

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO. LEY 1474 DE 2011		
ASESOR DE CONTROL INTERNO	RODRIGO JIMENEZ GUZMAN	PERIODO EVALUADO FEBRERO A JUNIO DE 2014
		FECHA DE ELABORACION: 5 DE JULIO de 2014

MODULOS DE 1- PLANEACION Y GESTIÓN- 2- EVALUACION Y SEGUIMIENTO 3. INFORMACION Y COMUNICACIÓN
Introducción:

1. La oficina de Control Interno presenta el informe pormenorizado del periodo comprendido entre los meses de Febrero a Junio de 2014, en cumplimiento a la ley 1474 de 2011 articulo 9 párrafo 3,teniéndose en cuenta la implementación del MECI
2. El presente informe está sustentado en las auditorías integrales realizadas en el primer semestre para los procesos misionales y de apoyo en las cuales se verificó el grado de cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos.

En el primer Semestre se han realizado Auditorias integrales a los siguientes procesos:

De Apoyo: Contabilidad, Tesorería, Contratación, Sistemas y Recurso Humano

Misionales: Apoyo Terapéutico, Imagenología, Salud Publica, Internación laboratorio y odontología,

La oficina de Control Interno Junto al Medico con funciones de auditor realizaron las vistas de verificación de las condiciones de habilitación siguiendo la resolución 1441 de 2013 a los procesos Misionales.

3. La Oficina de Control Interno elaboró y presentó los siguientes informes:

- 1- Informe de Austeridad del gasto de los 2 primeros trimestres.
- 2- Informe Pormenorizado de los meses Octubre – febrero de 2014
- 3-Informe sobre las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos

La Oficina de Control Interno recomendó a la alta Dirección por medio del Comité de Control Interno dar cumplimiento con el Plan de Acción orientado a superar las causas de los problemas que han llevado al hospital a categorizarlo en Riesgo Fiscal y Financiero Medio según la Resolucion 1877 del 30 de mayo de 2013 motivo por el cual es de obligatorio cumplimiento presentar este plan de acción. De igual manera recomendó dar cumplimiento a la **LEY 1474** relacionado con el plan de Acción de las entidades Públicas, que en el artículo 74 dice” a más tardar **al 31 de Enero** de cada año deberán ser publicados en la página Web. El Plan de acción Institucional, en ese orden de ideas se solicita actualizarlo y evidenciarlo en la página Web del Hospital.

A partir del 21 de mayo el decreto 943 del 2014 actualizo el MECI

- En el articulo 4 numeral 2 del decreto 943 dice “Las entidades y organismos que cuentan con un Modelo implementado, deberán realizar los ajustes necesarios para adaptar en su interior los cambios surtidos en la actualización del MECI, dentro de los siete meses siguientes a la publicación del presente decreto.”

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

- Para el efecto deberán cumplir las siguientes fases de acuerdo con lo señalado en el Manual Técnico:

Fase 1. Conocimiento (1 mes)

Fase 2. Diagnóstico (1 mes)

Fase 3. Planeación de la actualización (1 mes)

Fase 4. Ejecución y Seguimiento (3 meses)

Fase 5. Cierre (1 mes)

Para dar Cumplimiento a la Fase 1 Conocimiento se realizaron 2 jornadas de socialización a los Procesos Misional y de Apoyo el 19 y 26 Junio de 2014 con el siguiente objetivo:

Realizar la socialización del Decreto 947 de mayo 21 de 2014 y dar a conocer a los líderes de Apoyo y a los líderes Misionales el marco normativo, los antecedentes y los cambios presentados en el MECI

A Partir del 10 de julio se comenzará la fase de Diagnostico aplicando una encuesta a cada líder del proceso identificando los principales cambios surtidos en el proceso de actualización y realizar una autoevaluación con respecto al estado del Sistema en la actualidad, esto con el fin de establecer lo que se ha adelantado en la implementación, y lo que debe ser creado, modificado o eliminado según sea el caso y consolidando el resultado. Para tal efecto, se da a conocer los formatos de autoevaluación recomendados en el manual, en el que se identifican los productos mínimos de cada uno de los elementos de control que resultan de la actualización del Modelo, y se podrá verificar el estado en que se encuentra.

