

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

Jefe de Control Interno,  
o quien haga sus veces:

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA

Período evaluado: MARZO DE 2014 A JUNIO DE 2015

Fecha de elaboración: 30 DE NOVIEMBRE DE 2015

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

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

### MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

#### DIFICULTADES

##### COMPONENTE : TALENTO HUMANO

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.

A partir del mes de septiembre de 2015 se empezó a incluir en las inducciones y re indicciones información para que se enteren como consultar la información en la intranet; sin embargo esto constituye un punto dentro de los muchos que se tocan en la inducción impidiendo que se profundice, por ello se debe buscar espacios en los que se capacite a los funcionarios de manera práctica sobre el uso de la intranet

Se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.

A la fecha la entidad no cuenta con programas o planes de bienestar y programas de incentivos, su elaboración debe producirse de manera oportuna en la vigencia que pretende cubrir. En la actualidad la subdirección maneja un cronograma para la vigencia 2015; que no está publicado en la intranet y que no hace parte del plan o programa de bienestar e incentivos.

A partir del mes de septiembre de 2015, se empezó a incluir en las inducciones y re indicciones información para que se enteren sobre la pirámide documental para que sepan que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos, Sin embargo esto constituye un punto dentro de los muchos que se tocan en la inducción impidiendo que se profundice sobre su responsabilidad para atender los controles de cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados.

No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.

El manual de funciones y competencias laborales no se encuentra ajustado a las necesidades de la institución. No se actualizó de conformidad con el Decreto 2484 de diciembre de 2014

La entidad suscribe sus programas de bienestar e incentivos de forma extemporánea.

No se ha inscrito a la entidad en el SIGEP, para que los funcionarios actualicen su hoja de vida.

#### **COMPONENTE : DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

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

La entidad adquirió 88 estantes para la adecuación del archivo central, el cual está ubicado en una de las casas de propiedad del HUS, sin embargo se debe fortalecer la infraestructura de la casa que garantice las condiciones mínimas del archivo.

No se cuenta con plan de comunicaciones aprobado o un programa de la vigencia.

El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.

No se cuenta con las mediciones de:

Comunicación Interna: Percepción de carterelas

Interacción página Web

Boletines

Comités y reuniones

Comunicación externa

Objetivos específicos del plan de comunicaciones:

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

- Implementar estrategias de comunicación interna que permitan la socialización de la información necesaria para la gestión institucional
- Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.
- Brindar apoyo comunicacional a todos los procesos para desplegar la información que apoye el desarrollo de sus diferentes actividades y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales).

Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.

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

El manual de imagen corporativa fue incluido como uno de los parámetros para la generación de documentos en el sistema ORFEO.

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

No hay evidencia de la medición de los procedimientos y sus actividades. El procedimiento de generación de indicadores código 02 pr 14 versión 3 no estaba publicado en la intranet y esta desactualizado, pendiente alinear con el TUCI, tablero único de control de indicadores.

LOS INDICADORES DEL TUCI LOS PUEDEN CONSULTAR TODOS LOS FUNCIONARIOS PENDIENTE AJUSTAR QUE SOLO APARESCAN LAS CARPETAS DE LOS 26 PROCESOS CARACTERIZADOS.

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

No se tiene identificado en el mapa de procesos de la entidad el módulo de evaluación y seguimiento.

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

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

La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos ejemplo planeación-Elaboración de planes de mejoramiento-no está acorde a la circular 01 de 2014.

No se publica en la página web los indicadores para evaluar la gestión ( revisado solo aparecen los indicadores del mantenimiento preventivo) ( y en la intranet aparece en planeación y calidad los indicadores de gestión pero al revisar no hay ningún contenido allí- Para poder consultar indicadores se debe entrar por documentos – estadística y consultarlos, sin embargo no están enunciados como indicadores, lo que dificulta que el funcionario acceda rápidamente a su consulta, se debe indicar mejor la forma en que se llega hasta esos archivos). PENDIENTE ANEXAR EN LA PAGINA WEB LA INFORMACIÓN DE LA PESTAÑA DE INDICADORES DE GESTIÓN APARECEN LOS FINANCIEROS EN LA PESTAÑA DE INDICADORES FINANCIEROS.

Se debe seguir fortaleciendo el trabajo bajo planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control. Se observa que se publicó en la intranet el seguimiento al PUM correspondiente al primer semestre del año 2015, para lo cual se debe ingresar a cada uno de los procesos para ver el seguimiento correspondiente.

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.

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.

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

#### **COMPONENTE : ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

Se debe fortalecer la implementación de la política de gestión y administración de riesgos.

Definir indicadores de gestión, acciones y evaluación en la administración de riesgos.

Se realizó revisión de los por parte de control interno de los controles establecidos en el mapa de riesgos de corrupción.

## Avances

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

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

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

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

Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.

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

## MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### Dificultades

#### COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

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

No se evidencia la revisión de controles y redefinición de acciones

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

#### COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.

La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.

### COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

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

El plan de mejoramiento por procesos de la entidad está conformado por los planes que envían los 26 procesos, del cual ya se realizó el primer seguimiento con corte a junio de 2015.

El 18 06 de 2015 se publicó en la intranet el PAMEC a los funcionarios y no se tiene evidencia de la forma en que se construyó el mismo y de la socialización con los funcionarios.

### Avances

Implementación de los planes de mejoramiento

Reactivación del comité coordinador de control interno

Conformación del equipo Mecí

Se elaboró por parte del equipo MECI plan de mejora para atender las falencias detectadas en el diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014. EL CUAL TIENE UN PORCENTAJE DE AVANCE DEL 49%

Se cuenta con un programa de auditorías para la vigencia 2015 a desarrollar por parte de control interno

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

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

### EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### Dificultades

La entidad no tiene centralizada la información correspondiente a las PQR, solo se tiene consolidado lo correspondiente al área asistencial.

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

Se dio inicio a la fase dos del sistema ORFEO

La entidad debe fortalecer la capacidad de recolectar información sobre la percepción externa de su gestión, reflejados en PQRSD, 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.

Se debe ajustar el sistema ORFEO junto con las tablas de retención

La entidad debe fortalecer y esclarecer los mecanismos para recolectar las PQRSD de los servidores, así como informar y socializar las medidas adoptadas frente a esas PQRSD, 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.

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

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

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

Se debe realizar el registro de los trámites que realiza la entidad ante el SUIT

#### Avances

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

Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación obteniendo su aval. En la actualidad están publicadas las tablas de retención en la página web para que sean consultadas por los funcionarios.

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

#### Estado general del Sistema de Control Interno

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

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

La entidad se encuentra en proceso de acreditación, lo cual ha generado que se inicie con el diagnostico y auto evaluación para el cumplimiento de todos los estándares aplicables en materia de salud según la normatividad vigente. De lo anterior se deriva que gracias a

este propósito de la acreditación, el hospital esta capacitando a todo su personal responsable de procesos y directivos lo cual producirá a mediano plazo un posible cambio en la cultura organizacional, beneficiando a los usuarios toda 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.

La entidad realizó el primer seguimiento al mapa de riesgos institucional, a través del PUM con corte a junio de 2015

La entidad realizó el primer seguimiento a los planes de mejoramiento por proceso

### 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 realizaran las transformaciones y los cambios necesarios en los resultados de la Evaluación interna del Modelo estándar de Control Interno - MECI

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

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



YETICA JHASVELLI BERNANDEZ ARIZA

Firma (original firmado)