



Federico Lleras Acosta

INFORME PORMENORIZADO CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA – IBAGUE, TOLIMA ESE.

INFORME DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Oficina de Control Interno:	DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA	Período Evaluado: Marzo hasta Junio de 2017
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2017

1. Modulo de Control de Planeación y Gestión

Dificultad

1.1- Componente de talento Humano.

1.1.1. Acuerdos compromisos y protocolos éticos:

Se realizó la re inducción en cuatro jornadas a 120 funcionarios de planta con la participación de Control Interno en la importancia e implementación del MECI, y se verifico que efectivamente se realizara la socialización de principios y valores por la oficina de Planeación con base en la última actualización del código de ética.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano:

1.1.2.1 Manual de Funciones: El Manual de funciones de la planta permanente fue adoptado con la Resolución 2774 del 29 de mayo de 2015 y el manual de funciones de la planta temporal fue adoptado con la Resolución 3803 de septiembre 14 de 2016; estos manuales fueron actualizados de acuerdo con las actividades realizadas en cada cargo y se han realizado modificaciones a los manuales de acuerdo a las necesidades del Hospital.

1.1.2.2 Seguridad y salud en el trabajo: El manual de Sistema de Gestion y seguridad en el trabajo con los procedimientos Origen de Enfermedad laboral, el de accidentes de trabajo y el manual de gestion de seguridad y salud en el trabajo de fue enviado a Planeación y devuelto para revisar las observaciones, también el instructivo para el reporte de accidente de trabajo y para la identificación de la enfermedad, los formatos ya están codificados. El informe de la accidentalidad del trimestre arroja 24 accidentes de trabajo, un 4% de cada 100 funcionarios; El número de funcionarios que presentaron algún tipo de incapacidad (en días perdidos arroja la siguiente estadística: enfermedad general 1.910, enfermedad laboral 6, maternidad 678, licencia de trabajo 176, licencia de paternidad 14 y por accidente de trabajo 232) fue de 246 de un total de 951 funcionarios. Se realizó el programa de vigilancia epidemiológica e implementación del programa de prevención vascular; reuniones de brigada de emergencia, del grupo de reubicados, de la investigación de accidentes, jornadas para las pruebas de anticuerpos.

1.1.2.3 Capacitaciones: Para el 2017, el Plan Institucional de Capacitación PIC tiene un presupuesto de \$4.583.000, el cual al cierre del primer semestre se ha ejecutado el 36.66% con un total de \$1.680.000, principalmente en dos seminarios denominados "Actualidad nuevo modelo de operación y contratación en el sistema de Salud Colombiano y Novedades en la gestion de talento humano" beneficiando a dos funcionarios; por otro lado se han dictado conferencias como la atención a víctimas de la violencia sexual a 80 funcionarios, evaluacion de desempeño en los servidores públicos a 12



funcionarios, taller de asistencia SUIT, y FOSYGA y servidores públicos constructores de paz con 30 asistentes.

1.1.2.4 Programas de Bienestar Social: En desarrollo del convenio con Comfatolima, se realizaron actividades lúdicas pedagógicas de integración para los funcionarios, campeonato deportivo, incentivos institucional a los mejores funcionarios por evaluación del desempeño e integración para los funcionarios. Adicional el Comité celebró el folclorito institucional, celebración del cumpleaños del Hospital, día de la mujer, envió de tarjeta de cumpleaños y de condolencia y se integraron aproximadamente 100 funcionarios al municipio de Prado (Tolima).

1.2.- Componente Direccionamiento Estratégico:

1.2.1 Frente a la Planeación y Elaboración de Planes, Programas y Proyectos:

1.2.1.1 Se ha actualizado la Pagina Web de Hospital y en el icono Institucional se denota la Misión y Visión del Hospital, así mismo el mapa de procesos con una última actualización en Julio/16 donde enuncias los 16 procesos; entre Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación; lamentablemente no se encuentra actualizado en la WEB, las políticas de calidad, ni las políticas institucionales.

Algunos de los proyectos presentados por el Hospital no han terminado de ser viabilizados por el Departamento o la Nación o se han iniciado de conformidad con el informe del plan Bial es importante hacer mayor seguimiento para su consecución,

Es de aclarar que el proyecto de Reordenamiento y reforzamiento de la Sede el Limonar al parecer no fue aprobado por falta de recursos y capital de trabajo. Los proyectos realizados con la metodología MGA elaborados y en estudio son : Proyecto de Dotación y reposición de equipos de Urgencias; Proyecto de mejoramiento del servicio de radioterapia (acelerador lineal), devuelto para desagregar el presupuesto de la interventoría y la licencia de Construcción, el proyecto de implementación de los servicios de resonancia Magnética y Hemodinamia, también devuelto para diferenciar los costos del presupuesto de interventoría y licencia de construcción y ; en proceso de estudio el proyecto de reposición del microscopio quirúrgico para neurocirugía.

