HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

05GIS15 – V1

Al contestar por favor cite:2016110014687-1

Bogotá, 30 de Noviembre de 2016

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe pormenorizado del Estado de Control Interno.

Adjunto estoy enviando informe pormenorizado de la referencia.

Anexo: 31 folios

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

cc. Dr. Rodrigo Kure Sandoval – Director Científico
cc. Dra. Diana Margarita García Fernández - Dirección Administrativo
cc. Lic. Nubia Guerrero preciado – Directora de atención al Usuario
cc. Dra. Marlesby Sotelo Puerto – Directora Financiera
cc. Dra.Aitza Vivian Castañeda - Jefe Of. Asesora Planeación
cc. Dra. Neidy Tinjaca Rueda – Jefe Of. Asesora Jurídica

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011		
Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA	Período evaluado: JULIO DE 2016 A OCTUBRE 2016.
		Fecha de elaboración: 29 DE NOVIEMBRE 2016

Para el presente informe se revisó la información de la entidad contenida en la intranet y en la página web, y se constató físicamente los soportes documentales a través del muestreo.

Con base a las herramientas mencionadas, se consolidó la información por cada uno de los dos módulos y el eje transversal, describiendo en cada uno de sus componentes las dificultades que se tienen; complementando con algunas observaciones y oportunidades de mejora con relación a la evidencia encontrada.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

DIFICULTADES

COMPONENTE : TALENTO HUMANO

2.1. Producto mínimo. Manual de Funciones y competencias laborales.
Manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se cuenta con Manual de Funciones establecido por Acuerdo Admirativo 020 de 2005, se adiciono funciones Planeación y garantía de Calidad con acuerdo 07 del 12 de Abril de 2007 y con el acuerdo 18 fr 29 de noviembre de 2007 se adiciona funciones de atención al usuario.

Se actualizó el Manual de Funciones y Competencias de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

Fecha de actualización: 27 de julio de 2016

Publicación en la Web y la Intranet: Se publicó la GACETA DE CUNDINAMARCA que contiene el manual de funciones Resolución No. 301 por la cual se aprueba el Acuerdo No. 014 de 2016 de la Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana

Está pendiente la socialización de la resolución que ajusta el manual de funciones.

Otros documentos relacionados:

Acuerdo No. 009 por medio del cual se ajusta el Manual de funciones y competencias laborales para los empleados de la Planta de Personal de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Acuerdo No. 014 de 2016 modifica el Acuerdo No. 009 de 2016 correspondiente al Manual de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de planta.

Resolución No. 301 por la cual se aprueba el Acuerdo No. 014 de 2016 de la Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

2.2 Plan Institucional de Formación y Capacitación (Anual).

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se cuenta con Plan Institucional de formación y Capacitación (Educación continuada). Aprobado el 23/04/2015. Publicado en la intranet.

Se programaron 153 capacitaciones y se realizaron 105. (falto capacitaciones de ingeniería biomédica, educación médica Especializaciones y Maestrías, de calidad, de comunicaciones , almacén, financiera, farmacia, atención al usuario)

ESTE DOCUMENTO NO HA SIDO ACTUALIZADO Y TAMPOCO CONTIENE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN QUE SE PLANEA HACER EN CADA VIGENCIA

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Se debe establecer una metodología para elaborar el plan de formación y capacitación, toda vez que en la actualidad solo se limita a los requerimientos de las dependencias, dejando por fuera entre otras las necesidades que se detectan en la evaluación del desempeño de los funcionarios de carrera, así como las detectadas en la evaluación por dependencias que realiza la oficina de control interno etc. (ya se había detectado en los informes cuatrimestrales del estado de control interno, de la vigencia 2014,2015)

2.3 Producto mínimo. Programa de Inducción y reinducción.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se cuenta con programa de inducción y re inducción realizado mensualmente a todos los servidores de la entidad.

Se observa en las presentaciones con las que se hace la inducción y re inducción al personal, que se instruye sobre la misión y visión de la entidad, así como de los derechos y deberes. Las presentaciones fueron enviadas el en diciembre de 2016 por SUB DIRECTOR DE DESARROLLO HUMANO

ESTE DOCUMENTO NO HA SIDO ACTUALIZADO Y TAMPOCO CONTIENE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN QUE SE PLANEA HACER EN CADA VIGENCIA

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Según las presentaciones de inducción y re inducción enviadas por correo electrónico de diciembre de 2016, por el Sub director de Desarrollo Humano; no se observa dentro de su contenido información sobre organigrama completo (solo enuncian al gerente, al director administrativo, a la directora de atención al usuario y a la directora científica; dejando por fuera a la directora financiera, oficinas asesoras, sub direcciones vitales para el hospital como la de Docencia e investigación etc) y funciones generales del Estado. Se debe ajustar estos dos aspectos.

Se debe complementar la inducción y re inducción orientándola hacia la formación ética, información de las normas tendientes a prevenir la corrupción, así como informarles sobre las inhabilidades e incompatibilidades relativas a los servidores públicos.

Se recomienda ajustar el programa de inducción y re inducción porque en la actualidad, no se hace inducción sobre las funciones que entran a realizar el funcionario dentro de su proceso. Es decir el programa de inducción de la entidad solo se circunscribe a la entrega de una información general sobre la entidad.

Utilización de la intranet para fomentar la inducción y reinducción por este medio.

2.4 Producto mínimo. Programa de re-inducción en respuesta a los cambios organizacionales, técnicos o normativos.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Los contenidos de la inducción y reinducción son los mismos según el correo enviado el diciembre de 2016; y no informan sobre los cambios en las funciones de los procesos o las dependencias y de su puesto de trabajo.

Establecer mecanismos para actualizar a los funcionarios en los cambios que afecten la entidad.

ESTE DOCUMENTO NO HA SIDO ACTUALIZADO Y TAMPOCO CONTIENE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN QUE SE PLANEA HACER EN CADA VIGENCIA

2.5 Producto mínimo. Programa de Bienestar (Anual).

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se cuenta programa anual de bienestar social laboral e incentivos. APROBADO EL 24/04/2015. ESTA PUBLICADO EN LA INTRANET.

ESTE DOCUMENTO NO HA SIDO ACTUALIZADO Y TAMPOCO CONTIENE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN QUE SE PLANEA HACER EN CADA VIGENCIA

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Fortalecer dentro del programa de bienestar social laboral e incentivos

1. Promoción y prevención de la salud.(En la semana samarita se contó con Stan de diferentes EPS y de la ARL y se realizó vacunaciones, Pausas activas, cursos de manipulación de alimentos, terapias a los trabajadores que tienen lesiones osteomusculares)
2. Clima laboral (de la ARL de han realizado charlas sobre comunicación asertiva trabajo en equipo y liderazgo)
3. Adaptación laboral (Se han hecho 9 readaptaciones laborales y se realizó una charla a los 9 funcionarios)
4. Preparación a los pre pensionados para el retiro del servicio. (se realizó una charla en la semana samaritana-la travesía preparación para la pensión)
5. Educación formal (superior) (convenios Docente asistencial-ejemplo universidad del Bosque)

Fortalecer:

1. Educación en artes y artesanías
2. Promoción de programas de vivienda
3. Cambio organizacional
4. Cultura Organizacional

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Programas de incentivos.

a. Equipos de trabajo (pecuniarios)
b. Empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción (No pecuniarios)

2.7 Producto mínimo. Procesos meritocraticos de cargos directivos.

EVIDENCIA ENCONTRADA

El hospital cuenta con el proceso de meritocracia del cargo de gerencia.

2.8 Producto mínimo. Sistema de evaluación del desempeño.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se cuenta con la evaluación de desempeño del personal que se encuentra inscrito en carrera administrativa. Aplicación del procedimiento 02RH05-V4 Evaluación del desempeño para personal en carrera administrativa

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Realizar análisis a las evaluaciones de desempeño que permitan detectar necesidades y buscar la mejora continua.

Utilizar la información obtenida en la evaluación del desempeño para alimentar planes de formación y capacitación.

COMPONENTE : DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.1 Misión, Visión, objetivos institucionales adoptados, socializados y divulgados a todos los servidores de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA

1. Acuerdo Número 013 de septiembre 7 de 2012 por medio del cual se aprueba el plan de gestión 2012 - 2015 (el cual incluye la aprobación del direccionamiento estratégico)
2. Se realiza socialización de la plataforma estratégico en el proceso de inducción y re inducción se hace mensual.
3. Se realiza socialización en 05PR08-V3 de la plataforma estratégica a los siguientes procesos de la institución: Banco de sangre, Laboratorio Clínico, Unidad de Cuidado Intensivo adulto, Intermedio y Neonato, Urgencias, Esterilización, Farmacia, Imágenes Diagnosticas, Cirugía, Equipos biomédicos, Facturación y recaudo, Hospitalización Ginecología, Consulta Externa, investigación y docencia.

Acuerdos de gestión donde se definen las responsabilidades y metas frecuentes por parte de los gerentes públicos.

***Respuesta de la sub dirección de personal**: A partir de la fecha se empezará a construir el acuerdo de gestión, teniendo en cuenta que la actual Gerencia (E) se posesionó en el mes de abril de 2016.*

De acuerdo al Decreto 1227 de 2005, Art 106 "En un plazo no mayor de cuatro (4) meses, contados a partir la fecha de la posesión en su cargo, el gerente público y su superior jerárquico concertarán y formalizarán el Acuerdo de Gestión, tiempo durante el cual desarrollará los aprendizajes y acercamientos necesarios para llegar a un acuerdo objetivo"

Por lo anteriormente expuesto, nos encontramos en la fecha límite para pactar el acuerdo de Gestión con el nivel directivo, conforme a las etapas de construcción establecidas, estas son:

1. Inducción
2. Concertación
3. Formalización del Acuerdo

4. Seguimiento
5. Evaluación

Se formalizará el Acuerdo de Gestión implementando el siguiente instrumento adoptado por el Hospital:

- *FORMATO 05TH20-V1: Acuerdo de Gestión entre el empleo del evaluador de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y el empleo del Gerente Público evaluado y anexo*

Para la etapa de evaluación tendremos en cuenta los compromisos institucionales, los compromisos contingentes y los compromisos de mejora gerencial.

