

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 - junio 2017

Fecha de elaboración: julio 2017

Este informe fue establecido por el artículo 9 de la ley 1474, Estatuto Anticorrupción, en él se precisan las fortalezas y debilidades de cada uno de los módulos de acuerdo con la estructura de Modelo Estándar de Control Interno MECI – Decreto 943 de mayo 21 de 2014,

El presente informe sobre el Estado del Sistema de Control Interno busca aportar al mejoramiento de la gestión en la Entidad y tiene como insumo el seguimiento a la gestión durante el cuatrimestre marzo a junio del 2017 y el cumplimiento de los compromisos de los procesos institucionales.

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Componentes y elementos que permiten asegurar razonablemente que durante la planeación y la ejecución se tienen los controles necesarios para su realización

Avances

Componentes: Talento Humano — Direcciónamiento Estratégico — Administración del Riesgo

1. Mediante acuerdo 008 del 2017 se adopta el Plan de Desarrollo y se aprueba el Plan de Acción Institucional, los cuales se encuentran publicados en la página web de la Institución.
2. La socialización del Plan de Desarrollo se está realizando en las charlas de inducción y reinducción que se realizan cada mes en la Institución.
3. Por correo electrónico y en la intranet se convocó a la Comunidad Hospitalaria a participar de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2016, la cual se realizó el 27 de marzo del 2017.
4. En mayo se publicó en el boletín de la Oficina Coordinadora de Talento Humano los resultados de la encuesta de Bienestar Social.
5. En la intranet se encuentra publicado el plan de mantenimiento de equipos biomédicos, industriales e infraestructura de 2017.
6. Se realizó la elección de funcionarios por parte de los trabajadores para integrar la Comisión de Personal con vigencia abril 2017 hasta abril 2019, quienes se designaron mediante la Resolución GG-1435-2017 y según la Resolución GG-1230-2017 se designó a los representantes de la entidad. Mediante Resolución GG-1917-2017 se nombra a los representantes de la administración que hacen parte del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo -COPASST- y se convoca a elecciones de los representantes de los empleados, período 2017-2019. Las elecciones se realizaron el 20 de junio de 2017.
7. Con Resolución GG-1416-2017 se realiza apertura a la convocatoria para conformar el Comité de Convivencia Laboral.
8. Como acción de mejora por hallazgos de la Contraloría, el Hospital participó en el mes de junio de 17 en Diplomado en Contratación Pública que dictó la Escuela Superior de Administración Pública-ESAP, a través de la oficina de Gestión de Talento Humano- PIC del HUV.
9. Dentro del PIC, el proceso de Gestión Logística, Hospitalaria y Ambiental realiza la socialización del Plan de Gestión integral de Residuos generados en la atención en salud del HUV.
10. En la página web se encuentra el seguimiento a mayo de 2017 de los indicadores de satisfacción y oportunidad de respuesta a las PQRSF.

Dificultades

1. No se cuenta con matriz de indicadores de gestión consolidada en la Entidad.
2. No se da total cumplimiento a lo estipulado en Ley 1712 del 2014 - Ley de Transparencia.
3. El DARUMA se adquirió con el fin de contar con una herramienta informática que permitiera 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 del sistema de gestión integral de la calidad, lo cual no se ha cumplido, lo que incrementa el riesgo de fallas en el control a la gestión por no contar con una herramienta tecnológica apropiada.

MÓDULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Considera aspectos que permiten valorar la efectividad del control interno; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; y los resultados de la gestión

Avances

Componentes: Autoevaluación Institucional — Autoevaluación del Control y Gestión

1. La Oficina de Control Interno está dando a cumplimiento al plan de acción del proceso, en el que está registrado los seguimientos a los diferentes planes de mejoramiento y a otros planes y programas.
2. Se dio inicio al 8 ciclo de autoevaluación en el proceso de acreditación.
3. Los informes de ley se han rendido en forma oportuna.
4. En cumplimiento a la Ley 1474 del 2011, se realizó el primer seguimiento al Plan de Acción de Lucha contra la corrupción y de Atención al Ciudadano 2017, con un avance a la fecha del 25%.
5. Se realizó el segundo seguimiento al plan de mejoramiento de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.
6. Según los resultados del seguimiento al Plan de Austeridad del Gasto, mediante los resultados del análisis de la racionalización del gasto, presenta incremento del 12.73% en el primer trimestre de 2017, en relación con el último trimestre de 2016.
7. Se modificó el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno según resolución GG-2476-201, en el cual se modifica las funciones según el Decreto 648 de 2017.

