

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (HUS)  
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011**

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:

HECTOR MANUEL GARRIDO G.

Período evaluado: Marzo de 2013 a junio de 2013

Fecha de elaboración: julio de 2013

Fijadas las normas para el desarrollo del Sistema de Control Interno en las entidades Publicas, la Oficina de Control Interno de la E.S.E: Hospital Universitario la Samaritana realizo una evaluación interna al Modelo estándar de Control Interno (MECI), previa la evaluación del DAFFP, como resultado de las evaluaciones, en ambos casos, se obtuvo como resultado "un cumplimiento medio" lo que significa que la entidad se encuentra en un buen desarrollo, pero se requieren mejoras en algunos aspectos. Por lo tanto se generaron acciones de mejora para subsanar las debilidades encontradas.

**Subsistema de Control Estratégico**

**Dificultades**

Ausencia en la actualización de la implementación de la herramienta mapas de riesgos.

La entidad cuenta con un Manual de funciones aprobado en el año 2005, documento que a la fecha, requiere de su actualización.

La entidad realiza planes de mejora permanentes, sin embargo falta divulgación y socialización a todos los Servidores Públicos en general de la E.S.E. HUS frente a las oportunidades de mejora que se como producto de las auditorias externas e internas.

Los Planes de Incentivos y de capacitación se encuentran en etapa de diagnostico.

La resistencia al cambio y la falta compromiso de los líderes se hacen evidentes en la revisión permanente que debe realizarse a los mapas de riesgo, por tanto no se actualizan en debida forma, no se verifica si los controles son pertinentes para la mitigación del riesgo.

Como resultado de diferentes análisis de problemas, se ejecutan ajustes de personal propendiendo por la mejora de los procesos, pero dificultan el desarrollo efectivo por la rotación del personal generado por factores inherentes a la relación laboral.

El Código de Ética y el código de Buen Gobierno aprobados en el 2008, requieren de actualización, ya que en la vigencia 2012 se actualizo la plataforma estratégica, la que contiene los valores y principios que se viven en la entidad, por tanto se requiere de su actualización.

El sistema de Evaluación del desempeño contempla los compromisos laborales pactados y las competencias comporta mentales, no contiene la correspondencia entre las metas individuales con las metas del proceso al que pertenece el servidor y no contempla el compromiso en las acciones de mejora por proceso.

## Avances

La Entidad cuenta con nueva plataforma estratégica elaborada con la participación de los funcionarios de la entidad; el mapa de procesos diseñado y aprobado en la presente vigencia, toma como eje principal la calidad en la atención al usuario y su familia, eje sobre el cual se desarrolla la revisión y rediseño de los procesos y procedimientos para su aplicación e implementación en toda la entidad.

El desarrollo de las metas del Plan Indicativo 2012-2015, se ha encaminado a dar cumplimiento a las directrices del Gobierno Dptal, derivándose de este Plan las metas, estrategias y/o actividades a desplegar en el Plan Operativo Anual 2013.

El Plan de Bienestar Social se encuentra construido en base a planes históricos de la entidad y se encuentra en la etapa de implementación.

La oportunidad de las inducciones y reinducciones se realiza mensualmente, en ella se destaca la socialización y reafirmación del decálogo de valores de la entidad.

Dando cumplimiento a la normatividad, el Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano para la vigencia de 2013 se encuentra publicado en la página WEB, Control Interno realizará oportunamente el seguimiento al Plan.

Dadas las directrices de las TIC's para las entidades gubernamentales, la entidad viene trabajando en el cumplimiento de lo establecido en la normatividad imperante en relación con la estrategia de Gobierno en línea.

Se encuentra definida la metodología, definidos los lineamientos y el aplicativo sobre el cual se actualizará el mapa de riesgos.

La elaboración de los informes anuales, semestrales y requerimientos de los entes de control se realiza oportunamente, previa verificación y veracidad de la información reportada conforme se encuentra establecido.

## Subsistema de Control de Gestión

### Dificultades

Se presentó un atraso en el seguimiento a indicadores, lo anterior, debido principalmente a que algunos encargados del seguimiento no lo hacen oportunamente y no entregan igualmente en los términos establecidos los resultados de los indicadores donde conste dichos seguimientos.

