

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS	Período evaluado:
		1 DE MAYO – 31 DE AGOSTO 2016
		Fecha de elaboración: SEPTIEMBRE 2016

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y conforme al Decreto 943 de 2014 expedido por el Departamento Administrativo de Función Pública DAFP, en el que se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta el informe pormenorizado del estado de control interno entre el periodo de mayo a agosto de 2016, acorde a la estructura de dicho modelo:

1. Módulo de Planeación y Gestión: contiene los componentes de:
 - Direccionamiento Estratégico
 - Talento Humano
 - Administración del Riesgo
2. Módulo de Evaluación y Seguimiento: contiene los componentes de:
 - Autoevaluación Institucional
 - Auditoría Interna
 - Planes de Mejoramiento
3. Eje Transversal de Información y Comunicación

Módulo Control de Planeación y Gestión

Componentes y elementos que permiten asegurar razonablemente que durante la planeación y la ejecución se tienen los controles necesarios para su realización

Oportunidades de mejora

- Fortalecer el principio de Autocontrol en el sentido de verificar con mayor oportunidad y periodicidad, las diferencias encontradas por devolución y demás errores presentados en las conciliaciones bancarias, en aras de generar y aplicar las correspondientes acciones correctivas de forma más eficaz y eficiente.
- No se evidencian los adhesivos para el control de las fechas de vencimiento de los productos farmacéuticos en la Bodega de farmacia.
- Se hace necesario realizar las gestiones pertinentes para el debido arreglo a las instalaciones locativas, con el interventor o contratista quien realice la construcción de las bodegas de Farmacia y Almacén.
- Dentro del Sistema Único de Acreditación se tiene contemplado revisar y ajustar el código de ética y buen gobierno corporativo, con base en las Políticas Institucionales que se han definido, para darle cumplimiento a los Estándares de Direccionamiento y Gerencia.
- Las múltiples labores han hecho que la disponibilidad de tiempo de los colaboradores para las actividades relacionadas con el seguimiento y control de los procesos se vea reducida, atrasando el autocontrol del mejoramiento continuo de la institución.
- El manual de funciones y competencias laborales de la institución debe ser revisado y actualizado de acuerdo a las nuevas necesidades de la ESE HUS.
- Apoyados en el Sistema Único de Acreditación se establece la necesidad de revisar y ajustar los objetivos estratégicos de la institución, de acuerdo a las necesidades actuales de la ESE HUS.
- No se cuenta con una política de formalización laboral que garantice los derechos y garantías laborales de las personas que trabajan en la entidad, dentro del marco de sostenibilidad fiscal, que brinde una eficiente y eficaz prestación del servicio de salud.