*Como insumo principal contamos con el **Plan de Acción en Salud – PAS** donde se establecen los compromisos institucionales a través de metas de resultado con su respectiva descripción de estrategias y actividades.*

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Se sugieren las siguientes herramientas para la divulgación de la misión, visión, objetivos institucionales

Mesas de Trabajo.
Actividad de Socialización

Se debe fortalecer la armonización de los planes de acción en salud con Plan de Desarrollo Departamental 2012-2016.(Página web).

Se debe fortalecer la utilización de Planes Anuales mensualizados de caja (PAC), que permiten conocer las metas planificadas por año para cumplir con los ingresos y gastos de la entidad.
Cargado en la herramienta Tecnológica DINAMICA.

Se deben fortalecer y documentar las actividades de los comités a través de los cuales también se realizan actividades de gran importancia para el cumplimiento de la misión visión y objetivos institucionales, para lo cual se debe contar con el cronograma de trabajo de cada uno de ellos en la alta gerencia.

Se debe incluir en el presupuesto la elaboración de planes programas y proyectos, para hacer seguimiento a su ejecución presupuestal.

Se cuenta con 6 Objetivos estratégicos, publicados en la página web de la entidad, uno de ellos es " CRECER Y FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Es importante señalar que los fines esenciales del Estado Colombiano son: ARTÍCULO 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

*Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares. Así las cosas, el Hospital debe contribuir a los siguientes fines del Estado: Servir a la comunidad, (...)garantizar la efectividad de los (...) derechos (la salud es un derecho); facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida (..) administrativa. En este punto se puede citar a manera de ejemplo la forma en que la entidad escucha al usuario a través de LA GESTIÓN DE pqrsd, estrategia anti trámites, rendición de cuentas, veedurías ciudadanas etc. Visto desde este contexto se recomienda a la entidad ajustar sus objetivos institucionales ya que en la actualidad solo uno de ellos apunta a dos de los fines esenciales del estado en los que tiene injerencia, esto es: la prestación de un servicio que constituye un derecho y el servicio a la comunidad, **quedando por fuera la participación de la ciudadanía en las decisiones que la afectan.***

En los procesos y procedimientos se establece en la parte final en el NUMERAL 8 denominado "MATERIALES NECESARIOS" una serie de elementos que no impactan en la realización del procedimiento tal es el caso del

PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES código 02FR05-V1 en donde ponen como materiales necesarios los siguientes: resmas de papel, grapadoras entre otros; es evidente que allí no se cuantifican los recursos físicos, económicos, tecnológicos y humanos necesarios para desarrollar las actividades; lo que puede constituir un riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El programa de inducción es general para todos los funcionarios. No ahonda en las funciones que desarrollará en el proceso al cual será asignado. No se explica la relación entre las funciones que desarrollara con el cumplimiento de los fines esenciales del Estado

3.2 Producto mínimo. Documentos que soporten la revisión sobre las necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.

EVIDENCIA ENCONTRADA

1. *02AU13-V4 Procedimiento aplicación de encuestas de satisfacción al usuario: paciente y su familia.*
2. *02AU09-V6 procedimiento apertura buzón de peticiones de usuarios*
3. *02AU08-V6 Procedimiento recepción tramite y respuesta de peticiones de usuarios.*
4. *02AU12-V3 Recepción, trámite y respuesta de observaciones del colaborador interno generados dentro de la prestación del servicio de salud al usuario y su familia.*
5. *Rendición de cuentas*
6. *Informe de gestión del gerente.*
7. *Documento de presupuesto de la vigencia 2014, 2015 y 2016 el correspondiente a 2017 está en trámite.*

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Se deben establecer y documentar las herramientas que se utilizan para la revisión de las necesidades de presupuesto; lo cual soporta la ejecución del PLAN DE ACCIÓN EN SALUD y de los planes de mejoramiento por procesos.

Se debe asignar el presupuesto por procesos.

Se debe ajustar la metodología con la que se establecen las necesidades del hospital misionales y administrativas-en la que se especifique claramente las necesidades de los usuarios.

No hay evidencia que indique que la entidad haya identificado las características de los ciudadanos, usuarios o grupos de interés con quienes interactúa. Características tales como: demográficas, geográficas, de comportamiento, necesidades e intereses

No hay evidencia que indique que la entidad adelante acciones de promoción dirigidas a los ciudadanos usuarios o grupos de interés en temas como: servicios implementados o modificados en la entidad, espacios de participación, información disponible en el sitio web, disponibilidad de datos abiertos, información no disponible en sitio web, mapa de riesgos de corrupción y medidas para mitigarlo,

3.3 Producto mínimo. Planes Operativos Anuales con cronograma y responsables.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se cuenta con el PLAN DE ACCIÓN EN SALUD, en el cual se establecen fechas de cumplimiento y responsables de las actividades.

3.4 Producto mínimo. Fichas de indicadores para medir el avance en la Planeación de la entidad.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Establecer indicadores para medir la planeación de la entidad.

3.5 Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del usuario y su familia, el usuario interno y partes interesadas.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Encuestas de satisfacción al usuario y su familia

Indicadores:
Porcentaje de satisfacción global
Porcentaje de quejas y peticiones con respuesta en el término de ley.

Buzón de sugerencias

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Documentar y socializar la metodología con la cual se realiza la evaluación de la satisfacción del usuario y su familia

Documentar y socializar la metodología con la cual se realiza la evaluación de la satisfacción del usuario interno y partes interesadas (EPS, PROVEEDORES).

Según el Informe de gestión de atención al usuario, el nivel de satisfacción fue alto por encima del 90%. Sin embargo En este informe no se especifica claramente si el nivel de satisfacción corresponde a los servicios prestados por la entidad a través de medios electrónicos. Se debe ajustar la herramienta de medición para medir este aspecto.

La entidad debe evidenciar y dejar trazabilidad del análisis que se hace sobre la percepción del cliente o usuario frente a; productos, trámites y procedimientos administrativos de cara al ciudadano, trámites y procedimientos administrativos en línea de cara al ciudadano.

La entidad debe validar la eficacia de los procesos frente a los cambios en la satisfacción del cliente.

Se debe utilizar los mecanismos de evaluación de la satisfacción de usuario para que este manifieste si ha recibido productos o servicios no conformes. Es de señalar que la entidad no ha emitido una evaluación en la que indique la gestión realizada al producto o servicio no conforme.

Se deben definir las acciones de: verificación, seguimiento, inspección, ensayo prueba, para detectar los productos no conformes, en los procesos misionales, de apoyo y de evaluación.

La entidad debe fortalecer la detección de producto Y/o servicio no conforme para: controlar su entrega o uso, para corregirlo, para aplicar acciones de detección de productos no conformes.

3. ELEMENTO DE CONTROL: MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

4.1 Producto mínimo. Caracterizaciones de proceso elaboradas y divulgadas a todos los servidores de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA.

La entidad cuenta con un mapa de procesos en los que se definieron 26, de los cuales solo hace falta por caracterizar dos procesos

Producto mínimo. Actas de reuniones u otros soportes para revisiones o ajustes a los procesos periódicamente y/o cada vez que se requiera.(Se cuenta con el formato 05PR50-V1 de seguimiento a procesos y correo electrónico)

Producto mínimo. Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los servidores.(1. 05PR08-V3 Formato de socializacion institucional y listados de asistencia a capacitaciones.)

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Utilizar para la divulgación herramientas como:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO
Protectores de pantalla.
Mesas de Trabajo.
Correos Electrónicos.

Producto mínimo. Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos. Se cumple

Producto mínimo. Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles existentes en los procesos. En desarrollo

Nota: se recomienda revisar que la caracterización de los procesos contengan:

Ciclo PHVA

LOS INDICADORES, se observó que no se tuvo en cuenta en la caracterización que se está haciendo la identificación de los indicadores (los indicadores deben contener: señalar si apuntan a la EFICACIA-EFICIENCIA-EFECTIVIDAD, INDICADOR, FORMULA DE MEDICIÓN, META DE INDICADOR, OBJETIVO, UNIDAD DE MEDIDA-ejemplo porcentaje, FRECUENCIA DE MEDIDA – ejemplo trimestral, NIVEL DE ACEPTACIÓN-sirve para evaluar ejemplo: 0 a 50% critico, 51 a 75% aceptable, 76 a 100% excelente).

Se recomienda revisar que la caracterización de los procesos tenga en cuenta : los registros, formatos y de más documentos asociados; roles y responsables de la información, estado de automatización, trámites y servicios asociados al proceso, grado en que se han reemplazado los documentos en papel por electrónicos, elementos tecnológicos que intervienen en el proceso (aplicativos), y existencia de herramientas para la gestión documental esto es tablas de retención, plan de gestión documental etc.

4.2 Producto mínimo. Mapa de proceso que contengan los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La entidad debe establecer un mapa de procesos donde se evidencia la interrelación de estos, articulados entre estratégicos, misionales, de apoyo, y de evaluación y Seguimiento; se incluyó en la gráfica de los procesos el proceso de evaluación y seguimiento.

