

# HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO . LEY 1474 DE 2011

ASESOR DE CONTROL INTERNO	RODRIGO JIMENEZ GUZMAN	PERIODO EVALUADO : Julio - Octubre de 2013
		FECHA DE ELABORACION: 5 de Noviembre de 2013

### SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

#### Introducción:

- La oficina de Control Interno presenta el informe pormenorizado del periodo comprendido entre los meses de Julio - Octubre de 2013, en cumplimiento a la ley 1474 de 2011 artículo 9 párrafo 3,teniéndose en cuenta la implementación del MECI
- Al igual que el anterior informe este informe está sustentado en las auditorias integrales realizadas en el segundo semestre para los procesos de gestión en los cuales se verificó el grado de cumplimiento e implementación del modelo MECI y del Sistema de Gestión de Calidad.
- Las auditorias programadas a los Procesos para el segundo semestre fueron: Gestion de Presupuesto, Gestion Contable, Gestion de Facturación y Cartera , Gestion de Activos Fijos y Almacén , Gestión de Mantenimiento Y Contratación, Gestion de Sistemas, Gestion de Estadística, Gestion de Servicios Generales, Gestion de Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU), Gestión Documental y Gestión del Talento humano . Dando cumplimiento al 100% de las auditorías programadas
- En lo relacionado con la situación financiera del Hospital, el Ministerio de Salud mediante la Resolucion 1877 del 30 de mayo de 2013 categorizo al Hospital Departamental San Antonio en Riesgo Fiscal y Financiero Medio
- El impacto de Aseguramiento superior al 98% en población de Roldanillo y la homologación de los planes de Beneficios han conllevado a una marcada reducción en los recursos de oferta disponibles otorgados por el Departamento, lo que ha determinado un desequilibrio presupuestal en la institución.
- A partir de 4 Septiembre el Gerente del Hospital **Dr Ricardo López López** presentó renuncia irrevocable a su cargo, siendo nombrado en su reemplazo en calidad de encargado el **Dr Hernan Saa Obregón**
- Al hacer el análisis del avance de los 3 subsistemas en el transcurso de este cuatrimestre se encontró lo siguiente:

### SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

#### DIFICULTADES:

En el subsistema de Control Estratégico

El Crecimiento de la Cartera por la venta de servicios a las diferentes EPS durante las vigencias 2012 y lo que lleva del 2013 a provocado un desequilibrio financiero motivo por el cual no ha permitido cumplir cabalmente con sus obligaciones hacia los usuarios y los prestadores de servicios, lo que coloca a la institución en un riesgo alto de ser intervenida por el Ministerio de Salud

- Este desequilibrio financiero ha conllevado a un atraso en el pago de los proveedores y personal que labora en el hospital, cabe anotar que las obligaciones por sueldos y honorarios a la fecha del presente informe **5 de Noviembre de 2013** al personal de planta se les adeuda los sueldos de los

# HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

meses de julio, agosto,septiembre y octubre y para el personal de contratación los meses de junio, julio, agosto y septiembre. y octubre.

El Hospital en su aplicación al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ha realizado ajustes en la prestación de sus servicios de salud , se han tomado medidas de reorganización administrativa, medidas en la racionalización del gasto, política de saneamiento a los pasivos , incremento a la productividad , aumento de los ingresos y de igual manera se ha tratado de mejorar el uso de los procesos de la información como es la captura y análisis para brindar la atención con oportunidad, continuidad y calidad.

## AVANCES

### 1.2 COMPONENTE: CONTROL ESTRATÉGICO

#### ELEMENTO: 1.1.1 ACUERDOS COMPROMISOS O PROTOCOLOS ETICOS

El Código de Ética y las políticas de la Institución fueron actualizadas con la participación del Grupo Siga y los cuales se encuentran debidamente documentados en la carpeta de calidad.

En las auditorías realizadas se observa en las diferentes actas, que se ha tratado el tema de los principios éticos en las reuniones de los diferentes procesos, y a los en los nuevos funcionarios se les realizo inducción sobre el tema y se hace firmar un acta de compromiso al cumplimiento de los principios éticos.

#### 1.1.2. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Se realizó evaluación de desempeño para los funcionarios en carrera administrativa cumpliendo con las normas y políticas de estado.

Se aprobó por parte de la Junta Directiva la evaluación del desempeño a los funcionarios en nombramiento provisional y se arrancó con una prueba piloto para determinar la calificación a dichos funcionarios.

Se otorgaron los Incentivos pecuniarios y no pecuniarios al personal en carrera Administrativa de acuerdo a la ley 909 de 2002 y decreto 1567 de 1998

#### 1.1.3 ESTILO DE DIRECCION.

En el periodo que estuvo de gerente el Dr. Ricardo Lopez Lopez respaldó y firmo los informes suministrados por la oficina de Control Interno, de igual manera dio cumplimiento a las reuniones del Comité de Control Interno y de esta instancia se realizó el seguimiento y control a las políticas del sistema de Control Interno.