1.2.1.2 De los 22 planes operativos formulados para la vigencia del primer trimestre de 2.017, 18 presentaron la información con avance del 32%, siendo el menor resultado el área de Administración de Inventarios y almacén con el 13%, y un mayor porcentaje de cumplimiento de compras con un 82%, se evidenciaron 4 procesos de los cuales NO presentaron información como son : Servicio farmacéutico, gestion ambiental y apoyo logístico, control interno disciplinario y la oficina asesora jurídica; Es importante que cada superior inmediato revise con las personas que no presentaron la información para identificar las dificultades y tomar los correctivos pertinentes, por cuanto se afecta la integralidad del plan de acción en pro de los objetivos y metas institucionales.

1.2.1.3 La información de carácter financiero cada vez está más depurada y mejor en cuanto a su disponibilidad, oportunidad y pertinencia, se ha elaborado por parte de la oficina de cartera con soportes y evidencias revisadas por la oficina de control interno, para la aprobación del comité de depuración contable 15 fichas por valor de \$ 876.651.456 el día 8 de junio/17, legalizadas con la Resolución No. 2104.

1.2.1.4 Para que las actividades de los procesos y procedimientos encuentren los puntos de mejora se deben realizar procedimientos documentados actualizados, claros y de acuerdo con la dinámica actual

del hospital.

1.2.1.5 Algunos de los procesos están documentados y adoptados, la mayoría de las áreas cumplen con la actualización, la revisión la hace la oficina de planeación, pero es importante la eficacia y operatividad de los mismos para que no se quede en letra muerta, si no que con su implementación se disminuyan los riesgos para el Hospital.

1.2.1.6 El Hospital debe asegurarse que las políticas institucionales, La Misión, Visión y valores institucionales se conozcan lo suficiente por los funcionarios de cada proceso a través del área de comunicaciones. Se mantiene esta observación.

1.2.1.7 La planeación Estratégica del Hospital se debe divulgar en diferentes medios (salva pantalla, correos, capacitaciones) a través del área de comunicaciones como estrategia de direccionamiento para que todos los funcionarios laboren con base en las metas, proyectos y programas que desarrolla la entidad esta estrategia se debe implementar a través del área de comunicaciones.

1.2.1.8 El plan de acción que se está ejecutando con la Súper salud presenta fecha de vencimiento de la actividad en Mayo de 2017 en actividades como depuración contable, se inició pero no se han terminado de conformidad con la información del área financiera y de cartera, El ejercicio del presente año presenta utilidades a Junio 30 por valor de \$13.259 Mlls principalmente por los ingresos no operacionales extraordinarios por recuperación de cartera de años anteriores, obtener recaudo que respalden los compromisos suscritos, disminuir los días de rotación de cuentas por pagar, disminuir la oportunidad en la asignación de citas especializadas entre otras; por otra parte se están presentando correcciones al PGIR donde se aprueba la venta del edificio del limonar previo avalúo comercial, para la posible venta es necesario tener el paz y salvo de la Alcaldía por impuesto predial, por lo que se propone permutar un lote en el salado de propiedad del Hospital, previo avalúo también; por otra parte la Agente interventora especial hará gestión ante la Super salud para el pago de cartera de las EPS intervenidas; por último se deben revisar los contratos con Aseisa para revisar como va el cobro de cartera.

1.2.1.9 El plan de compras del Hospital se está ejecutando con los mismos rubros de la ejecución del presupuesto de compras, no se observa ajustes el formato no es de un plan es el utilizado por presupuesto en la parte auxiliar y se limita a estipular el porcentaje de compromisos presupuestales en cada rubro.

1.2.1.10 El plan de mantenimiento de equipos de cómputo y UPS recibido, no contiene fechas de revision estado actual, no discrimina si se revisaron los equipos o está pendiente, existe una columna de observaciones donde registra la palabra carpeta sin estipular ningún registro, no coinciden con los activos del módulo de activos fijos.

1.2.2 Modelo de Operación por procesos:

La institución cuenta con un mapa de procesos los cuales se encuentran documentados y aprobados de acuerdo a la estructura actual de la organización. En la Institución se han presentado inconvenientes en algunas áreas para la documentación de los procedimientos e instructivos afectando la planeación estratégica del Hospital.



1.2.3 Estructura Organizacional:

Se estudia jurídicamente y por manual de funciones y procedimientos, el reordenamiento del organigrama del Hospital, reclasificando las ubicación del área de Gestión comercial y cartera que actualmente está como órgano asesor de la Gerencia y pasarlo a depender de la Subgerencia Administrativa y Financiera.

