

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011**Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:****NORMA NATALY RODRIGUEZ RODRIGUEZ****Período evaluado: Marzo - Julio****Fecha de elaboración: Julio 10 de 2015****CONTROL DE PLANEACION Y GESTION****Avances**

- La entidad cuenta con documento que contiene los valores y principios actualizados, los cuales fueron concertados con los funcionarios del Hospital San Vicente.
- Se realizó difusión de los valores y principios corporativos a través del comité de Bioética.
- Se actualizó el manual de funciones y se realizó estudio de cargas.
- Se aprobó el programa de formación y capacitaciones en comité de personal, Acta No. 011 de 2015.
- Se actualizó el procedimiento de Inducción y Reinducción.
- Se aprobó el programa de bienestar social en comité, Acta No. 01/2015
- Se está cumpliendo con el cronograma de martes de academia vigencia 2015.
- Se cumplió con lo estipulado en la ley 909 de 2004, en cuanto a la calificación de los empleados de carrera administrativa.
- La entidad cuenta con plan de desarrollo aprobado y en ejecución.
- La entidad cuenta con plataforma estratégica actualizada en el año 2013, durante lo corrido del año se ha continuado con su socialización por parte de los procesos de mejoramiento continuo.
- La entidad cuenta con objetivos institucionales que hacen parte integral de la planeación de la entidad.
- Se actualizaron y aprobaron los planes operativos anuales para la vigencia 2015.
- Se aprobó el manual de contratación en junta directiva Acuerdo No. 008 de 2014
- Se aprobó manual de supervisión en junta directiva Acuerdo No. 007 de 2014.
- Se continúa la socialización del mapa de procesos de la entidad en todos los procesos de capacitación realizado por el proceso de mejoramiento continuo.
- Se desarrolla la actualización de las caracterizaciones de los procesos Misionales.
- La entidad cuenta con procedimientos que le permiten evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios; se generan informes mensuales de análisis de la satisfacción al usuario por la oficina Gestión de apoyo al usuario.
- Se han establecido indicadores para los planes, programas y proyectos de la entidad, de igual manera cada proceso tiene indicadores que permiten la medición de la gestión
- Existen soportes del seguimiento realizado a los indicadores por parte de los líderes de los procesos y de las acciones correctivas que se toman frente a los mismos.
- La entidad cuenta con soportes que demuestran la socialización y difusión de las políticas.
- Se asignó a una profesional de enfermería exclusivamente para dar cumplimiento a la política seguridad del paciente y la política de humanización.
- La entidad ostenta una política de Administración del riesgo; se evidencian soportes de su socialización; de la misma manera se observa mapa de riesgos por cada uno de los procesos de la entidad donde se generaron registros de identificación del riesgo, análisis del riesgo, valoración del riesgo y se generaron controles.
- La oficina de planeación actualizó el estatuto anticorrupción vigencia 2015.
- El mapa de riesgos anticorrupción fue aprobado mediante resolución No. 2.0229 de 2015.
- Se actualizaron los tableros de indicadores de los procesos estratégicos, misionales y apoyo.
- Se actualizó el programa para el mejoramiento de la calidad en salud –PAMEC vigencia 2015.

