

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO, VALLE.

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

Dora Milena Rivera
López
Asesor Control Interno

Período evaluado: 1 de enero a octubre 30 2011

Fecha de elaboración: Noviembre 10 de 2011

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

- Las políticas de Talento Humano están desactualizadas con respecto a las modificaciones normativas y no son socializadas ni adoptadas en su totalidad.
- No se verifica la interiorización de las políticas de Talento Humano.
- Se evidencia incumplimiento de las funciones y resultados propios del proceso de Talento Humano.
- Los procedimientos de Talento Humano están desactualizados y hacen falta otros.
- No se evidencia diagnóstico estratégico realizado por la alta gerencia para la gestión de la entidad.
- Deficiencias en el Modelo de Operación por procesos que garantice una gestión efectiva, los procedimientos están desactualizados y en algunos procesos falta su documentación.
- La estructura organizacional no es flexible y efectiva en su totalidad, se evidencian procesos con deficiencia y ausencia de líder responsable.
- Durante esta vigencia no hay formalizado un Plan Estratégico con programas y planes que facilite desplegar la planeación Operativa de las diferentes Unidades Funcionales de la entidad.
- En este periodo la gran mayoría de los líderes no cumplió oportunamente con la nueva herramienta de planeación operativa institucional (PIN) por lo tanto fue difícil hacer seguimiento a las actividades desarrolladas en cada proceso.
- Incumplimiento del seguimiento de indicadores de gestión por parte de la mayoría de los líderes de procesos, en la entidad se tiene adoptado Informe de Autoevaluación de la Gestión.
- Hay deficiencias en los niveles de autoridad y responsabilidad en algunos procesos lo que dificulta la operación de otros procesos con los que se relaciona en su operación, de esto no hay evidencias en las evaluaciones del desempeño laboral.
- La mayoría de los Mapas de Riesgo de los diferentes procesos de la entidad se encuentran desactualizados.
- Desactualización de análisis de los aspectos externos que impliquen exposición al riesgo. DOFA
- En la mayoría de los procesos se incumple con las medidas de respuesta ante los riesgos identificados.

- Incumplimiento de las políticas de administración del Riesgo en la mayoría de los procesos.
- Ausencia de la documentación y socialización sobre una evaluación técnica para identificar necesidades y expectativas de las comunidades, partes interesadas y servidores públicos en la entidad.

Avances

- Se realizó una inducción al personal nuevo que ingreso en el periodo y algunos funcionarios que ya venían trabajando en la entidad, no se hizo distinción en inducción y reinducción.
- Se desarrollaron actividades para evaluar la interiorización del Código de Ética para reforzar la interiorización del Código, se elabora y entrega boletín Calidoso en donde se refuerza la conceptualización del Código de Ética y Código de Buen Gobierno.
- Mediante la Resolución 284 de 2008 se tiene adoptado la elaboración y elementos del Plan Estratégico en la entidad.
- Las Políticas de Talento Humano se encuentran definidas y documentadas en la caracterización del proceso.
- Se realizan algunas evaluaciones de desempeño al personal de Carrera Administrativa.
- Se evidencia operación del Comité de Control Interno mediante la documentación de dos actas en los meses de febrero y abril.
- Se evidencia Plan de Mejoramiento y seguimiento del Comité de Control Interno ante las falencias del Sistema de Control Interno durante la vigencia anterior.
- La Asesora de Control Interno da orientación y asesoría para la actualización de los Mapas de Riesgos de cada proceso, se logra actualizar 4 mapas de riesgos.
- Se logran avances en la caracterización del estilo de Dirección favorable al control y la transparencia de la Gestión Pública.
- Se tiene adoptada herramienta de planeación para cada proceso el cual se conoce como PIN Planeación Integrada contiene elementos básicos del Plan Operativo Anual, Indicadores de gestión, Plan de Mejoramiento.
- Se cuenta con Mapa de Procesos formalizado, socializado y publicado en la entidad.
- Se cuenta con Políticas de Operación por Proceso y la respectiva caracterización de cada uno de los procesos y subprocesos de la entidad.
- La entidad tiene adoptada plantilla para caracterizar los procesos y otra para la documentación de los procedimientos de la entidad.
- Mediante la Resolución 282 de 2008 se tiene formalizado y socializado las políticas, procedimientos y herramientas para la Administración del Riesgo en la entidad.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