Los sistemas de Información no satisfacen las necesidades de la totalidad de las dependencias, por su obsolescencia sin embargo la entidad hace un gran esfuerzo para realizar reformas y actualizaciones principalmente a los actores de los procesos de atención al usuario y a su familia.

Las Tablas de Retención Documental (TRD) aprobadas desde la vigencia 2008 no han sido aplicadas, sin embargo para dar cumplimiento a la ley 594 de 2000 y a los decretos reglamentarios 2609 y 2578 de 2012, se han dado pautas para dar comienzo a la implementación de las TRD en todas las unidades. Los archivos de centrales de cada una de las unidades no cumplen con las características exigidas por el Archivo General de la Nación, la misma situación se presenta en los archivos de gestión; las transferencias primarias se dan incumpliendo de lo establecido en las TRD y en los procedimientos.

No hay sistema único de correspondencia, no obstante se cuenta con un aplicativo desarrollado internamente para la correspondencia del nivel directivo, con el que se realizan los seguimientos a la correspondencia.

Aun cuando se cuenta con un importante desarrollo de los procesos y procedimientos se evidencian debilidades carácter contable, como es el no tener definido por cada servidor público que labora en la entidad los inventarios de activos fijos y elementos de trabajo asignados para el desarrollo de las funciones, lo que deriva en una responsabilidad etérea.

## Avances

La E.S.E. HUS cuenta con el aplicativo KAWAK, empleado en el sistema de información del Sistema de Gestión de la calidad y el MECÍ, para el desarrollo de los indicadores con oportunidad, claridad, practicidad, confiabilidad y cumpliendo con la finalidad de los mismos para realizar la medición de los procesos.

Las políticas de operación de la entidad se encuentran en etapa de redefinición, figuran entre ellas la Política de Comunicación Organizacional, Política de Gestión del Talento Humano y gestión Cultural, política de administración del riesgo, entre otras.

La renovación tecnológica de equipos médicos se realiza conforme al logro y gestión de consecución de los recursos, logrando de esta forma optimizar la calidad en los servicios.

El mapa de procesos actualizado contiene los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, se realiza actualmente la actualización a los Procesos y Procedimientos, actualizando el listado maestro y las caracterizaciones de los procesos. Documentos que para su consulta y socialización, se encuentran en interfase para ser consultados en la INTRANET.

Para difundir el autocontrol y teniendo como línea base, las debilidades del modelo estándar de Control Interno MECI, se han realizado boletines, enviados a través de los correos electrónicos institucionales, con publicación en la INTRANET.

Conforme lo establece la normatividad en la página WEB principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios; la entidad cuenta con el sitio WEB en donde el acceso al buzón virtual es a través del link pacientes y usuarios; Control Interno realizó la verificación encontrando que no es de fácil acceso además de otras debilidades el frente al Manual para la implementación de la estrategia Gobierno en línea de la Republica de Colombia, debilidades que serán subsanadas en el corto plazo. El Call Center, de Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá recepciona y da respuesta a las necesidades de los usuarios y su familia.

Las convocatorias públicas para el suministro de bienes y servicios se realizan parcialmente en el sitio WEB, no son publicadas en el SECOP.

## Subsistema de Control de Evaluación

### Dificultades

No se ha logrado el total cumplimiento de los compromisos adquiridos en relación con los planes de mejoramiento surgidos del informe de auditoria de la vigencia 2010 de la Contraloría General del Departamento.

Falta empoderamiento a los líderes de cada proceso en el tema de planes de mejoramiento en lo que respecta a seguimiento e inventario de los mismos para transmitir a las personas a su cargo la cultura del mejoramiento continuo.

En la verificación con el desarrollo de las auditorias se ha evidenciado que existe en grado menor desconocimiento de los procesos, procedimientos, actividades y registros.

Pese a los esfuerzos institucionales por mantener la información de fácil acceso al personal a través de diferentes medios, los servidores públicos no evidencian conocer la información generada y publicada.