1 CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN

DIFICULTADES:

1.1 COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

- El hospital no cuenta con un mecanismo formal que le permita medir las respuestas efectivas a las necesidades de los funcionarios
- No se lleva una caracterización del ausentismo laboral con el fin de crear estrategias de acuerdo a su origen para disminuir la cantidad de días no laborados
- No todos los funcionarios de carrera fueron evaluados por su jefe inmediato básicamente los del área Administrativa Se realizo la evaluación de desempeño, a 15 funcionarios, quedando pendiente 8 funcionarios del área administrativa, la cual están en proceso de calificación
- Solamente algunos funcionarios con nombramiento provisional se le han realizado la evaluación de desempeño.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Se evidencia un atraso en la realización del Plan de Acción orientado a superar las causas de los problemas que han llevado al hospital a categorizarlo en Riesgo Fiscal y Financiero Medio según la Resolución 1877 del 30 de mayo de 2013 el cual es de obligatorio cumplimiento presentar este plan de acción. De igual manera dar cumplimiento a la **LEY 1474** relacionado con el plan de Acción de las entidades Públicas, que en el artículo 74 dice "a más tardar **al 31 de Enero** de cada año deberán ser publicados en la página Web. El Plan de acción Institucional, en ese orden de ideas solicita evidenciarlo en la página Web del Hospital.

Las metas de cumplimiento programadas para el año 2014 no se han cumplido para el primer trimestre en algunos procesos lo que implica una amenaza en la estabilidad financiera del hospital

1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS algunos procesos les falta actualizar la caracterización de sus procesos, pues con el avance de la tecnología y el uso del intranet han hecho que algunos manuales quedaran obsoletos.

1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

El organigrama aprobado de la institución no está acorde con el manual de funciones y la planta de cargos el organigrama tampoco permite identificar claramente niveles de responsabilidad. El manual de funciones requiere algunos ajustes de acuerdo al organigrama debido a que existen funcionarios desempeñando actividades diferentes al cargo para el que fué nombrado

1.2.4 INDICADORES DE GESTIÓN Se debe revisar la formulación de algunos indicadores ya que no permiten controlar los factores críticos para aplicar los correctivos necesarios por lo tanto no son eficientes ni efectivos para la toma de decisiones en algunos procesos

1.3 ADMINISTRACION DEL RIESGO En cumplimiento del artículo 73 de la ley 1474 la entidad elaboró el plan anticorrupción para el año 2013 no se evidencia actualización en este Plan.

1.3.1 POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO la entidad cuenta mapa de riesgos por procesos falta englobar dichos riesgos a un mapa de riesgos de la entidad.

El Manual de políticas, lineamientos y prácticas contables no se evidencia de haber sido difundido entre los servidores del área Financiera.

1.3.2 IDENTIFICACION DE RIESGOS

1.3.2.1 CONTEXTO ESTRATEGICO se sigue evidenciando que la población homologada en los Planes de Beneficios es casi el 100% en la ciudad de Roldanillo lo que han impactado y conllevado a una marcada reducción en los recursos de oferta disponibles otorgados por el Departamento, lo

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

que ha determinado un desequilibrio presupuestal en la institución. También se observa la proliferación de IPS con ofertas de servicios inferiores a la tarifa del hospital, ocasionando la deserción y la desvinculación de los contratos de las EPS con el hospital

1.3.2.2. IDENTIFICACION DE RIESGOS Actualizar los mapas de riesgo a la luz de la nueva estructura de procesos, especialmente en los riesgos mas significativos para la entidad principalmente en los procesos de apoyo

1.3.3 ANALISIS DE RIESGOS Y VALORACION DEL RIESGO Realizar seguimiento periódico a los mapas de riesgo para evaluar la materialización e impacto de los riesgos identificados

AVANCES:

1.1 COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

- El NUEVO personal que labora en el hospital fue seleccionado teniendo en cuenta las competencias y cumple con las normas de contratación previstas por la ley además se solicitó que garanticen los procesos de capacitación
- Se evidencia 106% de cumplimiento en el análisis de autoevaluación En el mes de abril se inicia las capacitaciones sobre RCP básico y avanzado, AIEPI, dirigidas al personal auxiliar y profesional en salud de la entidad , igualmente se dio cumplimiento al PIC en otras necesidades como lo relacionado con la normatividad sobre Control Interno Disciplinario responsabilidad asignada al Asesor Jurídico de la entidad, se capacitó a la brigada de emergencia en manejo de extintores por el Cuerpo de Bomberos, en Responsabilidad Civil a los profesionales de la salud, con el abogado de la aseguradora Solidaria de Armenia, y sobre Riesgos Jurídicos en la prestación de los servicios de salud dirigida por ASOHOSVAL, RES. 1441, Igualmente se han realizado capacitaciones por fuera del PIC como: Actualización en enfermedades infecciosas, y Especialización en Auditoria a funcionario de Almacén.
- La apreciación de la utilidad de las capacitaciones tiene un puntaje de 8.8 en la escala de 1 a 10 entre los funcionarios que recibieron las capacitaciones en los temas programados. Evidenciándose que los temas cumplen con la necesidad de conocimiento para el desempeño de los puestos de trabajo
- El “Programa de Bienestar” refleja las acciones programadas por la entidad para mejorar la calidad de vida de sus servidores con la puesta en marcha de actividades de esparcimiento y condiciones para el otorgamiento de permisos en situaciones especiales como maternidad, calamidad, etc. las actividades programadas son realizadas teniendo en cuenta el grupo familiar del funcionario
- Se realizó evaluación de desempeño a los empleados vinculados en provisionalidad de conformidad al acuerdo 016 de julio 4 /2013 aprobado por la Junta directiva.
- El promedio de calificación de los funcionarios fue de 95.7%, obteniendo 10 funcionarios el nivel sobresaliente por el cumplimiento de los factores como: evaluación de de la gestión por dependencias, por calidad y oportunidad, por participación en comités o actividades que requieren de disposición voluntaria entre otras. La calificación más baja es de 88% y corresponde a una funcionaria que está en trámite de pensión, con

