

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: Julio - Octubre
		Fecha de elaboración: Nov-26 de 2015

CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Avances

1.1 Componente Talento Humano

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolo Ético

El hospital san Vicente de Arauca, con el fin de establecer la base del comportamiento ético y moral de los funcionarios y la interrelación con nuestros usuarios, ha actualizado el protocolo ético con la participación de los funcionarios, el cual contiene los principios y valores corporativos. Dicho documentos se aprobó mediante resolución No. 2-0440 de 2015. Se realizó difusión de los valores y principios corporativos a través del comité de Bioética y los procesos de inducción y reinducción programados por la entidad.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

- Se actualizo el manual de funciones mediante Acuerdo de junta directiva 010 de agosto 2015, y se adoptó mediante resolución 2-0405 del 21 agosto de 2015.
- Se aprobó el Plan Institucional de Capacitación PIC, en comité de personal, Acta No. 011 de 2015 y revisado el cumplimiento del plan se observó que los recursos comprometidos para la vigencia se ejecutaron en un 100%.
- Se actualizo el procedimiento de Inducción y Reinducción. Las inducciones se realizan mensualmente y las reinducciones son programadas por los procesos misionales y apoyo a través de las jornadas de capacitación en martes y miércoles de academia. De esta manera revisada el plan de inducción durante el año 2015 se cumplió con el 100% de las capacitaciones programadas.
- Se aprobó el programa de bienestar social en comité, mediante Acta No. 01/2015, el cual a la fecha tiene una ejecución del 76.31% de cumplimiento.
- Se cumplió con lo estipulado en la ley 909 de 2004, en cuanto a la calificación de los empleados de carrera administrativa.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes, programas y proyectos

- La entidad cuenta con plan de desarrollo institucional aprobado en Junta Directiva mediante Acuerdo No. 013 de julio 2013.
- La entidad cuenta con plataforma estratégica actualizada en Junta Directiva con Acta No. 013 de julio de 2013.
- La entidad cuenta con objetivos institucionales que hacen parte integral de la planeación de la entidad.
- El hospital establece el Plan anual de adquisiciones a través de Resolución No. 2.0003 de 2015, el cual a la fecha tiene un 60% de cumplimiento.
- Se aprueba el plan de mantenimiento hospitalario mediante Resolución No. 2.0005 de 2015.
- Se suscribió Acuerdo de gestión entre la dirección y subdirección científica en el mes de

junio 2015.

- Se actualizaron y aprobaron los planes operativos anuales – POA, para la vigencia 2015, mediante resolución No. 2.0404 de 2015, de los cuales se han llevado a cabo dos seguimientos durante el año.
- Se actualizo el Normograma vigencia 2015.
- Se aprobó el Estatuto de contratación en Junta Directiva en Acta No. 009 de 2015
- Se aprobó el Manual de contratación con Resolución No. 2.0512 del 30 septiembre 2015 y se encuentra debidamente publicado.
- Se aprobó manual de supervisión en junta directiva Acuerdo No. 007 de 2014.
- Mediante Acta 10 de 16 de junio de 2015 aprobado en junta directiva la directora encargada suscribió plan de acción en cumplimiento a la Circular 009 de 2015 y la resolución 743 de 2013 indicadores de los gerentes para las empresas sociales del estado, las actividades establecidas en el plan de acción se han cumplido en un 100%.
- La entidad cuenta con Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF, aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito público en el año 2013. Durante el periodo de ejecución se reportaron los informes de ejecución al Ente de control en su totalidad; los cuales consecuentemente fueron reportados por el ente de control al Ministerio.

1.2.2 Modelo de Operación por procesos

- Durante el mes de Julio se desarrolló actualización de las caracterizaciones de los procesos Estratégicos, Apoyo y Misionales
- La entidad cuenta con procedimiento que le permiten evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios; se tiene establecido la aplicación de 200 encuestas mensuales, la oficina de gestión al cliente genera informe resultado de las encuestas. De esta manera se generaron informes de resultados de satisfacción del usuario de los meses de julio, agosto, septiembre y octubre.
- Durante el cuatrimestre evaluado se actualizaron procedimientos, guías clínicas, manuales, protocolos, formatos de algunos procesos, aunque se encuentran pendiente la revisión y actualización de algunas guías clínicas y POES de enfermería y procedimientos.

1.2.3 Estructura Organizacional

- La estructura organización no ha sido actualizada y debe ser flexible de acuerdo con el mapa de procesos.

1.2.4 Indicadores de Gestión

- Los indicadores son un mecanismo que permite evaluar la gestión de la entidad de manera cuantitativa y/o cualitativa, y mide el comportamiento de factores críticos en la ejecución de planes, programas, procedimientos establecidos por la entidad.
- Se ha trabajado con los procesos de mejoramiento continuo en la actualización de los indicadores de gestión.
- Los indicadores de gestión se reportaron según la periodicidad establecida al proceso de mejoramiento continuo.

1.2.5 Políticas de Operación

- La entidad cuenta con el código de buen gobierno en el cual se encuentran inmersas las políticas de operación.
- Se asignó a una profesional de enfermería exclusivamente para dar cumplimiento a la

política seguridad del paciente y la política de humanización.

13. Componente Administración del Riesgo

1.3.1 política Administración del Riesgo.

1.3.2 Identificación del Riesgo

1.3.3 Análisis y valoración del riesgo

- Mediante la resolución No. 20711 del 2014, se adopta el modelo estándar de control interno de conformidad con la nueva estructura.
- Se cuenta con el Manual de calidad y Manual de Garantía de la Calidad en salud y programa para el mejoramiento de la calidad en salud –PAMEC vigencia 2015.
- La entidad cuenta con la política administración del riesgo, sin embargo no ha sido actualizada.
- Durante el cuatrimestre evaluado se generaron los mapas de riesgos por procesos, donde se generaron registros de identificación del riesgo, análisis del riesgo, valoración del riesgo y controles.
- En cumplimiento a la Ley 1474 de 2011, la entidad tiene establecido el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano el cual fue actualizado mediante resolución No. 2.0229 de 2015, del cual se generó el segundo seguimiento por parte de la oficina de Control Interno.

Dificultades

- Se requiere la actualización de la estructura organizacional de la entidad, teniendo en cuenta que sea flexible y efectiva para 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, de la misma manera, no son coherente los resultados de las calificaciones de las evaluaciones del desempeño con los resultados de las evaluaciones por dependencia realizada por la oficina de control interno.
- La entidad no cuenta con Plan Anual de Cuentas que permita conocer las metas planificadas por año.
- Se presentan retrasos en el cumplimiento de los cronogramas establecidos en el Plan Mantenimiento Hospitalario.
- No se da cumplimiento al cronograma mensual de los comités administrativos y misionales.
- Se deben actualizar algunos procedimientos, guías clínicas, POES, de procesos y subprocesos de la entidad.
- No se está cumpliendo con la socialización de los indicadores de gestión, con el propósito de ser 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 listado de documentos y registros de cada uno de los procesos.
- Aunque se cuenta con código de buen gobierno donde se encuentra el compendio de políticas, no existe registro de medición de las políticas establecidas por la entidad.
- El proceso contable no cuenta con las siguientes políticas requeridas por las NIIF.
- 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.
- Se requiere la revisión y aprobación del mapa de riesgos institucional.
- 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.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Avances

2.1. Componente Autoevaluación Institucional

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Dando cumplimiento al decreto 943 de 2014, transición de la actualización de la nueva estructura MECI, se desarrollaron las 4 fases de fortalecimiento establecidas para identificar y determinar las brechas de la implementación inicial del MECI frente a la actualización del mismo.

Fase 1. Conocimiento: se realizó socialización de los cambios de la nueva estructura MECI a todo el personal.

