

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

Jefe de Control Interno o quien haga sus veces

YETICA HERNANDEZ ARTIZA

Periodo evaluado: JULIO A OCTUBRE DE 2014

Fecha de elaboración: 19 DE NOVIEMBRE DE 2014

Según el resultado obtenido en el Diagnostico realizado de conformidad con el manual técnico del MECI 2014, adoptado por el decreto 943 del 21 de mayo de 2014, se recopiló información con cada proceso quienes diligenciaron el anexo 4 del manual, en el que informaron si se contaba o no con los productos mínimos de cada elemento de control.

Una vez consolidada la información enviada por los procesos se puede concluir que hace falta contundencia en las evidencias con las cuales se pretende sustentar los productos mínimos, ya que muchas de las evidencias enunciadas no ayudan a demostrar que efectivamente tenemos el producto mínimo que solicita el MECI. Es por ello que la implementación del MECI para el período evaluado, requiere fortalecimiento en todos los subsistemas.

**ANEXO 4**

ELEMENTO DE CONTROL	DE PRODUCTOS MÍNIMOS	ESTADO				EVIDENCIA ENCONTRADA
		NO EXISTE	SE ENCUENTRA EN PROCESO	ESTÁ DOCUMENTADO	EVALUADO/ REVISADO	
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS.	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente.			X	X	1. Esta documentado los principios y valores de la institución en el manual de calidad OIPROI-VIO 2. 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) 2. Encuestas e informe de resultados de los grupos focales 2. Ajuste y nueva versión del código de ética para el Hospital Universitario de la Samaritana.
	Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad.			X		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. Resolución Numero 337 de 2014 de 26 de agosto de 2014, segunda versión la cual derogando la resolución 066 del 25 de febrero de 2008. de vigencia del Código de Ética

	Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.		X			1. Se realiza la socialización de principios y valores en la inducción y reincidencia. 2. Se tiene programada la socialización para el segundo semestre de 2014 del Código de Ética
	Otro					
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	Manual de Funciones y competencias laborales.			X	X	1. Se cuenta con Manual de Funciones establecido por Acuerdo Administrativo 020 de 2005, se adiciono 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.
	Plan Institucional de formación y Capacitación.			X	X	1. Se cuenta con Plan Institucional de formación y Capacitación ( Educación continuada). Acta N° 17 de Comité Directivo del 20 de Mayo de 2014
	Programa e Inducción y re-inducción realizado a los servidores vinculados a la entidad, de manera oportuna.			X	X	1. Se cuenta con programa de inducción y reincidencia realizado mensualmente a todos los servidores de la entidad. 2. Listados de asistencia a inducción. Acta N° 17 de Comité Directivo del 20 de Mayo de 2014
	Programa de reincidencia en respuesta a los cambios organizacionales, técnicos o normativos.			X	X	1. Se cuenta con programa de inducción y reincidencia realizado mensualmente a todos los servidores de la entidad. 2. Listados de asistencia. Acta N° 17 de Comité Directivo del 20 de Mayo de 2014
	Programa Anual de Bienestar.			X	X	1. Se cuenta programa anual de bienestar. Acta N° 17 de Comité Directivo del 20 de Mayo de 2014.
	Plan de Incentivos.					
	Procesos meritocraticos de cargos directivos.			X	X	1. El hospital cuenta con el proceso de meritocracia del cargo de gerencia
	Mecanismos de evaluación del desempeño oportunos y acorde a la normatividad.			X	X	1. 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
Otro						

PLANES PROGRAMAS PROYECTOS	Y	Misión, Visión, objetivos institucionales adoptados, socializados y divulgados a todos los servidores de la entidad.			X	X	<p>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)</p> <p>2. Se realiza socialización de la plataforma estratégico en el proceso de inducción y reinducción se hace mensual.</p> <p>3. Se realiza socialización en 05PRO8-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.</p>
		Documentos que soporten la revisión sobre las necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.			X	X	<p>1. 02AU13-V4 Procedimiento aplicación de encuestas de satisfacción al usuario: paciente y su familia.</p> <p>2. 02AU09-V6 procedimiento apertura buzón de peticiones de usuarios</p> <p>3. 02AU08-V6 Procedimiento recepción tramite y respuesta de peticiones de usuarios.</p> <p>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.</p> <p>5. Rendición de cuentas</p> <p>6. Informe de gestión del gerente.</p> <p>7. Documento de presupuesto de la vigencia 2014 y actualmente se está diseñando el presupuesto de la vigencia 2015.</p>
		Planes Operativos Anuales con cronograma y responsables.			X	X	<p>1. Acuerdo 005 de 12 de Marzo del 2014 por medio del cual se aprueba el Plan Operativo Anual vigencia 2014 .</p>
		Fichas de indicadores para medir el avance en la Planeación de la entidad.			X		<p>1. Se cuenta con ficha de indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje Plan Operativo Anual (Control Interno)</li> <li>- Porcentaje seguimiento cierre de ciclos</li> <li>- Porcentaje de cumplimiento de auditoria internas</li> </ul>
		Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del usuario y su familia, el usuario interno y partes interesadas.			X	X	<p>1. Encuestas de satisfacción al usuario y su familia</p> <p>2. Buzón de sugerencias</p> <p>3. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de satisfacción global</li> <li>- Porcentaje de quejas y peticiones con respuesta en el termino de ley.</li> </ul>
Otro							
MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS		Caracterizaciones de proceso elaboradas y divulgadas a todos los servidores de la entidad.		X			<p>1. Caracterizaciones del antiguo mapa de procesos, se encuentra en proceso la caracterización del nuevo mapa de procesos.</p>