1.2.4 Indicadores de Gestión:

1.2.4.1 Existen fichas de los indicadores que son enviados por las áreas, para seguimiento permanente o continuo, se observa que en algunos procesos estos indicadores no se evalúan con el equipo de trabajo, este soporte ha sido solicitado por la oficina de control interno observando en algunas áreas, el no diligenciamiento pese a estar revisado y aprobado por la oficina de planeación; por otra parte la Agente Interventora Especial revisa con los líderes de las dependencias revisión de los indicadores de gestión de la plataforma Fenix de la Supersalud, donde la menor calificación es 1 y la mayor es 3.

1.2.4.2 De acuerdo con el informe de indicadores en la evaluación de la oficina de atención al usuario se recibieron en el primer trimestre de 2.017; 89 quejas reportadas por los usuarios y canalizadas por la oficina de atención al usuario; con extemporaneidad 22 y sin respuesta 9 a la fecha del informe, configurándose un silencio admirativo. El total de quejas sin responder y extemporánea da un total del 35% de las mismas. Los procesos con mayor cantidad de quejas son: Asignación de citas (29) correspondiente a un 33%, Imagenología (8) correspondiente al 9%, Consulta externa (7), quirófano (7), y hospitalización (7).

1.2.4.3 Durante la vigencia 2017 se han recibido peticiones a través de los canales establecidos: Ventanilla de correspondencia, correos electrónicos, sin embargo se requiere mayor organización y sistematización en la a Gestión Documental. Se mantiene esta observación.

1.2.5 Políticas de operación:

1.2.5.1 Las Políticas de Operación Institucional deben ser divulgadas y se debe tener mayor participación en la definición, adicionalmente se observa que el personal requiere capacitación para su implementación.

1.2.5.2 El Hospital cuenta con políticas de operación documentadas, aprobadas y se encuentran en cada uno de los procedimientos derivados de cada proceso.

1.2.5.3 Las políticas del hospital se encuentran publicadas en el manual del sistema de gestión integral, se requiere que los líderes de proceso hagan la divulgación permanente con sus grupos de trabajo.

1.2.5.4 El Hospital debe realizar un diagnóstico de cumplimiento de los estándares de habilitación del servicio, a través del módulo de calidad del sistema de información mensualmente se genera un informe del grado de cumplimiento de habilitación teniendo en cuenta los planes de mejoramiento de la evaluación del año anterior 2.016.

1.2.5.5 El Hospital se trazó como metas, documentar seis metas internacionales para la seguridad del paciente como son; Cirugía segura, manual de identificación segura del paciente, programa de prevención de infecciones y manual de Administración segura de medicamentos.



1.2.5.6 Despliegue de la política de seguridad del paciente, en este aspecto se realizan reuniones mensuales de inducción y re inducción al personal auxiliar de servicios.

1.3 Componente de Administración de Riesgo:

1.3.1 El componente de Administración del Riesgo permite a la Entidad identificar, evaluar y gestionar los eventos negativos internos y externos de la institución, por lo que hospital realizo el análisis de los riesgos con los diferentes líderes de los 16 procesos caracterizados, definiendo los riesgos residuales y las acciones propuestas para evitar la posible materialización del mismo. Los riesgos residuales establecidos en cada uno de los procesos fueron clasificados como de gestión y de corrupción siendo estos últimos incorporados en el plan anticorrupción definido para la vigencia y publicado en la página web del hospital. De igual forma los riesgos residuales que de acuerdo a su valoración se encuentren en zona de riesgo alta y extrema o que fueran clasificados como de corrupción fueron consolidados en la matriz de riesgos institucional.

1.3.2 Existe alta probabilidad de riesgo con la generación y validez de los reportes de inventarios que brinden confiabilidad en la información; además aún no se ha implementado el uso de pistolas de código de barras para el control de inventario; por otra parte por la falta de liquidez existe inoportunidad para garantizar la adecuada prestación de los servicios.

1.3.3 Se observa riesgo en la facturación de servicios prestados y no reconocidos por la Entidad, sin embargo existen evidencias de capacitación al recuso humano con la normatividad vigente y sobre inconsistencias presentados entre los contratos y la parametrización de los mismos, además de la socialización de las glosas.

1.3.3.1 Se identificó el riesgo por la falta de oportunidad en asistencia y asesoría jurídica a las dependencias del hospital, principalmente en el área laboral y en el tema del aparente no pago de una parte de los aportes pensionales a algunos ex funcionarios; así mismo falta de concepto jurídico a unos empleados por el no reconocimiento y pago de unas horas extras de años anteriores.

1.3.3.2 Se identificó riesgo medio por aun no terminarse el instructivo del manejo de efectivo y el del transporte y consignación de los dineros recaudados en caja, adicionalmente la oportunidad en la entrega de informes.

1.3.3.4 Se identificó riesgo en la generación de informes financieros razonables por la manifestación de inconformidades a los responsables de la parametrización de información con el nuevo software de dinámica gerencial y la falta de capacitación.

