

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 - Octubre 2015

Fecha de elaboración: Noviembre de 2015

A continuación se da un informe del desarrollo de los Módulos según la estructura del MECI, en donde se describe el avance y las dificultades encontradas en el periodo evaluado.

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Avances

1. El Hospital está en proceso de actualización del MECI, a la cual se dio inicio en agosto de 2014, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, fase que aún no terminada debido a que se modificó la Estructura Organizacional y el Modelo de Operación por procesos en 2014, lo cual conlleva a la actualización de la caracterización de cada proceso y de sus procedimientos, guías y formatos.
2. Se está dando cumplimiento a la programación de Inducción y Reinducción por parte de la Oficina de Gestión del Talento Humano, así como a los programas de seguridad y salud en el trabajo.
3. Se está realizando un despliegue informativo por la intranet y mediante carteleras con el propósito de sensibilizar a los funcionarios para que haya mayor participación en el programa de inducción y reinducción.
4. La Comisión de Personal se está reuniendo una vez por mes para el análisis de los casos presentados por los funcionarios de la institución, realizando la gestión pertinente.
5. La Evaluación de Desempeño se está realizando al personal de carrera.
6. El Plan de Comunicaciones se encuentra documentado y fue publicado en la intranet, está pendiente su socialización a los funcionarios.
7. La programación del Plan Institucional de Capacitación se está ejecutando.
8. El Manual de Funciones y Competencias Laborales se actualizó y está en ajustes mediante un plan de mejoramiento.
9. Se evidencia que se realizó el monitoreo del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Se realizó seguimiento a Diciembre de 2014 y al primer y al segundo trimestre de 2015.
10. El Plan Anual de Adquisiciones se publicó en julio 1 de 2015 en la página web, en el link de *Transparencia y acceso a Información Pública*.
11. En la herramienta Daruma se presenta avance en la parametrización del Plan de Acción y se continúa trabajando en el módulo de documentos.
12. Se cuenta con la Matriz Riesgos Institucional Consolidada, la cual se actualizó en marzo del 2015, igualmente cada proceso tiene identificado los riesgos del área.
13. El Proceso de Gestión Logística Hospitalaria cuenta con el cronograma del Comité del GAGAS y se realizan reuniones mensuales.
14. Se ha reunido el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno 2015 mensualmente, excepto en los meses de agosto, septiembre y octubre, por la situación coyuntural del Hospital.

Dificultades

1. Del Banco de Proyectos se han ejecutado algunos, debido a que no se han obtenido los recursos suficientes para su total ejecución.
2. Hay debilidades en el autocontrol por parte de los procesos, en actividades como el seguimiento a planes de acción, mapa de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento, lo cual afecta el cumplimiento de los objetivos institucionales.
3. La Metodología y las Políticas de Administración del Riesgo y el Instructivo para el Diligenciamiento de la Matriz del Mapa de Riesgos requieren actualización.
4. Se realizó en la Institución la encuesta de percepción del clima laboral por parte de una entidad externa; no se han socializado los resultados, como tampoco el plan de mejoramiento.
5. No se evidencia mecanismo específico para sugerencias de servidores. En el proceso de acreditación se colocó buzón de sugerencias durante unos días y no en forma permanente.
6. El personal con nombramiento provisional y vinculado por agremiaciones no cuenta con una evaluación de desempeño.
7. Existe el Programa de Bienestar y el de Incentivos, que no se está ejecutando según lo programado debido a la situación financiera del Hospital.
8. No existe procedimiento estandarizado de inducción específica al cargo.
9. El Plan de Acción Institucional se aprobó en julio 1 de 2015. A la fecha no hay seguimiento a dicho plan, por lo cual no se tiene un porcentaje de su cumplimiento y tampoco del Plan de Desarrollo.
10. No se cuenta con un seguimiento al Programa Operativo Anual de Inversiones, POAI, instrumento de gestión que permite integrar el presupuesto anual con las prioridades definidas en el Plan de Desarrollo, el Plan Indicativo y los Planes de Acción.
11. No se evidencia mayor avance en la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea y tampoco se ha conformado el comité. Se realizaron avances en el cumplimiento de la Ley de Transparencia.
12. No se han definido las áreas que pertenecen a cada dependencia según la modificación de la estructura organizacional, lo cual se requiere para la aprobación de las Tablas de Retención Documental por Comité de Archivo.
13. No se cuenta con el chat en la página web de la institución, herramienta virtual de comunicación de doble vía con los usuarios, contenida en el componente de Gobierno en Línea, *Interacción en Línea*, lo cual acerca los usuarios con la administración pública.
14. El Normograma se encuentra desactualizado y no se observa una directriz institucional para contar con esta herramienta de forma permanente, con las normas actualizadas que rigen a cada proceso.
15. No se cuenta con una matriz consolidada de indicadores para medir el comportamiento de la gestión e identificar alarmas tempranas para una toma de decisiones oportuna.
16. En el seguimiento a los riesgos se evidenció que los funcionarios desconocían los riesgos de corrupción y las acciones en las que estaban comprometidos.
17. El riesgo *No lograr el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud* se materializó al no contar con los recursos necesarios para atender con calidad y oportunidad a los usuarios.

MÓDULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Avances

1. El Programa Anual de Auditorías incluyó para la vigencia 2015 11 auditorías de gestión a los procesos, de las cuales se han realizado 8. Igualmente se ejecutaron auditorías puntuales a las alianzas estratégicas y se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos.
2. La Oficina Asesora de Control Interno participa mensualmente en el programa de Inducción y Reinducción para fomentar el autocontrol y enfatizar sobre el rol que desempeña esta Oficina.
3. La Rendición de Cuentas en Línea, el Informe de Austeridad del Gasto, el Informe de Atención al Usuario y el Informe Pormenorizado se ha realizado en forma oportuna.
4. Se radicó el plan de mejoramiento del cierre fiscal en la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.
5. Se realiza seguimiento a los indicadores en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.
6. En agosto se realizó el primer seguimiento al mapa de riesgos institucional y por proceso, en donde están incluidos los de corrupción, el cual presentó un avance de cumplimiento en las acciones del 63%; el último seguimiento se realizará en diciembre.
7. El seguimiento al Plan de acción de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano dio como resultado un avance en el estado de cumplimiento del 68%.
8. Se han realizado 7 seguimientos a planes de mejoramiento suscritos en la Oficina Asesora de Control Interno por los procesos auditados. Algunas acciones no se cumplieron por la situación de crisis del Hospital, debido a que requerían recursos financieros para su ejecución.

Dificultades

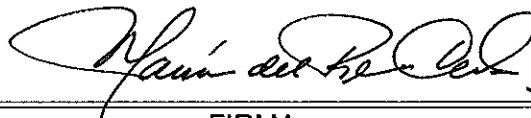
1. En el mapa de riesgo institucional están planteados 26 riesgos de corrupción, razón por la cual este mapa debe revisarse y ajustarse. Varios de los riesgos allí registrados son desconocidos por los procesos responsables de las acciones.
2. La autoevaluación del control y de la gestión presenta debilidades en los procesos de la Institución al no dar cumplimiento a los planes de acción y de mejoramiento resultantes, lo cual repercute en el nivel de madurez del Sistema de Control Interno.
3. El equipo MECI está conformado pero no ha sesionado durante este año.
4. No se evidencia seguimiento a los indicadores de gestión institucional, lo que denota una falta de cultura basada en el análisis, que dificulta determinar la eficiencia y la eficacia que se tiene en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
5. Los resultados de las auditorías internas de gestión no son asumidas por los procesos auditados con la suficiente importancia, lo que repercute en su mejoramiento.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Los planes de mejoramiento, planes de acción, matriz de riesgos e indicadores son herramientas básicas de gestión y control. El resultado de su seguimiento proporciona el conocimiento de cada proceso, de la consecución de sus objetivos y metas propuestos, permite tener una visión sistémica de la organización y así determinar mecanismos de control unificados para el mejoramiento de la Entidad. Sin embargo, algunos procesos no le dan la importancia debida a estas mediciones, razón por cual no es posible conocer los resultados de la gestión de los mismos, generando un Sistema de Control Interno que no presenta un mejoramiento notable.

RECOMENDACIONES

1. Gestionar recursos para la ejecución de los proyectos.
2. 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.
3. Actualizar la Metodología y las Políticas de Administración del Riesgo y el Instructivo para el diligenciamiento de la matriz del Mapa de Riesgos.
4. Socializar los resultados de la encuesta de percepción del clima laboral y el plan de mejoramiento diseñado.
5. Instalar buzón de sugerencias en forma permanente en la Institución para sugerencias de los servidores.
6. Implementar la evaluación de desempeño para el personal con nombramiento provisional y para el vinculado por agremiaciones.
7. Tener en cuenta el manejo presupuestal para la ejecución del Programa de Bienestar y el de Incentivos en la vigencia 2016.
8. Diseñar el procedimiento para las actividades de inducción específica al cargo e implementarlo en cada uno de los procesos institucionales.
9. Realizar seguimiento al Plan de Acción Institucional y al Plan de Desarrollo, dando a conocer el porcentaje de cumplimiento alcanzado, base para el diseño del Plan de Desarrollo siguiente.
10. Realizar seguimiento al Plan Operativo Anual de Inversiones, POAI, según la Metodología Institucional para la Planeación Estratégica.
11. Conformar el Comité de Gobierno en Línea y dar cumplimiento a la Ley de Transparencia e Información Pública.
12. Definir las áreas que pertenecen a cada dependencia según la modificación de la estructura organizacional para la aprobación de las tablas de retención, por parte del Comité de Archivo.
13. Implementar el chat institucional para dar cumplimiento a uno de los requerimientos del Gobierno en Línea.
14. Actualizar el Normograma Institucional.
15. Diseñar la matriz consolidada de indicadores Institucional para el seguimiento.
16. Ajustar el Mapa Riesgos Institucional Consolidado y socializarlo, de tal forma que todos los funcionarios queden sensibilizados para gestionar el tratamiento de los riesgos.
17. Sensibilizar a la Alta Dirección para que le de la importancia necesaria a los planes de acción y de mejoramiento, resultado de las autoevaluaciones y auditorías internas de gestión.
18. Poner en funcionamiento el equipo MECI para dinamizar su fortalecimiento.
19. Mejorar en el cumplimiento de los tiempos de presentación de los planes de mejoramiento y en el planteamiento de acciones efectivas.



FIRMA