

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO: SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2016

FECHA DE ELABORACION: AGOSTO DE 2016

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

AVANCES

- El Hospital cuenta con plan de desarrollo 2016 -2019 el cual fue aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo No.013 del 21 de julio de 2016 el cual define la Misión, Visión, valores y los objetivos estratégicos institucionales.
- Proceso de Planeación bien definido, direccionado desde la Gerencia, debidamente controlado con seguimiento periódico que permite tomar decisiones oportunas para el logro de los objetivos institucionales.
- La estructura organizacional está definida y aprobada de conformidad con el Acuerdo No.28 de 2015.
- El área de Planeación actualizó el Código de Ética y de Buen Gobierno el cual socializó con los funcionarios y publicó en la página web de la institución.
- Para el desarrollo de las competencias, Talento Humano construyó el Plan Institucional de Capacitación y el programa de inducción y reinducción para los funcionarios.
- Dentro del plan de bienestar se realizaron diferentes actividades tales como: Felicitaciones en el día de la Profesión, tarjeta de felicitación de cumpleaños, además del pago oportuno a los funcionarios.
- A través del área de Calidad se adelanta el proceso de acreditación con evaluación de los estándares en salud ordenados por la Ley 710 del 2012.
- La Alta Dirección facilita la comunicación y retroalimentación en los diferentes niveles de la Entidad.
- La entidad revisa y da respuesta a los diferentes, peticiones, quejas y reclamos, aplicando los correctivos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios internos y externos.
- La Gerencia direcciona la realización de los planes operativos de cada proceso con las metas, metas, objetivos e indicadores que son ejecutados por cada uno de los responsables y sus equipo de trabajo. El resultado es presentado en el Comité de Gerencia quienes verifican y analizan cada una de las metas, el resultado de los indicadores y se toman decisiones que quedan en las actas que se levanta.
- En cuanto a la administración del riesgo, el Hospital sigue la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- El hospital cuenta con política de administración del riesgo.
- Se hizo análisis y seguimiento a la matriz de riesgo de la institución por parte de la Oficina de Control Interno realizando las correspondientes sugerencias e identificación de los riesgos de corrupción.
- El Hospital en cumplimiento de la Ley 909 de 2004, el Decreto 1227 de 2005, la Ley 1010 de 2006 y la Resolución 652 de 2012 del Ministerio de Trabajo conformó el Comité de Convivencia Laboral, con el fin de prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo
- A partir de los contenidos estratégicos de la entidad, contenidos en la plataforma estratégica se



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"



ejecutan y planean los proyectos y planes operativos de las dependencias de la institución. Cada proceso contempla el cumplimiento de las acciones encaminadas al logro de dichos objetivos el cual son monitoreados por los líderes responsables de cada proceso.

- La ejecución de los recursos de acuerdo con el presupuesto de la institución es monitoreado en forma mensual con el fin de realizar los ajustes o modificaciones a que haya lugar de manera oportuna que permitan garantizar la operación y el desarrollo de las actividades del Hospital.
- El mapa de procesos de la Institución está conformado por 16 procesos, el cual se encuentran articulados de tal manera que la información circula a través de todas las dependencias y los procedimientos se encuentran debidamente documentados.
- La entidad cuenta con la caracterización de los procesos y procedimientos en la oficina de Calidad.
- Por lo anterior la Gerencia viene direccionando la calidad de la prestación de servicios, encaminado al mejoramiento continuo, la aplicación de los estándares superiores de calidad con la integración de los sistemas de calidad como son: Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional, Sistema de Gestión de la Calidad, Proceso de Gestión Documental, Sistema de Seguridad Informática y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con los cuatro componentes: Habilitación, Acreditación, Sistema de Información y Auditoría para el mejoramiento de la Calidad todo esto con el objetivo de brindar un mejor servicio a la comunidad.
- Existen puntos de verificación establecidos en el desarrollo de las actividades de los procesos que son evaluados periódicamente mediante indicadores que son socializados y analizados a través del comité de gerencia y Junta Directiva.
- Las auditorías internas realizadas generan recomendaciones que son direccionadas a la administración de la institución.
- La entidad cuenta con un plan de mejoramiento institucional suscrito con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, resultado del informe integral con modalidad regular del período auditado para la vigencia 2015.
- La entidad cuenta con un plan de mejoramiento institucional suscrito con la Superintendencia de Salud, resultado del informe integral con modalidad regular del período auditado para la vigencia 2014.
- Para atender el componente de información y comunicación el Hospital cuenta con la Oficina de atención al usuario el cual da respuesta a la PQRS del cliente interno y externo.
- La entidad cuenta con un manual de gestión documental y correspondencia que identifica claramente los tipos de documentos.
- El hospital tiene identificados y definidos los responsables de la administración y operación del sistema de información.
- Cuenta con página web, intranet, cartelera físicas, correo electrónico institucional, buzón de quejas y reclamos y una persona responsable del área de comunicaciones.

