

# INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno,  
o quien haga sus veces:

María del Pilar Chaves Sánchez

Período evaluado: Febrero a Junio 2015

Fecha de elaboración: Julio del 2015

A continuación se da un informe del desarrollo de los Módulos, en donde se describe el avance y las dificultades encontradas en el periodo evaluado.

## MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

### Avances

Se está dando cumplimiento al Plan Institucional de Capacitación 2015.

Se realizaron las encuestas para la medición del clima organizacional.

Se realizó la Evaluación por Desempeño del período Agosto de 2014 a Enero de 2015 para todos los funcionarios del Hospital.

Se llevó a cabo la actualización del Manual de Funciones del Hospital.

Se realizan jornadas de capacitación al usuario en temas relacionados con los derechos y deberes del paciente, seguridad del paciente y trato humanizado.

Se realizó seguimiento a los acuerdos de gestión de 2014 con el grupo directivo de la Institución; el último se llevó a cabo el 26 de mayo de 2015 en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

Las reuniones del Comité de Coordinación de Control Interno se siguen realizando el tercer lunes de cada mes y cuando se requiere.

El Comité de GAGAS se está realizado mensualmente.

Se está realizando capacitación en Atención Humanizada con enfoque al Usuario, familia y trabajador, en la cual hay asistencia del personal de mensajería y vigilancia.

Se llevó a cabo en la institución la jornada para aplicar las 5'S, Seiri (clasificación y descarte), Seiton (organización), Seiso (limpieza), Seiketsu (higiene y visualización) y Shitsuke (disciplina y compromiso), en la cual se involucraron todos los funcionarios, como parte del mejoramiento continuo.

La institución cuenta con los recipientes de colores según la clase de residuos que se van a depositar, que permiten unificar la segregación y presentación para facilitar su adecuada gestión.

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero este año no cuenta con un informe de seguimiento que evidencie que se están realizando las acciones y que se identifique el porcentaje de avance.

La ejecución presupuestal de ingresos de 2014 es de 106.1%, de acuerdo con la facturación radicada y la de gastos fue de 92.4%.

El Hospital cuenta con un Banco de Proyectos, para lo cual se capacitaron 39 líderes en la formulación de proyectos con la metodología MGA.

Se actualizó y publicó el Mapa de Procesos y la Estructura Organizacional de la Institución; está pendiente la socialización a los funcionarios.

*MP*

La herramienta DARUMA está terminando la implementación del módulo de documentos; su avance es incipiente, teniendo en cuenta que dicho proceso se está llevando a cabo hace varios años.

Se avanza en el cumplimiento del Decreto 1151 de 2008 sobre los parámetros y lineamientos dados para la Estrategia de Gobierno en Línea.

Se están realizando acciones para dar cabal cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 y su Decreto Reglamentario 103 de 2015.

La primera fase del proyecto de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales-PTAR se encuentra finalizada.

### **Dificultades**

Se cuenta con el Plan de Acción Institucional, el cual fue presentado a Junta Directiva el 2 de Julio para su aprobación y al fecha no se encuentra publicado como lo determina la Ley 1474 de 2011, artículo 74.

Siendo el POAI un instrumento de gestión que permite integrar el presupuesto anual con las prioridades definidas en el Plan de Desarrollo, es indispensable realizar su seguimiento, lo cual no se evidencia.

No se encuentra en la Oficina Asesora de Planeación la radicación de todos los planes de acción por proceso, como tampoco el seguimiento del primer trimestre, lo que pone en riesgo la gestión de cada proceso y el de la Institución.

La Institución no cuenta con un esquema de almacenamiento externo de la información, lo cual genera un riesgo de pérdida de información.

La institución cuenta con 33 Comités Institucionales con resolución de creación, pero sólo 21 están cumpliendo. Los Comités son órganos de asesoría para la alta gerencia, de allí la importancia de que todos funcionen.

A la fecha de la auditoría no se conoce el valor de los activos.

Las TRD – Tablas de Retención Documental se diseñaron y son de conocimiento de los diferentes procesos; falta su implementación.

La Institución no cuenta con una política de Compras, lo que se convierte en un riesgo de corrupción al llevar a cabo las compras sin contar con una directriz institucional.

No se cuenta con una guía institucional para que cada proceso genere un programa de inducción específico para el personal que se vincula al Hospital por primera vez.

La Institución ha mejorado en muchos aspectos que son requisito para la Acreditación, en especial lo relacionado con los protocolos y guías de buenas prácticas para la seguridad del paciente, sin embargo hay debilidades en la adherencia a las mismas.

