

**INFORME DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:

ALCIRA LESMES VANEGAS

Período evaluado: 01/07/2013 AL 30/10/2013

Fecha de elaboración: 12 de noviembre de 2013

Subsistema de Control Estratégico

Avances

- El Código de Ética y Buen Gobierno (Resolución 265 de 2007, modificada por las resoluciones 353 de 2008, 296 de 2009 y 194 de 2013) se encuentra actualizado y es congruente con la plataforma estratégica (misión, visión, objetivos corporativos y políticas).
- El Código de Ética y Buen Gobierno fue construido de manera participativa y concertada y los valores y principios se socializan permanentemente a través de las actividades de inducción y re inducción y de diferentes documentos dispuestos en la red y en la página web del Hospital San Rafael de Tunja.
- La Institución da cumplimiento a las políticas de Talento Humano y cuenta con el Manual de Funciones y Competencias laborales (Resolución 077 del 9-03-2006), con plan operativo anual – POA y planes de capacitación, inducción y re inducción.
- Se suscriben los Acuerdos de gestión por parte de los Subgerentes Administrativo y Financiero y de Desarrollo de Servicios, los cuales reposan en las hojas de vida de los funcionarios para su seguimiento y evaluación.
- Para los programas de inducción y re inducción se aprovechan espacios en los que el personal de la ESE puede interactuar y participar, como son la Feria anual, el día de San Rafael, los cuales se realizaron en octubre de 2013 con ocasión del mes del Hospital San Rafael.
- Los informes relacionados con el elemento “Desarrollo del talento Humano” están debidamente consolidados y archivados.
- El Plan Institucional de Capacitación es elaborado a partir de un diagnóstico por áreas, se efectúa priorización de acciones y se consolida para cada vigencia.
- En el marco del Programa de Bienestar se realizó medición del clima laboral en el año 2011 y para la vigencia 2013 se han consolidado los resultados de medición coordinada por el área de Talento Humano y con la colaboración de estudiantes de Psicología de la UPTC.
- Se realiza la evaluación de desempeño laboral para funcionarios de planta de acuerdo a las directrices dadas por la Comisión nacional del Servicio Civil – CNSC y se suscriben acuerdos de gestión los cuales son evaluados periódicamente.
- Los informes de gestión y evaluaciones de desempeño reflejan los resultados de la gestión por procesos o áreas y los resultados individuales.
- La Gerencia de la Institución ha generado lineamientos para fortalecer el MECI y el Sistema de Gestión de la Calidad, mediante el Plan de Desarrollo 2013 – 2016, la Plataforma estratégica, los Macro comités y los demás planes y programas.
- Se realiza por parte del nivel directivo seguimiento y control a las políticas adoptadas en el Sistema de Control Interno a través del desarrollo de los Comités Institucionales, los informes y planes de mejoramiento, entre otros mecanismos.
- La entidad cuenta con documentos adoptados y divulgados que contienen Misión, Visión y objetivos institucionales.
- Para la formulación de los planes y programas la institución tuvo en cuenta la plataforma estratégica y se adelantaron mesas de trabajo para concertación con la comunidad, de acuerdo a la metodología establecida en la Ley 1438 de 2011 (art. 72 y 74, la Resolución 710 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Resolución Interna 258 de 2012.
- Se realiza seguimiento a la planeación institucional a través de la ejecución de los POA’S, de medición trimestral de indicadores, verificaciones de avance semestrales, reportes anuales y planes de mejoramiento suscritos.
- Se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal, mediante informes trimestrales emitidos por el área financiera, los cuales son analizados en Comités para toma de decisiones.
- Se realizan ajustes a la planeación de acuerdo a la normatividad actual vigente.
- La entidad cuenta con un modelo de operación por procesos soportado en un Mapa que muestra las diferentes

- interrelaciones y cadenas de valor entre los procesos y que facilita la planeación, ejecución, evaluación y comunicación.
- Se realiza actualización permanente de procedimientos y formatos de registro a los procesos que ameritan.
- Se cuenta con indicadores para efectuar medición a los procesos establecidos en el modelo de operación.
- La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible, que contribuye a la gestión y en donde se tiene en cuenta los niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de los procesos.
- La Institución cuenta con los lineamientos e instrumentos para el proceso de identificación, manejo y control de los riesgos, como son los procedimientos para la elaboración de los registros denominados mapas de riesgos por proceso los cuales se divulgan a través de la intranet.
- Se cuenta con el Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano adoptado a través de la Resolución 150 de 2013, el cual es un importante mecanismo de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y contribuye a la efectividad del control de la gestión pública.
- Se cuenta con un consolidado de normas en la página web y links de acceso y con el Normograma como fase final del MECI, el cual consolida los elementos MECI y los procesos de la Institución.
- El plan de compras se encuentra publicado en la Página web link: Nuestra Gestión /planes de compras.

