

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: Julio a Octubre del 2016

Fecha de elaboración: Noviembre 2016

El informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno, 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 subsistemas, estratégico, de gestión y de evaluación, así como el estado general del Sistema del Control.

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 — Dirección Estratégico — Administración del Riesgo

1. El Hospital ha realizado acciones para actualización de los principios y valores, dentro de la construcción del Plan de Desarrollo, el cual no ha sido finalizado.
2. El Plan de Capacitación Institucional para el 2016 está siendo ejecutado, destacando que en el mes de septiembre se realizó capacitación en RCP asistencial, emergencias y desastres y seguridad del paciente.
3. En el mes de octubre Salud Ocupacional realizó la convocatoria a los funcionarios de la Entidad para la elección de Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, COPASO, en cumplimiento al Decreto 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales y Decreto 1443 del 2014, por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. El Hospital realizó la Semana de la Seguridad y la Salud en el Trabajo del 22 al 26 de agosto de 2016, con alta participación del personal que labora en la Institución.
5. Bajo la Resolución GG 2958 de Septiembre de 2016, la Institución adopta para los funcionarios el Programa de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos 2016, en cumplimiento del Decreto Ley 1567 de 1998, por el cual se crea el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado.
6. Se está ejecutando el Plan de Acción Institucional de 2016.
7. En el seguimiento realizado al Plan de Acción de Lucha contra la corrupción y de Atención al Ciudadano y al Mapa de Riesgos de Corrupción a agosto de 2016, se encontró desviaciones.
8. Se realizó también seguimiento al Mapa de Riesgo Institucional para la vigencia, en septiembre de 2016, aprobado en mayo de 2016 en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.
9. Algunos funcionarios del Hospital asistieron a la capacitación en Administración del Riesgo en Salud, dictada por el SENA con auspicio de ASOHOSVAL.
10. A la fecha de este informe la actualización a la Política y la Metodología para la Administración del Riesgo no ha sido aprobada.
11. SUPERSALUD aceptó la solicitud de promoción del Acuerdo de Reestructuración de Pasivos presentada por el Dr. Juan Carlos Corrales Barona, Gerente General (I) del Hospital, mediante la Resolución 003207 del 25 de Octubre de 2016.
12. El Hospital está ejecutando un Plan de Austeridad del Gasto, según Resolución 1812 de junio 7 de 2016, para reducción de gastos de funcionamiento e inversión y optimizar recursos, presentando una disminución del 18.29%, debido en mayor parte a la disminución de gastos de personal indirectos.

13. En Octubre 27 de 2016 el Hospital suscribió Convenio de Desempeño con el Departamento del Valle del Cauca, a partir del Proyecto de Inversión para fortalecer la gestión hospitalaria de la red pública del Departamento.
14. Se realizó por parte de Gestión de Calidad, a un número representativo de funcionarios, la Autoevaluación del Control al Sistema de Control Interno.
15. En octubre se realizó la Autoevaluación de la Calidad de la Atención, con la metodología de Paciente Trazador, informe que se encuentra publicado en la página web.

Dificultades

1. A la fecha de este informe no se cuenta con Plan de Desarrollo Institucional.
2. La Mesa de Transparencia creada bajo la Resolución DG-3581/13 y modificada mediante Resolución DG-0190-2015, en su Artículo Décimo- Reuniones, indica que las reuniones ordinarias deben realizarse una vez al mes; la última reunión se realizó en el mes de junio de 2016.
3. Se han realizado acciones que apuntan a la actualización del Código de Ética y Buen Gobierno; la última fue en marzo de 2014.
4. La ejecución presupuestal presenta un resultado negativo de \$31.201 millones a septiembre 30 de 2016.
5. Los Manuales de Funciones y Competencias Laborales de la Institución no están actualizados completamente.
6. Con la Resolución GG-3291-16, del 3 de noviembre de 2016, se ordena la apertura a la convocatoria para conformar la Comisión de Personal, debido a que con motivo de la reestructuración del Hospital, esta comisión se desintegró, quedando solo un funcionario, por lo cual no se ha podido atender las quejas y peticiones del personal.
7. Las actividades de inducción específica al cargo no cuenta con un procedimiento estandarizado.
8. No se ha dado cabal cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública y al Decreto 2573 de 2014, mediante el cual se establecen estrategias de Gobierno en Línea.