	mapa de proceso que contengan los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación.			X	X	1. Acto administrativo 262 de junio 14 de 2013, reglamenta el nuevo mapa de procesos y la transición del antiguo al nuevo mapa.
	Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.			X	X	1. Ficha de indicadores de procesos con el mapa antiguo, se encuentra en proceso de implementación de indicadores con el nuevo mapa de procesos .
	Actas de reuniones u otros soportes para revisiones o ajustes a los procesos periódicamente y/o cada vez que se requiera.			X	X	1. 05PR50-VI Formato de seguimiento a procesos y correo electrónico
	Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos.			X	X	1. Procedimientos documentados por proceso (Ver Sistema de Gestión Documental en la intranet)
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los servidores.			X	X	1. 05PR08-V3 Formato de socialización institucional y listados de asistencia a capacitaciones.
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles existentes en los procesos.			X	X	1. 02PR07-V5 Procedimiento de Auditoria Interna de calidad 2. Seguimiento en planes de mejoramiento por proceso
	Otro					
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.			X	X	1. Comité directivo y comité ampliado 2. Intranet, cartelera, protector de pantalla, página web. Listados de asistencia a Inducción y reinducción de acuerdo con cronogramas propuestos y desarrollados.
	Estructura organizacional conforme a los estatutos de la entidad.			X	X	1. Estatutos institucionales 2. Organigrama. Decreto Departamental 0190 de 2007, Aprobó el Acuerdo 016 del 3 de octubre de 2007 adoptó organización interna
	Otro					
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>	Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión.			X	X	1. Se cuenta con fichas de indicadores por proceso

	Cuadros de Control actualizados, para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.			X	X	I. Matriz de indicadores de gestión que consolida la Gerencia
	Otro					
POLÍTICA DE OPERACIÓN	Documento que contiene las políticas de operación divulgado.		X	X		I. Políticas definidas y aprobadas en proceso de socialización.
	Actas u otros documentos que soporten la divulgación de las políticas de operación a todos los servidores públicos.		X			I. En proceso de socialización de las políticas.
	Otro					
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	Definición desde la Alta Gerencia de la política de Administración del riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.			X	X	I. Se tiene definida la política de gestión y administración del riesgo y documentos relacionados a la implementación del modelo.
	Mapas de Riesgos por proceso.		X			
	Mapa de riesgo anticorrupción.		X			Se encuentra inmerso en el mapa de riesgo por procesos
	Mapa institucional de riesgos.		X			
	Actas u otros documentos que soporten la divulgación de los mapas de riesgos a todos los servidores públicos de la entidad.		X			
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.		X			
	Otro					

AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL	Documento soporte sobre la aplicación de las encuestas de autoevaluación de los procesos.			X	X	1. Encuestas de opinión sobre la gestión gerencial 2. Informe de Rendición de Cuentas por la Gerencia
	Documentos soporte sobre la realización de talleres de autoevaluación.			X	X	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. 2. Diplomado de Acreditación con FDF Consulting 2014 (Pendiente entrega de diplomas el día 18 de septiembre de 2014)
	Informes u otros documentos soportes de informes de autoevaluación realizados.			X	X	1. Informes de 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.
	Informe sobre análisis de los indicadores por proceso.			X	X	1. Informes mensuales que los líderes de proceso presentan a la Gerencia en Comité Directivo Ampliado, los cuales se consolidan trimestralmente
	Informes de gestión por procesos.			X	X	1. Informes mensuales que los líderes de proceso presentan a la Gerencia en Comité Directivo Ampliado, los cuales se consolidan trimestralmente
	Informes del ambiente organizacional de la entidad.					Última medición en 2012, está en proceso de aprobación el instrumento de medición clima y cultura organizacional.
	Otro					
AUDITORIA INTERNA	Informes pormenorizados de la vigencia.			X	X	1. Informes de Auditorias Internas (Autoevaluaciones) de: - Sistema Único de Habilitación bajo la Res. 1043 de 2006, Res. 2003 de 2014 - Sistema de Gestión ISO 9001:2008 vigencia 2013 (periodicidad anual)
	Resultados informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP y divulgación.					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.