4.3 **Producto mínimo. Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.**

EVIDENCIA ENCONTRADA.

Se cumple.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Se cuenta con una herramienta llamada TUCI, sin embargo esta herramienta está siendo ajustada, en la actualidad los indicadores con mayor trazabilidad son los de norma 2193 (secretaria de salud y ministerio de salud), chip de la contaduría, etc.

Se ha detectado que los indicadores que se señalan en la caracterización de los procesos no son los mismos que están incluidos en el TUCI, se recomienda que se revise y se haga un listado de todos los indicadores que se enuncian en los procesos y se verifique que se estén midiendo con la herramienta TUCI.

Nota. Se recomienda implementar un formato que se puede denominar HOJA DE VIDA DEL INDICADOR que contenga:

Logo de la entidad:

Título: hoja de vida del indicador:

Código:
Fecha:
Versión:
Página:

Fecha de elaboración:

Nombre del proceso:
Objetivo del proceso:

Casilla para identificar si el indicador es de un: PLAN, PROGRAMA, PROTECTO O PROCESO.

Nombre o denominación del Indicador: ejemplo auditorías integrales

Objetivo del indicador: ejemplo-realizar las auditorías planeadas de conformidad con lo programado en el PAI.

Tipo de indicador, en el que se pueda señalar, si corresponde a: EFICACIA, EFICIENCIA,EFECTIVIDAD, CALIDAD

Formula del indicador: ejemplo auditorías realizadas sobre auditorías programadas por 100

Frecuencia o periodicidad de la medición: en la que se pueda señalar si es : mensual , bimensual trimestral, semestral , anual , otro , cual?

Unidad de medida del indicador: en el que se pueda señalar si es porcentaje o valor absoluto.

Oficina que origina la información: ejemplo NUMERADOR: Oficina de control interno, DENOMINADOR oficina de control interno.

Valor esperado o meta: ejemplo cumplir más del 100% con las auditorías programadas.

Rango de análisis: en el que se pueda identificar si el porcentaje de cumplimiento de la meta es: CRITICO (menor o igual al 59%) ACEPTABLE (60 a 79%) sobresaliente (80% a 100%).

Responsable del proceso
Nombre, firma, cago

Observaciones

Elaboro
Revisó
Aprobó

COMPONENTE : ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

5.1 Producto mínimo. Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA

1. Comité directivo y comité ampliado
2. Intranet, carteleras, protector de pantalla, página web. Listados de asistencia a Inducción y re inducción de acuerdo con cronogramas propuestos y desarrollados.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Fortalecer sensibilización y conocimiento de los funcionarios con el mapa de procesos, que permita entender el funcionamiento de la entidad y la relación del mapa de procesos con la estructura de la entidad.

5.2 Producto mínimo. Estructura organizacional conforme a los estatutos de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA

1. Estatutos institucionales
2. Organigrama. Decreto Departamental 0190 de 2007, Aprobó el Acuerdo 016 del 3 de octubre de 2007 adoptó organización interna

5.3 Estructura organizacional de la entidad que facilite la gestión por procesos.

La entidad debe tener una estructura flexible que le permita trabajar por procesos, donde se identifiquen niveles de responsabilidad y autoridad.

EVIDENCIA ENCONTRADA

262 del 17 de junio de 2013, por medio del cual se adopta el mapa de Resolución procesos institucional.

Acuerdo No. 009 por medio del cual se ajusta el Manual de funciones y competencias laborales para los empleados de la Planta de Personal de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Acuerdo No. 014 de 2016 modifica el Acuerdo No. 009 de 2016 correspondiente al Manual de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de planta.

Resolución No. 301 por la cual se aprueba el Acuerdo No. 014 de 2016 de la Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La resolución 262 de 2013 agrupa en el artículo 4, a los procesos según sean ESTRATEGICOS, MISIONALES, DE APOYO, o de ATENCIÓN AL USUARIO, en la resolución en mención, Denominan como un macro proceso ATENCIÓN AL USUARIO, sin embargo sus actividades son inherentes a los procesos misionales, motivo por el cual no debe tener una clasificación aparte, sino que debe estar incluido en el grupo de procesos del MACROPORCESO MISIONAL.

En la resolución se agrupan procesos en macro procesos, lo cual es correcto, pero según la gráfica del mapa de procesos, no se puede identificar el responsable de cada macro proceso que es en si el responsable de los procesos que agrupa y que debe estar identificado para establecer niveles de responsabilidades y ser coherente con la estructura organizacional.

Es así que pongo un ejemplo.

El macro proceso misional según se denomina en la resolución, agrupa los procesos de (docencia, atención extramural al paciente, atención al paciente quirúrgico, atención urgente al paciente, atención al paciente hospitalizado, referencia y contra referencia, apoyo diagnóstico, banco de sangre, imágenes diagnósticas, atención farmacéutica). Sin embargo no aparece identificado el macro-proceso en sí que en la realidad es DIRECCIÓN CIENTIFICA, quien es en ultimas de quien jerárquicamente dependen esos procesos misionales, lo cual reitero conlleva a que no exista acople entre la operación por procesos y la estructura organizacional. Lo anterior se ha manifestado en diversas ocasiones por escrito al comité coordinador de control interno y a la Gerencia. Lo mismo ocurre con los macro procesos estratégicos, de apoyo y el de evaluación que no fue si quiera incluido en la clasificación.

5.4 Producto mínimo. Manual de Funciones y Competencias laborales.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Como se ha manifestado en los informes de auditoría y el informe cuatrimestral del estado de control interno, el manual de funciones y competencias laborales requiere ajustarse a la realidad de las actividades y funciones que en cada cargo se vienen ejecutando.

La entidad actualizó el manual de funciones y competencias laborales sin embargo en la actualización No se identificaron los grados (el grado determina el sueldo funciones y responsabilidades), a manera de ejemplo se cita el cargo de profesional especializado asignado de control interno toda vez que en los cambios realizados el propósito principal de este cargo no esta enfocado a control interno, de igual manera no está claro cómo se realizaron los cambios a los nucleos básicos del conocimiento. De otra parte se debe tener en cuenta cuantos cambios de perfiles y funciones se realizaron para cambiar los compromisos que se suscriben. Por último no se tiene claridad del cumplimiento de la circular externa 100-09 de 2015 del DAFP, en la que señalan que las entidades que inicien procesos de rediseño institucional o modificación de la estructura interna y/o reforma de la planta de empleos, DEBERÁN GARANTIZAR EN DICHO PROCESO LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LAS ORGANIZACIONES SINDICALES.

Mediante el decreto 2484 de diciembre de 2014 se ordenó a las entidades actualizar su manual de funciones, el plazo era

hasta el 1 de junio de 2015. A la fecha la entidad no ha se ha realizado la socialización, solo se realizó la publicación en la página web.

5.5 Producto mínimo. Estructura organizacional conforme a los estatutos de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA

1. *Estatutos institucionales*
2. *Organigrama. Decreto Departamental 0190 de 2007, Aprobó el Acuerdo 016 del 3 de octubre de 2007 adoptó organización interna*

4. INDICADORES DE GESTIÓN

6.1 Producto mínimo. Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión.

No se cuenta con fichas de indicadores COMPUESTOS, mediante los cuales podamos medir la misión visión y objetivos estratégicos.

6.2 Producto mínimo. Cuadros de Control actualizados, para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.

No se cuenta con cuadros de control actualizados

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Definir indicadores de eficiencia y efectividad, que permiten medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes, programas y proyectos.

Dentro de los planes, programas y proyectos de la entidad, se debe construir indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones para evitar desviaciones.

Deben existir fichas de los indicadores que permitan consultarlos de manera fácil.

Los responsables y sus equipos de trabajo, deberán hacer seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de cada entidad, la cual no podrá ser superior a seis (6) meses.

Se debe hacer Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores.
Se debe revisar la batería de indicadores con el fin de establecer que los indicadores cumplan con su propósito.

La entidad realizó un inventario de los indicadores. Sin embargo se debe continuar con la revisión periódica de los indicadores actualizando la información sobre a quien se reporta, la normatividad, la obligatoriedad, la utilidad, la ficha técnica, la fuente de donde se obtienen los datos; entre otros. Realizando lo anterior se puede establecer si se hace necesario el levantamiento de nuevos indicadores o el ajuste de los mismos para medir el avance de la planeación de la entidad.

La entidad debe avanzar hacia la formulación de indicadores compuestos que permitan mostrar de manera global la gestión de la entidad. En la actualidad los indicadores de gestión de la entidad no se han diseñado, los indicadores que acompañan a los informes de gestión son los normativos y los de los procesos de manera individual, por ello es importante que empiecen a elaborar indicadores compuestos, indirectos o sustitutos que puedan mostrar la gestión del Hospital.

http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntrod9c.htm

" Los indicadores pueden ser simples (por ejemplo, una cifra absoluta o una tasa de mortalidad) o compuestos, es decir, construidos sobre la base de varios indicadores simples, generalmente utilizando fórmulas matemáticas más complejas.

Por ejemplo, son indicadores complejos la expectativa de vida de una población, los años de vida potencial perdidos (AVPP) e indicadores más recientes como los "Disability Adjusted Lost Years" (DALY'S, AVAD en español) que intentan objetivar globalmente el verdadero impacto de la pérdida prematura del estado de salud en la población.

Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de*validez* (debe medir realmente lo que se supone debe medir),*confiabilidad* (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), *sensibilidad* (ser capaz de captar los cambios) y *especificidad* (reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación).