Avances

- El personal adscrito al área de Farmacia es idóneo y cuenta con las debidas capacitaciones para desempeñar sus labores
- Se evidencia que en el Servicio Farmacéutico se verifican y controlan las condiciones ambientales realizando la lectura dos veces al día, registrando los resultados en el formato control de condiciones ambientales (FC-R-03).
- Se observa que los medicamentos, dispositivos médicos e insumos médicos se almacenan de tal manera que los primeros en vencer son los primeros en salir.
- Realizan inventarios parciales cada 15 días en Farmacia para un mayor control de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos médicos.
- Llevan control de los medicamentos entregados a farmacia de quirófanos mediante una hoja de gastos donde firman quien arma la canasta para cirugía, quien recibe en el servicio y quien cobra.
- Hacen un informe mensual sobre consumo, producción y adquisición de sustancias sometidas a fiscalización, el cual entregan los 10 primeros días del mes.
- Con base en las necesidades de cambio y mejora de la ESE HUS, se realizó la revisión, ajuste, actualización y aprobación del nuevo Mapa de Procesos de la Institución. Anteriormente se contaba con una mapa conformado por 20 procesos, al realizarse el ajuste quedaron 18 procesos y los cambios efectuados fueron:
 - Integración de la gestión de esterilización a la Gestión Quirúrgica,
 - Integración de la gestión de mercadeo y gestión de comunicación, para formar la Gestión de Desarrollo Institucional
 - Definición de la Gestión de Servicios de Apoyo Diagnostico, Gestión de Servicios de Apoyo Terapéutico y Gestión de Investigación y Docencia como procesos transversales en el componente misional, dándole un enfoque primordial al área de Investigación y Docencia y Servicio por ser el énfasis principal de la institución.
 - Para el componente misional se establece el flujo e interacción que existe entre los procesos para prestar el servicio de salud y atención al paciente, iniciando con el ingreso y admisión y finalizando con el egreso y la continuidad.
- Revisión y adopción bajo metodología basada en la evidencia (AGREE) de guías de práctica clínica, según perfil epidemiológico de la ESE HUS. Inicialmente se definieron 20 patologías las cuales se distribuyeron por servicios y se conformaron los grupos de trabajo que se capacitaron en la metodología de adopción y adaptación de guías y posteriormente se diseñó el plan de trabajo, que actualmente se encuentra en ejecución.
- Actual revisión y ajuste de la codificación de los documentos, procedimientos, instructivos y formatos requeridos y manejados en los diferentes procesos,
- Se documentaron los procedimientos para la formulación de Direccionamiento Estratégico, Plan de Desarrollo, Plan Operativo Anual, coherentes con los estándares de Direccionamiento y Gerencia definidos en el Sistema Único de Acreditación y los planes, programas y proyectos del Modelo Estándar de Control Interno.
- Actualmente se socializa a los Grupos Primarios (Principales y Secundarios) la Misión, Visión, Valores, Principios, Políticas, Ejes y Objetivos referentes al Direccionamiento Estratégico y Plan de Desarrollo de la Institución y aprobados en la Resolución 721 del 2013; con el fin de garantizar su comprensión y dar cumplimiento a los estándares de Direccionamiento y Gerencia y a los acuerdos, compromisos y protocolos éticos y a los planes, programas y proyectos del Modelo Estándar de Control Interno.
- La Administración del Riesgo en la ESE HUS se encuentra en un nivel avanzado identificando que el Hospital:
 - Mantiene actualizada la Política de Administración del Riesgo, de acuerdo a los cambios del entorno e institucionales.

- Se cuenta con mapa de riesgos por proceso, el cual es revisado, actualizado y divulgado continuamente
- Se garantizan que los mecanismos de control y seguimiento permiten una adecuada administración del riesgo
- Se cuenta con el mapa de riesgos institucional como una herramienta efectiva de seguimiento a aquellos riesgos identificados como críticos para el normal desarrollo de las operaciones de la Entidad, incluyendo los asociados a posibles actos de corrupción.
- Se garantiza el conocimiento por parte de los servidores de todos los mecanismos relacionados con la Gestión del Riesgo

Módulo Evaluación y Seguimiento

Considera aspectos que permiten valorar la efectividad del control interno, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, y los resultados de la gestión.

Oportunidades de mejora

- Se recomienda incrementar los controles a las obras y brindar al máximo la seguridad tanto de clientes internos como de externos.
- Es necesario definir actividades de sensibilización por parte de los líderes de los procesos al personal, sobre la cultura de autocontrol.
- El cronograma de auditorías a los procesos no se ha cumplido a cabalidad, ya que su planeación fue elaborada para ser abordada por un grupo de trabajo de cinco personas y actualmente se dispone de una sola en el área de procesos. Por tanto debe reestructurarse el programa de auditorías a los procesos, para garantizar la evaluación y seguimiento de los mismos.
- La asistencia en las reuniones de los Grupos Estándar de Acreditación es variable, lo que genera un atraso en el avance y seguimiento de los planes de mejoramiento propuestos.
- Fortalecer el cargue de información, análisis de resultados obtenidos asociada a los indicadores de procesos
- Evaluar la eficacia del Plan de Mejoramiento por Procesos y determinar si se superaron las fallas en el desarrollo de los procesos.
- Se sugiere que se analice el indicador haciendo referencia a la comparación del resultado del indicador y la meta establecida en la ficha técnica y para los casos en los que no se alcanza a cumplir la meta establecida se debe describir la acción correctiva con la que se dará tratamiento al mismo. En todos los casos se dará tratamiento de acción correctiva al indicador que no cumpla las metas, a menos que el resultado no haya sido cumplido por causas externas no controladas por el proceso, las cuales deben ser descritas y evidenciadas en el informe.

