

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 2013 a Enero 2014**

Fecha de elaboración: **Febrero del 2014**

Subsistema de Control Estratégico

A continuación se da un informe del desarrollo de cada uno de los Subsistemas, en donde se describe el avance en la Institución hasta el periodo evaluado y se describen las dificultades presentadas en el proceso.

Dificultades

No se evidencia informe de evaluación del Plan de Desarrollo que incluya análisis de indicadores por Objetivo Estratégico.

No existen informes de seguimiento al Plan Operativo Anual de Inversiones del Plan de Desarrollo 2012-2015 aprobado por Junta Directiva, que permitan además del seguimiento, efectuar toma de decisiones gerenciales por parte del Director General y Junta Directiva.

Los procesos de la institución no cuentan con un programa de inducción específico del área y no hay una directriz institucional para el diseño del mismo.

La Estructura Organizacional de la Institución tiene falencias en la articulación con el Mapa de Proceso, lo que impide una gestión basada en procesos.

En el seguimiento a los riesgos institucionales, se identificó que en muchos procesos se encuentran riesgos que no son representativos del área.

Se evidencia manejo de riesgos por áreas y no por procesos, lo que dificulta su seguimiento.

Avances

El Hospital cuenta con un Código de Ética Institucional, desde el año 2007, el cual fue modificado en el año 2012, bajo la Resolución DG-0097-12, adicionando ítems referentes a los deberes y derechos de los usuarios. Tanto el código como la resolución están publicados en la intranet para consulta de todos los funcionarios.

Se está llevando a cabo la actualización del Mapa de Riesgo Institucional, con la participación de los procesos, realizando una mejor identificación del riesgo de cada área y las acciones para mitigarlos.

Existe un Manual de Funciones donde se especifica el Perfil para cada uno de los Cargos de la Institución, sin embargo debe fortalecerse el Proceso de Selección y Vinculación de Personal que se realiza a través de Agremiaciones.

Debe fortalecerse las Evaluaciones de Desempeño a los Funcionarios de Planta, generando Planes de Mejoramiento Individual cuando se requiera.

Está en vigencia el Plan de Desarrollo diseñado para la vigencia 2012 – 2015.

Se cuenta con planificación y ejecución del desarrollo de la 5ta autoevaluación de Estándares del Sistema Único de Acreditación

Se encuentran en funcionamiento 13 quirófanos, mejorando oportunidad en la atención

En cumplimiento de la Ley 1474/ 2011, se diseñó el Plan de Acción Anticorrupción y se publicó en pagina web, al igual que el avance de las acciones en los tiempos estipulados por la norma.

El programa de inducción y reinducción en la institución se realiza permanentemente y se evidencia asistencia del personal. Todos estos programas están diseñados con énfasis en seguridad del paciente: diplomado banco de sangre,

diplomado en seguridad del paciente, programa de reforzamiento estudiantes de práctica integral, simposios de enfermería, programas de salud ocupacional, entre otros.

La evaluación de desempeño para los funcionarios de carrera administrativa se encuentra actualizada.

Se realizó la evaluación del clima organizacional en el primer semestre del año. Desde Talento Humano se ha convocado al personal al plan de acción en la intervención del clima laboral.

Se conformó la Comisión de Personal y se reúnen mensualmente, donde se da respuesta a todas las inquietudes formuladas por los funcionarios.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Se identifica debilidad en la comunicación descendente al interior de la organización y en algunos procesos.

Se evidencian procesos que no cuentan con políticas para su cumplimiento o no se ajustan a la realidad (políticas contables, de compras, de pagos, política de adquisición de préstamos a terceros etc)

Se Diseñaron y elaboraron las TRD de acuerdo a la Ley 594/2000, pero éstas no están implementadas en la institución.

Falta integralidad en los sistemas.

A pesar de que se cuenta con el DARUMA, ésta herramienta aún no se ha implementado en la Institución.

Se debe fortalecer la metodología de diseño e implementación de indicadores para los Procesos Administrativos, Financieros y de Apoyo, como herramientas de gestión y base para la toma de decisiones.

El Estatuto de Contratación se encuentra desactualizado.