#### 1.2.1 PLANES Y PROGRAMAS

Con el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero se ha realizado un seguimiento minucioso y exhaustivo a la ejecución presupuestal, aunque se ha tratado de aumentar la productividad ha sido difícil alcanzar el equilibrio financiero por medio de la venta de servicios, ya que la falta de liquidez y un adecuado flujo de caja no permite cumplir en el 100% de las actividades programadas por falta de personal en algunas ocasiones y de insumos en otras

# **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA**

Es de destacar el conocimiento que tienen los líderes de los procesos (grupo SIGA) y demás funcionarios de los planes y programas de la entidad, en el que se destaca el nivel de cumplimiento de acuerdo al momento actual de la institución, teniendo este conocimiento coherencia entre las funciones del personal, la misión y la visión institucional

## **1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

La estructura organizacional fue reformada en el presente año, pero debe ser revisada nuevamente ya que la aprobada no es funcional por lo tanto dificulta el modelo de operación por procesos y la gestión Documental.

El 100% del normograma institucional fué actualizado; se evidencia en la carpeta de Calidad un link del Normograma institucional que involucra todos los procesos

## **1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS**

El MANUAL DE POLÍTICAS DE OPERACIÓN POR PROCESO Adoptado mediante la Resolución 423 de 18 de septiembre de 2013

Se reformularon casi la totalidad de las políticas de operación. Se documentaron por primera vez las políticas de contratación, gestión documental y seguridad informática. El modelo de operación por procesos se implementó en la entidad, y está siendo aplicado por todas las dependencias,

## **1.3.1 CONTEXTO EXTRATEGICO.**

La institución presenta limitaciones en la demanda que la han afectado financieramente, debido al fortalecimiento de las redes alternas de prestadores de servicios de salud privadas y la proliferación de ofertas en la región de IPS particulares con contratos de las EPS, quienes ofrecen tarifas más bajas comparadas con las que ofrece el hospital, reorientado estas EPS a los pacientes a estas instituciones, lo que ha impactado de manera negativa al hospital los ingresos por venta de servicios

Para minimizar este riesgo el gerente Dr Ricardo Lopez realizo charlas de concientización a la comunidad por medio radial y escrito haciendo un llamado a la comunidad con el fin de que participen activamente en el apoyo en la prestación del servicio de la red Pública.

## **1.3.2 IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS DE RIESGO**

Con la participación de todos los servidores públicos y el grupo Siga se actualizó el mapa de riesgos, en el que se identificaron los eventos potenciales que pueden colocar en riesgo el logro de la misión

## **1.3.3 ANÁLISIS DEL RIESGO**

En el mapa de riesgo en cada proceso se estableció la probabilidad de ocurrencia del evento, el impacto de sus consecuencias y su calificación a fin de determinar la capacidad de la entidad para su aceptación y manejo.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

DIFICULTADES:

**2.1.3 CONTROLES**

SE realizo la actualización del mapa de riesgos pero no se evidencia el primer Informe semestral del Plan de acción , Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano según DECRETO 2482 de 2012

**2.1.5. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

En las auditorías realizadas se evidencio algunos Manuales de procesos que no han sido actualizados, se le efectuó las recomendaciones a cada líder para que realizara la respectiva actualización

Existe cierta dificultad para el acceso al manual de operaciones ubicado en servidor carpeta de calidad ya que no todos los servicios de la entidad tienen los sistemas integrados al servidor como por ejemplo Rx Hospitalización Urgencias entre otros.

**2.2.3 SISTEMAS DE INFORMACION**

- Se sigue evidenciando una falencia en costos. El programa que lleva gestión de costos es Sinergia el cual no puede efectuar un protocolo de interface con el programa de Rfast. que es el programa que utiliza el Proceso de gestión Financiera por no ser compatibles en el proceso arrojando resultados diferentes.

AVANCES

**2.1.4 INDICADORES**

En la carpeta de calidad se creó un link que se identifica como el PIN ( Planeación Integral) en cual se describen el conjunto de variables cuantitativas que permite observar la situación y las tendencias de cambio de acuerdo a la programación de actividades descritas en el POE

En el hospital se cuenta con el Tablero de Control de Indicadores. que permite el seguimiento y monitorear el cumplimiento de los objetivos trazados en los Planes y Programas y el desempeño de las operaciones, en términos de la obtención de resultados.

**2.1.2. PROCEDIMIENTOS**

La pagina WEB de la institución se publican todas las actividades planes y programas proyectados durante el año, de igual forma las convocatorias que requieran de las consultas publicas se realizan de forma abierta, sistemática y con la seguridad de ofrecer una igualdad en el acceso para todos los interesados.