DIFICULTADES

- En la página web de la institución no se tiene un link para la publicación de elementos adicionales a los principios y valores como la seguridad industrial.
- La entidad no cuenta con mecanismos para evaluar los beneficios obtenidos frente a los eventos de bienestar y la adecuación del ambiente laboral.
- Para la construcción del Plan Institucional de Capacitación la entidad debe tener en cuenta insumos tales como PQRS, resultados de la evaluación del desempeño y resultados del clima cultural y organizacional.
- No se evidencia indicadores que midan la efectividad de las capacitaciones realizadas.
- No se realiza plan de mejoramiento individual como resultado de las evaluaciones de desempeño laboral ni de las PQRS presentadas por los clientes internos y externos.
- La entidad no tiene una página web que cumpla con los requerimientos de las TIC.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"



- Falta de funcionalidad del Comité de Gobierno en línea

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

AVANCES

- En el Hospital están definidas las políticas de operación por procesos.
- Se presentan en forma oportuna los informes e indicadores a los diferentes entes de control
- Se realiza monitoreo permanente por parte del Comité de Gerencia al avance de la gestión de los responsables de los procesos que sirve para la toma de decisiones, el control se realiza a través del seguimiento a los indicadores que son presentados en el Comité.
- La información de interés general es publicada en la página web.
- El Institución cuenta con una oficina de quejas y reclamos para atender las necesidades y sugerencias de los usuarios. A través de ella se realizan encuestas a los usuarios para determinar el nivel de satisfacción en los servicios prestados al Hospital.
- Se instalaron 10 buzones de sugerencias ubicados en los diferentes servicios del Hospital.
- El Hospital cuenta con los siguientes elementos de control: Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, Oficina de Control Interno, Oficina de Gestión de Calidad, Oficina de Planeación y herramientas técnicas y tecnológicas.
- Como resultado de la auditoria adelantada por la Contraloría se emitió concepto favorable, eficiente a la ejecución contractual con una calificación de 85.9 sobre 100.
- El área de Gestión Documental realizó capacitación en el manejo de las tablas de retención documental (TRD)
- Se inició con la implementación de la nueva plataforma tecnológica.
- Se amplió la sala de medicina interna en 12 camas
- Se amplió y remodelo el área de quirúrgicas con 9 camas

DIFICULTADES

- El Hospital no cuenta con un aplicativo actualizado que suministre la información de quejas y reclamos en forma automatizada por lo que la consolidación de la información se hace en forma manual por el área de atención al usuario.
- El porcentaje de respuesta por parte de los responsables de los procesos a las peticiones quejas o reclamos de los usuarios es muy bajo y demorado.
- Los líderes de los procesos no realizan un monitoreo permanente a los planes de mejoramiento que permita realizar en las fechas propuestas las acciones correctivas o de mejora a los procesos.
- No se realiza plan de mejoramiento sobre las quejas presentadas por los usuarios a través del SIAU.
- El hospital no cuenta con un sistema de costos eficaz, orientado a mejorar la información y facilitar un control eficiente de los mismos.
- No se verifica permanentemente por parte de los responsables de los procesos los controles a los mapas de riesgo con el fin de determinar su pertinencia y confiabilidad a la mitigación del riesgo.
- El área de sistemas no satisface las necesidades de sistematización de todas las



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"



dependencias.