Se carece de procedimiento institucional transversal de custodia de documentos.

Avances

Se evidencia mejoramiento en las Tics con la instalación de aplicaciones, levantamiento y aprobación de procedimientos enfocados al uso del Sistema, parametrización del aplicativo, entrenamiento a líderes formadores y usuarios operativos.

Los procesos asistenciales rinden los resultados de sus indicadores oportunamente al Ministerio de la Protección Social.

La Institución cuenta con diferentes mecanismos para desarrollar la información primaria y secundaria – Cartelera-Intranet-Correo Organizacional-, además implementó la Ventanilla Única.

Se utiliza como medios de comunicación la página web y el intranet donde se publica información pertinente a la gestión de la Institución, además de boletines de prensa, comunicados y entrevistas.

El Hospital cuenta con el CIAU (Centro de Información y Atención al Usuario) donde se reciben, tramitan y se resuelven las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulan y que tienen que ver con la misión del Hospital.

Se cuenta con un link en la página web del Hospital donde el ciudadano puede presentar sus quejas o denuncias, como también de sugerencias, en cumplimiento del Estatuto Anticorrupción.

El Hospital cuenta con los siguientes canales para tramitar las PQRS: Encuestas, buzones, ventanilla única, atención personal del CIAU, Correo, página web y teléfono. Las encuestas reflejan un 89% de usuarios satisfechos.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

Son incipientes las acciones en el proceso de autoevaluación del control y de la gestión por cada uno de los procesos

institucionales, bajo la responsabilidad de los servidores que dirigen y ejecutan los procesos y sus colaboradores, lo cual no permite que el Sistema de Control Interno logre mayor madurez.

Se evidencian dificultades en la formulación de los Planes de Mejoramiento resultantes de las diferentes auditorías y la suscripción de los mismos a la Oficina Asesora de Control Interno para su seguimiento.

Avances

La Oficina de Control Interno Disciplinario diseñó la cartilla sobre el Régimen Disciplinario del Servidor Público, se realizó socialización por página web a todos los colaboradores de la institución, constituyéndose en una herramienta de consulta para todos los funcionarios.

Se encuentra elaborado Plan de Mejoramiento Institucional que dan respuestas a las observaciones y se han realizado los seguimientos, los cuales se han radicado oportunamente al Ente de Control.

En enero 2014 se llevó a cabo la Evaluación Cualitativa por Procesos al cumplimiento de los compromisos establecidos en los Planes Operativos, en cumplimiento de la Ley 909 del 2004 y Circular 4 del 2005 del DAFP.

Existe Matriz Institucional para el registro de Acciones de Mejoramiento por Proceso, metodología diseñada para el reporte de acciones resultado de las diferentes auditorías que se realicen dentro de la institución, constituyéndose en una herramienta muy útil de autoevaluación por cada una de las áreas.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La institución cuenta con la implementación del MECI y se encuentra en la etapa de mantenimiento, que de acuerdo con la aplicación de la encuesta realizada en octubre del 2013, la percepción de los trabajadores dio un resultado de 3,23, que según el criterio es calificado como satisfactorio.

RECOMENDACIONES

Ajustar el Plan de Desarrollo, Plan Financiero y Plan de Inversiones de acuerdo con el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero reformulado y aprobado por la Junta Directiva.

Establecer una directriz institucional que incluya en todos los planes de acción de los diferentes procesos e informes de Gestión, lo referente a Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, Programa de Seguridad del Paciente, Sistema de Control Interno (MECI), Plan Anticorrupción.

Actualizar el Estatuto de Contratación del HUV con base en la Ley 1150/2007, Decreto 1510 2013 y Resolución 5185 del 4 de diciembre de 2013 del Ministerio de salud y Protección Social, por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual.

Diseñar e implementar un procedimiento de custodia de documentos, que sea transversal en la Institución.

Continuar con los Programas de Inducción y Reinducción para los funcionarios nuevos y antiguos, en procura de propiciar mayor sentido de pertenencia y una cultura enfocada en el autocontrol que impacte proactivamente en el mejoramiento continuo de la Institución.

Diseñar estrategias de mercado para la generación de ingresos a la Institución.

FIRMA