

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	HECTOR MANUEL GARRIDO G.	Periodo evaluado:	JULIO DE 2013 A
		OCTUBRE DE	2013
		Fecha de elaboración:	NOVIEMBRE DE 2013

Como resultado de la evaluación interna que la Oficina de Control Interno de la ESE, Hospital Universitario de la Samaritana realizo al Modelo Estándar de Control Interno, encontrado un avance que arrojó "un cumplimiento medio", lo que significa que la entidad se encuentra en un buen desarrollo, pero se requiere mejorar en algunos aspectos. Por lo tanto se ha estado a la expectativa de los avances de dichas debilidades encontradas.

**Subsistema de Control Estratégico**

**Dificultades**

El Código de ética y de buen gobierno aprobados en el 2008, esta en proceso de actualización pues lo mas reciente se hizo en el 2012 en donde quedaron plasmados los valores y principios éticos que se viven en la actualidad.

El Mapa de Riesgos, es una herramienta que en la actualidad vigencia de 2013, esta en proceso de actualización.

La entidad realiza Planes de Mejoramiento permanentes, sin embargo falta divulgación y socialización a todos los servidores públicos, en general de la ese HUS, frente a las oportunidades de mejora que se presentan como producto de las auditorias internas y externas.

La resistencia al cambio y la falta de compromiso de los lideres, se hace evidente en la revisión permanente que debe realizarse a los mapas de riesgos, por lo tanto no se actualizan en debida forma, no se evidencia si los controles son los adecuados para la mitigación del riesgo.

Como resultado del análisis de problemas, se ejecutan ajustes de personal propendiendo por la mejora de los procesos, pero se dificulta el desarrollo efectivo a causa de la continua rotación del personal generado por la relación laboral.

El sistema de evaluación del desempeño, se encuentra en una etapa incipiente de implementación, Cuyos avances se presentaran en la siguiente sección.

**Avances**

• El Plan de Bienestar Social, esta construido teniendo en cuenta las experiencias anteriores y esta en proceso de implementación. La inducción y la reinducción es una oportunidad de capacitación que se desarrolla mensualmente, en la cual se socializan y reafirman los principios y valores.

Definir un programa de capacitación fortalecimiento de competencias, El documento esta aprobado, las actividades se están desarrollando con la información recaudada y los proyectos establecidos, avance 100%.

Implementar un programa de capacitación fortalecimiento de competencias. Las actividades de capacitación adelantadas por las áreas y la Subdirección de Desarrollo Humano con un cumplimiento del 56%.

Elaborar Plan Incentivos. El documento está vigente y aprobado. Avance 100%.

Se esta en proceso de actualizar el mapa de riesgos por procesos teniendo en cuenta el levantamiento del mapa de procesos que ya se levanto y se aprobó, el cual tiene como base, la n Calidad de Atención al usuario y su familia.

La entidad cuenta con nueva plataforma estratégica elaborada con la participación de los funcionarios de la institución.

Cumpliendo con la normatividad establecida, se diseño y esta en ejecución el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia del 2013; de otro lado se esta dando cumplimiento a la normatividad establecida en lo pertinente a la estrategia de Gobierno en Línea.

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

La elaboración y presentación de los informes periódicos, mensuales trimestrales semestrales y anuales a los entes de

contról, se realiza con oportunidad luego de la verificación de la veracidad de la información reportada conforme se encuentra establecido (fomentando el autocontrol de los directamente involucrados).

## Subsistema de Control de Gestión

### Dificultades

• Los sistemas de información no satisfacen las necesidades de la totalidad de las dependencias, por su obsolescencia sin embargo la entidad hace un gran esfuerzo para realizar reformas y actualizaciones principalmente a los actores de los procesos de atención al usuario y a su familia. Las tablas de retención documental (TRD) aprobadas desde la vigencia 2008 se están comenzando a aplicar, dando cumplimiento a la ley 594 de 2000 y a los decretos reglamentarios 2609 y 2578 de 2012. Los archivos centrales de cada una de las unidades no cumplen con las características exigidas por el Archivo General de la Nación, la misma situación se presenta con los archivos de Gestión.

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

Aun cuando se cuenta con un importante desarrollo de los procesos y los procedimientos se evidencian debilidades de carácter contable, como es el no tener definido por cada servidor publico que trabaja en la entidad los inventarios de activos fijos y elementos de trabajo asignados a cada personaje, para el desarrollo de sus funciones.

### Avances

• El Hospital de la Samaritana, cuenta con el aplicativo KAWAK, es el Sistema de Información de Gestión de la Calidad y del Mecí. Se encuentra en proceso la sostenibilidad de aplicativo KAWAK se vienen actualizando paralelamente a la elaboración de los indicadores del SIHO. Para el desarrollo de los indicadores con oportunidad, claridad, confiabilidad y cumpliendo con la finalidad de los mismos.

Con el acta del comité directivo de septiembre 9 de 2013 se aprobaron las políticas de operación de la entidad, figuran entre ellas, la Política de Comunicación Organizacional, Política de Gestión del Talento Humano y gestión Cultural, y la Política de Administración del Riesgo, entre otras.