- Se realiza verificación de Manual de Procedimientos y se encuentra que la totalidad de los procedimientos están desactualizados y no están impresos en los servicios en los que no se cuenta con acceso inmediato al sistema, solo un subproceso misional cumple con este requerimiento (Odontología).
- El Manual de Funciones y Competencias se encuentra desactualizado y algunos cargos que funcionan en la entidad no se han incluido.
- La mayoría de los funcionarios no han interiorizado los procedimientos y varias actividades no se realizan de acuerdo al procedimiento documentado.
- No hay socialización y en otros casos no hay interiorización de las políticas de operación del proceso donde se desempeña, en muchos casos no conocen las políticas de su proceso.
- Ausencia de implementación de ventanilla única para el registro de toda la información que se maneja en la entidad por lo que se incumple el registro periódico de la totalidad de la información que sale.
- Deficiencia de recursos para la adopción del Programa de Gestión Documental. Incumplimiento de estándares de infraestructura del archivo Central.
- Deficiencias en el cumplimiento de las normas de Gestión Documental por algunos productores documentales. El Manual de Gestión Documental sigue pendiente de la aprobación de la Gerencia.
- Deficiencias con la adopción del Plan de Información y Medio de Comunicación de la entidad.
- Falta de codificación de las Tablas de Retención Documental.
- Durante esta vigencia no se ha realizado la Rendición de Cuentas ante la ciudadanía y partes interesadas del año inmediatamente anterior.
- Se tiene pendiente la suscripción de Plan de Mejoramiento con la Contraloría de Auditoría Regular a la entidad ejecutada en el mes de julio de la presente vigencia.
- Deficiencias en la unificación de la información financiera sistematizada por falta de integración en los módulos que contienen los subprocesos financieros.
- Deficiencias en la proyección de sistematización para mejorar los procesos institucionales, no se conoce documentación al respecto a pesar de solicitarse a través de las evaluaciones al subproceso de sistemas, se han observado algunos avances en el área financiera. Deficiencias en el desarrollo de la página Web de la entidad. Deficiencias en la implementación del programa sistematizado de Historias Clínicas el cual se compró desde hace un año.
- Deficiencias en la comunicación organizacional y de la información secundaria en la entidad.
- Ausencia de la implementación del Control Interno Contable en el proceso de Gestión Financiera.

Avances

- La Gerencia emite Circular donde indica la forma de acceder a la normatividad en la entidad y exige la impresión del Manual de Procedimientos en cada proceso para facilitar el acceso por parte de todos.
- Mediante la Resolución 283 de 2008 se tiene adoptado la segunda versión del Mapa de Procesos de la entidad y su estructura.
- Mediante la Resolución 233 de 2007 se tiene adoptado el Modelo de Operación por Procesos y Manuales de Procesos y procedimientos.
- En los FEP Formatos Estándar del Proceso se tiene definida la caracterización de los procesos y subprocesos institucionales. Allí se encuentran documentadas las políticas de Operación, se tienen identificadas las fuentes de información de cada proceso, se encuentran definidos los indicadores de Gestión
- En los Mapas de Riesgo y en elemento del FEP se encuentran descritos los controles de cada subproceso o proceso de la entidad.
- En las plantillas de los POE Procedimiento Operativo Estándar se tienen definidos la documentación de los procedimientos de la entidad por cada proceso o subproceso.
- Se cuenta con Oficina del SIAU con su respectivo plan de trabajo y evaluación constante de la satisfacción de los Usuarios además de la gestión de las respuestas de quejas y reclamos.
- Está documentada en el Código de Buen Gobierno la política de comunicación y Manejo Ambiental.
- El Archivo Central de la Entidad se encuentra en organización superando un 70% de avance.
- Todos los líderes de la entidad están capacitados para realizar monitoreo a la operación de sus procesos o subprocesos.
- Mediante la Resolución 284 de 2008 se adoptó Plan Comunicaciones y Plan de Medios en la entidad el cual debe ser actualizada anualmente por los líderes del Proceso de Información y Comunicación.
- Comité de Información y Comunicación activo y operando, se han realizado 7 reuniones en la vigencia
- Contamos con Tablas de Retención Documental aprobadas y socializadas en los procesos de la entidad.
- La entidad cuenta con página web y dominio de la página.
- Se cuenta con canales de comunicación con los usuarios internos y externos.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