Fase 2. Diagnóstico: se realizó encuesta a los funcionarios del modelo estándar de control interno, con el fin de identificar el estado actual de la implementación, lo que deber ser modificado, elaborado o eliminado según el caso.

Fase 3. Planeación en la actualización: se elaboró plan de acción producto de los resultados del diagnóstico.

Fase 4. Ejecución y seguimiento: se realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento por parte de la oficina de control interno, el resultado obtenido fue de 33.33%

Fase 5. Cierre: no se cumplió con esta fase, teniendo en cuenta que no se cerraron todas las acciones establecidas en el plan de mejoramiento MECI.

- Se realizó autoevaluación de los estándares de habilitación Resolución 2003 de 2014, con el siguiente resultado de cumplimiento:

Estándar Talento Humano: 69%

Estándar Infraestructura: 60%

Estándar Dotación: 67%

Estándar Procesos prioritarios: 37%

Estándar medicamentos e insumos: 31%

Estándar historias clínicas: 82%

Estándar interdependencia de servicios: 96%

Total de cumplimiento: 63%

Por otra parte, el Modelo Estándar de control interno es evaluado anualmente por el

Departamento Administrativo de la Función Pública a través de una encuesta de autoevaluación realizada a través del aplicativo, los resultados obtenidos a nivel general del sistema fue de 67.6% indicador de nivel de madurez y por cada factor se obtuvieron los siguientes puntajes:

- Entorno de Control, obtuvo un puntaje del 3.28%, Nivel De Madurez Intermedio.
- Información y Comunicación, arrojó un puntaje del 3.57%, Nivel De Madurez Intermedio
- Direccionamiento Estratégico, arrojó un puntaje del 3.12%, Nivel De Madurez Intermedio.
- Administración del Riesgo, obtuvo un puntaje del 4.48%, Nivel De Madurez Satisfactorio.
- Seguimiento, obtuvo un puntaje del 4.07%, Nivel de Madurez Satisfactorio

2.2 Componente Auditoria Interna

2.2.1 Auditoria interna

El proceso de auditoria realizado por la oficina de control interno, a través de su rol evaluador e independiente y objetivo permite un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión.

- La entidad cuenta con procedimiento de auditoria interna actualizado.
- Se aprobó en comité coordinador de control interno el Programa y Plan de auditorías año 2015.
- 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.
- Se dio cumplimiento al 100% del primer y segundo ciclo de auditoria, establecido en el Plan de auditoria.

2.3 Componente Planes de Mejoramiento

2.3.1 Plan de Mejoramiento

- La entidad cuenta con procedimientos que permiten hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento como producto de las auditorías internas y externas.
- Se dio cumplimiento a los dos ciclos de seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de la oficina de control interno.
- Todos los procesos y subprocesos cuentan con planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas.
- La entidad genera informe del plan de saneamiento fiscal y financiero el cual es avalado por ente de control Unidad Administrativa el cual ha generado los respectivos seguimientos.
- Se realizó seguimiento al estatuto anticorrupción y atención al ciudadano.
- Se realizó durante el periodo evaluado seguimiento al cumplimiento del proceso de gestión de eventos adversos y no conformidades.

Dificultades

- Durante el periodo evaluado, no se realizó seguimiento a los riesgos por parte de la oficina de control interno teniendo en cuenta que los procesos actualizaron los mapas de riesgos tardíamente.
- No se realiza seguimiento continuo por los líderes de los procesos a las acciones generadas de los productos y/o servicio no conforme.
- Se evidenciaron de los resultados de los informes de seguimiento a eventos adversos que las acciones de mejora no son eficaces, teniendo en cuenta que constantemente se reincide en los mismos eventos adversos.
- 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 4 Planeación de la actualización.