El Normograma institucional aún se encuentra desactualizado.

El Plan de Comunicaciones no se encuentra documentado.

## MÓDULO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

### Avances

Se está dando cumplimiento al Programa Anual de Auditorías Internas de la vigencia 2015, enfocado en los procesos priorizados para acreditación.

La Oficina Asesora de Control Interno participa el programa de Inducción y Reinducción que se realiza mensualmente en la institución, donde se fomenta el control y se informa sobre el rol que cumple.

Se presentó el informe ejecutivo anual con un resultado en el índice de madurez del 63.8%, clasificado en intermedio. Igualmente, la encuesta de Actualización de MECI, lo cual está aún en dicho proceso debido a los ajustes que se están realizando por el cambio en estructura organizacional y el modelo de operación por procesos, con miras a la acreditación.

Igualmente, se presentó el Informe del Sistema de Control Interno Contable con un resultado de 3.61, clasificado en el nivel satisfactorio.

De otra parte se presentó el informe del software al DNDA el 20 de marzo de 2015, verificando el cumplimiento de normas de uso de software.

Se realizó la Audiencia de Rendición de Cuentas, vigencia 2014, el 25 de marzo de 2015.

Los informes de ley se han rendido en forma oportuna: Rendición de Cuentas en Línea, Informe de Austeridad del Gasto, Informe semestral de Atención al Usuario y el Informe Pormenorizado.

En abril se realizó seguimiento al Plan de Acción de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, el cual presentó un avance del 68%.

### Dificultades

No fue posible realizar seguimiento al Mapa de Riesgo Institucional Consolidado ajustado, debido a que al mes de abril, fecha para su seguimiento, la Institución no contaba dicho Mapa.

Hoy se cuenta con el Mapa Riesgo Institucional Consolidado, el cual presenta debilidades en la formulación de los riesgos de corrupción y sus acciones de control.

El seguimiento realizado a las Alianzas Estratégicas ha tenido limitantes en el alcance debido a que la información es insuficiente por parte de interventores y supervisores, lo que genera un riesgo al no tener claridad en la información y suficientes elementos que permitan determinar su efectividad.

La autoevaluación del control y de la gestión es un elemento activo y básico para la mejora continua, por cuanto dinamiza la forma como se desarrolla el control interno en la entidad; éste presenta debilidades en los procesos de la Institución, lo cual repercute en el nivel de madurez del Sistema de Control Interno.

## ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Los planes de mejoramiento, los planes de acción, el mapa de riesgos e indicadores son herramientas básicas para la gestión; pero no son asumidas así por la mayoría de los procesos, lo que denota poco interés en estos instrumentos, razón por la cual no generan impacto en los resultados de la gestión del mismo proceso y en el de la institución; dando como resultado un Sistema de Control Interno que no logra llegar al nivel satisfactorio.

## RECOMENDACIONES

Cumplir con el Plan de Acción Institucional, teniendo en cuenta es el último año para dar cumplimiento al plan de desarrollo.

Realizar seguimiento al cumplimiento del POAI.

Realizar asesoría y acompañamiento a los procesos que están pendientes de diseñar el plan de acción por proceso y realizar el seguimiento, el cual es insumo para la evaluación de la gestión de los mismos.

Socializar e interiorizar en los funcionarios de la Institución el Mapa de Procesos y la Estructura Organizacional.

Realizar la gestión para que la Institución cuente con un esquema de almacenamiento externo de la información.

A la fecha de este informe no se cuenta con la valoración de activos de la Institución.

Diseñar la política de Compras Institucional.

Realizar acciones para la aprobación, publicación y socialización del Plan de Comunicaciones Institucional.

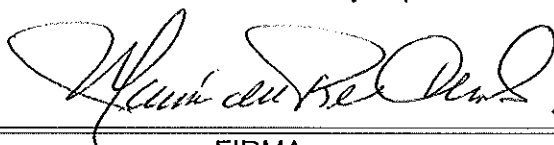
Diseñar una guía institucional para que cada proceso genere un programa de inducción específico para el personal que se vincula al Hospital por primera vez.

Fortalecer la metodología de diseño, implementación y seguimiento de indicadores para los procesos de apoyo, como herramientas de gestión y base para la toma de decisiones.

Avanzar en la consecución de un esquema de almacenamiento externo de la información, minimizando así el riesgo de pérdida de información institucional.

Actualizar permanentemente el Normograma Institucional, de tal forma que se convierta en una herramienta de consulta en el desempeño de las funciones.

Cumplimiento de los lineamientos del Manual de Interventores y Supervisores.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan de los Rios', is written over a horizontal line.

FIRMA