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. Se cuenta con el Programa Anual de Auditorías de la vigencia 2016, al cual se le está dando cumplimiento.
2. La Oficina Asesora de Control Interno participa mensualmente en el Programa de Inducción y Reinducción del 2016, donde se fomenta el autocontrol, así como en las auditorías.
3. 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.
4. El cuadro consolidado de PQRSF, se encuentra publicado en la página web con información hasta el mes de septiembre del 2016, clasificado por tipo de queja y por dependencia.
5. La evaluación de desempeño de los servidores públicos del período comprendido entre febrero 1 a julio 31 se presentó realizó en agosto de 2016.
6. Se realizó la rendición del Plan de Mejoramiento de la Contraloría en julio de 2016 y el segundo seguimiento al Plan de Mejoramiento de Supersalud, enviado en octubre de 2016.

Dificultades

1. La crisis por la que atraviesa la Institución, sumado a los cambios de responsables en las diferentes áreas, ha dificultado el normal desarrollo de las auditorías y la entrega de información clara y oportuna por parte de éstos, así como el seguimiento a los planes de mejoramiento y los seguimientos a los planes del Hospital, no evidenciando la efectividad esperada.
2. No se cuenta con la matriz de indicadores de gestión consolidada, herramienta necesaria para el seguimiento de la gestión institucional.
3. La autoevaluación del control y de la gestión presenta debilidades, lo cual repercute en el nivel de madurez del Sistema de Control Interno y en los resultados de gestión del proceso.
4. Se requiere una herramienta electrónica para monitorear y revisar el avance de los procesos de manera permanente.

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 entidad cuenta con 900 equipos de cómputo, de los cuales 530 trabajan mediante sistema Linux y 370 son alquilados, con software debidamente licenciado, los cuales contribuyen al desarrollo de la misión institucional.
2. Se cuenta con sistemas de información que le permite la captura, procesamiento y distribución de la información.
3. La divulgación de la información para los clientes y partes interesadas, se realiza a través de la página web de la entidad, en la cual se publica noticias, con un link de transparencia donde se publica y divulga la información pública en cumplimiento de la ley 1712 de 2014.
4. En el segundo semestre se realizó una segunda rendición de cuentas en octubre 4 de 2016, demostrando la gestión del I semestre de 2016 y el avance de la gestión de julio y agosto de 2016.

Dificultades

1. Con el fin de prevenir o evitar riesgos en la información contenida en los medios magnéticos con que cuenta la entidad, se tiene diseñado un Plan de Contingencia para la Administración de los recursos informáticos, previniéndose en la medida de lo posible aquellos riesgos o problemas como interrupción del fluido eléctrico regulado, inseguridad de la información, daños en los equipos y aparición de virus informáticos; dicho plan no ha sido aprobado, razón por la cual el riesgo de pérdida de la información es alto. Se cuenta con parte del almacenamiento, sin embargo se requiere que sea ampliado.
2. El Normograma, herramienta necesaria y de gran utilidad para los funcionarios, usuarios y comunidad hospitalaria en general, no se actualiza en forma permanente.
3. Las Tablas de Retención Documental no están implementadas en la Institución, incumpliendo lo estipulado en el artículo 24 de la Ley 594 de 2000.
4. Algunos de los Comités Institucionales de obligatorio cumplimiento no están funcionando en la forma debida, según seguimiento realizado por Gestión de Calidad en desarrollo del PAMEC.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Evaluación del MECI 2015 obtuvo un índice de madurez del 72,35%, con el cual se inició el año 2016, donde se identificó debilidades que a la fecha han sido levemente intervenidas, debido a la reorganización institucional que ha tenido el Hospital en esta vigencia; sin embargo el sistema de control interno implementado está funcionando, permitiendo la continuidad del servicio.

RECOMENDACIONES

Consolidar en una sola matriz los hallazgos institucionales registrados en las diferentes auditorías, internas y externas, así como también las desviaciones que se presenten en el logro de los objetivos identificadas en los comités internos de cada proceso; diseñar las acciones de mejora que se puedan cumplir, de acuerdo con la realidad institucional; realizar monitoreo permanente al cumplimiento de las mismas por parte de los líderes de los procesos, contribuyendo de esta manera al mejoramiento continuo del proceso y de la Institución.

Mantener actualizado el Código de Ética y Buen Gobierno y realizar actividades para su interiorización y socialización a todo el personal de Hospital, acorde con el direccionamiento estratégico.

Realizar las gestiones necesarias para que DARUMA opere en su totalidad y así contar con una herramienta para monitorear y revisar el avance de los procesos de manera permanente, por medio de mapas de riesgos, planes de acción y mejoramiento e indicadores, identificando las desviaciones y generando correctivos, lo cual permite la toma de decisiones en forma oportuna.

Dar cumplimiento a los Comités Institucionales, según la normatividad existente.



MARIA DEL PILAR CHAVES SÁNCHEZ

Jefe Oficina de Control Interno

FIRMA