

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: Marzo a Junio del 2016

Fecha de elaboración: Julio 2016

A continuación se da informe sobre el desarrollo de los Módulos, de acuerdo con la estructura del MECI, en donde se describe el avance y las debilidades encontradas en el periodo evaluado.

MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Avances

1. Como resultado del Informe Ejecutivo Anual se obtuvo un Indicador de Madurez de MECI de 72.25%, que corresponde a la fase SATISFACTORIO, lo cual indica, según el DAFP, que "La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de los riesgos."
2. Se cuenta con el Plan de Capacitación Institucional para el 2016 y se le está dando cumplimiento. En el mes de junio se realizó capacitación en RCP (soporte vital).
3. Se está realizando el diagnóstico del riesgo psicosocial; se inició en Central de Esterilización, para luego aplicar a toda la Institución.
4. Con base en los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario se realizó "Reconocimiento Humanización" al personal de diferentes áreas.
5. El Mapa de Riesgo Institucional para la vigencia 2016 se actualizó y se aprobó en Comité de Coordinación de Control Interno.
6. Se realiza el reporte oportuno de indicadores de obligatorio cumplimiento - Decreto 2193/2004.
7. El grado de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2012-2015 fue del 76%.
8. El Hospital está realizando acciones para enmarcarse en la Ley 550 de 1999 para continuar cumpliendo con su función social.
9. El Hospital adoptó un Plan de Austeridad articulado con el Plan de Salvamento con el fin de alcanzar el equilibrio financiero, con miras a consolidar su sostenibilidad financiera.
10. Se dio cumplimiento al diseño y publicación del Plan de Acción de Lucha Contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano y al Mapa de Riesgos de Corrupción. En abril 2016 se realizó el primer seguimiento al cumplimiento de acciones registradas en dicho plan y en el mapa mencionado.
11. La Mesa de Transparencia creada bajo la Resol DG-3581/13 está cumpliendo el cronograma de reuniones 2016.
12. Se realizó el primer ciclo de autoevaluación de la calidad en la atención con la metodología de Paciente Trazador a todas las áreas de hospitalización...
13. La Política y la Metodología para la Administración del Riesgo se están actualizando.
14. Se reactivó el Comité de Archivo.
15. La Institución socializó el resultado de la encuesta de percepción del clima laboral realizada el año anterior; para realizar intervención en las diferentes áreas, con el apoyo de la Universidad San Buenaventura,
16. Se cuenta con Política Ambiental actualizada y publicada y se han realizado reportes a las autoridades de vigilancia y control al DAGMA e IDEAM.

Dificultades

1. El Plan de Desarrollo 2016-2019 está en construcción.
2. No se cuenta con la matriz de indicadores de gestión consolidada, herramienta necesaria para el seguimiento de la gestión institucional.
3. Los Manuales de Funciones y Competencias Laborales de la Institución continúan en ajustes.
4. No se ha dado cabal cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1712 /2014, Ley de Transparencia y en el Decreto 1151 del 14 de abril del 2008, Gobierno en Línea.
5. El Equipo de Gestores de Calidad y MECI no está activado.
6. Se desconoce un documento oficial que defina las áreas correspondientes según la estructura organizacional existente.
7. El Normograma se encuentra desactualizado.
8. Las Tablas de Retención Documental no están implementadas en la Institución.
9. El Código de Ética y Buen Gobierno se encuentra desactualizado.
10. El Plan y la Política de Comunicaciones se encuentra desactualizado.
11. El sistema de información DARUMA no ha alcanzado el desarrollo necesario que permita mejorar la eficiencia y eficacia en los procesos de planificación institucional, estandarización de la operación, autoevaluación, administración de riesgo, indicadores, auditorías internas, planes de mejoramiento y fortalecimiento del control y seguimiento.
12. Se realiza la publicación de los contratos en el SECOP en cumplimiento de la norma; algunos no se han realizado dentro de los tres (3) días siguientes a la expedición del contrato.
13. Algunos supervisores de los contratos incumplen con el seguimiento del que son responsables, según lo estipula el Manual de Interventoría y Supervisión del HUV.

MÓDULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Avances

1. Se cuenta con el Programa Anual de Auditorías de la vigencia 2016, al cual se le está dando cumplimiento.
2. La Oficina de Control Interno está realizando en equipo la revisión de acciones correctivas y las de mejora, plasmadas en los planes de mejoramiento institucionales y de procesos, según lo establecido en el Instructivos Gestión de Planes de Mejoramiento.
3. La Oficina de Control Interno participa mensualmente en el Programa de Inducción y Reinducción, donde se fomenta el autocontrol y se enfatiza sobre el rol que desempeña la Oficina de Control Interno; además, se realiza actividades para fomentar el autocontrol durante las auditorías a los procesos.
4. La Rendición de Cuentas en Línea, el Informe de Austeridad del Gasto, el Informe de Atención al Usuario y el Informe Pormenorizado, se han rendido en forma oportuna.
5. El Hospital está ejecutando dos Planes de Mejoramiento Institucional, uno con Supersalud y otro con la Contraloría Departamental.

Dificultades

1. Durante el desarrollo de las auditorías a los procesos se realiza acciones para la sensibilización en la importancia de la autoevaluación del control; sin embargo no ha logrado un avance representativo este elemento básico para el mejoramiento continuo.
2. Se percibe baja celeridad en la gestión de los procesos, dificultando la entrega de información oportuna cuando es requerida por los Líderes de los Procesos, Alta Gerencia y Entes de Control Interno y Externo.

Ampl

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El autocontrol, principio del MECI que permite evaluar y controlar el trabajo que realiza cada servidor, no se está llevando a cabo en los procesos de forma articulada con la planeación, lo cual afecta el cumplimiento de los objetivos institucionales. Los planes de acción, planes de mejoramiento, indicadores, mapas de riesgos e informes de auditorías no son asumidas por los procesos como herramientas de gestión para el mejoramiento continuo.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar el Plan de Desarrollo y los planes de acción de acuerdo con los tiempos que dicta la Metodología para la Planeación Estratégica de la Institución.
2. Diseñar matriz de indicadores de gestión consolidada, herramienta necesaria para el seguimiento de la gestión institucional.
3. Concluir los ajustes de los Manuales de Funciones y Competencias Laborales de la Institución y socializarlos.
4. Dar cabal cumplimiento a Ley 1712 /2014, Ley de Transparencia y al Decreto 1151 del 14 de abril del 2008, Gobierno en Línea.
5. Activar el funcionamiento del Equipo de Gestores de Calidad y MECI y dar cumplimiento a las funciones estipuladas en la Resolución DG-4344-2014.
6. Publicar y socializar a todo el personal de la Institución las áreas que conforman cada proceso de acuerdo con la estructura organizacional.
7. Actualizar el Normograma de la Institución.
8. Fortalecer el autocontrol por parte de los procesos, en actividades como el seguimiento a planes de acción, matriz de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento.
9. Realizar las gestiones necesarias para implementar las Tablas de Retención Documental de la Institución.
10. Actualizar el Código de Ética y Buen Gobierno, publicarlo y socializarlo.
11. Actualizar el Plan y la Política de Comunicaciones, publicarlos y socializarlos.
12. Realizar la gestión necesaria para que la herramienta de gestión DARUMA alcance el desarrollo necesario que permita el seguimiento y control, para el mejoramiento Institucional.
13. Realizar acciones necesarias para que los supervisores e interventores cumplan con las obligaciones establecidas en el Manual de Supervisión e Interventoría.
14. Publicar los contratos y toda la documentación relacionada, en forma oportuna en el SECOP en cumplimiento de la norma.



MARIA DEL PILAR CHAVES SÁNCHEZ

Jefe Oficina de Control Interno

FIRMA