1.3.3.5 Se identifica riesgo en la información generada no conforme con los criterios de calidad del área de epidemiología según criterios de las infecciones asociadas a la atención en salud, no hay listas de chequeos, ni actas de comités de IAAS.

1.3.3.6 Se identifica riesgo en la generación de información financiera no razonable en el área de costos, donde se encuentran evidencias de requerimientos a los proveedores del software Dinámica Gerencial.

1.3.3.7 Se identifica riesgo por no garantizar el flujo de recursos por la venta de servicios de salud del área gestión comercial, solo se realizó un acuerdo de pago con una Entidad EPS y conciliaciones internas con el área Financiera y de glosas con el fin de depurar la cartera y poder hacer otros acuerdos para que ingresen recursos adeudados por las E.P.S.

1.3.3.8 Se identifica riesgo alto por la falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios de gestión documental en lo referente al plan de emergencias del archivo físico, y la adecuación de la infraestructura para la organización del archivo físico y la política para la custodia de mismo.

1.3.3.9 Existe riesgo alto en la ocurrencia de eventos adversos e incidentes en la dependencia de internación médica si no se observa la verificación del cumplimiento de mantenimiento anual de los equipos existentes en el área, igualmente si no se implementa y se realiza las rondas de seguridad en los servicios de internación, además el soporte para la defensa del posible daño financiero de la medición de adherencia de guías por parte de los auditores concurrentes.

1.3.3.10 Existe riesgo si no se actualiza y se hacen las reuniones del plan hospitalario de emergencia por parte de la dependencia de salud ocupacional, sin embargo el plan hospitalario se encuentra aprobado.

1.3.3.11 Existe riesgo al no socializar el plan de mantenimiento anual y al no actualizar el inventario de planos de infraestructura del Hospital, lo mismo que la reposición de equipos.

1.3.3.12 Aunque ya se realizó el plan de comunicaciones por la oficina de planeación, faltaría coordinar e desarrollar la implementación para disminuir algún tipo de riesgo por falta de comunicación.

1.3.3.13 En el direccionamiento institucional se disminuye el riesgo al elaborarse el plan Anticorrupción, el cual debe hacerse seguimiento y presentar informe en el próximo trimestre.

1.3.3.14 Existe riesgo alto en el área de sistemas por la falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación del servicio en lo referente a realizar la adecuación de la infraestructura de servidores y cableado para soportar el sistema de información, además de la actualización del plan de recuperación del sistema y plan de continuidad del negocio y el avance del proyecto del Data center del Hospital.

1.3.3.15 Existe riesgo medio, por la falta de continuidad e integralidad en la prestación de servicio de urgencias por no informar en algunos casos por correo electrónico a la Super Salud después de 48 horas de iniciado el trámite de ayuda diagnóstica para ubicar el usuario en una IPS de mayor complejidad, la no oportunidad de respuesta a estas necesidades del usuario por parte de la EPS, el desarrollo del proceso dice Urgencias, no ha sido fácil, pues el volumen que se presenta en el área es mayúsculo.

1.3.3.16 En el área de talento humano se tienen controlados los riesgos y se presentaron las evidencias correspondientes, se está trabajando en la política para la entrega de novedades de nómina a reportar durante el mes.

1.3.3.17 Existe riesgo alto en el sistema de atención al ciudadano, referente a que no se ha implementado la medición de adherencia del instructivo de divulgación de derechos y deberes de los usuarios, tampoco se ha elaborado y socializado el programa de humanización a los usuarios y grupos de interés, en observaciones se registra que se hace necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar este programa, tampoco se han programado las capacitaciones de inducción y re inducción y no se ha implementado la medición de adherencia del instructivo para la elaboración del estudio socioeconómico del usuario.

Avances

1.1- Componente de talento Humano.

1.1.1 En el segundo trimestre, las nóminas se generaron en el aplicativo de Dinámica, se continuó con ajustes en la parametrización logrando avances en la estabilización del módulo, por otra parte la oficina de talento humano circularizó a todas las dependencias el reporte de las necesidades de personal y lo consolidó.

1.1.2.- Una vez adoptado bajo resolución el plan de capacitación, se evaluó con corte a junio 30 de 2.017, se ha implementado el cambio de cultura y encuesta del clima organizacional.

1.1.3.- Se tiene el procedimiento de gestión de talento humano con documentos aprobados.

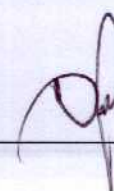
1.1.4- Se han recibido el 91% de las evaluaciones de desempeño correspondientes al periodo de 1 de Febrero de 2.016 a 31 de Enero de 2.017.