Avances

- De acuerdo a los soportes de formalidad presentados en la auditoria de Retención en la Fuente, se observa cumplimiento por parte de la ESE Hospital Universitario de Santander en lo relacionado a la presentación y pagos de las obligaciones tributarias en los plazos estipulados según Resolución 1327 de Octubre 06 de 2014 de Secretaría de Hacienda; y Resolución 00263 de la DIAN
- Se evidencia la definición, revisión y ajuste de los Planes de Mejoramiento, enfocados en cubrir a cabalidad los servicios asistenciales y administrativos de la institución, apoyar el proceso de autoevaluación y dar cumplimiento a los estándares del Sistema Único de Acreditación mencionados a continuación:
 - Direccionamiento y Gerencia
 - Gerencia de Talento Humano
 - Gerencia de la Información

- Gestión de la Tecnología
- Gerencia del Ambiente Físico
- Proceso de Atención al Cliente Asistencial PACAS
- Mejoramiento Continuo
- Rehabilitación}
- Se definieron seguimientos a los Planes de Mejoramiento en los meses de Octubre de 2016, Diciembre 2016, Febrero 2017 y Abril 2017, de manera que se evidencien los avances realizados a la fecha y se garantice que a Abril 2017, se culminaron o están en un porcentaje de cumplimiento significativo las acciones dispuestas en los planes.
- Se realizó seguimiento de los Planes de Acción definidos por los líderes de los procesos, en el que se evidencia el porcentaje de cumplimiento de las actividades propuestas y las acciones de mejora que se requieren.
- Se revisó y ajustó el modelo de mejoramiento continuo, con base en los estándares de mejoramiento, definidos en el Sistema Único de Acreditación.

Eje transversal: Información y comunicación

Vincula a la Entidad con su entorno, facilita la ejecución de sus operaciones internas y la participación directa del usuario.

Oportunidades de mejora

- Se recomienda a las Subgerencias Científicas darle trámite oportuno a las quejas presentadas por los usuarios en los diferentes servicios del HUS ante la Oficina de Servicio y Atención al Usuario. Pues lo anterior afecta el derecho que tiene el usuario a obtener información o respuesta a sus necesidades e inquietudes
- Se presenta poca utilización de los medios institucionales designados para la comunicación y transmisión de la información, principalmente de la Intranet, dificultando de esta forma la efectividad y rapidez de respuesta a las necesidades presentadas.
- Se debe revisar y ajustar los mecanismos de despliegue y socialización de la información institucional, con el objetivo de garantizar la divulgación a todo el personal de la ESE HUS.
- Dentro del plan de mejoramiento de Gerencia de la Información se tiene contemplado definir instrumentos de identificación y gestión de la comunicación, así como indicadores que permiten medir la efectividad de la misma.
- Es necesario establecer en la planeación estratégica una ruta de trabajo y desarrollo de las actividades de gestión documental
- Se requiere mantener actualizada en la página web toda la información correspondiente a los tramites que se pueden agotar en la entidad, incluyendo la normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos (En concordancia con la Ley 962 de 2005, el Decreto Ley 019 de 2012, los lineamientos de Gobierno en Línea, entre otros)
- Realizar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la información.
- Fortalecer la rendición de cuentas donde se contemple acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), dialogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos)
- Establecer un mecanismo de evaluación a cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas (información, dialogo e incentivos)
- Establecer estrategias para tener inventariada la documentación en el Formato único de inventario documental FUID tanto de los archivos de gestión como Central.