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

problemas de salud y anímicamente desmotivada por contratiempos en el trámite de pensión

1.1.1 ACUERDOS COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS

- El Hospital cuenta con un código de Ética y una Política de Buen Gobierno actualizado con la intervención de los líderes de los procesos.
- Se creó acta de compromiso *PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS PRINCIPIOS Y VALORES DEL CODIGO DE ETICA* y que es firmado por los funcionarios que hayan recibido la inducción al ingreso y reposa en la hoja de vida
- Se adoptaron las políticas del comportamiento y del buen vestir como acción complementaria al código de Ética
- Como estrategia de socialización del código de ética se determinó que en todos los comités operativos se trataran los temas referentes al código.
- Se tiene establecido el POA en los procesos Misionales

• 1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

- **1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL** El manual de funciones requiere algunos ajustes los cuales se encuentran en proceso se espera que al cierre de la vigencia se hallan realizado el 100% de los ajustes.
- **1.2.4 INDICADORES DE GESTIÓN** a los indicadores de gestión se realizan por cada proceso se les hace análisis de forma trimestral el cual se puede evidenciar en la carpeta de calidad PIN 2014

1.2.5 POLITICAS DE OPERACIÓN mediante la Resolución 423 del 18 de septiembre de 2013 se actualizaron y se adoptaron nuevas políticas de operación y las políticas de riesgo identificadas por los líderes de los procesos. El manual de calidad fue adoptado mediante la Resolución 316 del 2 de octubre de 2012 Fueron socializados se evidencia en la carpeta de calidad para que sea consultada por todos los funcionarios de la entidad.

- **1.3 ADMINISTRACION DEL RIESGO** se identificaron los riesgos de corrupción y demás riesgos inherentes a cada proceso
- **1.3.1 POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO** Cada proceso elaboró su mapa de riesgo se evidencia en la carpeta de calidad PIN (Plan Integral) 2014
- **1.3.2 IDENTIFICACION DE RIESGOS**

1.3.2.1 CONTEXTO ESTRATEGICO Somos la única institución que ofrece urgencias las 24 horas se ha fortalecido la contratación con especialistas para segundo nivel en Ginecobstetricia, Cirugía, Ortopedia, Pediatría, Urología, Dermatología, Oftalmología, Optometría, Siquiatría, Radiología, Endoscopias y ecografías.

1.3.2.2. IDENTIFICACION DE RIESGOS se identificaron los riesgos por procesos se identificaron la probabilidad, el impacto y se califico el riesgo.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

1.3.3 ANALISIS y VALORACION DE LOS RIESGOS en la auditorias se les Realiza el seguimiento periódico a los indicadores de riesgo para evaluar la materialización e impacto de los riesgos identificados. Se evidencia en la matriz del mapa de procesos los controles

2- EVALUACION Y SEGUIMIENTO

DIFICULTADES:

2.1 EVALUACION INSTITUCIONAL. Los líderes de los procesos por sus múltiples funciones les es casi imposible cumplir con las fechas estipuladas para evidencias su autoevaluación

2.1.1 AUTOEVALUACION DE CONTROL Y GESTIÓN. Los análisis a los indicadores los realiza el líder del proceso pero lo que se quiere es que cada líder verifique el desarrollo y cumplimiento de los objetivos institucionales con su equipo de trabajo

No se da Cumplimiento con la programación de las reuniones y la asistencia de todos los miembros

2.2 AUDITORIA INTERNA

2.2.1 AUDITORIA INTERNA No se les pudo realizar la Auditoría Interna a los siguientes procesos de Presupuesto, gestión Médica y de Urgencias debido a que no se encontraban los líderes en las fechas programadas en Plan de Auditorias

2.3 PLANES DE MEJORAMIENTO Se sigue presentando demora en el tiempo estipulado la evidencia de los planes de mejoramiento individual como producto de las auditorias integrales por procesos

Se requiere que todo plan de mejora se realice en el PIN carpeta de Calidad para observar las acciones de mejoras presentadas y algunos no lo han evidenciado