Dificultades

- Aunque se actualizo el manual de funciones este no ha sido aprobado en junta directiva.
- La estructura organizacional de la entidad se encuentra desactualizada, no es flexible y efectiva, no facilita la gestión de la entidad.
- Si bien, se da cumplimiento a la evaluación del desempeño de los servidores públicos del estado, no se han establecido estrategias para mejorar la elaboración y concertación de compromisos laborales.
- La entidad no cuenta con Plan Anual de Cuentas que permita conocer las metas planificadas por año.
- Se evidencio por parte de esta oficina que en lo corrido del año no se han suscrito los Acuerdos de Gestión por los funcionarios públicos con la calidad de Gerentes públicos.
- No se evidenciaron las evaluaciones de los Acuerdos de gestión de los Gerentes Públicos por parte de la Dirección.
- No se actualizo el Normograma por parte de la oficina Jurídica.
- No se evidencio evaluación del Plan de gestión del Director.
- Se presentan retrasos en el cumplimiento de los cronogramas establecidos en el Plan Hospitalario.
- No se cumplió con el cronograma establecido mensual de los comités administrativos y misionales.
- Se deben actualizar algunos procedimientos, guías, manuales, POES, de procesos y subprocesos de la entidad.
- Se deben generar informes de resultado y análisis de la socialización de los indicadores con el fin sean tenidos en cuenta en las decisiones gerenciales.
- En lo corrido del año se detectó incumplimiento en el reporte de los indicadores de gestión de algunos procesos de apoyo, estratégicos y misionales
- No se han actualizado el listado maestro del proceso de Gestión de Calidad y de cada uno de los procesos.
- Aunque se cuenta con código de Buen Gobierno en el que se encuentran inmersas las políticas corporativas requiere de su actualización.
- Carencia de políticas contables.
- Carencia de políticas contabilidad – Tesorería
- Carencia de políticas contabilidad – Cartera
- Carencia de políticas contabilidad – Almacén
- Carencia de políticas contabilidad – Presupuesto
- Carencia de políticas financiera.
- Aunque existe política de Talento Humano no se evidencian prácticas y medición a la política.
- La política de administración del riesgo debe ser actualizada teniendo en cuenta el nuevo enfoque de la plataforma estratégica.
- El mapa de riesgos institucional requiere ser actualizado.
- Los riesgos detectados en los procesos Asistenciales y Administrativos de la entidad no se han podido mitigar por falta de recursos financieros e infraestructura.
- Aunque se han generado resultados sobre efectividad de los controles no se han mejorado los controles frente al riesgo.

CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Avances

- La entidad cuenta con procedimiento de auditoria interna actualizado.
- Se realizó actualización de las listas de verificación de las auditorías internas, haciéndolas integradas con los sistemas MECI-CALIDAD y la Resolución 2003 de 2014.
- La entidad cuenta con plan de auditoria debidamente aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno vigencia 2015.
- Se dio cumplimiento al primer ciclo de auditoria establecido en el Plan de auditoria vigencia

2015.

- Se realizó y se presentó el informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2014.
- Se generó seguimiento a cumplimiento de la norma de Derechos de autor.
- Se realizó seguimiento e informe al control interno contable.
- La entidad cuenta con procedimientos que permiten hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento como producto de las auditorías internas.
- Algunos de los procesos cuentan con planes de mejoramiento derivados de las auditorías.
- La entidad cuenta con plan de saneamiento fiscal y financiero.

Dificultades

- Durante el segundo cuatrimestre no se ha llevado a cabo seguimiento a riesgos por parte de la oficina de control interno teniendo en cuenta que los procesos no habían actualizado el mapa correspondiente.
- Durante el segundo cuatrimestre no se ha llevado a cabo seguimiento a riesgos anticorrupción por parte de la oficina de control interno debido a que la actualización se generó el 29 de abril de 2015.
- Durante el cuatrimestre no se realizó autoevaluación.
- No se realiza seguimiento continuo a las acciones generadas de los productos y/o servicio no conforme.
- No se generan informes del seguimiento de las acciones planteadas en los eventos adversos y producto y/o servicio no conforme.
- Durante el cuatrimestre la oficina de control interno no realizó seguimiento a los planes de mejoramiento por que no se contó con la actualización de los mismos por parte de los procesos.
- Aunque se viene trabajando en la actualización de la nueva plataforma del MECI, no se ha concluido en el cumplimiento de las cinco fases, se encuentra en la fase 3 Planeación de la actualización.

EJE INFORMACION Y COMUNICACION

Avances

- Existen soportes de los mecanismos que identifican la información externa, como son las encuestas de satisfacción al usuario que son tabuladas y generan un informe mensual, se cuenta con buzones de sugerencias, y se reciben las peticiones, quejas y reclamos, finalmente se reporta indicador de satisfacción mensual.
- Se actualizaron las tablas de retención documental TRD y se está a la espera de su respectiva aprobación, para ser socializada y hacer uso de ellas.
- Se actualizó el manual de procedimientos de calidad
- Se actualizaron los servicios habilitados en la entidad en cumplimiento a la norma 2003 de 2014.
- La entidad cuenta con la política de comunicaciones.
- La entidad cuenta con ventanilla de unidad de correspondencia.
- La entidad cuenta con un software DINAMICA GERENCIAL, el cual condensa y guarda toda la información financiera, recursos físicos, talento humano e historias clínicas.
- La entidad cuenta con página web, cartelera comunitarias, como medios de acceso a la información con que cuenta la entidad.
- Se realizaron reuniones con la asociación de usuarios y veedores.

