

INFORME EJECUTIVO ANUAL EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

Objetivo: Conocer el estado de la implementación del MECI teniendo en cuenta los principales cambios surtidos en el proceso de actualización a MECI 2015 esto con el fin de establecer lo que se ha adelantado en la implementación, y lo que se debe crear, modificar o eliminar según sea el caso.

El presente informe ejecutivo fue realizado teniendo en cuenta la información suministrada por cada uno de los procesos, utilizando como herramienta el anexo 4 del Manual Técnico, de igual manera se realizó autoevaluación interna para lo cual se diseñó una matriz que se fue diligenciada por funcionarios de todos los procesos de la entidad quienes autoevaluaron el grado de implementación en un 65.98% que según la actual metodología de calificación del DAFP significa que la implementación del MECI se encuentra en una fase SATISFACTORIA.

Los rangos de calificación del DAFP son los siguientes:

FASES DE IMPLEMENTACIÓN	
FASE	CALIFICACIÓN
INICIAL	0-10%
BASICO	11-35%
INTERMEDIO	36-65%
SATISFACTOTIO	66-90%
AVANZADO	91-100%

Comparativo resultados de la autoevaluación vigencia 2013 y la calificación arrojada por el DAFP para la vigencia 2013.

AUTOEVALUACIÓN-2015				RESULTADOS DAFP-2014		AUTOEVALUACIÓN-2014		RESULTADOS DAFP-2013	
FACTOR				FACTOR		FACTOR		FACTOR	
ENTORNO DE CONTROL	DE	45.93	ENCUESTA DE CALIDAD	ENTORNO DE CONTROL	2.28	ENTORNO DE CONTROL	71.85	ENTORNO DE CONTROL	2.19
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Y	71.62		INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	2.93	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	71.85	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3.16
ACTIVIDADES DE CONTROL	DE	74.39		ACTIVIDADES DE CONTROL	2.47	ACTIVIDADES DE CONTROL	73.27	ACTIVIDADES DE CONTROL	2.44
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	DE	91.07		ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2.45	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	42.36	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2.47
SEGUIMIENTO		35 + 58.79 = 46.895		SEGUIMIENTO	3.09	SEGUIMIENTO	61.22	SEGUIMIENTO	2.86
TOTAL		329.995 / 5 = 65.981							
CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA		65.98%	58%	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	41.01	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	64.1%	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	40.6%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN		SATISFACTORIO		RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN	INTERMEDIO	RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN	INTERMEDIO	RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN	INTERMEDIO

En conclusión se observa que según la autoevaluación la entidad continuaría en una fase de implementación del modelo SATISFACTORIO, así mismo el puntaje resultado de la autoevaluación incremento frente a la evaluación emitida el año anterior por el DAFP en 25 puntos, lo que significa que la entidad ha adelantado acciones que han sido efectivas para la consolidación del MECI.

En la revisión previa que se realizó se observó que los productos mínimos en los que más se debe trabajar o fortalecer son: inducción y re inducción (por qué se hace de manera general y no sobre las funciones a desarrollar y su relación con los objetivos de la entidad y los fines del estado), medición del clima laboral (por qué se hace pero no se emiten acciones resultado de ella), gestión y manejo del producto no conforme, programas de bienestar e incentivos y modernización de la planta de cargos.

De igual manera, 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 elementos de control, describiendo los productos mínimos que debe tener la entidad y como lo estamos cumpliendo; complementando con algunas observaciones y oportunidades de mejora con relación a la evidencia encontrada.

1. ELEMENTO DE CONTROL: ACUERDOS COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS

1.1. Producto Mínimo. Documento con los principios y valores de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA.

Código de ética

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Medir la adherencia de los funcionarios al código de ética

1.2 Producto mínimo. Carta de valores y políticas éticas de la entidad, decálogo de ética, código de ética, etc.

EVIDENCIA ENCONTRADA

Esta documentado los principios y valores de la institución en el manual de calidad 01PR01-V10

Actas de comité de ética donde se reviso el documento de principios y valores, se definió hacer un estudio de percepción del cliente interno (grupos focales)

Encuestas e informe de resultados de los grupos focales

Ajuste y nueva versión del código de ética para el Hospital Universitario de la Samaritana.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Hacer la revisión y actualización del código de buen gobierno

1.3 Producto mínimo. Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad.

EVIDENCIA ENCONTRADA

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)

Resolución Numero 337 de 2014 de 26 de agosto de 2014, segunda versión derogando la resolución 066 del 25 de febrero de 2008. De vigencia del Código de Ética

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Allegar Resolución, Acta u otro Acto Administrativo que permita evidenciar la adopción de los principios y valores de la entidad.

1.4 Producto mínimo. Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los principios y/o valores adoptados por la entidad. (Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Concursos, Actividades entre otros).