Avances

- Se estableció el instrumento para la gestión de la información, a través de un formato que refleja la identificación, el almacenamiento, procesamiento, trasmisión y mejoramiento de la información requerida en los procesos de la institución y da cumplimiento a los estándares de Gerencia de la Información, definidos en el Sistema Único de Acreditación.
- Se está desarrollando un proceso de revisión, ajuste, modernización e implementación de los medios de comunicación actuales; iniciando por la identificación, acceso y uso de las carteleras, la actualización de los fondos de pantalla en los equipos cómputo y el diseño y divulgación de los boletines institucionales.
- Se documentó el Manual de Imagen Institucional y se sometido a revisión por parte del grupo de Gerencia de la Información, en donde se propusieron ajustes y mejoras que se están realizando por parte del Comunicador Social.
- Se administra la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas.
- Se cuenta con Tablas de Retención Documental actualizadas
- Se tiene establecido y funcionando el área de atención al ciudadano bajos los parámetros básicos que determina la normatividad.
- Se presenta información de interés basada en los estados, informes y reportes contables requeridos por la normatividad vigente.
- Se cuenta con estrategia de comunicación interna y externa que incluye política, plan y canales de comunicación
- Se realiza la apertura a los buzones de sugerencias una vez a la semana y se elabora la respectiva acta de acuerdo al formato GMC-CU-FO-08 Acta de Inicio Escrutinio Buzón de Quejas, Sugerencias y Comentarios.
- Se cuenta con dos puntos de atención al ciudadano los cuales están ubicados en Consulta Externa y en el segundo piso del HUS y su horario de atención es de 6:00 a.m. a 5:00 p.m.
- El personal de Servicio de Información y Atención al Usuario es capacitado en lenguaje de señas para así ser incluyente y poder dar a conocer los derechos y deberes de los usuarios además de dar la respectiva información a personas con discapacidad auditiva y de lenguaje.
- En cuanto a lo establecido en la Estrategia de Gobierno en línea en la página web institucional: Se cuenta con un link que permite a los usuarios realizar PQR en línea diligenciando un formulario que permite identificar la clase de solicitud. Estas son monitoreadas y gestionadas por el SIAU. Existe la sección Atención al Ciudadano donde se informa a la comunidad hospitalaria los puntos de atención, horarios, ubicación de sedes, directorio, deberes y derechos, trámites para la solicitud de citas médicas, pagos de servicios, normas generales para visitantes, seguridad del usuario y preguntas frecuentes.
- En los registros de la Página Web de la ESE HUS, se observa la amplia dinámica de comunicaciones mediante la actualización diaria de información de la gestión institucional a sus usuarios y en general a la ciudadanía, lo cual a su vez constituye una estrategia de permanente rendición de cuentas, por medio de los variados recursos con que cuenta la Web institucional, entre otros: noticias, boletines informativos, informes de gestión y de evaluaciones y seguimientos, espacios de interacción y participación ciudadana como Facebook.
- En cumplimiento a lo establecido por Gobierno en Línea se publicó la ejecución del presupuesto en ejercicio que corresponde al segundo trimestre.
- La E.S.E. HUS, haciendo uso de su página web www.hus.gov.co, ha publicado la información relacionada con su planeación para que las partes interesadas y sus colaboradores la conozcan.
- La Institución publica en su página web los informes remitidos a la Contraloría sobre el Plan de Mejoramiento vigente de la Entidad de acuerdo con la periodicidad establecida por este organismo de control.

Estado general del Sistema de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a normas de Control Interno, realiza evaluación permanente a los Procesos Institucionales de la Entidad con el objetivo de verificar la adopción de las medidas necesarias que garanticen óptimos niveles de eficiencia y eficacia en todos los elementos del Sistema y contribuir en la toma de decisiones efectivas para el desarrollo de la Organización.

Se ha verificado que cada uno de los componentes de la estructura del Sistema de Control Interno exista, cumpliendo estándares generales, siendo interiorizados, implementados y aplicados efectivamente en la Institución. Se avanza hacia el mejoramiento continuo con estándares de Calidad según el Sistema Único de Acreditación (SUA).

La Oficina Asesora de Control Interno dictamina que se ha evaluado el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en sus diferentes Subsistemas, Componentes y Elementos, encontrando que el nivel de implementación del MECI continúa manteniéndose en un nivel **ADECUADO**.

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: Sandra Milena Mendoza Amado

Profesional de apoyo Control Interno

OPS