Los servidores públicos no han sido sensibilizados sobre las herramientas para realizar la auto evaluación al control.

## Avances

El informe anual de control Interno se presento oportunamente en el aplicativo determinado por el DAFP.

El Plan anual de Auditorias se presento y fue aprobado por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno, el cual tiene en cuenta y se desarrolla en base al proceso definido por la entidad.

La oficina de Control Interno ha elaborado su Plan Operativo Anual 2013 y el cronograma de actividades, el cual desarrolla conforme lo estableció.

Conforme a los roles de Control Interno Se trabaja en la actualización de los diferentes procesos de la entidad, se encuentra en etapa de actualización el proceso de Evaluación Independiente.

El Plan Anual de Auditoria incluye el cumplimiento de los objetivos de la entidad, la normatividad que la regula, el manejo de recursos y la evidencia documental para su desarrollo y el cumplimiento a los procedimientos, proyectos y programas, manual de funciones, manual de contratación e interventora.

Se realizan auditorias, verificaciones y seguimientos en diferentes áreas de la entidad, como resultado de las mismas se elaboran los informes y se hacen las recomendaciones respectivas.

Igualmente, como consecuencia de las auditorias se han realizado planes de mejoramiento, sobre los cuales la oficina asesora de control interno realizará los seguimientos del caso.

## Estado general del Sistema de Control Interno

El MECI es un modelo que debe estar en continuo desarrollo y evolución para su mantenimiento, al efecto, el Hospital ha trabajado de manera eficiente en mantener el modelo, aunque se requiere enfatizar y persistir para que todos se empoderen del mismo, lo utilicen como herramienta en sus labores diarias, lo puedan articular con las funciones que desempeñan y comprendan el engranaje del sistema del control interno, lo cual sin duda alguna redundara en el cumplimiento de los cometidos estatales y en la prestación efectiva de los servicios.

Un aspecto fundamental ha sido la realización de las auditorias por parte de la Oficina Asesora de Control Interno a la gestión, ya que se ha verificado el cumplimiento de procedimientos, proyectos y programas, manual de funciones, manual de contratación e interventora y cumplimiento de recomendaciones.

Se puede concluir que el modelo MECI se ha venido implementando conforme a la norma y de acuerdo a las necesidades institucionales.

## Recomendaciones

Se requiere de manera urgente la adecuación y utilización de las tablas de retención documental (TRD) y todo lo que corresponde al tema de Gestión Documental

Es necesaria la utilización óptima del software KAWAK, ya que nos permite proyectar los desarrollos de la entidad a través del análisis cuantitativo y cualitativo de los indicadores.

Se requiere de manera urgente se realice el inventario de activos fijos de la institución para dar cumplimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General del Departamento.


Se debe dar estricto cumplimiento al manejo y actualización de los indicadores por áreas a nivel institucional, para establecer el manual de indicadores, ya que es una herramienta importante que ayuda a la toma de decisiones.

Socializar la metodología e iniciar la actualización del mapa de riesgos y revisar de manera continua los mapas de riesgos de la institución y verificar la efectividad de los controles.

Se debe fortalecer y dar cumplimiento a lo establecido por norma en el elemento de desarrollo humano, principalmente a lo referente a que los programas sean basados en un diagnóstico institucional de necesidades, participativo y con cobertura del 100% de los servidores de la entidad, lo que fortalece los procesos y programas de la entidad.

Los planes de mejoramiento deben ser relacionados y vinculados con el desarrollo de las estrategias de mejoramiento de la entidad y permitir la retroalimentación sobre el desempeño individual de los servidores.

Los procesos, procedimientos, manuales, protocolos, aplicativos, formatos, etc., deben contar con mecanismos de contingencia en caso de presentarse eventos desfavorables y fallas en algún nivel de desarrollo de los procesos.



HECTOR MANUEL GARRIDO G.

Proyectó: Maria Clara M.R.

Ruta: Profesional Especializado/ SISTEMA DE CONTROL INTERNO/ INFORME PORMENORIZADO MARZO - JUNIO 2013.doc