Indicador: variable para medir los cambios

Clasificación operacional de los indicadores
Los indicadores de salud pueden ser divididos en dos amplias categorías:

Indicadores epidemiológicos
Indicadores operacionales
Los indicadores epidemiológicos se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. Siempre deben estar referidos a:

La población a partir de la cual se calculan,
El periodo de tiempo que representan,
El lugar geográfico del cual proviene la información

(variables de persona, de tiempo y de lugar)
Se puede medir el impacto o los efectos de los programas de salud comparando un mismo indicador epidemiólogico antes y después de la ejecución de las actividades de un programa determinado.

Los indicadores epidemiológicos tienen gran utilidad en la etapa de formulación diagnóstica y en la de evaluación del programa. La evaluación es, en cierto modo, un diagnóstico de situación actualizado.

Los indicadores operacionales miden el trabajo realizado, ya sea en función de la cantidad o de la calidad de él. Miden la cantidad de actividades y procedimientos realizados, en relación con metas o estándares establecidos previamente.

Como las metas son objetivos cuantitativos, los indicadores dan la medida en que se ha logrado cumplir dichas metas. El valor de los indicadores depende del criterio con el cual se establecen las metas: lo ideal es que la meta programada corresponda al número de acciones que se supone necesario realizar para tener algún impacto sobre el problema.

Cuando las metas se establecen solamente en función de los recursos financieros disponibles o de la capacidad administrativa para desarrollar acciones de salud en general, la consecuencia es la obtención de resultados operacionales aparentemente buenos, pero que pueden tener escaso impacto sobre el problema de salud pública.

Los indicadores operacionales que miden calidad de trabajo pueden ser de tres tipos: de productividad, de costo promedio y de calidad técnica.

Los de productividad relacionan el trabajo con el tiempo de recurso humano (hora-médico) o material disponible (día-cama), y expresan el promedio de producción por unidad de tiempo-recurso humano. Ejemplo: promedio de exámenes realizados por tecnólogo médico por hora, egresos por mes-cama.

Los de costo promedio, relacionan el trabajo realizado con sus costos, expresando el costo requerido en la producción de una unidad de trabajo. Ejemplo: valor promedio por cada examen realizado por un tecnólogo médico. Requiere del detalle de costos en cada etapa de un proceso productivo.
Los de calidad técnica, relacionan el trabajo realizado con los índices de eficiencia aceptables o convenidos para dicho trabajo; en general, expresan la proporción de trabajo realizado dentro de un determinado patrón o estándar. Ejemplo: proporción de pérdida de exámenes en el procesamiento de ellos; número de baciloscopías efectuadas en relación al total de consultas médicas.
El análisis de estos indicadores es un componente necesario de todas las evaluaciones y un factor fundamental para el ajuste de las acciones de salud y para la toma de decisiones. En este proceso de toma de decisiones con retroalimentación de la información pueden darse diversas situaciones derivadas de la evaluación, cada una de las cuales conlleva distintas conductas según la combinación de los resultados.""

http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntrod9c.htm

- POLÍTICAS DE OPERACIÓN

La entidad debe tener claridad de que son las políticas de operación.

Aquí unas definiciones:

Son las resoluciones y circulares que orientan el funcionamiento de cada macro proceso y a las cuales se deben adherir los procesos y los procedimientos. Un ejemplo de una política de operación en la entidad es la circular regulativa 01 de 2014, por medio de la cual se implementa el plan de mejoramiento por procesos con su instructivo, o la resolución que adopto el mapa de procesos, o la circular que estableció el horario, o las resoluciones que crean los comités y demarcan sus funciones, el programa de gestión del riesgo, el estatuto de contratación y el manual de contratación etc.

Las políticas de operación tienen como propósito demarcar los lineamientos generales y específicos sobre los cuales debe desarrollarse la actividad misional de cada proceso y la entidad como un todo.

Las Políticas de Operación aplicables de manera transversal a todos los procesos y a las políticas específicas de cada proceso.

En su condición de Políticas, deben ser cumplidos a cabalidad y de manera permanente por todos los funcionarios y colaboradores de la entidad, según su competencia e independientemente de su forma de vinculación.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La entidad debe empezar a condensar las directrices en circulares y resoluciones publicándolas en la intranet en el correspondiente proceso.

La entidad debe hacer un inventario de resoluciones y circulares vigentes y clasificarlas por macro procesos y procesos, así como publicarlas en la intranet para que todos las consulten.

La entidad puede utilizar el espacio denominado normatividad en la página web para incluir allí todas las circulares, resoluciones y acuerdos que conforman la política de operación del HUS.

No se debe confundir las políticas de operaciones con las políticas institucionales con las que cuenta la entidad, por ejemplo citemos la política de referenciación " aprendiendo lo mejor de los mejores" en donde se plantea que la entidad se

compromete a desarrollar la comparación periódica, pero no dice cada cuanto ni como, ni que medios se van a usar etc; cuando se condense esto último en un documento oficial (resolución o circular) se puede decir que se tiene una política de operaciones para la referenciación.

Manual de operaciones o su equivalente adoptado y divulgado.

Acto administrativo a través del cual se adopta el Manual de Operaciones de la entidad (Manual de procedimientos.- Manual de Calidad) como documento de consulta.

☐ *Manual de Calidad. No existe acto administrativo de adopción.*

Para entender más en qué consiste la política de operaciones podemos ver ejemplos de entidades como la Procuraduría. http://www.procuraduria.gov.co/portal/Politica-de-operacion.page

5. ELEMENTO DE CONTROL:POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

8.1 Producto mínimo. Definición desde la Alta Gerencia de la política de Administración del riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Política y Programa de gestión del riesgo

8.2 Producto mínimo. Mapas de Riesgos por proceso.

Todos los procesos tienen mapa de riesgos
Se publicó en la intranet y en la página web la matriz de riesgos institucional

OPORTUNIDAD DE MEJORA.

Se deben definir indicadores para definir la efectividad de los controles de los procesos tendientes a mitigar el riesgo.

8.3 Producto mínimo. Mapa de riesgo anticorrupción

EVIDENCIA ENCONTRADA.

Para la vigencia 2016, se publicó el mapa de riesgos de corrupción. NO SE HA REALIZADO EL CORRESPONDIENTE SEGUMIENTO

Para la vigencia 2016, se publicó un mapa de riesgos anticorrupción que contempla tres riesgos jurídicos y uno de tecnología implementada.

8.4 Productos mínimos. Mapa institucional de riesgos.

Se publicó una matriz priorizada de riesgos institucional la cual tiene dos versiones.

No se ha identificado factores que pueden afectar negativamente el cumplimiento de sus objetivos en relación con: riesgos jurídicos y derivados de la contratación. Lo anterior se evidencia en la MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL publicada en la página web de la entidad.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La entidad debe construir un Mapa de Riesgos Institucional, en el cual se elevan todos los Riesgos que afecten a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos Misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación.

Se debe evidenciar:
Evaluación de controles existentes.
Documento dónde se evalúe si los controles para valorar los riesgos son adecuados o no.
Documento en el cual se analizan los riesgos frente a los controles existentes para mitigar su impacto o su probabilidad de ocurrencia.

8.5 Producto mínimo. Actas u otros documentos que soporten la divulgación de los mapas de riesgos a todos los servidores públicos de la entidad.

Se cumple

8.6 Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.

Avances

El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales.

La caracterización de procesos de la entidad se está adelantando para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación; sin embargo debe propenderse por que también se agilice la actualización de todos los procedimientos.

Se presentó por parte del área estadística el tablero de control de indicadores de la entidad, sin embargo se está en proceso de transición a esta nueva herramienta, de igual manera se informa por parte del área estadística que hay mucha información para los indicadores que se puede traer de dinámica, pero que procedimientos como facturación en ocasiones hacen mal el registro entonces la información es incorrecta, que le ha oficiado a Carlos Pérez, lo que puede ocasionar que algunos indicadores no se alimenten con información cien por ciento exacta.

Actualización progresiva de en la intranet de los procesos de la entidad.

Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.

Se está desarrollando la política de cero papel. Pero no se ha adoptado mediante acto administrativo.

Se ajustó el manual de funciones de la entidad, pero no se tiene evidencia de su socialización, tampoco se tiene evidencia de si se está informando de esto en la inducción y reinducción.

Se adoptó el proceso de evaluación y control

MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Las actividades de auto evaluación se realizan de manera periódica y programada, en las reuniones de comités Directivos, en las cuales se les pide a cada Directivo que informe los avances que ha tenido en las tareas asignadas y en las tareas programadas en los distintos planes y programas, las falencias se detectan y se consignan para su seguimiento, es muy escasa la información que reportan y el cumplimiento de algunas tareas no se ha producido en los plazos establecidos por causas como: El Directivo no cuenta con personal que le ayude a desarrollar su labor, el personal a cargo del Directivo no realiza las actividades operativas necesarias para el cumplimiento, algunas actividades asignadas requieren de mucho más tiempo para su ejecución de la que se concedió, algunas de las actividades asignadas requieren el desarrollo de nuevas aplicaciones dentro del sistema de información, algunas actividades requieren que se surtan procesos de contratación.

No se evidencia la revisión de controles y redefinición de acciones

Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Se debe tener claro que para atender este punto la entidad debe contar con: AUTOEVALUACIÓN AL CONTROL Y A LA GESTIÓN (aplicación de encuestas, informes dirigidos a planeación, seguimiento de planeación) AUTOEVALUACIÓN INDEPENDIENTE (informe ejecutivo anual de control interno, informe de gestión de la oficina de control interno, auditoría interna-a cargo de la oficina de control interno) y PLANES DE MEJORAMIENTO (adopción, metodología, informes)

En virtud de lo anterior la entidad debe:

Establecer una metodología de autoevaluación de la gestión y del control-mediante circular.