Dificultades

1. Se identifica debilidad institucional en el diseño de las acciones correctivas planteadas para los diferentes hallazgos, por lo cual los planes de mejoramiento no logran el impacto esperado.
2. La autoevaluación de la gestión, responsabilidad de todos y cada uno de los funcionarios de la Institución, no se realiza en forma permanente lo cual no ha permitido un mayor avance en el desarrollo de los elementos del MECI.
3. La Estrategia Anticorrupción no ha sido implementada en su totalidad y como lo estipula el DAFP, en su versión 2.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

Vincula a la Entidad con su entorno, facilita la ejecución de sus operaciones internas y la participación directa del usuario.

Avances

1. La Institución adquirió almacenamiento (NAS Lenovo) de 22 teras, con lo cual se minimiza el riesgo de pérdida de información.
2. El Hospital cuenta con Intranet para la divulgación de información interna a nivel institucional.
3. Se cuenta con computadores alquilados, propios y en comodato suficientes para suplir los requerimientos en la Institución.
4. Se cuenta con configuración de alta disponibilidad en respaldos para el archivo de imágenes diagnósticas.
5. Se está realizando el diagnóstico específico de la parametrización para llegar a la integralidad de los sistemas.
6. Se obtuvo el indicador de madurez del MECI vigencia 2016, con un resultado de 68.52%, manteniendo el nivel satisfactorio, a pesar de que se presentó una disminución de 3.73 puntos porcentuales para la Evaluación del Sistema de Control Interno del DAFP.
7. El Hospital ha dado respuesta a las diferentes solicitudes objeto de Control Social.

Dificultades

1. No se cuenta con un esquema de almacenamiento externo generando un riesgo alto en la seguridad de la información.
2. Las Tablas de Retención Documental no están implementadas en la Institución, incumpliendo lo estipulado en el artículo 24 de la Ley 594 de 2000.
3. No se evidencia el Programa de Gestión Documental.
4. Se ha presentado inconvenientes con la información institucional por los ataques informáticos.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El estado actual del Sistema de Control Interno del Hospital se ha mantenido en el nivel satisfactorio a pesar de las dificultades. Se observa el compromiso del Direccionamiento y de los demás procesos en el mejoramiento continuo para el logro de la acreditación, continuando con la reorganización administrativa, para el cumplimiento de su misión.

RECOMENDACIONES

- Realizar acciones para contar con la matriz de indicadores de gestión consolidada.
- Dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia.
- Contar con el esquema de almacenamiento externo para garantizar la seguridad de la información.
- Realizar acciones para actualizar e implementar las tablas de retención documental.
- Implementar el Programa de Gestión Documental.
- Involucrar al personal de cada proceso en la identificación del riesgo y en las acciones para mitigarlos, generando así mayor compromiso y responsabilidad en su control.
- Realizar las gestiones necesarias para que DARUMA opere en su totalidad y así aprovechar las bondades de dicha herramienta, realizando monitoreo y control de manera permanente al mejoramiento del Sistema de Control Interno en la Entidad.
- Mejorar el diseño de las acciones correctivas planteadas para los diferentes hallazgos.
- Realizar autoevaluación de la gestión de los procesos con mayor frecuencia.
- Implementar la Estrategia Anticorrupción según los lineamientos del DAFP.



MARIA DEL PILAR CHAVES SÁNCHEZ

Jefe Oficina de Control Interno

FIRMA