EVIDENCIA ENCONTRADA

Se realiza la socialización de principios y valores en la inducción y re inducción.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

*Incrementar la socialización utilizando herramientas como:
Herramienta INTRANET Módulo MECI.
Protectores de pantalla que envía comunicaciones*

2. ELEMENTO DE CONTROL: DESARROLLO DEL 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 Administrativo 020 de 2005, se adicióno 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.

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.

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)

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 16 de diciembre de 2015 por la profesional HEIDY GUERRERO - EN MISIÓN

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Según las presentaciones de inducción y re inducción enviadas por correo electrónico el día 16 de diciembre de 2015, por la profesional HEIDY GUERRERO - EN MISIÓN; 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 16 de diciembre de 2015; 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.

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.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Incluir dentro del programa de bienestar social laboral e incentivos

- c. Promoción y prevención de la salud.*
- d. Educación en artes y artesanías*
- e. Promoción de programas de vivienda*
- f. Clima laboral*
- g. Cambio organizacional*
- h. Adaptación laboral*

- i. Preparación a los prepensionados para el retiro del servicio.*
- j. Cultura Organizacional*
- l. Educación formal (primaria, secundaria y media, superior)*

EVIDENCIA ENCONTRADA

Según la evaluación final del POA , el programa de bienestar social se cumplió en un 62% y las actividades de incentivos en un 100%

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.

3. PLANES Y PROGRAMAS Y PROYECTOS

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.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

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

*Protectores de Pantalla (TIC y Secretaría de Prensa y Comunicaciones).
Mesas de Trabajo.
Actividad de Socialización
Correos Electrónicos.*

Se debe fortalecer la armonización de los planes operativos 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: ARTICULO 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 pqrscd, 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 no se establece ni cuantifica 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 aborda 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 trámite 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 y actualmente se está diseñando el presupuesto de la vigencia 2015.

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 POA 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 POA, 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 del 98%. 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.

4. 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 uno proceso.

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 socialización institucional y listados de asistencia a capacitaciones.)

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Utilizar para la divulgación herramientas como:

*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. Se cumple.

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

Ciclo PHVA

LOS INDICADORES, se observo 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% crítico, 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; sin embargo se observa que en la grafica de los procesos no se contempla 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

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, PROYECTO 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

5. ELEMENTO DE CONTROL: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

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.

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, sin embargo según el manual técnico del MECI, los procesos deben agruparse en: estratégicos, misionales, de apoyo y de EVALUACIÓN; es decir la resolución en mención no incluye en su clasificación los procesos de evaluación identificándolos claramente según el manual del MECI,

contraviniendo lo que dispone el decreto 943 del 21 de mayo de 2014, toda vez que el manual hace parte del decreto.

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 MACROPROCESO MISIONAL.

En la resolución se agrupan procesos en macro procesos, lo cual es correcto, pero según la grafica 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 diagnosticas, 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, es así como en la auditoría realizada a la contratación de la entidad se observo como los dueños de procesos desconocían las actividades que estaban contempladas en dicho manual y por ende no las ejecutaban y como muchas de las actividades que ellos hacen no están contempladas en el manual.

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 actualizado su manual.

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*

6. 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

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 permitan 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, contruidos 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 epidemiológico 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.

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 mas 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>

7. 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 2015, se publicó de manera extemporánea el mapa de riesgos de corrupción. Realizado el correspondiente seguimiento al cumplimiento se observa que se cumplió en un 37,5%.

Para la vigencia 2015, se publicó un mapa de riesgos anticorrupción que no contempla los riesgos jurídicos.

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: la tecnología implementada, 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.

Se informa por parte de la Oficina de Planeación que a 26 de febrero se estaba haciendo el cierre de ciclo a la matriz de riesgos institucional vigencia 2015, que una vez oficializada la publicaran.

8. ELEMENTO DE CONTROL: AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN

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 mezclar los aspectos positivos y negativos de las oficinas de planeación y de control interno (sus funciones y objetivos son distintos) se debe separar así 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).

9. 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.

10. ELEMENTO DE CONTROL: PLAN 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.

11. ELEMETO DE CONTROL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA.

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.

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 no ha registrado 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 PQRS de los usuarios. Del trámite general dado a las PQRS 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 PQRS 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.

Se cumple

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.

Esta publicada

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:

*Continuar con las siguientes fases de implementación del sistema Orfeo
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\$, 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 mediante 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 pública	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 (el cual está en su primera fase)

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 con 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.

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

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

12. 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

13.2 Producto mínimo. Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) sistematizada y de fácil acceso. No existe un documento (electrónico, físico o como determine la entidad) 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.

La actualización de las tablas de retención se encuentra en curso, debe someterse a revisión por parte del Archivo General de la Nación . AGN.

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 .

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 COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA asignando para ello un funcionario responsable.

13. 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.

No se cuenta con procedimientos de Gestión de recursos Físicos y Gestión del talento humano, Gestión Financiera documentados.

14.3 Producto mínimo. Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para 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.

Se han identificado usuarios en las caracterizaciones de cada proceso.

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.

Atentamente

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno
(ORIGINAL FIRMADO)