- La mayoría de líderes de procesos en este periodo no realizaron oportunamente la herramienta de planeación PIN actualizada para este periodo ni su respectivo seguimiento.
- La mayoría de los líderes incumplieron en este periodo con el Informe de autoevaluación de la Gestión.
- La mayoría de los funcionarios no han interiorizado los Indicadores de Gestión de su proceso.
- No se evalúa la totalidad del personal vinculado a la entidad.
- No se elaboran planes de mejoramiento individual, vale la pena destacar que este es el único elemento del MECI que no se ha documentado en la entidad.
- De un total de 312 recomendaciones hechas por la Oficina de Control Interno, 45 se han adoptado en su totalidad a la fecha.
- No se toman correctivos por parte de ninguna estancia en la entidad para exigir el cumplimiento de los elementos del MECI.
- En la actualidad en la entidad no se han adoptado totalmente los 28 elementos del MECI documentados y socializados.
- Inconstancia de seguimiento y evaluación al Modelo Estándar de Control Interno por parte del Equipo Directivo.
- Ausencia de programa de estímulos y sanciones para los resultados obtenidos.
- Incremento de funciones a los líderes de los procesos con nuevos proyectos que descuidan el Modelo.

Avances

- En la actualidad en la entidad se encuentran documentados y socializados 28 elementos del MECI.
- Mediante Resolución 284 de 2008 se adoptó la elaboración del Informe de Autoevaluación de la Gestión por parte de cada líder de cada subproceso o proceso en la cual presentan las evaluaciones periódicas de los indicadores de gestión.
- Mediante Resolución 284 de 2008 se adoptó la elaboración del Informe de Autoevaluación del Control por parte de cada líder de cada subproceso o proceso en la cual presentan la evaluación anual del cumplimiento de los controles en su dependencia por parte de todos los funcionarios. Esta evaluación se aplicará en diciembre.
- Mediante Resolución 284 de 2008 se adoptó la elaboración del Plan de Mejoramiento por cada Proceso o Subprocesos por parte de cada líder en la cual presentan las acciones proyectadas ante los hallazgos de las evaluaciones de la Oficina de Control Interno, de las Autoevaluaciones realizadas y de las demás

evaluaciones que reciba su proceso. Este elemento hace parte integral del PIN Planeación Integrada y debe ser ajustada cada que se requiera. Se debe elaborar Plan de Mejoramiento Institucional el cual en esta vigencia no se ha documentado. El formato del Plan de Mejoramiento es el que suministra la DAFP.

- En cumplimiento de las obligaciones de la Oficina de Control Interno anualmente se realiza el Informe Ejecutivo Anual que se presenta a todos los entes de control que lo soliciten. En el Informe del año 2010 la Oficina de Control Interno realiza 7 recomendaciones. Las cuales se encuentran en el Plan de mejoramiento del Comité de Control Interno
- En cumplimiento del Artículo 39 de la Ley 909 la Oficina de Control Interno realiza anualmente la evaluación de Gestión de cada Proceso y evidencia con el Informe respectivo. En el año 2010 la Oficina de Control Interno realiza 16 Informes en los cuales se hacen 179 recomendaciones. De las cuales 41 fueron adoptadas, 15 están en Planes de Mejoramiento y 110 no están en Planes de Mejoramiento.
- En cumplimiento del PIN del proceso de Evaluación (Control Interno) en el PIN del año 2011 se tenía proyectada evaluación Semestral con el seguimiento al PIN la cual se hizo en el mes de julio arrojando cumplimiento de tan solo 5 subprocesos Misionales de 16 en total, de los procesos de Apoyo solo gestión documental y apoyo logístico presentan el PIN los demás procesos no lo presentan razón por lo cual no se pueden evaluar. A la fecha aún algunos procesos no lo han realizado en su totalidad el PIN.
- Hasta el mes de octubre en cumplimiento de las funciones de seguimiento y evaluación realizadas por la Oficina de Control Interno fuera de los anteriores Informes, se han entregado 11 Informes con 133 recomendaciones sin repetir de las cuales se han adoptado 4 recomendaciones, 5 están en proceso, 52 están pendientes de respuesta y 65 no se han incluido en planes de Mejoramiento.
- Se tiene adoptado la aplicación de la evaluación de desempeño laboral en la metodología emitida por la DAFP para el personal de carrera administrativa.
- Se cuenta con procedimientos de la gestión de la Oficina de Control Interno.

