



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E.
VALLE DEL CAUCA
Nit: 891900441-1



**CONTROL INTERNO
INFORME A ENTES DE CONTROL**

CÓDIGO: P-GDG 01 VERSIÓN: 2 FECHA: 01/02/2014 TRD: 22-04.03 PÁGINA: 1 de 3

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

ADRIANA CORDOBA HENAO
Jefe de Control Interno
O quien haga sus veces

Periodo evaluado: De Noviembre 2013 a Febrero de 2014

Fecha de elaboración: Marzo 5 de 2014

INTRODUCCION

La Ley 1474 de 2011, Artículo 9 Literal 3, establece a la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada (4) meses en la pagina web de la entidad, un Informe Pormenorizado del estado de Control Interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. Este informe se hace con resultados del seguimiento y verificación realizados por la Oficina de Control Interno a los parámetros del MECI 1000:2005, al cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009 desde el punto de vista de la Oficina de Control Interno y los resultados de las Auditorias Externas realizadas por las diferentes entes de Control Gubernamentales y Contratistas.

Subsistema de Control Estratégico

Al Control Estratégico tiene que realizar desde sus tres componentes Ambiente de Control definir y mantener actualizados sus Acuerdo , Compromisos o Protocolos Éticos es aquí donde la Alta Gerencia tiene su Plan Estratégico en los Procesos Misionales como son la prestación de Servicios de Salud a toda la comunidad en general con énfasis mejoramiento continuo y optima calidad así da mayor viabilidad al cumplimiento de metas y logros planeados en tiempos establecidos para lograr una sostenibilidad Financiera.

La parte del Desarrollo del Talento Humano esta encargada de manejar los perfiles establecidos para cada cargo dentro del Direccionamiento Estratégico se puntualizan los Planes , Programas y Proyectos.

Se da cumplimiento a los requerimientos dados por el Régimen de Contabilidad Publica donde se han ido depurando la información desactualizada sin orden dejándose ya organizada con sus soportes de cada proceso institucional la trazabilidad entre ellas ya es concordante, permitiéndose así una mayor veracidad de los informes diligenciados.

Dificultades y/o Avances

AVANCES:

Se encuentra una Oficina de Calidad recibiendo de la vigencia anterior actualizaciones de importancia para el debido funcionamiento de esta parte ,como fue la Caracterización por Procesos y se evidencio que en su momento fue socializada con el personal entregándose en medio magnético a los correos de los funcionarios.

Se puede ver la aplicación de la Inducción a todo el personal que ingrese a la entidad sin importar su tipo de vinculación, y tiene como verse en las hojas de vida de los contratados vigencia 2014. (solo esta aplicándose al personal de planta).

Se tiene un Mapa de Riesgos institucional documentado e implementado , pero el desconocimiento por parte del personal ,la no medición y seguimiento lo hace poco efectivo , se propone este resto de año lograr desarrollar acciones que nos genere un mayor compromiso y participación desde el Nivel Directivo para plantear ,los existentes y actualización de la información con los nuevos existentes levantándose así las acciones a tomar para minimizar su ocurrencia.

El Equipo MECI esta conformado , implementado y socializado en la institución, pero no esta operando como tal, cayendo en su sostenimiento del modelo ,y a su vez queda obsoleto por lo anterior se debe reactivar y fortalecer su funcionalidad con todo el personal.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1				
	CONTROL INTERNO INFORME A ENTES DE CONTROL				
	CÓDIGO: P-GDG 01	VERSIÓN: 2	FECHA: 01/02/2014	TRD: 22-04.03	

La Evaluación del Desempeño de Funcionarios de Carrera , no dejan permite aplicar el Plan de Mejoramiento Individual con el personal calificado, no se tiene información, es así como esta interacción permite garantizar un efectivo control social ,medir nuestro impacto frente a la satisfacción de sus necesidades y nuestros servicios ofertados.

Subsistema de Control de Gestión

AVANCES:

Se llevo a cabo la Rendición de Cuentas a la Comunidad , generándose una comunicación directa entre la Alta Gerencia y los grupos representantes de las diferentes EPS del municipio, y ciudadanía en general.

Donde se pudo resolver inquietudes y darles a conocer lo ejecutado durante la vigencia anterior , de esta forma se logra retroalimentarse de ambas partes y cumplir con la razón de ser de la rendición de cuentas.

Se da avance a la Atención al Usuario por medio de la Oficina del SIAU , ubicado en sitio estratégico de fácil acceso a todas las personas al ingresar a las instalaciones del hospital , allí se despejan dudas , se orienta en general a toda la comunidad para acceder a los servicios , se tiene la Ventanilla de Atención Preferencial , y se implemento la cultura con todo el personal humano de la responsabilidad de captar a nuestros usuarios , no dejarlos de atender es así como se genera un equipo que se mantiene actualizado y en constante interacción con la comunidad en general.