Del seguimiento al Plan Operativo de la Vigencia de 2013 se tiene: Desarrollo de Sistema de Gestión Ambiental. Se sigue fortaleciendo el sistema de Gestión Ambiental en Bogotá para hacerlo extensivo a las unidades funcionales cumplimiento del 70% de los estándares de la norma ISO 14000. Dando cumplimiento al Sistema de Información en Salud, se ha cumplido el reporte de indicadores a los entes en su totalidad. Diseñar programa de Humanización del servicio. El programa se estructuro con el Depto de Enfermería, se presento en Comité Directivo y se dio inicio en el primer semestre de 2013. La implementación del programa de Humanización. Se va al día en la ejecución del programa (60%). Que se encuentra en su segunda fase: Trabajo en equipo, se espera completarlo en diciembre de 2013.

Ejecutar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en un 90%. Actualmente se esta culminando la auditoria interna y el informe se culminara a finales de noviembre.

Modernización de la Gestión y TIC's. Se comienza la implementación de la solución de PACS RIS donde se realizan las siguientes actividades:

Recepción de Hardware, adecuación de Data Center, Segmentación de Canal Zipaquira con calidad de servicio, Traslado de UPS Data center, Instalación de Rack y Servidores en Data Center, Instalación de Puntos de Red para CR's en Bogotá y Zipaquira, configuración de Swiches con VLAN y equipos con conexión con Bogotá Zipaquira.

Dentro de lo definido en el cronograma se espera que la totalidad de la solución se realice al finalizar este año No de ítem de PACS Y RIS implementados (17) / Ítem de PACS Y RIS (66) con un avance del 25,75%.

Avanzar en el cumplimiento de los estándares de Gobierno en Línea e ISO 27000. Se cumple con 53 estándares de 115 es decir el 46%, gobierno en línea cumplidas 32 de 76, iso2700 cumplidas 21 de 39.

Implementar video conferencia para docencia. Se implementa la solución de videoconferencia con todas sus utilidades 7 / 7 para un avance del 100%.

Utilidades: Conexión Punto a Punto

Conexión de conferencia desde WEB

Compartir presentaciones

Conexión de 10 participantes en conferencia

Movimiento de cámara remoto  
Manejo de audio y voz  
Multipantalla

Llamado de equipo a equipo

Estructurar y presentar el plan de reposición tecnología biomédica a mediano y largo plazo. El plan se elaboro y aprobó. Del estudio anterior se proyecto la adquisición del 50% de las necesidades en el presente vigencia, se adelanto la convocatoria No. 20 del 2013 52 tipos de equipos con los cuales se pretende hacer la renovación de tecnología, de esta convocatoria se declaran desierto 26 y se adjudican 26, para los equipos desierto el hospital determina realizar la convocatoria No. 21 del 2013, la cual esta en proceso de evaluación.

### Subsistema de Control de Evaluación

#### Dificultades

A pesar de los ingentes esfuerzos, de la institución por invertir y mantener la información de fácil acceso al personal a través de los diferentes medios, los servidores públicos no evidencian conocer la información generada y publicada. Falta el socializar todo lo pertinente a los medios de información utilizados por la institución como todo lo pertinente a la página Web y demás sistemas de información de que se disponen.

Falta el sensibilizar en algunos casos a los servidores públicos, de los planes de mejoramiento que tienen bajo su responsabilidad, producto de las auditorias tanto internas como externas y de igual manera el conocer las herramientas para realizar la autoevaluación del control.

En el desarrollo de las auditorias practicadas a las diferentes áreas de la institución, se evidencia en algunos casos, la falta de conocimiento de los procesos, procedimientos, actividades y registros.

#### Avances

Cumpliendo con los roles de control interno y el plan operativo anual de la oficina el avance es del 83,12%. Plan de Auditorias 50%; Autocontrol 100%; Seguimiento plan de mejoramiento 100%, en la actualidad tenemos vigente el plan de mejoramiento de la Contraloría a la vigencia 2011 ; evaluación del riesgo 25%; Seguimiento oportunidad de informes 100%; Seguimiento y verificación de procedimientos 90%; elaboración de informes 100%; Gestión documental y actividades inherentes a la oficina 100%.

### Estado general del Sistema de Control Interno

El Modelo Estándar de Control Interno, no es estático es un modelo dinámico, que esta en continua evolución y modificación, en tal sentido, el hospital ha trabajado de manera eficiente en mantener y mejorar el modelo, es conveniente el enfatizar en el empoderamiento y compromiso de todos para que todos lo utilicen como herramienta en sus actividades diarias, lo pueden articular con las funciones que desempeñan y comprendan el engranaje del sistema de control interno, lo cual sin duda alguna redundara en el cumplimiento de los cometidos estatales y en la prestación efectiva de los servicios.

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

La implementación del MECÍ ha sido de acuerdo a la norma, siguiendo las directrices del departamento Administrativo de la Función Publica, y las necesidades de la Institución.

### Recomendaciones

Se ha dado prioridad a la adecuación y utilización de las tablas de retención, hay que continuar con la implementación juiciosa de todo lo concerniente al tema de gestión Documental.

Se ha venido avanzando en la efectiva utilización del sistema KAWAK, se debe continuar en el avance de dicha aplicación ya que nos permite proyectar los desarrollos de la entidad a través del análisis cuantitativo y cualitativo de los indicadores.

Es prioritario el terminar levantamiento del inventario de activos fijos de la institución para dar cumplimiento, al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Cundinamarca.

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

Continuar con la socialización de la metodología y culminar la actualización del mapa de riesgos y revisarlos de manera continua, como el verificar la efectividad de los controles.

Se debe dar cumplimiento a:

Todo lo relacionado con el Desarrollo Humano.

Los planes de mejoramiento deben apuntar al mejoramiento institucional.

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



---

HECTOR MANUEL GARRIDO GARRIDO