Se sugiere la siguiente estructura de la circular que adopte la metodología

Logo de la entidad
Numero de circular
Para: directores y subdirectores de oficina así como para los jefes de oficina.
Asunto: Metodología de autoevaluación de la gestión y del control
Fecha:
Justificación: evaluar la capacidad para cumplir los objetivos previstos, tomar medidas preventivas y correctivas para el cumplimiento de metas y resultados de la entidad, establecer la periodicidad de la autoevaluación (cada seis meses), analizar los resultados y proponer acciones que permitan el mejoramiento de los procesos. Elaborar informe dirigido a la oficina de planeación para el respectivo seguimiento.
Firma del Gerente

Anexos de la circular:
Metodología de la autoevaluación (debe contener, introducción , objetivo, justificación, conceptos, objetivos de la autoevaluación, principios de la autoevaluación, niveles de responsabilidad, procedimientos para la tabulación de la información e interpretación de resultados, autoevaluación plan de mejoramiento por procesos, autoevaluación planes programas y proyectos, autoevaluación mapa de riesgos institucional, estructura del informe)
Estructura del informe (según se establezca en la metodología, el informe debe estar firmado por cada dueño de macro-proceso, no requiere aprobación de la oficina de control interno y debe ser enviado a la oficina de planeación para su análisis y seguimiento)
Formato autoevaluación del control (
Formato de autoevaluación de la gestión (debe contener: nombre del macro-proceso, nombre de los procesos, indicador del proceso, % resultado, actividades del proceso, análisis de resultado, observación OBAEV, no conformidades NCAEV)

La entidad debe elaborar un instructivo de la autoevaluación de la gestión y el control. *En el que se dé a conocer el*

modelo metodológico que permita realizar la autoevaluación.

La entidad debe sistematizar la aplicación de la encuesta la cual debe contener los elementos del MECI.

9.1 Producto mínimo. Documento soporte sobre la aplicación de las encuestas de autoevaluación de los procesos.

EVIDENCIA ENCONTRADA

1. Encuestas de opinión sobre la gestión gerencial
2. Informe de Rendición de Cuentas por la Gerencia

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Nota. Recomendaciones:

Establecer una metodología clara que indique cuales son las herramientas de autoevaluación.

Establecer cómo se analizan los resultados de esa autoevaluación

Indicar las medidas que se toman resultado de la autoevaluación

Realizar las encuestas por procesos

No mesclar los aspectos positivos y negativos de las oficinas de planeación y de control interno (sus funciones y objetivos son distintos) se debe separar asi como se hizo en la calificación.

Ampliar los plazos para practicar las encuestas de autoevaluación por que solo se ofrecen las encuestas a los que asisten a la presentación del informe del gerente. Promover más la participación.

Establecer un rango mínimo de encuestas que se deben practicar por que el número de personas que participaron es muy reducido, lo que no permite conocer la opinión de la mayoría de funcionarios del hospital.

9.2 Producto mínimo. Documentos soporte sobre la realización de talleres de autoevaluación.

EVIDENCIA ENCONTRADA

1. Autoevaluaciones de:
- Sistema Único de Habilitación bajo la Res. 1043 de 2006, Res. 2003 de 2014
- Sistema Único de Acreditación bajo Res. 1445 de 2006 y Res. 123 de 2013.
-Encuesta MECI

Se promueve la cultura del autocontrol, la autoevaluación, y demás principios del MECI, mediante la estrategia denominada miércoles de control interno

Nota. Se cita como evidencia las actividades de autoevaluación que se han realizado para la acreditación, sin embargo se está indagando es por la autoevaluación de la gestión y el control de la entidad la cual como mencione al inicio debe estar adoptada mediante una metodología, desarrollada mediante encuestas estandarizadas, presentada en informes a la oficina de planeación para su seguimiento. La evidencia encontrada obedece a la aplicación de autoevaluaciones con la metodología proporcionada por una firma para conseguir un objetivo específico (es reactiva)

9.3 Producto mínimo. Informe sobre análisis de los indicadores por proceso.

Se cumple. Evidencia en el informe de actividades de los procesos y en el informe de gestión del Gerente.

9.4 Producto mínimo. Informes de gestión por procesos

Se rinden informes de gestión por procesos

9.5 Producto mínimo. Informes del ambiente organizacional de la entidad.

Se realizó una medición en la vigencia 2015, en alianza con COLTEMPORA, COMPENSAR y SINERGY , pero no se conocen sus resultados, ni las acciones tomadas a partir de ella.

No hay evidencia de que a partir de la medición del ambiente laboral se haya propuesto alguna mejora a la estructura organizacional, o al plan de incentivos.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

La entidad debe determinar cómo a partir de los Riesgos, indicadores, Controles establecidos y demás elementos que le permitan tomar información, puede realizar la autoevaluación de la gestión, tomando los correctivos necesarios.

La entidad debe estar en capacidad de alimentar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas que le permitan ejercer el proceso de manera correcta. El Aplicativo MECI (Informe Ejecutivo Anual de Control Interno).

COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

10.1 Informes pormenorizados de la vigencia.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Informes del estado de control interno publicado en la página web, informes de auditorías internas radicado en los procesos y en la gerencia.

10.2 Resultados informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP y divulgación.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se publica en la página web de la entidad los resultados obtenidos en la medición de la implementación del MECI, y se socializó en el informe de gestión del primer semestre realizado por el Gerente del HUS dirigido a los funcionarios, así como vía correo electrónico a los funcionarios. Se dio traslado al comité coordinador de control interno de los resultados.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La entidad debe implementar las acciones de mejora para atender las recomendaciones del DAFP, resultado del informe ejecutivo anual.

10.3 Producto mínimo. Procedimiento para Auditoría Interna.

EVIDENCIA ENCONTRADA

El Hospital cuenta con un procedimiento de auditoría interna integral, actualizado, El cual se desarrolla por parte de la Oficina de Control Interno y por la Oficina de Planeación.

10.4 Producto mínimo. Programa anual de auditorías aprobado.

EVIDENCIA ENCONTRADA

La entidad tiene un plan de auditorías aprobado, el cual es desarrollado por la oficina de control interno.

10.5 Producto mínimo. Informé de auditorías realizadas.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se han presentado los informes de auditorías realizadas.

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

11.1 Producto mínimo. Herramienta definida para la construcción del Plan de mejoramiento.

EVIDENCIA ENCONTRADA

La entidad cuenta con una herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento, para lo cual se expidió un procedimiento.

10.2 Producto mínimo. Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se realizó la consolidación del plan de mejoramiento, así como su correspondiente seguimiento.

Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos. Se debe enfatizar en que los planes de mejoramiento sean tomados como una herramienta de trabajo y de control, y evitar ser utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.

El plan de mejoramiento por procesos de la entidad está conformado por los planes que envían los procesos, del cual se está realizando primer seguimiento con corte a junio de 2016.

El 18 07 de 2016 se publicó en la intranet el PAMEC a los funcionarios y no se tiene evidencia de la forma en que se construyó el mismo y de la socialización con los funcionarios.

Se publicó un seguimiento del PAMEC correspondiente al primer trimestre, el cual fue publicado el 31 de mayo de 2016, con la clave de la funcionaria CLAUDIA RUBIANO quien ya no labora en esa oficina. Revisar por que se utiliza la clave de una funcionaria que ya no trabaja en la oficina de PLANEACIÓN.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Mejorar la oportunidad en la que se elabora el plan de acción del equipo MECI. Se realizó 8 meses después de iniciada la vigencia el plan de acción del equipo MECI.

Avances

Implementación de los planes de mejoramiento.

Se realizó el seguimiento con corte a junio del PUMP

Reactivación del comité coordinador de control interno

Conformación del equipo Mecí

Se cuenta con un programa de auditorías para la vigencia 2016 a desarrollar por parte de control interno

Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.

Se caracterizó el procedimiento de auditoría interna integral y de auditoría de calidad-ambas a cargo de la oficina de control interno.

EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

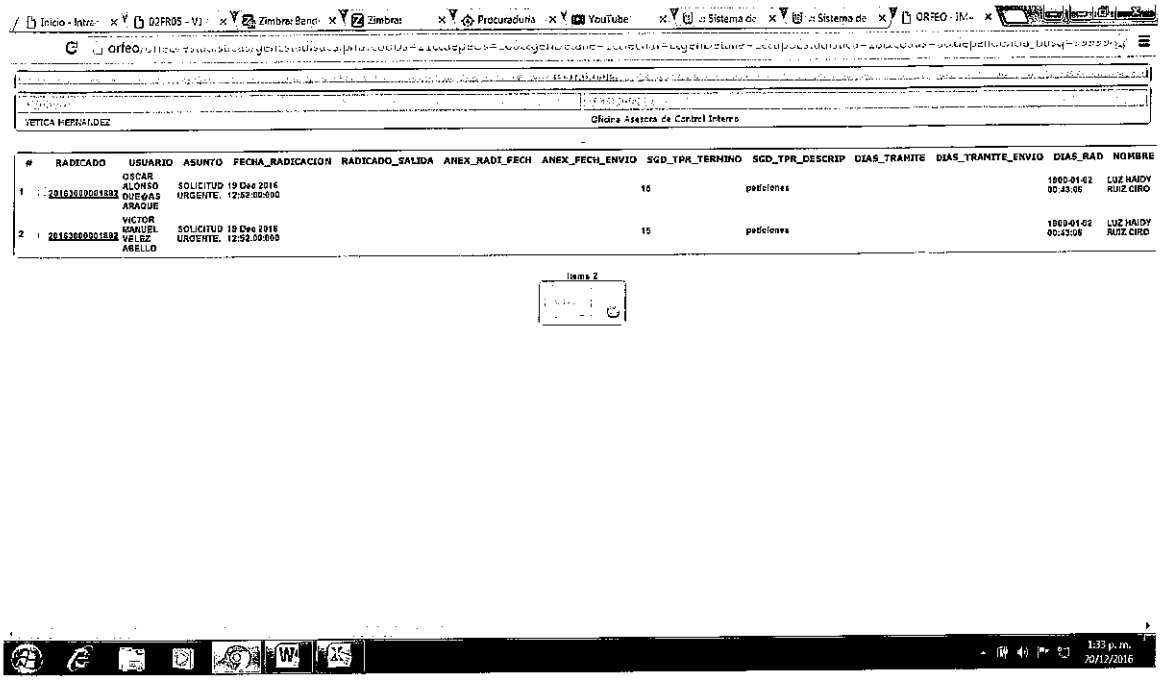
12.1 Producto mínimo: Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas reclamos por parte de la ciudadanía.