Esta es la figura de mitigar las barreras de atención de nuestros usuarios.

Adicionalmente se dispone de una pagina web institucional donde se informa a la comunidad de nuestro portafolio de servicios , pasos a seguir para los diferentes servicios permanece actualizada, además se cuenta con cuentas en Facebook institucional.

Se debe empezar a implementar una cultura de Autocontrol con todo el personal ,tanto de planta como contratados por Agremiación Sindical, levantar un cronograma de capacitaciones con la Oficina de Calidad ,por medio de correos electrónicos mediante mensajes de autocontrol, sobre de cómo se deben utilizar las herramientas personales en potenciar las propias fortalezas de actividades de control desde cada uno de sus puestos se pretende desde el interior de cada uno tome acciones de mejora

DIFICULTADES:

En lo referente a las Tablas de Retención Documental de acuerdo a lo establecido con los lineamientos del Archivo General de la Nación , estan implementadas dentro del Sistema de Gestión Documental como tal, pero en proceso de actualización , no sin antes aclarar que estan socializadas u se utilizan en las diferentes áreas del hospital.

La Comunicación interna deja evidenciar una debilidad en su manejo , se entrega a las dependencias inoportunamente ,incluso no se esta filtrando como debe ser se direccionada, al igual que varias dependencias envían la misma información a otra área.

Subsistema de Control de Evaluación

AVANCES:

El Comité de Control Interno se encuentra fusionado con el Comité de Calidad , donde se programa las Auditorias Internas a los diferentes procesos institucionales con el fin desde la visualización de cada uno generar los planes de mejoramiento y toma de acciones sean correctivas, de mejora o simplemente preventivas , tomándose temas en cada reunión que nos lleven a fortalecer el monitoreo , verificación u seguimiento a los asuntos estratégicos de la entidad.

Se tiene un Plan de Auditorias para ejecutar durante la vigencia actual , con seguimientos periódicos que nos de el avance de ejecución de dichos planes.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1				
	CONTROL INTERNO INFORME A ENTES DE CONTROL				
	CÓDIGO: P-GDG 01	VERSIÓN: 2	FECHA: 01/02/2014	TRD: 22-04.03	

DIFICULTADES:

Se tiene mucha apatía al manejo de riesgos y ejecución de Planes de Ejecución por algunos funcionarios la falta de compromiso para realizarlos de forma oportuna da en general un cumplimiento satisfactorio pero no se llega en su totalidad al esperado.

Por lo anterior se cuentan en algunas áreas institucionales hallazgos que perduran en el tiempo por factores no siempre internos del personal , pues muchos son de factor económico donde son imposibles de ejecutar los planes de acción y cerrarlos.

Estado General del Sistema de Control Interno

El sistema de Control Interno viene reeducando a todos los funcionarios con acciones relacionados al Autocontrol , y acompañamiento a los levantamientos y seguimiento de avances a los Planes de Mejoramiento producto no solo de las Auditorias Internas , si no a las ejecutadas por entes externos como son las diferentes EPS con las cuales tenemos contratación vigente.

No se ha logrado fortalecer el Componente de Administración del Riesgo, se ve la poca aceptación de los funcionarios a los cambios de ley que se quieran aplicar a sus áreas de trabajo, el manejo de medición de indicadores y en general a todo lo que implique ejercer control, generándose debilidades al Sistema de Control Interno como tal, en lo que tiene que ver directamente con el desempeño de la funcionaria responsable de esta oficina, y del institucional

Recomendaciones

Se debe fortalecer los Planes de Mejoramiento institucionales, con el apoyo y compromiso del grupo humano de la institución ,todo debe ser articulado entre las diferentes dependencias solo logrando un buen manejo de la información ,una implementación de medición de indicadores no solo se podrán levantar las acciones de mejora sino ejecutarlas de forma oportuna que logren minimizar las falencias halladas durante los seguimientos y auditorias a cada una de las dependencias institucionales, garantizándose su cumplimiento se pueden ver los niveles de eficiencia y eficacia.

Actualización de las Tablas de Retención Documental , que garantice su operatividad ,impulsar la Política de Cero Papel dada por el Gobierno Nacional , implementada por la entidad que de pautas a la Austeridad de Gasto del hospital, continuar fortaleciendo el Archivo Central desde cada área y sus funcionarios.

Continuar con el Fortalecimiento del Autocontrol de todos los funcionarios del hospital y Autoevaluación solo así se lograra adoptar de forma eficaz y eficiente los correctivos necesarios que surjan frente a las debilidades identificadas y se disminuya su ocurrencia