EJE TRASVERSAL INFORMACION Y COMUNICACION

Avances

- La entidad cuenta con los siguientes mecanismos de comunicación: página web, carteleras, buzones de sugerencias, oficina atención al usuario, en las cuales se observa uso semanal de comunicaciones de las dependencias de talento humano y gestión de información al usuario. De la misma manera el hospital cuenta con un sistema de alta voz de uso diario que tiene cobertura en todas las dependencias de la entidad para la comunicación interna de mensajes inmediatos o de carácter urgente.
- Se aplican las encuestas de satisfacción mensual, con el fin identificar las necesidades y expectativas de los usuarios. Se emitieron los informes con los siguientes resultados:
Consolidado de satisfacción del mes de:
Julio: 84.89 %
Agosto: 95.17%,
Septiembre: 98.45 %
Octubre: 92.695
- Se cuenta con la política de comunicaciones.
- Acto administrativo donde se adopta la política de gestión documental constituida con los componentes descritos en el artículo 6 del Decreto 2609 de 2012. Comité de archivo acta 003 de 03 de septiembre de 2015.
- La entidad cuenta con ventanilla de unidad de correspondencia, que actualmente maneja el ingreso y salida de la 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.
- Durante el periodo evaluado se realizó por parte de la dirección rendición de cuentas para los funcionarios de la entidad.
- Los resultados del cumplimiento a los compromisos del Plan de acción de la dirección son publicados en la página web de la entidad y periódico de amplia circulación del departamento.
- Durante el periodo auditado se emitieron planes de mejoramiento como resultado de las quejas más reiterativas a los procesos. Tales como Demora en la atención para lo que la administración reorganizó el personal médico para mayor eficiencia en el servicio; y baños en mal estado, durante el periodo evaluado inicio ejecución de contrato de mantenimiento de infraestructura de hospitalización donde se incluye el arreglo de baños.

Dificultades

- No se generan informes de control de la documentación externa desde la unidad de correspondencia en términos de vencimiento a tutelas, derechos de petición, informes entre otros.
- 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 una matriz de comunicaciones ni guía de comunicaciones.
- Aunque existe una política de comunicaciones no se evidencia la medición de la misma.
- No se cuenta con depósito para guardar la información de los back ups.
- El software Dinámica Gerencial presenta mensualmente dificultades en nómina, y en general en todo el proceso financiera.

- 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.
- 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 del cableado estructurado de datos y cambio de servidores.
- Se debe dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el CONPES 3654 del 2010, en el proceso de rendición de cuentas. En el entendido a que a la fecha no se ha llevado a cabo rendición de cuentas al público.
- Publicación de la totalidad de la información requerida de conformidad con las disposiciones de la estrategia de Gobierno en Línea, la Ley 1474 de 2011 y la Ley 1712 de 2014 -Ley de Transparencia-.
- No se han elaborado las tablas de valoración documental - TVD
- Las Tablas de retención documental desactualizadas.
- No se cuenta con programa de gestión documental.
- No se cuenta Diagnóstico integral donde se permita identificar y evaluar los aspectos críticos de la gestión documental de la entidad.
- No se ha establecido una metodología para la planeación e implementación del PGD que defina el alcance, objetivos, indicadores, e identifique los riesgos de alto nivel.
- No se han diseñado actividades de seguimiento donde se evalué que los documentos hayan sido creados y organizados de acuerdo con las necesidades de la entidad y que estén adecuadamente interrelacionados con los procesos que les dan origen.

Estado general del Sistema de Control Interno

Durante el periodo evaluado el Sistema recibió respaldo total por parte de la actual dirección adelantando vertiginosamente las tareas acumuladas y generando acciones de mejoramiento y salvamento inmediatas, que se reflejaron rápidamente en avances administrativos y financieros de la entidad.

El Sistema de Control Interno del hospital San Vicente posee un nivel de madurez bajo en el entendido que no ha logrado una consolidación en su sistema integrado de gestión, producto principalmente de la carencia de recursos financieros lo que ha limitado la aplicabilidad de controles que ayuden a superar los riesgos; adicionalmente cuenta con una deficiente cultura del autocontrol de los servidores públicos en especial los líderes de los procesos que no propenden por realizar acompañamiento, seguimiento y medición de las actividades desarrolladas en la entidad de tal manera que aseguren la oportunidad en el conocimiento y toma de decisiones para subsanar las posibles desviaciones en el logro de los objetivos.