Estado general del Sistema de Control Interno

En esta vigencia el avance en la adopción total de los elementos del MECI por parte de todos los funcionarios es muy poca, se evidencia la documentación de 28 elementos del Modelo Estándar de Control Interno pero no están totalmente adoptados. Se conserva la cultura de trabajo en equipo y en el mejoramiento continuo. Se están presentando deficiencias en el seguimiento y sostenimiento de cada uno de los elementos por parte de algunos líderes de los procesos. Lamentablemente el esfuerzo realizado de los años anteriores se está debilitando por la falta de constancia de la mayoría de los funcionarios y la falta de la persistencia del Líder del Proceso y del Equipo Directivo.

Recomendaciones

1. Actualizar la Plataforma Estratégica de la entidad teniendo en cuenta los cambios normativos vigentes y las proyecciones institucionales. Incluir actualización DOFA.
2. Actualizar el Plan Estratégico de la entidad teniendo en cuenta los elementos descritos en la Resolución de su adopción.
3. Realizar evaluación técnica para identificar necesidades y expectativas de las comunidades, partes interesadas y servidores públicos de la entidad.
4. Adoptar programa de estímulos y sanciones para premiar y sancionar los resultados de los procesos y subprocesos de la entidad.
5. Exigir el cumplimiento de las herramientas de Planeación adoptadas en la entidad por todos los líderes de procesos de manera oportuna y efectiva.
6. Exigir el cumplimiento del Informe de Autoevaluación de la Gestión por parte de los líderes de todos los subprocesos y procesos. Adoptar tablero de seguimiento de indicadores de gestión.
7. Reestructurar, documentar y modernizar el proceso de Talento Humano para que de cumplimiento a las funciones inherentes a esta dependencia.
8. Evaluar la competencia de los líderes de cada subproceso y proceso para tomar correctivos que redunden en el mejoramiento de la gestión del servicio ofrecido a los usuarios.
9. Adoptar estrategia que garantice el seguimiento a la gestión de todos los servidores públicos vinculados con la entidad.
10. Documentar y adoptar el Plan de Mejoramiento Individual.
11. Documentar la proyección de sistematización tecnológica para mejorar los procesos institucionales incluyendo los proyectos en curso, tales como integración financiera, implementación de Historia Clínica, sistematización de Recursos Físicos entre otros.
12. Actualizar y publicar el Manual de Procesos y Procedimientos en esta vigencia.
13. Actualizar el Plan de Información y Medios de Comunicación adoptados en la entidad con el equipo de personas competente, proyectando acciones que mejoren los canales de comunicación y la comunicación organizacional.
14. Suministrar los recursos necesarios para la implementación y adopción del Programa de Gestión

Documental.

15. Actualizar y documentar las políticas y procedimientos para la administración del riesgo en la entidad.
16. Realizar la rendición de cuentas ante la ciudadanía en la presente vigencia del año anterior.
17. Organizar equipo para el seguimiento del Plan de Mejoramiento Institucional.
18. Realizar con mayor periodicidad reuniones del Comité de Control Interno y evidenciar el seguimiento de la Alta Dirección al MECI.
19. Exigir inclusión a los Planes de Mejoramiento las recomendaciones previo análisis de los Informes de la Oficina de Control Interno.
20. Exigir y verificar las actas de las reuniones de Comités Operativos que debe realizar la totalidad de los líderes con personal a cargo, dar respuesta a los asuntos competentes.

Firma