Dificultades

- La documentación externa e interna de la entidad no se encuentra sistematizada.
- Se han presentado contratiempos en el cumplimiento de la aplicación de las encuestas de

satisfacción por falta de personal.

- La oficina de gestión atención al cliente y comunicaciones no ha tomado acciones correctivas producto de las quejas y reclamos más reiterativos presentados por los usuarios.
- No se han elaborado las tablas de valoración documental.
- Cumplimiento parcialmente de la Ley 594 de 2000, TRD teniendo en cuenta que algunos procesos no están archivando la documentación en los elementos solicitados por la norma para la conservación de la documentación.
- No se ha diseñado matriz de comunicaciones ni guía de comunicaciones.
- Aunque existe una política de comunicaciones no se ha revisado para posibles ajustes y su cumplimiento.
- No se cuenta con manejo organizado o sistematizado de la correspondencia.
- No se cuenta con depósito para guardar la información de los back ups.
- El software DINAMICA GERENCIAL, presenta serias deficiencias debido a que no se cuenta con un contrato de actualización y parametrización de los módulos.
- Existen falencias en la calidad de la información en algunos módulos de la entidad debido a que se debe ingresar la información manual lo que genera incertidumbre sobre su integridad. Es de aclarar que estas falencias se presentan por falta de funcionalidad de algunos aplicativos que no funcionan en una forma más integral.
- No se cuenta sistematizada la totalidad de las actividades que se consignan en las historias clínicas.
- La página web no ha sido actualizada con la última información generada por la entidad.
- El portafolio de servicios no ha sido actualizado.
- No se evidencia avances significativos en la aplicación de la ley 962 de 2005 Anti trámites, y en el link gobierno en línea.
- No se evidencia el uso de las carteleras por los procesos.
- La entidad no ha identificado los usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidas sus productos y/o servicios, con el fin de establecer las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
- Se requiere de manera inmediata el cambio de cableado estructurado de datos y cambio de servidores.
- No se programó durante el primer semestre del año la jornada de rendición de cuenta por parte de la Dirección

Estado general del Sistema de Control Interno

Tratándose que el sistema de control interno se encuentra en cabeza de la Dirección, en lo corrido del año 2015 se han presentado situaciones que afectan el direccionamiento estratégico de la entidad, dado a los cambios continuos de representante legal, resultado de decisiones judiciales contradictorias que han generado incertidumbre e inseguridad en la administración de la entidad; ocasionando ruptura de la estructura del sistema de control interno.

La entidad no ha logrado una consolidación en su sistema integrado de gestión, producto principalmente en la carencia de recursos financieros lo que ha limitado la aplicabilidad de controles que ayuden a superar los riesgos y la deficiente cultura del autocontrol de los servidores públicos en especial los líderes de los procesos.

De acuerdo a los resultados emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto a la Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno – MECI y Calidad vigencia 2014, se obtuvo una calificación del nivel de madurez del MECI de **67.7% SATISFACTORIO**.

Los resultados se despliegan de la siguiente manera de acuerdo a cada uno de los factores evaluados. ENTORNO DE CONTROL 3.28% nivel de madurez intermedio, INFORMACION Y

COMUNICACIÓN 3.57% nivel de madurez intermedio, DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO 3.12% nivel de madurez intermedio, ADMINISTRACION DEL RIESGO 4.48% nivel de madurez satisfactorio, SEGUIMIENTO 4.07% nivel de madurez satisfactorio.

Recomendaciones

La Oficina de Control Interno considera que es importante que la administración propenda por realizar acompañamiento, seguimiento y medición de las actividades desarrolladas en la entidad hospitalaria además que persista en las acciones que contribuyen a lograr un sistema de gestión que opere con calidad y con niveles altos de satisfacción de los clientes por los servicios prestados, de la misma manera, que impulse un sistema propositivo de la mejora continua.

