procesos no están archivando la documentación en los elementos solicitados por la norma para la conservación de la documentación.
- No se ha diseñado matriz de comunicaciones ni guía de comunicaciones.
- Aunque existe una política de comunicaciones no se ha revisado para posibles ajustes y su cumplimiento.
- No se cuenta con manejo organizado o sistematizado de la correspondencia.
- No se cuenta con depósito para guardar la información de los backts.
- El software DINAMICA GERENCIAL, presenta serias deficiencias debido a que no se cuenta con un contrato de actualización y parametrización de los módulos.
- Existen falencias en la calidad de la información en algunos módulos de la entidad debido a que se debe ingresar la información manual lo que genera incertidumbre sobre su integridad. Es de aclarar que estas falencias se presentan por falta de funcionalidad de algunos aplicativos que no funcionan en una forma más integral.
- No se cuenta sistematizada la totalidad de las actividades que se consignan en las historias clínicas.
- La página web no ha sido actualizada con la última información generada por la entidad.
- El portafolio de servicios no ha sido actualizado.
- No se evidencia avances significativos en la aplicación de la ley 962 de 2005 Anti trámites, y en el link gobierno en línea.
- No se evidencia el uso de las carteleras por los procesos.
- La entidad no ha identificado los usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidas sus productos y/o servicios, con el fin de establecer las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.

Estado general del Sistema de Control Interno

La entidad no ha logrado una consolidación en su sistema integrado de gestión, producto principalmente en la carencia de recursos financieros lo que ha limitado la aplicabilidad de controles que ayuden a superar los riesgos y la deficiente cultura del autocontrol de los servidores públicos en especial los líderes de los procesos.

De acuerdo a los resultados emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto a la Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno – MECI y Calidad vigencia 2014, se obtuvo una calificación del nivel de madurez del MECI de **67.7% SATISFACTORIO**.

Los resultados se despliegan de la siguiente manera de acuerdo a cada uno de los factores evaluados. ENTORNO DE CONTROL 3.28% nivel de madurez intermedio, INFORMACION Y COMUNICACIÓN 3.57% nivel de madurez intermedio, DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO 3.12% nivel de madurez intermedio, ADMINISTRACION DEL RIESGO 4.48% nivel de madurez satisfactorio, SEGUIMIENTO 4.07% nivel de madurez satisfactorio.

Recomendaciones

La Oficina de Control Interno considera que es importante que la administración propenda por realizar acompañamiento, seguimiento y medición de las actividades desarrolladas en la entidad hospitalaria además que persista en las acciones que contribuyen a lograr un sistema de gestión que opere con calidad y con niveles altos de satisfacción de los clientes por los servicios prestados, de la misma manera, que impulse un sistema propositivo de la mejora continua.

Por lo que se recomienda:

1. Disponer los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura requeridos para fortalecer, mantener y mejorar continuamente el Modelo Estándar de Control Interno MECI.
2. Fortalecer la oficina de planeación para que desarrolle las estrategias que permitan consolidar y mantener del Sistema Integrado de Gestión.
3. Retomar, impulsar y mantener personal que desarrolle las actividades de MECI, como también exigir el cumplimiento de las funciones del Representante de MECI-CALIDAD y del equipo MECI. Donde se asegure actividades como: jornadas de capacitación referidas al MECI, en concordancia con el SIG, utilidad del modelo en la gestión institucional armonizándolos con las normas que la Entidad tiene implementada y debe implementar como son la NTCGP 1000, OSHAS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN, GARANTIA DE LA CALIDAD etc.,. Las mencionadas jornadas de capacitación deben involucrar los Directivos de la Entidad, pues el compromiso es de todos. Se debe publicar la información generada en la Entidad, de conformidad con los lineamientos de gobierno en línea; adicionalmente, identificar y divulgar la información que debe ser publicarla en la intranet y portal institucional. Publicar información como por ejemplo los riesgos de corrupción, el panorama de riesgos, el plan operativo, los indicadores, mapa de riesgos institucional, el PAMEC, autoevaluaciones etc...
4. La Entidad debe fortalecer el plan de capacitación de tal manera que se promueva la excelencia a través del desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público, mejorar los estímulos, realizar campañas de inducción y re inducción, entre otras.
5. Reevaluar los indicadores de gestión de los proceso Estratégicos, Misionales y Apoyo con el fin de medir la eficacia, efectividad y eficiencia de los procesos, así como mejorar el análisis de los mismos.
6. Generar políticas y controles en el proceso financiero de la entidad ya que no existe un engranaje entre las áreas de facturación, contabilidad, costos, tesorería, almacén y cartera; generando así, inconsistencias y diferencias contables significativas en estas áreas, razón por la cual los estados contables no reflejan la realidad financiera de la entidad.
7. Se recomienda a los líderes de los procesos Asistenciales y Administrativos, retroalimentar al equipo de trabajo, sobre las actividades realizadas por el proceso.
8. Se recomienda exigir a los líderes de los procesos asistenciales y administrativos mayor compromiso y participación en las capacitaciones programadas por los líderes de los procesos, Gestión de la calidad, Garantía de la calidad y control interno, con el fin de aportar al mejoramiento continuo de la entidad.
9. Propender por la entrega de la nueva construcción; teniendo en cuenta que la mayoría de los hallazgos detectados en las auditorías en los procesos, son resultado de la infraestructura inadecuada de la entidad hospitalaria.
10. Dar estricto cumplimiento al cronograma de Macro comité dado su gran importancia de retroalimentación y consecución de medidas preventivas.
11. Dar estricto cumplimiento al cronograma de Plan Hospitalario.
12. Realizar por parte de la alta Gerencia espacios de comunicación a los funcionarios de la entidad y con la participación de la comunidad sobre las gestiones realizadas durante cada semestre.
13. Se recomienda realizar los seguimientos a los planes, programas, proyectos, compromisos etc. adquiridos por los líderes, Gerentes públicos, comités etc...
14. Reactivación y exigir cumplimiento de las obligaciones de los comités anti trámites y gobierno en línea, y saneamiento contable.
15. Contratar mantenimiento del software DINAMICA GERENCIAL, el cual presenta deficiencias en la mayoría de sus módulos.
16. Realizar los ajustes de manera inmediata de los cambios surgidos en la actualización del MECI. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno MECI aprobado mediante Decreto 943 de 2014, teniendo en cuenta el incumplimiento en que se encuentra la entidad.
17. Asegurar en el subproceso contable que se elaboren las políticas contables y se adelanten las actualizaciones de las normas contables NIIF, así como agilizar la depuración contable.
18. Asegurar en los procesos de Farmacia y Almacén que se tomen los controles teniendo en

cuenta que los inventarios físicos no coinciden con los registros generados por el software DINÁMICA GERENCIAL.

19. Asegurar se adelanten las actividades de corrección fiscal requeridos por la Revisora Fiscal en el dictamen de Revisoría Fiscal, debido a que el resultado es un dictamen con salvedades.

NORMA NATALY RODRIGUEZ RODRIGUEZ
ASESORA OFICINA CONTROL INTERNO
HOSPITAL SAN VICENTE ARAUCA ESE