	Procedimiento para Auditoria Interna.			X	X	1. El Hospital cuenta con un procedimiento de auditoría interna. El cual se desarrolla por parte de la Oficina de Control Interno. El Hospital cuenta con un procedimiento de auditoría de calidad 02PR07-V5 Desarrollado por la Oficina de Planeación.
	Programa anual de auditorias aprobado.			X	X	1. El Hospital Cuenta con un plan de auditorias internas independientes aprobado-el cual se desarrolla por parte de la oficina de control Interno 01PR05-V2 Programa anual de auditorias internas aprobado.
	Informe de auditorias realizadas.			X	X	1. Lo oficina de control interno ha realizado las siguientes auditorias independientes: Informe ejecutivo anual sobre el estado de control interno-Informe de control interno contable-Informe sobre derechos de autor-auditoria al proceso de planeación-auditoria al proceso de contratación-auditoria al proceso de planeación. Informes de Auditorias Internas (Autoevaluaciones) Oficina de Planeación de: - Sistema Único de Habilitación bajo la Res. 1043 de 2006, Res. 2003 de 2014 - Sistema de Gestión ISO 9001:2008 vigencia 2013 (periodicidad anual)
	Otro					
PLAN DE MEJORAMIENTO	Herramienta definida para la construcción del Plan de mejoramiento.			X		1. La entidad cuenta con una herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento, la cual se formalizó mediante circular regulativa No 001 de 2014- la cual tiene el instructivo para la elaboración de los planes de mejoramiento. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC
	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento.			X		1. Seguimiento a plan de mejoramiento por proceso del I y II semestre de 2014 2. Seguimiento a POA I y II semestre de 2014 3. Seguimiento PAMEC 2014
	Otro					
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas reclamos por parte de la ciudadanía.					
	Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad.			X		1. Intranet , pagina Web

	Publicación en la página WEB de la información relacionada con la planeación institucional.			X	X	1. Se encuentra publicado el direccionamiento y la plantación estratégica. Publicación en página Web de fecha 27/02/14 www.hus.org.co
	Publicación en la página WEB de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.			X	X	1. Se encuentra formularios de PQRS. Desarrollo aplicativos módulo PQR, Encuestas, Foros y Gestión de Consultas a través del e-mail Contactenosatencion.usuario@hus.org.co
	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.			X	X	1. Encuestas de satisfacción al usuario y su familia 2. Buzón de sugerencias
	Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.			X	X	1. Procedimiento de direccionamiento estratégico
	Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.			X	X	1. listado de asistencia a rendición de cuentas 2. Encuestas e informe de rendición de cuentas.
	Publicación en la página WEB de los resultados de la última rendición de cuentas realizadas.					
	Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas).					
	Otro					
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA	Mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los servidores públicos.					Procedimiento Escucha Voz Cliente Interno Código 02RH08 - V2
	Tablas de Retención Documental aplicadas.		X			1 Esta dada por acto administrativo y esta en proceso de implementación en cada uno de los procesos (Pendiente aprobación por el Departamento Administrativo de Archivo)



	Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos, u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.			X	X	1. Sistema de gestión documental 2. Intranet 3. Comités
	política y Plan de Comunicaciones establecido y divulgado a todos los servidores de la entidad.			X		1. Se encuentra documentada la política, esta en proceso la socialización
	Matriz de responsabilidades.					
	Otro					
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Sistema de información para el proceso documental de la entidad.			X		1. Sistema de gestión documental en Intranet
	Sistema de información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones, o recursos de los ciudadanos.					
	Sistemas de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.					
	sitio WEB			X		
	Punto de Atención al usuario.			X	X	
	Otros medios de comunicación virtual (Chat, foro redes sociales).			X		1. Chat, redes sociales, intranet, página WEB.
	Otro					

El resultado obtenido en la evaluación realizada por el DAFP con respecto a la implementación del MECI, indica que el modelo se encuentra en una fase intermedia los que significa que:

"El modelo de control interno se cumple, pero con deficiencias en cuanto a la Documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad Deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias Urgentemente, para que el sistema sea eficaz."

El puntaje total obtenido por la entidad fue de 40,6% (INTERMEDIO).

**Subsistema de Control Estratégico**

**Dificultades**

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.

No se ha implementado la política de gestión y administración de riesgos. ✓

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

Cada la rotación de personal se genera perdida 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.