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 verificar y ajustar la metodología y herramientas existentes para el ejercicio del autocontrol y el seguimiento al avance y/o cumplimiento de las actividades propuestas, de tal manera que se asegure la oportunidad en el conocimiento y toma de decisiones para subsanar las posibles desviaciones en el logro de los objetivos.

De la misma manera definir acciones tendientes a crear mayor nivel de conciencia y

autocontrol respecto a la importancia de la participación, asistencia y permanencia en los procesos de capacitación y formación en los servidores y líderes.

Por lo que se recomienda:

1. El proceso de mejoramiento continuo debe propender por impulsar, mantener y actualizar los sistemas adoptados (NTCGP 1000, MECI, SOGCS) también como exigir el cumplimiento de los procedimientos a los líderes de los procesos y ajustar la metodología y herramientas existentes para el ejercicio del autocontrol y el seguimiento al avance y/o cumplimiento de las actividades propuestas, de tal manera que se asegure la oportunidad en el conocimiento y toma de decisiones para subsanar las posibles desviaciones en el logro de los objetivos.
2. Disponer los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura requeridos para fortalecer, mantener y mejorar continuamente el Modelo Estándar de Control Interno MECI.
3. Fortalecer la oficina de planeación para que desarrolle las estrategias que permitan consolidar y mantener del Sistema Integrado de Gestión.
4. Actualización de la estructura organizacional de la entidad, teniendo en cuenta que sea flexible y efectiva para la gestión de la entidad.
5. Establecer estrategias para mejorar la elaboración y concertación de compromisos laborales, ya que no son coherente los resultados de las calificaciones de las evaluaciones del desempeño con los resultados de las evaluaciones por dependencia realizada por la oficina de control interno.
6. Se debe publicar la información generada en la Entidad, de conformidad con los lineamientos de gobierno en línea y ley de transparencia.
7. 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.
8. Generar los resultados de los indicadores reportados durante el semestre.
9. 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.
10. Se recomienda a los líderes de los procesos Asistenciales y Administrativos, retroalimentar al equipo de trabajo, sobre las actividades realizadas por el proceso.
11. 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.
12. Dar estricto cumplimiento al cronograma de Macro comité dado su gran importancia de retroalimentación y consecución de medidas preventivas.
13. Dar estricto cumplimiento al cronograma de Plan Hospitalario.
14. Se recomienda realizar los seguimientos a los planes, programas, proyectos, compromisos etc. adquirido por los líderes, Gerentes públicos, comités etc...
15. Reactivación y exigir cumplimiento de las obligaciones de los comités anti trámites y gobierno en línea, y saneamiento contable.
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. Finalizar la etapa de cierre del proceso de actualización.

17. Asegurar en el subproceso contable que se elaboren las políticas contables, 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.
20. Se generen Informes de la Unidad de correspondencia sobre control de respuesta a la misma.
21. Publicación de la totalidad de la información requerida de conformidad con las disposiciones de la estrategia de Gobierno en Línea, la Ley 1474 de 2011 y la Ley 1712 de 2014 -Ley de Transparencia-.
22. Dar inicio al proceso de elaboración de las tablas de valoración documental - TVD
23. Actualización de las Tablas de retención documental
24. Elaboración y puesta en marcha del programa de gestión documental.
25. Llevar a cabo Diagnóstico integral donde se permita identificar y evaluar los aspectos críticos de la gestión documental de la entidad.
26. Establecer una metodología para la planeación e implementación del PGD que defina el alcance, objetivos, indicadores, e identifique los riesgos de alto nivel.
27. Diseñar actividades de seguimiento donde se evalúe que los documentos hayan sido creados y organizados de acuerdo con las necesidades de la entidad y que estén adecuadamente interrelacionados con los procesos que les dan origen.

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