EVIDENCIA ENCONTRADA

La dirección de atención al usuario da respuesta PQRS, y presenta informes sobre la gestión de los mismos, sin embargo, esta dirección no es la única que da tramite a PQRS, motivo por el cual no se tienen datos consolidados sobre el trámite que la entidad da a todas estas solicitudes.

Según la respuesta recibida por el subdirector de sistemas, el sistema de correspondencia ORFEO, no arroja aun estos datos, y manifiesta que todo el trámite de PQRS está en cabeza de la dirección de atención al usuario, lo cual no corresponde a la realidad por cuanto hay peticiones que se dirigen a otras oficinas del HUS.

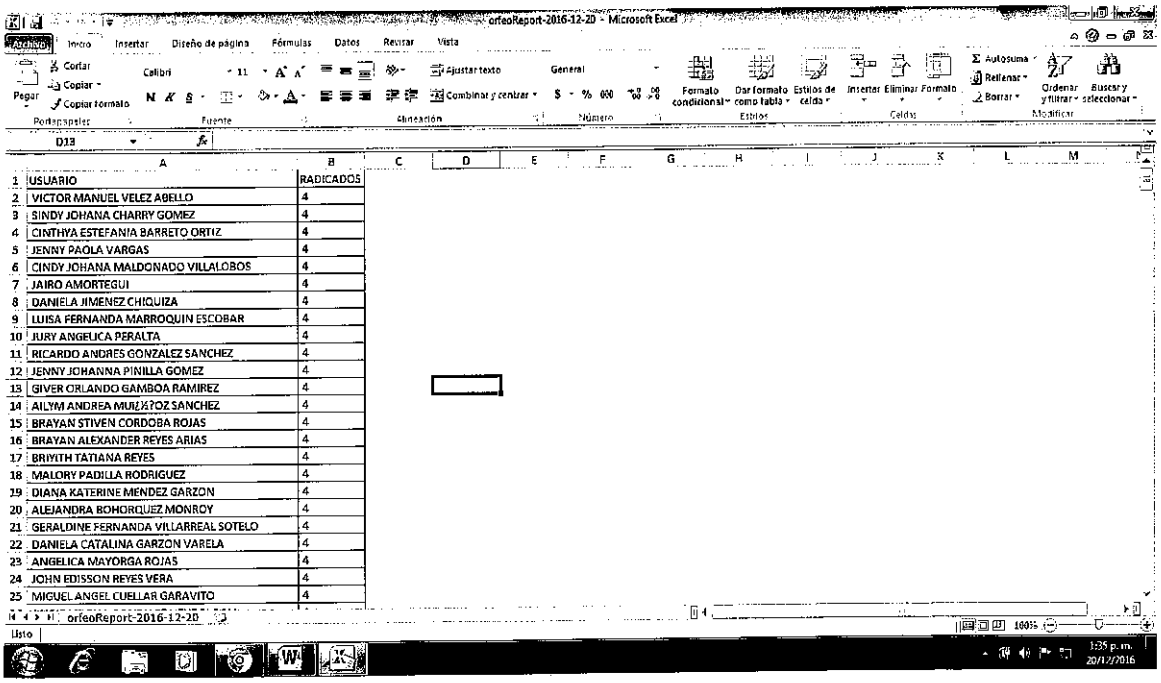
Se realizó la verificación en ORFEO para establecer si se tienen estadísticas que evidencien: La recepción de la PQRSD, la oportunidad o la extemporaneidad de la respuesta. La verificación se hizo de la siguiente manera: ORFEO-ESTADISTICAS-TIPO DE CONSULTA-ESTADISTICA PQRSD Y SUS RESPUESTAS-DEPENDENCIA-TODAS LAS DEPENDENCIAS-INCLUIR USUARIOS INACTIVOS-AGRUPAR TODOS LOS USUARIOS-AGRUPAR POR TIPO DE DOCUMENTO-PETICIONES-DESDE FECHA- HASTA FECHA-APARECE NOMBRE DEL USUARIO Y LOS RADICADOS-LUEGO VER DETALLES POR USUARIO y se observa el pantallazo que esta abajo donde se observa la fecha de radicación pero no esta la fecha de salida.



#	RADICADO	USUARIO	ASUNTO	FECHA_RADICACION	RADICADO_SALIDA	ANEX_RADI_FECH	ANEX_FECH_ENVIO	SGD_TPR_TERMINO	SGD_TPR_DESCRIP	DIAS_TRAMITE	DIAS_TRAMITE_ENVIO	DIAS_RAD	NOMBRE
1	2016300000182	OSCAR ALONSO OUEOAS ARAQUE	SOLICITUD URGENTE.	19 Dec 2016 12:52:00:000				15	peticiones			1900-01-02 00:43:06	LUZ HAIDY RUIZ CIRO
2	2016300000182	VICTOR MANUEL VELEZ ABELLO	SOLICITUD URGENTE.	19 Dec 2016 12:52:00:000				15	peticiones			1900-01-02 00:43:06	LUZ HAIDY RUIZ CIRO

Items 2

LUEGO GENERAR GRAFICA donde se observa el siguiente pantallazo que como se ve no genera ninguna grafica y la cantidad de radicados son iguales para todos los usuarios.



USUARIO	RADICADOS
VICTOR MANUEL VELEZ ABELLO	4
SINDY JOHANA CHARRY GOMEZ	4
CINTHYA ESTEFANIA BARRETO ORTIZ	4
JENNY PAOLA VARGAS	4
CINDY JOHANA MALDONADO VILLALOBOS	4
JAIRO AMORTEGUI	4
DANIELA JIMENEZ CHIQUIZA	4
LUISA FERNANDA MARROQUIN ESCOBAR	4
JURY ANGELICA PERALTA	4
RICARDO ANDRES GONZALEZ SANCHEZ	4
JENNY JOHANNA PINILLA GOMEZ	4
GIVER ORLANDO GAMBOA RAMIREZ	4
AILYM ANDREA MUI¿½?OZ SANCHEZ	4
BRAYAN STIVEN CORDOBA ROJAS	4
BRAYAN ALEXANDER REYES ARIAS	4
BRIYITH TATIANA REYES	4
MALORY PADILLA RODRIGUEZ	4
DIANA KATERINE MENDEZ GARZON	4
ALEJANDRA BOHORQUEZ MONROY	4
GERALDINE FERNANDA VILLARREAL SOTELO	4
DANIELA CATALINA GARZON VARELA	4
ANGELICA MAYORGA ROJAS	4
JOHN EDISSON REYES VERA	4
MIGUEL ANGEL CUELLAR GARAVITO	4

Como se ve la herramienta no esta siendo alimentada por parte de los usuarios y debe ajustarse la generación de gráficas de las estadisticas.

12.2 Producto mínimo. Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad.

Se cuenta con sistema dinámica gerencial, TUCI, pagina web e intranet.

12.3 Producto mínimo. Publicación en la página WEB de la información relacionada con la planeación institucional.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se publica en la página web el plan anual de adquisiciones, el plan operativo anual entre otros documentos relacionados con la planeación institucional.

12.4 Producto mínimo. Publicación en la página WEB de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.

EVIDENCIA ENCONTRADA

La entidad registró sus trámites en el SUIT

12.4 Producto mínimo. Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.

Se encuentra formularios de PQRS. Desarrollo aplicativos módulo PQR, Encuestas, Foros y Gestión de Consultas a través del e-mail. En la página web. Contactenosatencion.usuario@HUS.org.co.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La entidad tiene en su página web una pestaña en la que se pueden interponer peticiones, quejas, reclamos, sugerencia, denuncia, felicitación, y solicitud de información, de igual manera la Dirección de atención al usuario cuenta con personal capacitado para recibir y tramitar las PQRSD de los usuarios. Del trámite general dado a las PQRSD se informa periódicamente por parte de la Dirección de atención al usuario. Pese a lo anterior la entidad no está cumpliendo con lo establecido en la circular externa 001 de 2011, emitida por el consejo asesor del gobierno nacional, "orientaciones para el seguimiento a la atención adecuada de los derechos de petición" se recomienda:

Elaborar un registro codificado publico organizado sobre los derechos de petición que nos sean formulados que haga parte del informe mensual sobre PQRSD que emite la Dirección de atención al usuario, en el que como mínimo se contemple: tema o asunto que origina la petición o la consulta, fecha de su recepción o su radicación, el termino para resolverla, dependencia responsable del asunto, fecha y numero de oficio de respuesta. Este registro debe ser publicado en la página web u otro medio que permita a la ciudadanía su consulta y seguimiento.