Resultado obtenido en DAFP

**ENTORNO DE CONTROL**

Puntaje: 2,19  
Nivel : Básico

El manual de funciones y competencias laborales no se encuentra ajustado a las necesidades de la institución

La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura necesaria para avanzar en el desarrollo de sus funciones deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales, tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central. ✓

No se cuenta con plan de comunicaciones aprobado. ✓

El manual de imagen corporativa debe ser socializado para su despliegue. ✓

La caracterización de procesos de la entidad no avanza en la proporción que la entidad lo necesita para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación. ✓

Las actividades de auto evaluación no se realizan de manera periódica y programada, las falencias se detectan pero no se consignan para su seguimiento, pese a que los líderes de proceso y cuerpo directivo se reúnen periódicamente para presentar su gestión, de lo cual queda registro en actas no se produce una verdadera auto evaluación de la que se deriven acciones de mejora. ✓

La entidad no cuenta con programas de bienestar y programas de incentivos, su elaboración debe producirse de manera oportuna en la vigencia que pretende cubrir. ✓

Resultado obtenido en DAFP

### INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Puntaje: 3,16

Nivel: Intermedio

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

Resultados del DAFP

### ACTIVIDADES DE CONTROL

Puntaje: 2,44

Nivel: Básico

### ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Puntaje: 2,47

Nivel : Básico

Resultados del DAFP

### SEGUIMIENTO

Puntaje: 2,87

Nivel: Intermedio

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

Las tablas de retención no están actualizadas, el proceso de actualización no avanza de la manera en que el HUS lo requiere. 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

### Avances

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

### Subsistema de Control de Gestión

### Dificultades

Se debe adoptar la política "cero papel" mediante acto administrativo.

Se debe estructurar y caracterizar el proceso de "comunicación pública"

No hay evidencia de la existencia del manual de indicadores, sin embargo el control y la medición de los procedimientos y sus actividades están siendo revisadas por los líderes, se recomienda implementar y armonizar con el Direccionamiento estratégico de la entidad (misión, visión, valores y principios institucionales). Existe un procedimiento de Generación de indicadores de gestión institucional código 02pr14 versión 3, el cual no se encuentra publicado, y se encuentra desactualizado toda vez que su vigencia se encontraba contemplada hasta el 17 de enero de 2013.

Falta de políticas de operación por procesos, donde se estructure clara y concretamente el quehacer propio de cada proceso en cumplimiento de sus objetivos misionales y estratégicos.

Se requiere de acompañamiento por parte de los responsables de cada proceso en la conformación de quipos de trabajo para tratar lo relacionado con la definición de indicadores de gestión, acciones y evaluación en temas específicos como la administración de riesgos.

#### Avances

Se cuenta con un nuevo aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), 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.

#### Subsistema de Control de Evaluación

##### Dificultades

No se tiene identificado en el mapa de procesos de la entidad el subsistema de control de evaluación.

No se tiene bien documentado y definido los procesos y procedimientos para las auditorías internas de evaluación independiente.

No se tiene evidencia del plan de auditorías del sistema de gestión de calidad.

Se está ejecutando el plan de auditorías internas, pero presenta retrasos debido a la falta de personal. (no hay equipo interdisciplinario)

Se debe 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.

No se cuenta con la cultura y directriz precisa de elaboración de planes de mejoramiento individual, no se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios, en cumplimiento al acuerdo 137 de 2010, emitido por la Comisión Nacional del servicio Civil.

No hay evidencia de la existencia del acto administrativo que sustenta la administración de riesgos de la entidad.

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, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.

Se debe mejorar en el impacto que tienen los planes de mejoramiento individual por que en la actualidad no reflejan una mejora en el desempeño de los servidores.

**Avances**

Se fortaleció el componente de planes de mejoramiento por procesos para lo cual se emitió circular reglamentaria No 01 de 2014, mediante la cual se implementan los planes de mejoramiento por procesos, su elaboración, seguimiento, control y evaluación.

Se consolido el plan de mejoramiento por procesos y se realizó el correspondiente seguimiento por parte de la Oficina de Planeación y de Control Interno.

El comité de control interno ha realizado las reuniones reglamentadas en las cuales se discutió sobre indicadores, revisión de controles y redefinición de acciones.

**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; de igual manera cuenta con un aplicativo denominado KAWAK, mediante el cual esta siendo alimentado con todos los procedimientos documentados.

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.

**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 estructurar su funcionamiento por procesos, (misionales, de apoyo y de evaluación),

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

La entidad debe adoptar e implementar la política de riesgos.

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

Se debe conformar el equipo MECI, con el fin de que se desplieguen las actividades propuestas por el Comité de Control Interno.

Se debe formular el plan de mejoramiento que permita atender las falencias en el MECI, detectadas en el diagnostico-anexo 4.

YETICA JHASMELLI JERNANDEZ ARIZA

---

Firma