Por lo que se recomienda:

1. Disponer los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura requeridos para fortalecer, mantener y mejorar continuamente el Modelo Estándar de Control Interno MECI.
2. Fortalecer la oficina de planeación para que desarrolle las estrategias que permitan consolidar y mantener del Sistema Integrado de Gestión.
3. Retomar, impulsar y mantener personal que desarrolle las actividades de MECI, como también exigir el cumplimiento de las funciones del Representante de MECI-CALIDAD y del equipo MECI. Donde se asegure actividades como: jornadas de capacitación referidas al MECI, en concordancia con el SIG, utilidad del modelo en la gestión institucional armonizándolos con las normas que la Entidad tiene implementada y debe implementar como son la NTCGP 1000, OSHAS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN, GARANTIA DE LA CALIDAD etc.,. Las mencionadas jornadas de capacitación deben involucrar los Directivos de la Entidad, pues el compromiso es de todos. Se debe publicar la información generada en la Entidad, de conformidad con los lineamientos de gobierno en línea; adicionalmente, identificar y divulgar la información que debe ser publicarla en la intranet y portal institucional. Publicar información como por ejemplo los riesgos de corrupción, el panorama de riesgos, el plan operativo, los indicadores, mapa de riesgos institucional, el PAMEC, autoevaluaciones etc...
4. La Entidad debe fortalecer el plan de capacitación de tal manera que se promueva la excelencia a través del desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público, mejorar los estímulos, realizar campañas de inducción y re inducción, entre otras.
5. Reevaluar los indicadores de gestión de los proceso Estratégicos, Misionales y Apoyo con el fin de medir la eficacia, efectividad y eficiencia de los procesos, así como mejorar el análisis de los mismos.
6. Generar políticas y controles en el proceso financiero de la entidad ya que no existe un engranaje entre las áreas de facturación, contabilidad, costos, tesorería, almacén y cartera; generando así, inconsistencias y diferencias contables significativas en estas áreas, razón por la cual los estados contables no reflejan la realidad financiera de la entidad.
7. Se recomienda a los líderes de los procesos Asistenciales y Administrativos, retroalimentar al equipo de trabajo, sobre las actividades realizadas por el proceso.
8. Se recomienda exigir a los líderes de los procesos asistenciales y administrativos mayor compromiso y participación en las capacitaciones programadas por los líderes de los procesos, Gestión de la calidad, Garantía de la calidad y control interno, con el fin de aportar al mejoramiento continuo de la entidad.
9. Propender por la entrega de la nueva construcción; teniendo en cuenta que la mayoría de los hallazgos detectados en las auditorias en los procesos, son resultado de la infraestructura inadecuada de la entidad hospitalaria.
10. Dar estricto cumplimiento al cronograma de Macro comité dado su gran importancia de retroalimentación y consecución de medidas preventivas.

11. Dar estricto cumplimiento al cronograma de Plan Hospitalario.
12. Realizar por parte de la alta Gerencia espacios de comunicación a los funcionarios de la entidad y con la participación de la comunidad sobre las gestiones realizadas durante cada semestre.
13. Se recomienda realizar los seguimientos a los planes, programas, proyectos, compromisos etc. adquiridos por los líderes, Gerentes públicos, comités etc...
14. Reactivación y exigir cumplimiento de las obligaciones de los comités anti trámites y gobierno en línea, y saneamiento contable.
15. Contratar mantenimiento del software DINAMICA GERENCIAL, el cual presenta deficiencias en la mayoría de sus módulos.
16. Realizar los ajustes de manera inmediata de los cambios surtidos en la actualización del MECI. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno MECI aprobado mediante Decreto 943 de 2014, teniendo en cuenta el incumplimiento en que se encuentra la entidad.
17. Asegurar en el subproceso contable que se elaboren las políticas contables y se adelanten las actualizaciones de las normas contables NIIF, así como agilizar la depuración contable.
18. Asegurar en los procesos de Farmacia y Almacén que se tomen los controles teniendo en cuenta que los inventarios físicos no coinciden con los registros generados por el software DINÁMICA GERENCIAL.
19. Asegurar se adelanten las actividades de corrección fiscal requeridos por la Revisora Fiscal en el dictamen de Revisoría Fiscal, debido a que el resultado es un dictamen con salvedades.

**NORMA NATALY RODRIGUEZ RODRIGUEZ
ASESORA OFICINA CONTROL INTERNO
HOSPITAL SAN VICENTE ARAUCA ESE**