

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: Octubre 2014 a Enero 2015

Fecha de elaboración: Febrero 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

En el 2014 se realizaron jornadas de capacitación sobre la normatividad y el uso de la herramienta SIGEP (Sistema de Información y Gestión del Empleo Público) y se avanzó significativamente en el ingreso de la información de los funcionarios a dicho Sistema, dando cumplimiento a la norma.

Se da cumplimiento al procedimiento estandarizado para el otorgamiento de incentivos con el propósito de elevar la eficiencia, la satisfacción y el desarrollo del personal y en su labor en la buena atención al usuario.

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

Se ha realizado seguimiento a los acuerdos de gestión con directivos de la Institución; el último se llevó a cabo en septiembre del 2014.

El Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno se ha realizado mensualmente, desde su creación en abril de 2014.

Se cumplió con la programación de los talleres para el 2014 en temas relacionados con la función pública, Ley 734 de 2002 y Estatuto Anticorrupción.

El Hospital se encuentra en rendición, a la Secretaría Departamental de Salud para su seguimiento, del informe del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero correspondiente al IV trimestre 2014, para la posterior evaluación por parte del Ministerio de Hacienda.

La Institución cuenta con el Estatuto de Contratación y el Manual de Contratación actualizados, los cuales están debidamente aprobados por la Junta Directiva y publicados en la página web e intranet de la institución; igualmente, cuenta con el Manual de Supervisión e Interventoría.

Este año se dio inicio al funcionamiento del software Servinte Clinical Suite Administrativo en el Hospital para mejorar la integralidad de los sistemas.

Se actualizó el Mapa de Procesos de la Institución y se socializó en la intranet.

La herramienta DARUMA está en proceso de implementación; se ha dado capacitación a los funcionarios para la visualización de documentos.

Se dio inicio a la Digitalización de Historias Clínicas por parte de la Empresa PGE Servicios.

Está en ejecución el proyecto de Gestión Documental: diagnóstico integral de archivos, digitalización, ajuste y aplicación de TRD.

La Autoevaluación de la Gestión Institucional se realizó en octubre de 2014 con presentación de indicadores.

La Dirección Operativa de Servicios de Salud realiza con regularidad el seguimiento de sus indicadores con los subdirectores de las UES y presenta avances en la Dirección General.

Se publica en el SECOP los actos administrativos, los documentos, contratos y en general los actos derivados de la actividad precontractual y contractual, dando cumplimiento a la norma.

El Hospital para atender las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias –PQRS- de sus usuarios, tiene disponible para el servicio del ciudadano ocho (8) canales de atención, así: Buzón de Sugerencias, Correo Electrónico, Correo Postal, Encuestas de Satisfacción, Fax, Atención personalizada, Vía Telefónica y Página Web.

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

El sexto ciclo de autoevaluación para acreditación se ejecutó en los meses de Septiembre a Noviembre del año 2014. Al inicio del año 2015 se realizó el diagnóstico del cumplimiento de los estándares de acreditación con la asesoría de una empresa particular para la realización de los ajustes, con el fin de cumplir parte de los requisitos y confirmar el reconocimiento como Hospital Universitario.

En enero de este año quedó en firme el Plan de Mejoramiento de la Auditoría Regular y Fiscal, realizada por la Contraloría Departamental a la vigencia 2013.

Difficultades

No existe programa de inducción específico para el personal que se vincula por primera vez al Hospital.

La Institución no cuenta con un esquema de almacenamiento externo de la información.

No se presentó a aprobación el Plan de Acción Institucional a la Junta Directiva, según lo establecido en los estatutos.

El Normograma Institucional no se encuentra actualizado.

En enero se puso en producción la Historia Clínica Electrónica en la cual se evidencian debilidades en el proceso de admisión, debido a que en la planeación de la implementación no se incluyó una fase de transición con el área de Archivo de Historias Clínicas, lo que denota falta de comunicación y lo cual generó el riesgo de pérdida de información de la atención al paciente.

Se diseñó el Plan de Comunicación y de Medios en 2014, falta su aprobación, socialización y aplicación.

MÓDULO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Avances

Se dio cumplimiento al PGA de la vigencia 2014, en el que se incluyeron auditorías internas de gestión a los procesos misionales.

Se realizó la Evaluación de la Gestión Institucional dando cumplimiento a la Ley 909 de 2014 y fue remitida a la Dirección General el Enero 30 de 2015. Igualmente se ha realizado en forma oportuna la Rendición de Cuentas en Línea a la Contraloría Departamental, el Informe de Austeridad del Gasto, el Informe Semestral de Atención al Usuario y el Informe Pormenorizado.

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

Se dio inicio a las actividades de Actualización del MECI de acuerdo con las fases propuestas y las fechas de cumplimiento, liderado por la Oficina de Gestión de Calidad. La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la fase de diagnóstico, del cual se socializaron las debilidades encontradas y las recomendaciones sugeridas en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno. No se han finalizado las fases de la actualización del MECI en su totalidad, debido a los cambios en el mapa de procesos y en la estructura organizacional para lograr su

articulación. Además, se han realizado ajustes en los documentos que comprenden la actualización como caracterización de los procesos, procedimientos y guías, entre otros, y se han realizado otras actividades que apuntan tanto a la Actualización del MECI, como al cumplimiento de planes de mejoramiento y al logro de los estándares de acreditación.

Se realizó el tercer seguimiento al cumplimiento de las acciones del Plan de Acción de Lucha contra la Corrupción y al Mapa de Riesgos Consolidado (riesgos por proceso y de corrupción del 2014) y se publicó en la página web de la Institución oportunamente.

Se realizó seguimiento al cumplimiento de las obligaciones del Contratista de Vallepharma, y se realizó auditoría puntual a Miocardio S.A.S., de los cuales se presentaron los informes a la Dirección General en los meses de Diciembre de 2014 y de Enero de 2015, respectivamente, siendo socializados en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

Dificultades

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, pero éste presenta debilidades en los procesos de la Institución, lo cual repercute en el nivel de madurez del Sistema de Control Interno.

Se ha mejorado la formulación de los Planes de Mejoramiento por proceso y la suscripción de los mismos, sin embargo se requiere mayor acompañamiento y asesoría de parte de la Oficina Asesora de Control Interno a los procesos, así como también en la administración del riesgo.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno debe ser asumido por todos y cada uno de los funcionarios de la Institución. Actualmente se está realizando la actualización del MECI, herramienta que facilita la gestión y el mejoramiento continuo de los procesos en cumplimiento de los objetivos institucionales.

RECOMENDACIONES

Diseñar 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 medición, 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 pérdida de información institucional.

Diseñar el Manual de Imagen Corporativa de la institución.

Actualizar permanentemente el Normograma para que sea una herramienta de consulta eficiente.

Fomentar la Cultura de autoevaluación del control y de la gestión como responsabilidad de cada funcionario y de cada uno de los procesos.



FIRMA