

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

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

YETICA HERNANDEZ ARIZA

Período evaluado: MARZO A JUNIO DE 2014

Fecha de elaboración: 21 DE JULIO DE 2014

El resultado obtenido en la evaluación realizada por el DAFP con respecto a la implementación del MECI, indica que el modelo se encuentra en una fase intermedia lo que significa que:

“El modelo de control interno se cumple, pero con deficiencias en cuanto a la Documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad Deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias Urgentemente, para que el sistema sea eficaz.”

El puntaje total obtenido por la entidad fue de 40,6% (INTERMEDIO).

Con lo anterior, se puede concluir que la implementación del MECI para el período evaluado, requiere fortalecimiento en todos los subsistemas.

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

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.

No se ha implementado la política de gestión y administración de riesgos.

Se debe actualizar el mapa institucional y por procesos de acuerdo con la guía metodológica de la función pública

Dada la rotación de personal se genera pérdida 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.

Resultado obtenido en DAFP

ENTORNO DE CONTROL

Puntaje: 2,19

Nivel : Básico

El manual de funciones y competencias laborales no se encuentra ajustado a las necesidades de la institución

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.

No se cuenta con plan de comunicaciones aprobado.

El manual de imagen corporativa debe ser socializado para su despliegue.

La caracterización de procesos de la entidad no avanza en la proporción que la entidad lo necesita para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación.

Las actividades de auto evaluación no se realizan de manera periódica y programada, las falencias se detectan pero no se consignan para su seguimiento, pese a que los líderes de proceso y cuerpo directivo se reúnen periódicamente para presentar su gestión, de lo cual queda registro en actas no se produce una verdadera auto evaluación de la que se deriven acciones de mejora.

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.

Resultado obtenido en DAFP

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Puntaje: 3,16

Nivel: Intermedio

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.

Resultados del DAFP

ACTIVIDADES DE CONTROL

Puntaje: 2,44

Nivel: Básico

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Puntaje: 2,47

Nivel : Básico

Resultados del DAFP

SEGUIMIENTO

Puntaje:2.87

Nivel: Intermedio

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.

La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil consulta y registro.

Las tablas de retención no están actualizadas, el proceso de actualización no avanza de la manera en que el HUS lo requiere
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

Avances

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

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Se debe adoptar la política “cero papel” mediante acto administrativo.

Se debe estructurar y caracterizar el proceso de “comunicación pública”

No hay evidencia de la existencia del manual de indicadores, sin embargo el control y la medición de los procedimientos y sus actividades están siendo revisadas por los líderes, se recomienda implementar y armonizar con el Direccionamiento estratégico de la entidad (misión, visión, valores y principios institucionales). Existe un procedimiento de Generación de indicadores de gestión institucional código 02pr14 versión 3, el cual no se encuentra publicado, y se encuentra desactualizado toda vez que su vigencia se encontraba contemplada hasta el 17 de enero de 2013.

Falta de políticas de operación por procesos, donde se estructure clara y concretamente el quehacer propio de cada proceso en cumplimiento de sus objetivos misionales y estratégicos.

Se requiere de acompañamiento por parte de los responsables de cada proceso en la conformación de quipos de trabajo para tratar lo relacionado con la definición de indicadores de gestión, acciones y evaluación en temas específicos como la administración de riesgos.

Avances

Se cuenta con un nuevo 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.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

No se tiene identificado en el mapa de procesos de la entidad el subsistema de control de evaluación

No se tiene bien documentado y definido los procesos y procedimientos para las auditorias internas de evaluación independiente.

No se tiene evidencia del plan de auditorias del sistema de gestión de calidad.

Se esta ejecutando el plan de auditorias internas, pero presenta retrasos debido a la falta de personal. (no hay equipo interdisciplinario)

Se debe 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.

No se cuenta con la cultura y directriz precisa de elaboración de planes de mejoramiento individual, no se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios, en cumplimiento al acuerdo 137 de 2010, emitido por la Comisión Nacional del servicio Civil.

No hay evidencia de la existencia del acto administrativo que sustenta la administración de riesgos de la entidad.

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.

Se debe mejorar en el impacto que tienen los planes de mejoramiento individual por que en la actualidad no reflejan una mejora en el desempeño de los servidores.

Avances

Se fortaleció el componente de planes de mejoramiento por procesos para lo cual se emitió circular reglamentaria No 01 de 2014, mediante la cual se implementan los planes de mejoramiento por procesos, su elaboración, seguimiento, control y evaluación.

Se consolido el plan de mejoramiento por procesos y se esta realizando el correspondiente seguimiento por parte de la Oficina de Planeación y de Control Interno.

El comité de control interno ha realizado las reuniones reglamentadas en las cuales se discutió sobre indicadores, revisión de controles y redefinición de acciones.

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; de igual manera cuenta con un aplicativo denominado KAWAK, mediante el cual esta siendo alimentado con todos los procedimientos documentados.

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 vez que se están depurando todos los procesos, procedimientos, guías, manuales, planes etc., que a su vez 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 tener una reingeniería liderada por el representante de la alta Dirección o directamente la Gerencia, que permita reactivar los grupos líderes y operativo del MECI y difundir en todos los servidores públicos la información referente a su operación y cumplimiento de los objetivos, de esta forma se realizarán las transformaciones y los cambios necesarios en los resultados de la Evaluación interna del Modelo estándar de Control Interno - MECI

La entidad debe estructurar su funcionamiento por procesos, (misionales, de apoyo y de evaluación),

La entidad debe adoptar mecanismos para el seguimiento de PQR, que se radican por diferentes medios.

La entidad debe adoptar e implementar la política de riesgos.

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

Se debe conformar el equipo MECI, con el fin de que se desplieguen las actividades propuestas por el Comité de Control Interno.

YETICA JHASVELLI JERNANDEZ ARIZA

Firma