

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	HECTOR MANUEL GARRIDO GARRIDO	Período evaluado: JULIO A OCTUBRE DE 2012
		Fecha de elaboración: NOVIEMBRE DE 2012

Este informe se elaboro teniendo en cuenta la Guía Metodológica para el fortalecimiento y evaluación del Sistema de Control Interno expedida por el Departamento administrativo de la Función Publica, para el establecimiento del estado actual de del Sistema de Control Interno; lo que será el insumo para el mejoramiento continuo de nuestra institución.

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

- El nombramiento de una gerencia provisional en el Hospital ocasiono algunas dificultades, dentro de ellas el no contar con un Plan Operativo Transitorio. Lo que ocasiono traumatismos por la situación de incertidumbre. Esto provoco que en el segundo semestre de 2012, se comenzara con la nueva administración, la elaboración de Plan de Desarrollo, Plan Indicativo, y un Plan Operativo para lo que queda de la vigencia 2012. El mapa de procesos esta en proceso de actualización, conforme a la situación actual del Hospital y a un mayor grado de madurez en cumplimiento de los objetivos institucionales. Se actualizaran las caracterizaciones de los Procesos en general.

Avances

- Se ha incluido la socialización de principios y valores en los procesos de inducción y reinducción del Hospital y se mantiene la publicación del Código de Ética Institucional en la página Web y en la intranet del Hospital, para su consulta permanente.
- Se envía el documento del Código de Ética a los funcionarios (vía correo electrónico).
- Se han hecho seguimientos al plan de mejoramiento de acreditación que tiene que ver con el talento humano.
- Se diseño la metodología e instrumentos para la formulación del Diagnóstico de necesidades de Capacitación, soporte fundamental del Plan de Capacitación.
- Los archivos de asistencia a las jornadas de inducción y reinducción se encuentran

debidamente soportados y digitalizados.

- Lo nuevo planteado es el Plan de Desarrollo Institucional aprobado por acto administrativo, acuerdo No. 012 de 7 de septiembre de 2012 de la Junta Directiva, donde se establecen los objetivos corporativos de la Institución, sus metas, estrategias e indicadores de gestión para los próximos 10 años (2012 a 2021), el acuerdo No. 013 de la misma fecha aprobó el plan de gestión 2012 a 2015, con el fin de afrontar el futuro de una manera proactiva, para hacer de la ese Hospital Universitario de la Samaritana una institución moderna con enfoque empresarial y social, auto-sostenible, con vocación de servicio y proyectada hacia el futuro.

Misión: En el Hospital Universitario de la Samaritana somos líderes en la prestación de servicios integrales de salud, con calidad y humanización prestados por un equipo dispuesto a la excelencia y con la tecnología adecuada, contribuyendo al desarrollo de la comunidad y liderando con ética la formación académica e investigativa.

Visión: Ser reconocidos y acreditados a nivel nacional e internacional en la prestación de servicios integrales de salud y en la formación académica e investigativa alcanzando la solidez empresarial producto de un permanente mejoramiento y cultura del servicio. Se han definido como:

principios: 1. Ética. 2. Vocación de Servicios. 3. Trabajo en Equipo. 4. Respeto. 5. Solidaridad;

Valores: 1. Humanización del Servicio, 2. Participación, 3. Lealtad. 5. Excelencia. 6. Responsabilidad Social.

Objetivos estratégicos:

1. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera.
2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
3. Implementar el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.
4. Garantizar un Sistema de Información integral eficiente y eficaz.
5. Crecer y Fortalecer la prestación de Servicios de Salud.
6. Fortalecer la Calidad de las actividades de Docencia e Investigación para convertirnos en un referente nacional en el mediano plazo e internacional en el largo plazo.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

- No se cuenta con un modelo de gestión por procesos sigue siendo manejado por áreas o departamentos, lo que genera que no haya integralidad en la prestación de servicios y que la institución estuviera fraccionada.
- No tener información oportuna.
- Debilidad en las actividades de seguimiento y evaluación a los indicadores de gestión y los controles establecidos para aportar en la toma de decisiones.
- Desactualización del proceso de gestión documental.
- Bajo nivel de socialización en los procedimientos y en sus puntos de control.
- Escasa participación del cliente interno en los medios virtuales disponibles en la página WEB de la institución.