Dificultades

- Se detecta dificultad frente a la comprensión y aplicación del modelo de operación por procesos, por parte de funcionarios y contratistas de la Institución.
- Algunos Mapas de Riesgo por Proceso se encuentran desactualizados (rigen aún los de la vigencia 2010) y se destaca que a pesar de que han sido verificados no se ha modificado la versión ni se han identificado nuevos factores de riesgo.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

- Las políticas de operación de la entidad están adoptadas y divulgadas en la Página web, en los planes, programas y en las actividades de inducción y re inducción; así mismo los resultados se ven reflejados en la gestión adelantada conforme a los informes que lo soportan y que son presentados a los organismos competentes.
- Los procedimientos aprobados y estandarizados se encuentran a disposición en la intranet y son fuente de consulta para socialización, evaluación y seguimiento; además de los 530 procedimientos existentes a la fecha, se encuentran actualizados 408 que representan el 88%. Se cuenta con 775 entre guías, protocolos y planes de cuidado, de los cuales se encuentran actualizados 709 que representan el 95%.
- La entidad tiene definidos los controles preventivos y correctivos para los procesos o actividades a través de los procedimientos y mapas de riesgos.
- La entidad cuenta con indicadores, que le permiten realizar la evaluación de su gestión, los cuales se miden periódicamente facilitando la toma oportuna de decisiones y son soporte fundamental en la presentación de informes.
- La institución cuenta con mecanismos para recibir por parte de la ciudadanía sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, como son la página web, correos electrónicos y buzones de sugerencias.
- Las sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos recibidos de la ciudadanía han permitido la implementación de acciones de mejoramiento por procesos tanto de manera preventiva como correctiva, las cuales en algunos casos se implementan de manera inmediata y en otros casos se suscribe plan de mejoramiento.
- La entidad cuenta con mecanismos para la administración de la información que se origina y se procesa en su interior, como son los procedimientos y tablas de retención documental y el Archivo está organizado y manejado adecuadamente; así mismo se cuenta con mecanismos de verificación para garantizar la oportunidad de la información mediante auditorías internas y se cuenta con registros del proceso gestión documental.
- Las Tablas de Retención Documental (T.R.D.) han contribuido a la mejora en el desarrollo de los procesos, (Ley 594 de 2000, evidenciando la organización y adecuada distribución de la documentación e información.
- La entidad cuenta con mecanismos para la captura, procesamiento, administración y distribución de la información como: SERVINTE (Administrativos, financieros, contables y de admisión), ORFEO (gestión documental), correo electrónico, página web, digiturno, NOMINA - ADA, principalmente.
- La entidad verifica la oportunidad y veracidad de la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales.
- Se cuenta con herramientas e instrumentos tecnológicos importantes que facilitan las labores en la Institución y la integridad de la información; así mismo la información que se genera, se conserva en debida forma y se tiene disponible

- para la rendición de informes y de cuentas a la ciudadanía.
- La entidad cuenta con una política de comunicaciones, la cual se encuentra definida y publicada en la página web y se cuenta con el plan de comunicaciones para la vigencia 2013.
- Durante el año 2012 se adelantaron evaluaciones semestrales al funcionamiento de los canales de comunicación internos y para el 2013 se adelantan acciones enmarcadas en el plan de mejoramiento.
- Las actividades contempladas en el plan de comunicaciones cubren todas las áreas y permiten el flujo de información en todos los niveles en pro de los objetivos institucionales.
- En la página web del Hospital se publica la información sobre el plan institucional, identificando los programas, proyectos, metas y recursos financieros y humanos presupuestados.
- La Audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía se realizó el 20 de mayo de 2013 y se encuentra publicada en página web, con la participación de 2 sindicatos y una asociación de usuarios; se aplicaron encuestas y se consolidó la información.
- La entidad cuenta con los canales de comunicación internos y externos para socializar la información generada, como Intranet, correos institucionales, boletines, prensa, programas TV, página web, entre otros.
- Se mantiene el procedimiento de percepción de la voz del cliente externo, mediante la aplicación de las encuestas y recepción de felicitaciones quejas y reclamos por diferentes medios. Se da apertura semanal a los buzones de quejas, reclamos y sugerencias instalados en los diferentes servicios de la institución que permiten una comunicación constante del usuario y la empresa con respecto al servicio prestado.