AVANCES:

2.1.1 AUTOEVALUACION DE CONTROL Y GESTIÓN. Se encuentran activos comités institucionales que permiten hacer seguimiento y evaluación de indicadores que impactan la gestión (Comité de Control Interno, Sostenibilidad contable, Gagas, seguridad del paciente, epidemiológico, etc.), al igual que se realizan las reuniones mensuales de la Junta Directiva actualmente su presidente es el Secretario de salud del Valle Dr Fernando Gutiérrez

2.2.1 AUDITORIA INTERNA Siguiendo el Plan de auditorías se le realizaron a los siguientes Procesos en el primer semestre: Proceso de Contabilidad se le realizaron 6 Hallazgos
Proceso de Contratación se le realizaron 21 hallazgos
Proceso de Sistemas se le realizaron 4 hallazgos
Proceso de Talento Humano se le realizaron 12 hallazgos
Proceso de tesorería se le realizaron 15 hallazgos
Proceso de apoyo Terapéutico se le realizaron 9 hallazgos
Proceso de Imagenología se le realizaron 9 hallazgos

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

Proceso de salud Pública se le realizaron 18 hallazgos
Proceso de Cx y Ginecobstetricia se le realizaron 18 hallazgos
Proceso de Internación se le realizaron 15 hallazgos
Proceso del laboratorio se le realizaron 5 hallazgos
Proceso de Odontología se le realizaron 7 hallazgos

2.3 PLANES DE MEJORAMIENTO En la evaluación del Sistema de Control Interno contable se evidenció que existían dificultades en la oportunidad de entrega de la información por parte de algunos procesos retrasando todo el proceso en la gestión financiera se realizaron 3 talleres con gestión de Calidad con el fin de intervenir y realizar las debidas acciones de mejoras recomendaciones de los hallazgos identificados del proceso del área financiera colocándoles responsables y fechas de presentación de los respectivos informes

Para el Segundo semestre se les realizara el seguimiento a los Planes de mejoramiento a los procesos auditados.

3. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

DIFICULTADES:

3.1 INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA Se evidencia debilidad en las estrategias de comunicación pública tanto a nivel interno como externo, lo que no permite que exista un mayor entendimiento entre los funcionarios frente al cumplimiento de la misión institucional.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUCION

AVANCES:

3.1 INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

3.2 SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Por parte de la Oficina de Control interno realiza la actualización permanente de los boletines y nuevas normas que son enviados a través del correo electrónico institucional, a todos los funcionarios

Los informes presentados por la Oficina de Control Interno se socializan y publican en la página WEB en el link de Control Interno entre los que se destacan: El informe de gestión por dependencias que fue realizado el mes de enero, Informe ejecutivo anual de control interno y de Control interno contable presentado en el mes de febrero, el informe pormenorizado de control interno del último cuatrimestre nov- dic. 2013 – enero – feb. 2014, informe sobre la legalidad del Software en el mes de febrero , informe sobre austeridad del gasto del primer trimestre de 2014. Informe de gestión por dependencias en el mes de enero y el informe anual de PQR en enero

Se socializó por los medios descritos anteriormente el manual de Implementación del Nuevo MECI y la resolución 943 del 2014

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

Se ha fomentando en la comunidad mediante la emisora la consulta a la página WEB para que utilicen la urna virtual como medio de participación, para reportar las peticiones, quejas y reclamos. Se realiza el boletín del CALIDOZO periódicamente con temas sobre la gestión de calidad de los diferentes procesos. y del sistema integrado de gestión administrativa

RECOMENDACIONES:

- ❖ Cumplir con lo establecido en el decreto 943 del 2014 realizar seguimiento a las 5 fases de implementación del NUEVO MECI
- ❖ Mediante la Resolución 1877 del 30 de mayo de 2013 se adopta el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del Hospital. Una vez se viabilice por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público este programa de ajuste se debe de realizar la socialización a todos los niveles de la organización para lograr el compromiso en la consecución de las metas allí previstas
- ❖ Mejorar las estrategias de comunicación pública tanto a nivel interno como externo, que posibiliten generar mayor cohesión frente al cumplimiento de la misión institucional.
- ❖ Fortalecer los controles que se tienen establecidos de tal manera que permitan optimizar la gestión de los recursos, especialmente aquellos que representan bienes y derechos para el Hospital
- ❖ Seguir Promoviendo que en las reuniones con el personal se traten los temas de atención al ciudadano y buen trato a los usuarios y el código de ética, el código de comportamiento y el buen vestir

FIRMA _____

RODRIGO JIMENEZ GUZMAN

Asesor de Control Interno

FIRMA _____

VoBo

HERNAN SAA OBREGON

Gerente

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL
CAUCA**