Solo se mide la satisfacción de los usuarios del HUS, lo cual se consigna en los informes presentados por la Dirección de atención al usuario.

Se debe fortalecer el mecanismo de recolección de las sugerencias y recomendaciones de los servidores públicos. En la actualidad no hay evidencia del procesamiento de estas recomendaciones y de las decisiones tomadas en consecuencia

12.5 Producto mínimo. Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.

No hay evidencia de disposiciones internas de dichos lineamientos

12.6 Producto mínimo. Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.

1. listado de asistencia a rendición de cuentas
2. Encuestas e informe de rendición de cuentas.

12.7 Producto mínimo. Publicación en la página WEB de los resultados de la última rendición de cuentas realizadas.

Se publica el informe de gestión más *el informe general de la audiencia pública de la rendición de cuentas y la evaluación y conclusiones de la audiencia pública de rendición de cuentas.*

12.8 Producto mínimo. Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas).

No hay

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Para cumplir con el componente de información la entidad debe tener:

Emitir el correspondiente informe de gestión de PQRSD, por parte de la oficina de planeación de la entidad, en el que se analicen las características de la atención al ciudadano, a partir del trámite dado a peticiones, quejas reclamos, sugerencias y denuncias, aplicando las disposiciones constitucionales y reglamentarias.

Información primaria PQRSD, procedimiento de peticiones, quejas, reclamos y denuncias, formularios de atención al ciudadano definidos para atender PQR'S, manual de atención al ciudadano, formatos de elaboración de informes de gestión de PQRSD.

Información secundaria: política de información y comunicación pública (resolución)

Sistemas de información: para lo cual se recomienda consolidar en un formato el medio medarte el cual cada macro proceso manejará la información que requiere para su actividad, y la que requiere conocer, así como la que quiere divulgar.

Sugerencia de formato y ejemplos

LOGO DE LA ENTIDAD	SISTEMAS DE INFORMACIÓN			CODIGO FECHA VERSIÓN PÁGINA
MACRO PROCESO	NOMBRE DEL APLICATIVO	HADWARE(No de equipos)	Licencias y/o aplicativos desarrollados por el HUS	Ubicación
Comunicación publica	Call center	N/A	N/A	Subdirección de informática
Gestión administrativa	Orfeo	100	N/A	Correspondencia
Gestión administrativa	Contratación	20	N/A	Portal único de contratación
Gestión de talento Humano	Escuela virtual	N/A	N/A	Talento Humano

Comunicación Pública: Está dividida en comunicación organizacional, informativa, y medios de comunicación.

Comunicación Organizacional:

EVIDENCIA ENCONTRADA

La entidad cuenta con un sistema de correspondencia denominado Orfeo

La entidad cuenta con un manual de imagen corporativa.

Comunicación informativa: *La entidad debe tener un plan de comunicaciones construido teniendo en cuenta el MCPOI-Modelo de comunicación pública informativa para las entidades del estado, como un instrumento de apoyo a su gestión estratégica, este modelo identifica los problemas de comunicación de carácter organizacional (estilo organizacional, noción del trabajo, alineación estratégica de las personas con respecto al proyecto misional), también problemas de carácter informativo (interacciones cpn el público de su interés, rendición de cuentas, sintetizado en la intención de transparencia y visibilidad del estado). Desde el punto de vista metodológico es una herramienta para la planeación estratégica de la comunicación que define un objetivo y le formula un propósito y una finalidad a la práctica comunicativa de las entidades.*

Rendición de cuentas*: la entidad debe publicar en su página web el informe general de la audiencia pública de la rendición de cuentas y la evaluación y conclusiones de la audiencia pública de rendición de cuentas. Se encuentran unos contenidos publicados en la parte de los informes de rendición de cuentas PERO ESTOS CONTENIDOS SON LOS MISMOS DEL INFORME DE GESTIÓN DE 2015, y no hacen referencia a la evaluación y conclusiones de la rendición de cuentas.*

Similar situación ocurrió en la rendición de cuentas de la vigencia 2014

Informe de gestión: *la entidad tiene publicado en la página web el informe de gestión del 2013, 2014,2015.*

Medios de comunicación: La entidad debe identificar los medios de comunicación que utiliza ejemplo: revistas, boletines digitales, correo electrónico, pagina web, carteleras etc.

6. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

13.1 Producto mínimo. Identificación de las fuentes de información externa.

☐ Existen mecanismos como página Web.

Se encuentran identificadas en el programa de comunicaciones y adicionalmente se cuenta con el procedimiento del diagnóstico del contexto estratégico que contempla la fuente de información externa. El programa de comunicaciones fue publicado en la intranet el 12 de mayo de 2016, este programa enuncia en el numeral 7 un cronograma el cual no se encuentra publicado.

13.2 Producto mínimo. Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) sistematizada y de fácil acceso. Se debe fortalecer la intranet para que permita consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.

☐ Aunque existen mecanismos, no existe uno sólo consolidado por medio del cual se pueda consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.

13.3. Producto mínimo. Rendición anual de cuentas con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía.

La entidad debe establecer un mecanismo donde se comunique información sobre programas, proyectos, obras,

contratos y administración de los recursos.
□ Página principal web.

13.4 Producto mínimo. Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto.
La entidad debe establecer su proceso y/o actividades de Gestión documental de acuerdo con la Ley 594 de 2000 o la norma que la modifique o sustituya.
□
13.5 Producto mínimo Política de Comunicaciones.
La entidad debe establecer un mecanismo de comunicación con los usuarios internos y externos. Dicha política, proceso o procedimiento debe contener entre otros, los siguientes elementos: matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc.
□No existe el Plan estratégico de comunicaciones 2012 -2015 y 2016.

Recomendación: La información contenida en la página web de la entidad y en la intranet, se encuentra desordenada, se enuncian espacios en donde se supone que se encuentra la información que al revisarlos se encuentra vacíos, en general hay información faltante, desactualizada y desordenada. Lo anterior se debe a que son muchos los funcionarios que tienen acceso para ingresar la información, lo que conlleva a que no exista control de lo que se sube (calidad, confiabilidad) y de la forma en que se organiza. Por lo anterior se recomienda que sea el PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN quien revise valide y organice la información de intranet y de la página web, para lo cual se debe documentar un procedimiento de COMINICACIÓN INTERNA Y EXTERNA asignando para ello un funcionario responsable.

7. ELEMENTO DE CONTROL: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

14.1 Producto mínimo. Manejo organizado o sistematizado de la correspondencia.
La entidad debe establecer directrices claras para el manejo documental de tal manera que no se disminuyan los contratiempos entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario y/o grupo de interés.
□ Se cuenta con herramienta para el manejo de comunicaciones "ORFEO", no Se cuenta con un procedimiento que de directrices sobre el tema "Administración de Comunicaciones Oficiales".

14.2 Producto mínimo. Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.

Los recursos físicos y humanos de la organización deben tener asociados procesos, procedimientos y guías donde se establece el manejo de éstos y su adecuada utilización.
□ Actualizar procedimientos de Gestión de recursos Físicos y Gestión del talento humano, Gestión Financiera, y revisar de nuevo sus indicadores.
14.3 Producto mínimo. Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés parar obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
La entidad debe identificar los usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidas sus productos y/o servicios.

14.4 Producto mínimo. Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad.
La entidad debe poner a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página Web, carteleras comunitarias, periódico oficial, buzón de sugerencias, entre otros que crea conveniente.
□ La entidad cuenta con página Web, carteleras institucionales, buzón.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

No se evalúan los canales de comunicación entre la alta dirección y los servidores.

No se publica en el portal virtual los indicadores para evaluar la gestión

No se evalúan los canales de comunicación entre la alta dirección y los servidores

.

Avances

Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su segunda fase (comunicación externa e interna), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política "cero papel" en la administración pública.

En la actualidad están publicadas las tablas de retención en la página web para que sean consultadas por los funcionarios.

La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante.

Estado general del Sistema de Control Interno

La entidad cuenta con herramientas tecnológicas que permitirán desarrollar a mediano plazo un sistema de gestión de calidad, así por ejemplo se contrató el sistema de control y trámite de correspondencia ORFEO, se cuenta con un aplicativo denominado DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA que permite conocer todo el proceso de ingreso, permanencia y salida de un paciente, lo cual permite establecer controles, indicadores, verificaciones y detectar riesgos.

La entidad adopto 12 políticas dentro del proceso de direccionamiento estratégico (publicadas en la intranet) en el mes de septiembre de 2013, indicando el área responsable de su desarrollo, se hará el correspondiente seguimiento a su implementación en la vigencia 2014.

La entidad se encuentra en proceso de acreditación, lo cual ha generado que se inicie con el diagnostico y auto evaluación para el cumplimiento de todos los estándares aplicables en materia de salud según la normatividad vigente. De lo anterior se deriva que gracias a este propósito de la acreditación, el hospital esta capacitando a todo su personal responsable de procesos y directivos lo cual producirá a mediano plazo un posible cambio en la cultura organizacional, beneficiando a los usuarios toda ves que se están depurando todos los procesos, procedimientos, guías, manuales, planes etc., que a su ves replicará de manera positiva en la integración de los sistemas de calidad y control interno.

Recomendaciones

Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana debe fortalecerse por el representante de la alta Dirección o directamente la Gerencia, conminando al EQUIPO MECI para difundir en todos los servidores públicos la información referente a su operación y cumplimiento de los objetivos, de esta forma se realizaran las transformaciones y los cambios necesarios en los resultados de la Evaluación interna del Modelo estándar de Control Interno - MECI

La entidad debe fortalecer los mecanismos para el seguimiento de PQRSD, que se radican por diferentes medios.