1.1.5 Se ha realizado y verificado el 100% de las hojas de vida de planta temporal y el 90% de hojas de vida de planta definitiva, el 10% restantes no actualizaron documentos para la revisión (Carnet de vacunas, actas de compromiso del código de ética, socialización del código de ética, autorización para verificar títulos, etc).

1.1.6 En el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo se evidencia cuadro del segundo trimestre con un consolidado en las áreas del 95%, con los siguientes indicadores: Seguridad y salud en el trabajo 95%, tasa de accidentalidad 0,85%, índice de frecuencia cada 11 días un accidente, índice de lesiones e incapacidades 1,67%, tasa de ausentismo por enfermedad general 31,9%, se realizaron 36 visitas para la identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgo; se hizo la revisión anual de la política en seguridad y salud en el trabajo, la cual se encuentra en el salvapantallas del hospital, Se presenta ante calidad, recursos humanos y la Agente Interventora Especial la política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SGSST), Se evidencian tres reuniones del comité Hospitalario de Emergencias (CHE) y dos actividades de revisión con lista de chequeo de los botiquines de emergencia., se evidencia que en el segundo trimestre se reportaron 24 accidentes de trabajo a la ARL y se hizo en el plazo establecido dentro de las primeras 48 horas una vez pasado el suceso; no se realizó ningún tipo de actividad para la vigilancia del riesgo biológico.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

1.2.1.- Se encuentra en proceso por parte de la Oficina de Planeación la elaboración un plan de



ordenamiento y ubicación de los servicios de la sede la Francia, igual que la revisión de las necesidades de contratación de sus diseños.

1.2.2.- La oficina de Planeación hace la revisión de la información generada por el módulo Dinámica Gerencial y ajuste de acuerdo a las necesidades del Hospital, se definen indicadores pero se requiere soporte técnico especializado para construcción de estos indicadores.

1.2.3.- Se evidencia que no se ha iniciado la producción del módulo para documentar los ajustes de los documentos del proceso de Direccionamiento Institucional y Planeación y Gestión de Calidad.

1.2.4.- Se evidencia que la Oficina de Planeación ya realizó la consolidación de los informes de producción de los 6 primeros meses y está verificando la información con cada uno de los líderes de los servicios de urgencias, Hospitalización, cirugía, sala de partos, servicio Diagnóstico y terapéutico.

1.2.5.- Se terminó de corregir el documento PGIR y esta próximo su aprobación, quedando pendiente la metodología por parte de la Súper Salud para hacer el monitoreo.

1.2.6.- Se evidencian los estudios de los proyectos de resonancia, hermodinamia, acelerador lineal y dotación de equipos para el área de Urgencias.

1.2.7.- Se debe definir la totalidad de los requerimientos del plan de reordenamiento teniendo en cuenta la aprobación de las estrategias planteadas en el PGIR.

1.2.8.- Se evidencia que se inicia el trabajo con el grupo de apoyo logístico y gestión ambiental y la Ing. De la ARL para definir y documentar en la organización el sistema de Gestión Ambiental.

1.2.9.- La Oficina de Planeación requiere información específica para definir y documentar en el Hospital el sistema de Responsabilidad social el cual tiene 0% de cumplimiento.

1.2.10.- Se evidencia la dificultad que ha tenido la Oficina de Planeación para realizar el diagnóstico de cumplimientos de los estándares de habilitación por servicio, sin embargo se ha avanzado pues cuenta con la auto evaluación de dos servicios habilitados, además cuenta con los planes de mejoramiento del año 2.016.

1.2.11.- Se evidencia los informes mensuales de seguimiento al avance del cumplimiento del estándar de procesos prioritarios y la elaboración de la documentación requerida, registrándose un 58% de cumplimiento.

1.2.12.- Desde la ficha de Calidad de indicadores institucionales del PAMEC, no se evidencia soporte de la acción a la oficina de Control Interno, pero al parecer la ficha ha sido entregada a cada uno de los procesos, según el informe de Planeación.

1.2.13.- La oficina de Planeación luego de haber elaborado el plan anticorrupción en Enero/17, le hizo el primer seguimiento cuatrimestral y se publicó en el link de [transparencia](#) en la página WEB del hospital.

1.3 Componente de Administración de Riesgo.

1.3.1.- El Hospital tiene definida la metodología para la gestión del riesgo; se evidencia en la oficina de Planeación y Calidad que se incorporó en el procedimiento el PC-PR-005 lo concerniente a la evaluación del Riesgo del SARLAFT .

1.3.2.- El Hospital tiene elaborado el 100% de los mapas de riesgos por procesos, con los responsables de cada uno de ellos y se evidencia la autoevaluación de cada uno de ellos.

1.3.3.- Se evidencia copia de registro de asistencia a la capacitación de la política de seguridad del paciente en el mes de junio a el personal de servicios generales, además plan de trabajo del mes de junio del programa de seguridad del paciente.

1.3.4.- Se evidencia una ejecución del 67% del proceso documentado de 6 metas internacionales para la seguridad del paciente en cirugía segura, manual de identificación segura del paciente, programa de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, maula de administración segura de medicamentos.

1.3.5.- Se evidencia una socialización, con copia de registro de asistencia a la capacitación, del 78% de la política de seguridad del paciente.

2.Modulo de Control de Evaluación y Seguimiento

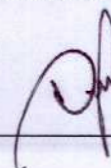
Dificultades

Este módulo permite valorar en forma permanente la efectividad de Control Interno de los puestos de trabajo y de la entidad pública la eficiencia y eficacia de los procesos, el nivel de ejecución de los Planes, Proyectos y Programas y los resultados de la gestión; es importante registrar que para la fecha del informe, la oficina de control solo cuenta con el jefe de Oficina y dos técnicos operativos con los que no se alcanza hacer un efectivo control a toda la Entidad, conociendo que el área anteriormente contaba adicionalmente con dos profesionales, uno en ciencias económicas y otro en el área de la salud.

2.1 Componente Autoevaluación Institucional

2.1.1. - La oficina de Planeación y Calidad realizó socialización de MECI, utilizando diferentes medios de difusión, existe soporte de la publicación en salvapantallas, actas de socialización en comité directivo y reuniones de áreas, así como la publicación en la Intranet de una cartilla que resume los contenidos del sistema elaborada para todo el personal de la institución y adicionalmente en la inducción y re inducción; así mismo en la misma inducción y rendición realizada el 11 y 18 de Junio en dos jornadas cada día, participo con exposición el jefe de la Oficina Interna recalcando los objetivos del MECI y de la oficina de Control Interno.

2.1.2.- En el informe MECI de Talento humano, se observa que las hojas de vida cuentan con sus correspondientes certificaciones debidamente legajadas y actualizadas en un 100% las da planta definitiva y en un 90% las de planta temporal, en el informe de austeridad de gasto elaborado por control interno, se refleja una disminución en termino de costos comparado el 2 trimestre del año 2.017





y el 2.016 en suma aprox. de \$289 Mlls. (sin registrar el aumento del salario), y que el número de servidores públicos de planta permaneció con 315 trabajadores y unos promedios de 553 y 65; de planta temporal y supernumerarios respectivamente.

2.1.2.- Se presentan algunas fallas que dificultan la autoevaluación y el autocontrol. Se mantiene esta observación; la oficina de control interno solo ha logrado la revisión del 16% de la meta; Se deben fortalecer los mecanismos de Verificación y Evaluación que permita al proceso medirse a sí mismo.

2.1.3.-Las actividades de sensibilización por parte de los líderes de los procesos a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación, se debe mejorar en los procesos.

2.1.4.- Es importante para la institución que el auto control no se dé como cumplimiento de papel o informes obligatorios de presentar por cada proceso sino como una cultura prioritaria en la institución.

Avances

2.1 Componente Autoevaluación Institucional.

2.1.1.- En los Comités de Directivos se exponen todos los temas de autoevaluación con el fin de buscar las acciones de mejora con los líderes de los procesos siendo atendidos en su mayoría por los responsables de los procesos y la alta dirección.

2.1.2 La oficina de Control Interno realizo hasta la fecha auditoria, en las que se realizaron recomendaciones y observaciones.

2.1.3.- La Oficina de Control Interno realizo y presento en el último cuatrimestre los siguientes informes:

2.1.3.1 Informe de Austeridad del Gasto

2.1.3.2 Informe de Atención al Usuario

2.1.3.3 Informe de auditorías de: Farmacia de bajas, Mantenimiento UPS y Financiero.

2.1.3.4 Se realizaron los siguientes seguimientos: informe depósitos judiciales, pago predial al municipio y permuta lote del salado, contratación y de costos por Unidad funcional.

2.1.3.5 Plan de mejoramiento contraloría Departamental.

2.1.3.6 Se realizó auditoria al Modelo Estandar de Control Interno las áreas de Mantenimiento, Planeación y Calidad, Atención al Usuario, Gestion Comercial y de Cartera y Facturación.

3.- Eje Transversal Información y Comunicación

Dificultades

3.1.- El Hospital se encuentra en la implementación del sistema de información con el software

Dinámica Gerencial de la compañía SYAC.; Inicialmente se presentaron inconvenientes y se constató que las repetidas caídas del sistema y alguna pérdida de la información se debió probablemente a que no existió plenamente una debida planeación y justificación del Hardware necesario para este software, al menos ese fue una primera evaluación de la compañía OPEN Grup. A quien por concurso se le adjudicara el contrato para suministrar el hardware , discutida además este inconveniente en comité directivo de Junio 28, el cual tomo como decisión revisar con un tercero (amigable componedor) quien debía ser el responsable de informar sobre el correcto funcionamiento del programa y diagnosticar sobre la razón o no de las dos firmas.

3.2.- Se está adelantando el proyecto de la instalación del cableado estructurado y Data center, el cual se debe primero que colocar en marcha el sistema y su estabilización.

3.3.- La información de la página web ha sido actualizada pero debe articularse con los requerimientos del funcionamiento del comité de Gobierno en Línea. No se ha realizado hasta la fecha por parte de los responsables de los procesos.

3.4.- El Hospital debe establecer directrices claras para el manejo documental de tal manera que no exista la posibilidad de manipulación sobre la recepción, despacho y distribución. Se recomienda implementar una aplicación automatizada para el próximo Semestre mantiene la observación.

3.5.- Existen falencias en la información por interface con algunos procesos, para dar cumplimiento con las conciliaciones en el proceso contable, principalmente en el módulo de almacén.

Avances

3.1. El software Dinámica Gerencial está funcionando en una buena parte de sus Modulos, faltando por parametrizar algunos reportes, así mismo una debida capacitación a quienes lo operan, sin embargo aún existen algunos inconvenientes en la forma de parametrización de algún modulo.

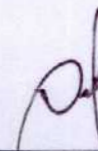
3.2- El Hospital cuenta con medios de comunicación permanentes como el Intranet, internet, Spak, cartelera, buzón de sugerencias entre otros.

3.3- El Hospital tiene adelantado para colocar en marcha el sistema y estabilización, al igual que la instalación del cableado estructurado y Datacenter.

3.4.- Implementación del módulo de quejas y reclamos por el software dinámica gerencial, de tal forma que cada dueño de proceso puede gestionar de manera individual la queja y tramitar la respuesta por el modulo.; se espera que en el mes de Agosto se hará mediciones en el módulo de quejas y reclamos.

Estado general del Sistema de Control Interno

El Hospital a través de la alta Dirección busca mediante la reorganización de procesos y procedimientos, Estructura organizacional e implementación del sistema de Calidad de manera integral, ofrecer a la comunidad servicios de salud que permitan la satisfacción del Usuario de manera continua, se han formulado acciones de mejora como resultado de las auditorías realizadas por la oficina de control Interno sin embargo la cultura de autocontrol y manejo de políticas se debe fortalecer, así mismo el desequilibrio financiero actual afecta el logro de los objetivos y metas en los procesos. La



Oficina de Control Interno evalúa el Sistema MECCI del Hospital, por esto requiere contar con herramientas, mecanismos y requisitos este ultimo de recurso humano suficiente sin desbordar los límites de acuerdo con la situación actual del Hospital; es importante recordar que dicha oficina en alguna época opero con 5 funcionarios y actualmente cuenta con tres funcionarios.

Recomendaciones

1.- Se recomienda al área de talento humano y Seguridad y Salud en el trabajo, revisar la tasa de ausentismo por enfermedad general que se encuentra en este momento en el 31,9 %, bastante alta y si es el caso elaborar un plan de contingencia y hacer campañas de seguimiento y prevención epidemiológica para tratar de disminuir esta tasa.

2.- Se recomienda a las áreas Servicio farmacéutico, Gestion ambiental, apoyo logístico, control interno disciplinario y oficina jurídica entregar oportunamente para su correspondiente revision, la ejecución trimestral del plan Operativo Anual a la oficina de planeación y los soportes escaneados a la oficina de control interno, plan que ha sido desarrollado inicial y juiciosamente por las mismas áreas con el apoyo de la oficina de planeación y que cumple con los objetivos institucionales del Hospital, para su correspondiente plan de mejoramiento; así mismo recomendar al área de administración de inventarios y almacén un mayor avance en le POA pues a junio de 2.017 solo lleva el 13%; un buen ejercicio que puede servir de apoyo es el elaborado por el área de compras que tiene un 82% de cumplimiento a pesar del seguro mayor esfuerzo por la falta de liquidez del Hospital.

3.- Se recomienda continuar con los comités de depuración contable de cartera, con el apoyo de la oficina jurídica, de esa forma se ha podido revisar fichas de cartera, aprobar algunas y otras no, adicionalmente recomendamos que algunas de las mismas fueran a comité de conciliaciones y si fuese el caso a acciones de repetición contra servidores o ex servidores públicos del Hospital, además empezar con los comités de depuración contable de farmacia y almacén y de Activos Fijos.

4.- Se recomienda dar respuesta al informe OCI-028 del 18-08-17de la auditoria al contrato de mantenimiento de las UPS, así mismo revision del plan de mantenimiento a los equipos del Hospital, con revision de la carpeta de cada equipo actualizada, que contenga los registros de la fecha y que acciones de mantenimiento le hacen a cada equipo; por otra parte que los equipos estén debidamente registrados en el módulo de activos fijos.

5.- Se recomienda la revision de indicadores de las áreas, al igual que el mapa de riesgos y el Plan Operativo Anual, pero principalmente que cada líder de proceso revise y lo socialice con el personal a su cargo y las acciones de mejora del indicador.

6.- Se recomienda avanzar en el Plan Operativo temas como el sistema de responsabilidad social empresarial, autoevaluación de implementación del SIG, verificación de la autoevaluación periódica del sistema de habilitación para garantizar el cumplimiento de los requisitos, acciones de mejora al sistema de matriz de riesgos teniendo en cuenta que la oficina de control interno envió a los líderes de procesos el resultado de la evaluacion con fechas, Abril 30 y Junio 30 de 2.017.

7.- Se recomienda que las áreas Gestion Ambiental y Control Interno disciplinario entregar con soportes la ejecución del Plan Operativo Anual, para poder evaluar y hacer su correspondiente plan de mejoramiento.



6.- Se recomienda acciones de mejora enunciados en el contexto al interior de este informe para algunos procesos donde se ha materializado el riesgo como son; Reportes de inventarios y si se va implementar el sistema de pistolas con código de barras; Facturación de servicios prestados y no reconocidos por la Entidad prestadora de Salud; La oportunidad en la asistencia jurídica en el tema laboral por en aparente no pago de aportes en pensión de algunos ex funcionarios por un pago extra de años anteriores; En tesorería se recomienda terminar el instructivo del manejo en efectivo por transporte y consignaciones de caja; Contabilidad la certificación de Estados Financieros sin salvedades por falta de depuración contable y el requerimientos sin respuestas a los proveedores del software Dinámica Gerencial; Costos la correcta parametrización en el software Dinámica Gerencial de los gastos y a qué centro de productividad va a ser cargado; En epidemiología información no conforme con los criterios de Calidad según criterios de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) pues no presentaron listas de chequeos ni actas de comités; En comercial no se garantiza totalmente el flujo de recursos por la venta de servicios de salud por falta de conciliaciones, acuerdos de pago y depuración de glosas con algunas E.P.S.; En archivo, falta seguridad en la gestión de recursos para el adecuado servicio del archivo físico, la adecuación de la infraestructura para la custodia.; En internación médica continuar con las rondas de seguridad y la adherencia de guías por parte de los auditores concurrentes; En Sistemas falta asegurar la gestión de recursos para asegurar la infraestructura de servidores y cableado para asegurar los sistemas de información, además del plan de recuperación del sistema y avance del data center.; Urgencias informar después de 48 horas a la súper salud el trámite de ayuda diagnóstica para ubicar el usuario en una IPS de mayor complejidad; En atención al ciudadano no se ha implementado la medición de adherencia del instructivo de divulgación y derechos de los usuarios ya evidenciado en la encuesta que hizo control interno el día de rendición de cuentas (OCI 008 de Junio 7/17) y tampoco el programa de humanización a los usuarios y el instructivo para la elaboración del estudio socio económico del usuario.

7.- En la evaluación del Plan de Mejoramiento de la Contraloría Departamental no se ha dado cumplimiento con algunos hallazgos indispensables para subsanar procedimientos y controlar los recursos económicos y bienes del Hospital, se mantiene esta observación.

8.- Analizar el procedimiento y la información de los costos en el sistema de información de facturación y cartera, con base en los seguimientos efectuados se observaron falencias y diferencias negativas entre el costo y el ingreso por venta de servicios de salud en el primer semestre. Se mantiene esta observación.

9.- Fortalecer y realizar auditorías internas la comunicación de interface entre los procesos de facturación, inventarios y servicio farmacéutico con el proceso de contabilidad. Se mantiene esta observación.

10.- Se considera que es importante hacer mayor seguimiento a los proyectos presentados por el Hospital en vigencias anteriores, para conseguir los recursos económicos necesarios para el cumplimiento de los requisitos en la prestación de servicio de salud del área asistencial.

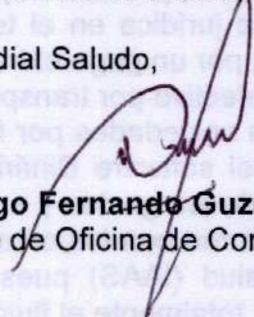
11.- Se recomienda Evaluar mediante seguimiento los procesos Judiciales que afectan la situación financiera del Hospital. Se mantiene esta recomendación



12.- Se recomienda a la Oficina Jurídica que en el caso de contratistas se debe incluir en las obligaciones contractuales la aplicación y adaptación de MECI Decreto 943 de 2014.

13.-Se recomienda continuar con la política de cero papel y la automatización de procesos.

Cordial Saludo,


Diego Fernando Guzmán García
Jefe de Oficina de Control Interno