Dificultades:

- El Manual de Procesos y procedimientos OADS-CA-M-01 versión 0 del 2008, se encuentra desactualizado entre otros en los ítems 3 plataforma estratégica (Misión y Visión), 10 marco legal, 11 Diagramas, 15 Relación General y 20 anexos.
- La Subgerencia de Servicios de salud posee 110 procedimientos desactualizados, de los 381 con que cuenta, lo cual representa el 90% de los procesos desactualizados de la ESE.
- Existen falencias en la integración de la historia clínica al sistema de información.
- No se cuenta con copias de seguridad guardadas en un sitio externo al Hospital.
- El Normograma debe estar dispuesto en un lugar de fácil consulta y acceso al personal de la institución y a la ciudadanía.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

- La Oficina de Control interno realiza seguimientos al Sistema de Control interno para determinar su efectividad, mediante auditorías e informes periódicos y coordina con los líderes de los procesos la autoevaluación del control como insumo del Informe Ejecutivo Anual.
- Se han implementado herramientas y metodologías que conllevan al control y autocontrol existentes en los sistemas de modelo estándar de control interno, sistema obligatorio de garantía de calidad, para aplicar: políticas de operación, indicadores, condiciones de habilitación, gestión ambiental, gestión en salud ocupacional, facturación, costos, riesgos, quejas y reclamos.
- Los resultados de las evaluaciones al sistema de control interno son presentados y sustentados a la alta dirección de la entidad y a los procesos respectivos, generando los respectivos planes de mejoramiento. El rol de auditorías de control interno conlleva el ciclo PHVA, lo que permite hacer el ciclo completo.
- Las auditorías de calidad están siendo gestionadas desde el proceso de calidad, bajo los lineamientos del programa de mejoramiento de la calidad PAMEC y del sistema obligatorio de garantía de la calidad que aplica para las entidades que prestan servicios de salud.
- La entidad cuenta con un Programa Anual de Auditoría aprobado y el avance es acorde al programa de la vigencia; las auditorías se desarrollan de acuerdo a procedimiento documentado.
- El plan de mejoramiento por procesos cuenta con acciones que responden a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno de acuerdo a las auditorías que se realizan, los responsables de los procesos realizan seguimiento a las acciones determinadas en los planes de mejoramiento.

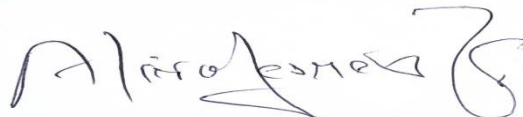
- El plan de mejoramiento institucional contempla las acciones de mejora suscritas con los Entes de Control, a las cuales se les hace seguimiento permanente frente al cumplimiento.
- Los Planes de Mejoramiento Individual de la entidad se encuentran establecidos a través de los registros SAFTH-11.

Dificultades

- En algunas ocasiones se incumplen los términos previstos en los planes de mejoramiento frente al cumplimiento de las acciones de mejora suscritas.

Recomendaciones

- Continuar con la socialización del Código de Ética y Buen Gobierno, especialmente en las reuniones de inducción y re inducción.
- Emitir el acto administrativo para la actualización del Manual de Funciones y competencias laborales, acorde a las prioridades y necesidades de la Institución.
- Dar a conocer la información sobre medición del clima laboral.
- Aplicar estrategias para que sea más efectiva la comprensión y aplicación del modelo de operación por procesos, por parte de funcionarios y contratistas de la Institución.
- Revisar, actualizar y socializar los mapas de riesgos por proceso.
- Propender por la sistematización de historia clínica.
- Se debe efectuar la publicación del Normograma como fase final del MECI en un sitio de fácil acceso a los funcionarios y contratistas de la ESE.
- Es necesario revisar y actualizar procedimientos, especialmente los del área técnica, incluyendo los formatos que se utilizan; así mismo verificar si existen actividades sin documentar.
- Actualizar el Manual de Procesos y procedimientos Manual OADS-CA-M-01 lo más pronto posible, considerando que es la carta de navegación del sistema integrado de calidad en el Hospital (Acreditación, MECI y demás normas de calidad que aplican) y sobre lo cual ya se había efectuado observación desde julio de 2013 para que fuese actualizado.
- Se recomienda tomar acciones para guardar copias de seguridad en un sitio externo al Hospital.
- Es necesario seguir trabajando para mejorar, especialmente en lo que tiene que ver con gobierno en línea.
- Observar el cumplimiento de cada una de las acciones de mejora suscritas con los Entes de Control, especialmente en el marco de la Auditoría realizada por la Contraloría General de Boyacá a la vigencia 2012 y acciones suscritas en el marco de la prevención del daño antijurídico con la Procuraduría General de la Nación.
- Efectuar el seguimiento y evaluación a los Acuerdos de Gestión suscritos, conforme lo establece el Artículo 107 de la Ley 909 de 2004.



Firma