Avances

- Se está desarrollando el modelo de operación por procesos, se está en el diseño del mapa de procesos, para ser aprobado, se está actualizando todo el sistema de gestión de calidad enfocándolo hacia la acreditación en salud, (resolución 123 del 2012) se está capacitando al personal en varios aspectos como el diplomado en comunicación en salud; diplomado en acreditación; hospital seguro para fortalecer los procesos de gestión. El objetivo es la coordinación de actividades para dirigir y controlar la institución en lo relativo a la calidad, incluyendo la política de calidad, los objetivos la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora continua de la calidad.
Se van estandarizando los indicadores teniendo en cuenta los del decreto 2193, los de la circular única y los de saneamiento, se han venido actualizando algunos formatos en procedimientos.
- Se está estandarizando la información tomándose como referencia la información establecida en DGH. Se está capacitando al personal involucrado para reactivar y utilizar el aplicativo de kawak que es el sistema de gestión documental.
- La reingeniería que se está aplicando en los sistemas de información tiene como objeto generar confiabilidad y trazabilidad en el flujo y la consistencia de la información.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

- Falta de Capacitación y socialización de los funcionarios de la institución frente a las oportunidades de mejora que generan las auditorias.
- No se han establecido los planes de mejoramiento individual de los servidores públicos con relación a las funciones y competencias de cada cargo.
- Una de las limitantes es la carencia de recurso humano que se espera conformar a la mayor brevedad posible.

Avances

- Se tiene programado para el último trimestre hacer la autoevaluación en acreditación; se han venido haciendo las evaluaciones de Control Interno.
- Se tuvo la visita del Icontec para la recertificación de los procesos UCI adultos, UCI intermedio, Urgencias, Laboratorio y neonatos, quedando pendiente el cierre de la visita para el mes de enero de 2013.
- Se vienen haciendo seguimientos a los diferentes planes de mejoramiento de los entes externos, como a los Planes Operativos del Hospital Universitario de la Samaritana, alineados con el plan de desarrollo y el plan indicativo del Departamento de Cundinamarca.
- A través de los diferentes planes de mejoramiento que se han venido implementando se ha incentivado la realización de actividades de autoevaluación por parte de los líderes de procesos. También se evidencian actividades de autoevaluación mediante el análisis de los indicadores de gestión, de cada una de las áreas.
- El Hospital cuenta con la Oficina de Control Interno como uno de los componentes del Sistema de Control Interno que adelanta la evaluación independiente del Sistema, mediante seguimientos y auditorias internas. Esta oficina cuenta con su Plan Operativo que se basa en los cinco roles del control interno establecidos por ley.
- Como resultado se arrojan planes de mejoramiento con monitoreo permanente, por parte de la Oficina de Control Interno que enfoca su evaluación hacia la medición del impacto de las acciones planteadas.

- El mejoramiento continuo es una cultura ya adquirida en la institución lo cual hace parte del autocontrol.

Estado general del Sistema de Control Interno

Como resultado de la aplicación de las encuestas del Departamento Administrativo de la Función Pública el rango en que se encuentra la evaluación del Sistema de Control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana esta sometida a una reevaluación con el objeto de actualizarlo generando actividades de mejoramiento continuo y sostenibilidad del sistema.

A raíz de la nueva restructuración de la Institución, se esta en la actualización de diferentes elementos del Modelo Estándar de Control Interno, MECI, cuyos avances o estado se mostraran posteriormente.

Recomendaciones

- Actualización y socialización del mapa de procesos.
- Actualizar el modelo de gestión por procesos para lograr mayor integralidad en la prestación de servicios.
- Mejorar la oportunidad en la información con el fin de tener mejores herramientas para la toma de decisiones efectivas.
- Fortalecer las actividades de seguimiento y evaluación a los indicadores de gestión y los controles establecidos para aportar en la toma de decisiones.
- Se debe mejorar el proceso de gestión documental con su correspondiente socialización para su aplicación y seguimiento.
- Se debe hacer promoción al cliente interno de la participación en la disponibilidad de

medios virtuales.

- Capacitar y socializar a los funcionarios de la institución frente a las oportunidades de mejora que generan las auditorias.
- Establecer planes de mejoramiento individual de los servidores públicos con relación a las funciones y competencias de cada cargo.

Firma