- No se han realizado reuniones del Comité de Gobierno en línea "TICS"
- La página web no cumple con los requisitos exigidos por la normatividad vigente
- La parametrización del nuevo sistema presenta retraso, se evidencia avance del 57% debiendo estar en un 90%.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION

AVANCES

- Se efectuó por parte de la Oficina de Control Interno seguimiento al plan de mejoramiento establecido por la Contraloría Departamental y se realizaron las respectivas recomendaciones.
- Se efectuó la rendición de informes a los entes de control en las fechas correspondientes
- Se realizó seguimiento a los Comités institucionales.
- Se atendió la auditoría realizada por la Contraloría Departamental.
- Se dio respuesta a la Súper Intendencia Nacional de Salud sobre el avance del plan de mejoramiento suscrito con esa entidad.
- A través de los Comités de Gerencia se realiza permanente monitoreo a los indicadores de gestión presentados por los responsables de los procesos y se toman decisiones que lleven a la consecución de los objetivos.

DIFICULTADES

- No se verifica permanentemente por parte de los responsables de los procesos los controles a los mapas de riesgos con el fin de determinar su pertinencia y confiabilidad a la mitigación del riesgo.
- Los líderes de los procesos no realizan monitoreo permanente a los planes de mejoramiento que permitan cumplir con las acciones correctivas, preventivas o de mejora en los tiempos establecidos.
- Limitados recursos tanto físicos como humanos para atender todas las necesidades y frentes de la institución.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El hospital ha logrado implementar la gran mayoría de los elementos del Modelo Estándar de Control Interno en el que han intervenido los líderes de cada proceso de la entidad.

De la visita realizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca con el fin de auditar la vigencia 2015 se emitió en el informe final concepto favorable sobre el control de resultado con una calificación de 93.4 puntos, al evaluar los factores del control de gestión también se emitió concepto favorable, con relación a la gestión en la ejecución contractual la Contraloría emitió concepto eficiente con una calificación de 82 puntos y determina el fincamiento de las cuentas revisadas.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8



RECOMENDACIONES

- Atender de manera oportuna todas las dificultades o debilidades presentadas para poder continuar en el avance y fortalecimiento del Sistema de Control Interno
- Ampliación de la plataforma tecnológica y sistematización de todos los procesos del hospital
- Fortalecer la cultura del autocontrol, autoevaluación y administración del riesgo en cada uno de los procesos que permita su control oportuno.
- Fortalecer la cultura del seguimiento a las acciones correctiva, preventivas o de mejora de los planes de mejoramiento tanto internos como externos con el fin cumplir con las acciones de mejora propuestas.
- Fortalecimiento de la Oficina de Control Interno que permita realizar las actividades establecidas en las diferentes normas legales vigentes que exigen el control y seguimiento de la gestión institucional.
- Mejorar el nivel de desarrollo de la cultura del dato, en términos del mejoramiento del análisis de indicadores para la toma de decisiones.
- Revisar el indicador de satisfacción del usuario, a fin de medir no solamente el cumplimiento de requisitos durante la prestación del servicio, sino el nivel de cumplimiento de sus necesidades y expectativas.
- Verificar y actualizar permanentemente los mapas de riesgo por parte de los responsables de los procesos.
- Realizar la socialización a todo nivel de los riesgos de corrupción identificados en la actualización de la matriz de riesgo.
- Realizar seguimiento y cierre de hallazgos realizados por la Contraloría Departamental y la Superintendencia de Salud con el fin de mejorar y optimizar los procesos y dar solución a las desviaciones que afectan el cumplimiento de los objetivos misionales.

CARLOS ALBERTO HURTADO QUINTERO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO