

INFORME PORMENORIZADO DE ESTADO DE CONTROL INTERNO ENERO – ABRIL 2014

Subsistema de Control Estratégico

Avances

- Cuenta con personal idóneo, calificado y con perfil y competencias para prestar un servicio con calidad a los usuarios de la Institución. El personal de nómina se complementa con el apoyo de los procesos y subprocesos contratados con la Asociación Sindical ASOSALUD.
- La Institución cuenta con el código de ética al cual se le realizaron algunos ajustes con la participación de los funcionarios, este fue aprobado mediante Resolución 157 del 28 diciembre de 2012.
- Se realizaron las evaluaciones del desempeño en el primer semestre como lo indica la ley 909 del 2004. Al igual se establecen los acuerdos de gestión con el nivel directivo. Se levantan planes de mejoramiento individual cuando se considera necesario.
- Dentro del Plan de Bienestar se realizaron diferentes actividades como celebración del día de la madre, felicitaciones en día de la profesión, pago oportuno a los funcionarios y servidores de la Institución, Celebración del día del amor y la amistad, celebración del día de los niños para los hijos de los funcionarios y celebración del fin de año entre otras actividades.
- El plan de salud ocupacional se realizó las diferentes actividades encaminadas a mejorar las condiciones de los funcionarios en sus puestos de trabajo, evaluando los riesgos, que pueden impedir el desarrollo de las funciones.
- En lo referente al Direccionamiento estratégico, la Institución tiene formulado el plan de desarrollo teniendo en cuenta los lineamientos del plan de desarrollo del Municipio, necesidades de los usuarios, que resultan en los diferentes espacios comunitarios como son los COPACOS, las reuniones que se realizan en las diferentes veredas y corregimientos o la Institución también tiene su plan de gestión aprobado por la Junta Directiva y se viene cumpliendo.
- La Institución cuenta con una Oficina de Atención al Usuario, la cual se encarga de dar el trámite correspondiente a las quejas en los tiempos estipulados según el procedimiento que se tienen estandarizado, adicional se realiza la apertura de buzones de sugerencias tanto en el hospital como en los puestos de salud semanalmente, dentro de las funciones de la oficina del SIAU está la orientación sobre los derechos y deberes de los usuarios.
- El compromiso de la alta dirección se ha evidenciado desde el direccionamiento en los comités de Calidad y Control interno, Gerencia y en todos los comités institucionales, en la designación del representante de la alta dirección para el MECI, grupo operativo y representante de la alta dirección para la integración de los sistemas de calidad. En este momento nos encontramos certificados por el



ICONTEC bajo la Norma ISO 9001-2008.

- El Hospital cuenta con un modelo de operación por procesos con 11 procesos: con dos procesos estratégicos, siete Misionales, dos de apoyo debidamente socializado y trabajado con los responsables de proceso que trabajan en forma coordinada para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Durante el mes de Enero/2014 se realizaron ajustes a todos los procesos, además se revisaron y modificaron las caracterizaciones de los procesos de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los responsables de procesos, esto con el fin de prepararnos para la vista del ICONTEC que se tiene programada para el mes de Mayo/2014
- La entidad cuenta con una estructura organizacional aprobada, con un manual de funciones aprobado según Acuerdo 10 04 11-2013 de diciembre 02 de 2013 que establece las responsabilidades y niveles de autoridad de cada uno de los procesos, que contribuyen al desarrollo de los objetivos institucionales.
- En cuanto a la administración del riesgo la Institución sigue la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública, cuenta con un mapa de riesgo por procesos de toda la Institución.
- Por lo anterior el Subsistema Estratégico viene direccionando la calidad de la prestación de los servicios desde la Gerencia, se ha encaminado al mejoramiento continuo, la integración del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Todo lo anterior con el objetivo de prestar mejores servicios a la comunidad.

Dificultades

- Falta reactivar el Comité de Ética, para continuar acciones que contribuyan a sensibilizar las personas en el trato humanizado en la prestación del servicio, el Comité de Ética le falta ser dinamizador en los diferentes procesos.
- La cultura organizacional y el clima laboral actual de la Institución afectan la productividad y el desarrollo del talento humano, es indispensable conocer la forma como los empleados perciben las situaciones laborales, satisfacción de algunos funcionarios, evidenciado en la rotación, en las quejas y reclamos de los diferentes usuarios de los servicios.
- Hasta la fecha no existe un plan de capacitación institucional, y las actividades de inducción al personal nuevo no se les da la importancia que esta tiene.
- Se debe realizar mayor divulgación a los usuarios de los mecanismos existentes de información de quejas y reclamos, buzones de sugerencias.
- La Actual Estructura Organizacional no se considera como un aspecto de control porque no es articulado con los cargos, las funciones, las relaciones, los niveles de responsabilidad y autoridad para



**E . S . E . HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!
NIT N° 890.305.496-9



SC-CER185565



CO-SC-CER185565

dirigir y ejecutar procesos y actividades de conformidad con la Misión y Visión de la Institución.

- Se requiere cerrar las observaciones establecidas en la pasada visita del ICONTEC, para la presente vigencia.
- Se debe realizar un seguimiento periódico de los riesgos con el fin de evitar las consecuencias o materialización de los riesgos.
- Se evidencian dificultades desde el punto de vista de los indicadores tanto administrativos y asistenciales, debido a que no se tiene claridad de las metas que se deben cumplir y no hay un seguimiento.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

- Con respecto al control de gestión, la Institución ha venido trabajando en los guías, procedimientos, protocolos en los diferentes procesos, y se actualizan periódicamente según la necesidad, esta información es entregada a cada líder de proceso para su respectiva socialización y aplicación por parte de todos los funcionarios del Hospital, y que además se realiza auditorías a estos permanente verificando la adherencia a guías, protocolos y procedimientos en los proceso asistenciales, resultados que son socializados con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios al usuario.
- Se realiza control y seguimiento permanente a la producción en todos los servicios asistenciales. Se presentan los indicadores e informes a los diferentes entes de control y entidades que solicitan como Contralorías, Contaduría, Supersalud, Ministerios de Salud y protección Social, EPS entre otros en forma oportuna.
- El 19 de Febrero/2014 se presentó el Informe Anual de Control Interno al Departamento Administrativo de la Función Pública, y el 24 de Febrero/2014 se envió el soporte del envío de dicho informe a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.
- El 21 de febrero/2014 se presentó el Informe Anual de Control Interno Contable a la Contaduría General de la Nación a través del aplicativo CHIP, y el y el 24 de Febrero/2014 se envió el soporte del envío de dicho informe a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.
- El 03 de Marzo/2014 se envió el informe de Derechos de Autor, a la Dirección Nacional de Derechos de Autor.
- La Institución para resolver y atender a todos los usuarios las necesidades cuenta con la oficina de Atención al Usuario y que además en cada uno de sus puestos de salud tiene el respectivo personal que orienta al usuario de acuerdo a sus necesidades que requieran. Esta oficina se encarga de mantener y garantizar la contestación de las quejas y reclamos. Igualmente se realiza diariamente encuestas a los usuarios sobre la satisfacción en los servicios prestados en la Institución, Informe que es consolidado mensualmente para enviarlo a los diferentes entes de control que lo requieren. El



porcentaje de satisfacción al usuario para el periodo Enero-Abril de 2014 fue del 82% .Esta oficina además orienta al usuario sobre derechos y deberes articulado con las políticas institucionales en el área de la salud.

- Además se viene trabajando en el cumplimiento de las normas legales vigentes de anticorrupción como el decreto 371 de 2010 y ley 14 74 de 2011, el Pacto por la Transparencia y Contra la Corrupción.
- Por lo anterior, la fortaleza del Hospital es contar con el personal con suficiente Direccionamiento y herramientas adecuadas que le permiten la utilización de procedimientos, indicadores y controles para conocer en todo momento el estado de su actividad y poder definir las acciones que lo orienten al cumplimiento del objetivo del Hospital.
- Se cuenta con la recepción de información a través de ventanilla única, con el fin de tener un control sobre la información que llega a la Institución de las personas y/o entidades externas, y también el control de la información que sale hacia las diferentes entidades externas por parte del Hospital.

Dificultades

- A la fecha no se ha podido definir la contratación con las diferentes EPSS, situación preocupante ya que a pesar de no existir contratos se sigue atendiendo a los diferentes usuarios.
- Con referente al tema de aportes patronales se han presentado algunas demoras con las liquidaciones de las actas con las diferentes EPS y Fondos de Pensiones.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

- Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca para la vigencia 2013 en los diferentes procesos, igualmente se dio inicio al proceso de auditorías internas de calidad vigencia 2014, basado en el seguimiento al cumplimiento de los requisitos de la norma internacional de Calidad ISO 9001-2008.
- Se presentó el plan de auditorías para la vigencia 2014, el cual fue aprobado por la Gerencia y el Comité Coordinador de control Interno.
- Se realizó auditoria a los procesos de contratación y contabilidad Contratación durante el primer cuatrimestre con el fin cerrar las no conformidades detectadas durante el proceso de auditoría.
- Los hallazgos resultados de las auditorías internas se plasman en planes de mejoramiento y/o acciones correctivas, con un seguimiento hasta que se realicen los cierres de dichos hallazgos.
- El plan de auditorías contempla auditorías que por norma la oficina de Control Interno debe realizar periódicamente, auditorías realizadas a proceso internos administrativos y financieros y asistenciales, seguimiento periódicos que se realizan a los servicios asistenciales y las auditorias concurrentes a los profesionales sobre adherencia a las guías y procedimientos y se establecen las acciones de



mejoramiento para la prestación del servicio al usuario con calidad. Igualmente se realizan auditorías a procesos que la oficina considera se encuentran en riesgos en alguna de sus actividades con el fin de presentar recomendaciones.

- En cuanto a la evaluación independiente, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación Independiente de acuerdo con las indicaciones y metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública para el informe que se presenta a los entes de control y realiza seguimientos periódicos al mantenimiento de MECI, que fueron presentados en los comités de calidad y control interno, los cuales hacen parte del acta de comité.
- En cuanto a los planes individuales se aplican a todos los servidores de la entidad que requiera de mejoramiento, para este periodo no se han realizado.
- Se identifican errores en algunos procesos y se toman correctivos inmediatos por parte de los líderes de los procesos sobre todo en los misionales.
- Actualmente se está a la espera del nuevo manual de MECI, con el fin de socializarlo y empezar a realizar los ajustes que sean necesarios.

Dificultades

- No se evidencian planes de mejoramiento individuales, aunque cada responsable de área toma medidas necesarias para mitigar los riesgos y realizar mejoras de acuerdo con las recomendaciones.
- El personal de planta no es suficiente para la prestación de los servicios, teniendo que contratar los servicios por personal con un operador externo por procesos, de tal manera que se presenta dificultad en la generación de una cultura de autocontrol y de calidad, por la alta rotación de personal.
- No todos los líderes de los procesos realizan la el autocontrol institucional con su grupo de trabajo.
- Se presentan fallas que dificultan la autoevaluación debido a la falta de compromiso del personal.
- Se requiere que el autocontrol no se dé como cumplimiento de papel o informes obligatorios de presentar por cada proceso, sino como una cultura prioritaria en la Institución.
- No se tienen actualizado por calidad los documentos del proceso jurídico.

Estado general del Sistema de Control Interno

- La institución se encuentra trabajando en el Programa de Auditorías para el Mejoramiento continuo de la Calidad (PAMEC), para lo cual se conformó un equipo el cual se capacito con el fin de este grupo pueda realizar auditorías internas dentro de la Institución.

Recomendaciones

- Es urgente que se retome el trámite de la página WEB.
- Fortalecer la cultura de Autoevaluación y administración del riesgo en cada uno de los procesos, que permita el control oportuno de estos.
- Que los líderes de proceso responsables en la entrega oportuna de las respuesta a los planes de mejoramiento internos que se dejan de las auditorias.
- Se recomienda realizar actividades donde todo el personal de la Institución participe y entienda la importancia de la aplicación de los valores y principios institucionales, así como mantener la coherencia de la gestión con los principios consagrados en el reglamento interno de trabajo y en la constitución política y que los funcionarios se comprometan de acuerdo con las reglas de conducta definidas por el Hospital.
- Se recomienda realizar el plan de capacitaciones para esta vigencia y ejecutarlo.
- Realizar la socialización de manera dinámica a todo el personal en Mapa de Riesgos.
- Adelantar el proceso de actualización y aprobación ante junta directiva sobre el Estatuto de Contratación de la Institución, esto con el fin de que sirva de instrumento de control en los procesos precontractuales y contractuales donde se pueda aplicar los principios de la contratación en las etapas pertinentes y además que permita ejercer un mayor control y transparencia de los mismos
- Se recomienda de carácter urgente realizar el proceso de inducción y reinducción específica a cargo de cada jefe inmediato, esto debido a la alta rotación de personal que se presenta.
- Se recomienda fortalecer mediante capacitaciones el proceso de facturación y de cartera, debido a que se evidencias muchas falencias.
- Fortalecer los canales de comunicación, para facilitar la información organizacional entre los diferentes procesos.
- Se recomienda contratar todos los servicios indirectos, con precios bajos reflejados en un estudio de costos previo al análisis de conveniencia realizado por los responsables de los procesos y de acuerdo con la productividad en los casos que aplique.
- Se recomienda la actualización de las Tablas de Retención documental

Elaborado por:

ANGELICA MARIA VELASQUEZ
Control Interno

Fecha:

02/05/2014