La entidad debe fortalecer su auditoria interna con personal medico auditor, que le permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.

El plan de mercadeo de la vigencia 2016 se actualizó el 13 de octubre de 2016 – Se debe mejorar la oportunidad de esta actualización

No se cuenta con auditoría médica por lo tanto es fácil para las EPS glosar las cuentas

Se requiere de manera urgente que se haga seguimiento a las AUTORIZACIONES porque al parecer se están dejando vencer, situación que al parecer está ligada con el incumplimiento de los médicos cirujanos contratados por horario más no por producción; motivo por el cual es urgente se realice un análisis y se ajusten los contratos que sean necesarios cambiando su modalidad a producción.

Se debe ajustar el TUCI toda vez que en la actualidad los indicadores que están descritos en los procesos no coinciden en su totalidad con los que se encuentran en el TUCI.

INDUCCIÓN PUESTO DE TRABAJO. La entidad debe implementar un mecanismo que deje trazabilidad de la inducción en el puesto de trabajo

SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS. La entidad debe hacer seguimiento frecuente al mapa de riesgos.

MAPA DE PROCESOS: se debe revisar que en todos los procedimientos se establezca la estructura organizacional, así ellos deben estar aprobados por el gerente, el director, el subdirector, y el líder del proceso que se documenta o se actualiza; de esta manera se guardará la coherencia entre estructura organizacional y mapa de procesos, subsanando la debilidad que tiene la gráfica de mapa de procesos de la entidad en la cual no se puede establecer la estructura organizacional.
El procedimiento de control de documentos y registros 026c01-v2 enuncia que la actualización de los procedimientos se hará con la aprobación de los líderes de los procesos, de la coordinadora de calidad y del gerente. Con lo anterior se evidencia la desarticulación del mapa de procesos con la estructura orgánica y manual de funciones del hospital, toda vez que los líderes de los procesos dependen de directores y sub directores y si estos no aprueban la actualización de los procesos de los cuales son finalmente responsables se estaría desconociendo su jerarquía y en ultimas no pueden tener el control y manejo se los procesos, afectando y poniendo en riesgo el cumplimiento del PAS – PUMP – Y ACUERDOS DE GESTIÓN

TALENTO HUMANO. La entidad debe avanzar en la modernización de la planta de cargos, con el fin de disminuir la tercerización.

SISTEMA DE COSTOS. La entidad debe avanzar en un sistema de costos que le permita controlar el gasto frente al recaudo, teniendo en cuenta la productividad y la facturación.

OTRAS RECOMENDACIONES

1. Dada la rotación de personal se genera perdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional.
2. Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.
3. A la fecha la entidad no cuenta con programas de bienestar y programas de incentivos, su elaboración debe producirse de manera oportuna en la vigencia que pretende cubrir.
4. Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados.
5. No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.
6. La entidad suscribe sus programas de bienestar e incentivos de forma extemporánea.
7. No se ha inscrito a la entidad en el SIGEP, para que los funcionarios actualicen su hoja de vida.
8. La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura necesaria para avanzar en el desarrollo de sus funciones deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales, tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central.
9. El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas

a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.

10. No se cuenta con las mediciones de:

Comunicación Interna: Percepción de carterelas

Interacción página Web

Boletines

Comités y reuniones

11. Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional.

• Implementar estrategias de comunicación interna que permitan la socialización de la información necesaria para la gestión institucional

• Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.

• Brindar apoyo comunicacional a todos los procesos para desplegar la información que apoye el desarrollo de sus diferentes actividades y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

12. Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales).

13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.

14. No se cuenta con el suficiente personal que apoye la actividad de comunicaciones.

15. La caracterización de procesos de la entidad se está adelantando para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación; sin embargo debe propenderse por que también se agilice en el levantamiento de todos los procedimientos.

16. La entidad tiene un mapa de procesos el cual no está estructurado identificando los procesos misionales, de apoyo y de evaluación.

17. No se ha elaborado un plan de mejora para atender las recomendaciones del DAFP, informe vigencia 2013.

18. Aún faltan por caracterizar procesos de la red de procesos socializada. (PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS).

19. La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos

20. Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga comoo mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS.

21. Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.

22. Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.

23. Persiste la falencia en la falta de articulación del Modelo estándar de Control Interno MECI, con el sistema de Gestión De la Calidad, Gobierno en Línea GEL y sistema integrado de planeación y Gestión.

24. Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias.

25. Se encuentra pendiente la primera evaluación a la gestión del riesgo.

26. Las actividades de auto evaluación se realizan de manera periódica y programada, en las reuniones de comités Directivos, en las cuales se les pide a cada Directivo que informe los avances que ha tenido en las tareas asignadas y en las tareas programadas en los distintos planes y programas, las falencias se detectan y se consignan para su seguimiento, pese a que se dio la directriz de que todos los lideres deben reportar el avance de sus tareas antes de cada comité Directivo para que Control Interno haga su seguimiento, es muy escasa la información que reportan y el cumplimiento de algunas tareas no se ha producido en los plazos establecidos por causas como: El Directivo no cuenta con personal que le ayude a desarrollar su labor, el personal a cargo del Directivo no realiza las actividades operativas necesarias para el cumplimiento, algunas actividades asignadas requieren de mucho más tiempo para su ejecución de la que se concedió, algunas de las actividades asignadas requieren el desarrollo de nuevas aplicaciones dentro del sistema de información, algunas actividades requieren que se surtan procesos de contratación.

27. No se evidencia la revisión de controles en los procesos y redefinición de acciones
28. Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.
29. La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.
30. La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.
31. Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.
32. No se ha socializado el PAMEC a los funcionarios y no se tiene evidencia del documento final ni de la forma en que se construyó el mismo.
33. La entidad no tiene centralizada la información correspondiente a las PQRSD, solo se tiene consolidado lo correspondiente al área asistencial.
34. La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.
35. La entidad debe fortalecer la capacidad de recolectar información sobre la percepción externa de su gestión, reflejados en PQR, se debe procurar que la herramienta de correspondencia ORFEO permita detectar el trámite, seguimiento, control y oportunidad en las respuestas, así como tabular los servicios de los cuales se reciben más PQR entre otros. De igual manera la Entidad debe implementar y establecer la manera en la cual se recepcionaran, redireccionaran y monitorear la PQR que se reciben a través de la página web. En la actualidad se debe entrar por ORFEO a cada oficina que genera respuestas de PQRSD y allí se arroja una tabla en la que solo se observa o tabula cuantas PQRSD fueron contestadas por los funcionarios de esa oficina, toda vez que si se pide las estadísticas por radicados y sus respuestas de todas las dependencias APARECE UNA GRAFICA DISTORCIONADA
36. La entidad debe fortalecer y esclarecer los mecanismos para recolectar las PQR de los servidores, así como informar y socializar las medidas adoptadas frente a esas PQR, ya que en la actualidad se cuenta con buzones pero no se tiene claridad sobre el análisis y el trámite que se le da a lo allí recolectado.

¿Cuáles considera que fueron los aspectos positivos y negativos en la implementación del Sistema de Control Interno?

ASPECTOS POSITIVOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.
El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales.
La caracterización de procesos de la entidad se está adelantando para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación; sin embargo debe propenderse por que también se agilice en el levantamiento de todos los procedimientos.
Se presentó por parte del área estadística el tablero de control de indicadores de la entidad, sin embargo se está en proceso de transición a esta nueva herramienta, de igual manera se informa por parte del área estadística que hay mucha información para los indicadores que se puede traer de dinámica, pero que procedimientos como facturación en ocasiones hacen mal el registro entonces la información es incorrecta, que le ha oficiado a Carlos Pérez, lo que puede ocasionar que algunos indicadores no se alimenten con información cien por ciento exacta.
Actualización progresiva de en la intranet de los procesos de la entidad.
Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.
Se está desarrollando la política de cero papel. Pero no se ha adoptado mediante acto administrativo.
Implementación de los planes de mejoramiento
Reactivación del comité coordinador de control interno
Conformación del equipo Mecí
Se elaboró por parte del equipo MECI plan de mejora para atender las falencias detectadas en el diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014. Porcentaje de cumplimiento al finalizar la vigencia 2015 del 90%
Se cuenta con un programa de auditorías para la vigencia 2015 a desarrollar por parte de control interno
Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.
Se caracterizó el procedimiento de auditoría interna integral y de auditoría de calidad-ambas a cargo de la oficina de control interno.

Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política "cero papel" en la administración pública.
Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación.
La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante.
ASPECTOS NEGATIVOS.
Falta de cultura del mejoramiento. Poca consulta de la intranet. Baja receptividad de los funcionarios para capacitarse en MECI.

3. ¿Qué considera usted que debería continuar?

Lo que debe continuar es la actualización y revisión de los procedimientos y actualización de la pirámide documental. Se debe seguir auditando y haciendo recomendaciones que efectivamente queden en el PUMP.

4¿Cuáles son las lecciones aprendidas de la implementación del Sistema de Control Interno?

La principal lección es que son los directores y líderes de los procesos los primeros que deben conocer e implementar el MECI, que si no se responsabilizan del tema no se puede avanzar en la implementación. Que la acreditación está directamente relacionada con los avances en la implementación del MECI.

5. ¿Cuáles son las dificultades de la implementación del Sistema de Control Interno?

La no inclusión de las recomendaciones de la oficina de Control interno en el PUMP
La tardanza en la elaboración del plan de mejora para atender las recomendaciones del DAFP según la calificación emitida anualmente.
Deficiencias en la inducción y reinducción del personal.

YETICA JHASVELY JERNANDEZ ARIZA

Firma (original firmado)