**2.2.1 INFORMACION PRIMARIA**

La pagina Web tiene un link para que la ciudadanía coloque sus quejas y reclamos la cual es monitoreada diariamente por la oficina de SIAU.

## **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA**

La oficina SIAU da respuesta efectiva a las inquietudes, dificultades o sugerencias que presentan los usuarios frente a los servicios de la entidad e informa a la comunidad sobre los temas de interés referente a la prestación de servicios de salud.

### **2.2.2 INFORMACION SEGUNDARIA**

En las auditorías integrales se evidencia la existencia del control de los registros y que se están aplicando las tablas de retención documental en los archivos de gestión de cada proceso teniendo cuidado con la conservación desde su origen hasta su destino final.

### **2.2.3 SISTEMAS DE INFORMACION**

La información y requerimientos solicitados por las diferentes entidades fue enviada oportunamente cumpliendo con las características de veracidad y oportunidad

### **2.3.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL**

Los diferentes informes presentados por la Oficina de Control Interno fueron socializados y publicados en la página WEB en el link de Control Interno

Se realizó el boletín del CALIDOZO con temas sobre la gestión de calidad de los diferentes procesos, y del sistema integrado de gestión administrativa, además se utilizaron las carteleras y el correo interno para la divulgación de temas de interés.

### **2.3.2 COMUNICACIÓN INFORMÁTICA**

Para difundir la información y programas de interés a la comunidad se utiliza el medio Radial local y los otros medios propios de la institución como las carteleras, boletines y página Web además se ha participado en reuniones requeridas y programadas con la Gerencia, y los Veedores Ciudadanos, para atender inquietudes sobre los servicios ofertados

## **SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION**

### **DIFICULTADES:**

Se sigue evidenciando que algunos procesos no realizan en el tiempo estipulado los planes de mejoramiento individual como producto de las auditorías integrales.

La no divulgación entre el personal del Tablero de Control de Indicadores, que permita el seguimiento y monitoreo en el cumplimiento de los objetivos trazados en los Planes.

La funcionaria que tenía la responsabilidad del proceso de Gestión de Calidad renunció desde el mes de septiembre y no ha sido reemplazada ocasionando un retraso en dicho proceso.

# HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

## SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUCION

### Avances:

#### Subsistema de Control de Evaluación

##### • Avances

En el proceso de auditoría interna programada para el segundo semestre del 2013 se ha cumplido en el 100%.

Al realizar el seguimiento a los hallazgos encontrados de las auditorías de los Procesos Misionales realizados en el primer semestre se observa en el PIN que los líderes responsables de los procesos han realizado los planes de mejoramiento implementando las medidas correctivas para cumplir con las metas y resultados previstos por la entidad

En las auditorías Integrales realizadas en el segundo semestre del 2013 en los procesos de Apoyo se evidenciaron : 12 hallazgos a Gestión de Presupuesto, 6 hallazgos a Gestión Contable, 13 hallazgos a Gestión de Facturación y Cartera , 22 hallazgos a la Gestión de Activos Fijos y Almacén , 32 hallazgos a Gestión de Mantenimiento Y Contratación, 7 hallazgos a Gestión de Sistemas, 8 hallazgos a Gestión de Estadística, 14 hallazgos a Gestión de Servicios Generales, a Gestión de Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU) con 7 hallazgos, a Gestión Documental con 6 hallazgos y Gestión del Talento humano .que fue la última auditoría se encontraron 15 hallazgos. Para un total de 142 hallazgos en los servicios de Apoyo.

De los 12 PROCESOS de APOYO auditados se pudo evidenciar Planes de mejoramiento a los siguientes procesos: Gestión de Tesorería, Siau, Presupuesto y Servicio Generales equivalente al 33% de los procesos de Apoyo

Con los análisis y evaluaciones efectuados al Sistema de Control Interno en los anteriores informes y para mejorar los resultados en cuanto a la gestión del riesgo; en el segundo semestre se realizó una capacitación a todo el personal por parte de la ESAP sobre la gestión del riesgo, con el fin de que los funcionarios se capacitaran en el manejo del riesgo y participaran activamente en las mesas de transparencia en la construcción del mapa de riesgo de corrupción y el cual se actualizó, de igual manera se actualizaron el código de ética y las políticas de la institución, para así dar cumplimiento con los fines que persigue el modelo en las instituciones del Estado Colombiano

## ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

### ENTIDAD: HOSPITAL SAN ANTONIO - ROLDANILLO (VALLE)

Los últimos resultados de las Evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno de acuerdo a la metodología, y los resultados de la Evaluación Encuesta-DAFP-para la vigencia 2012, se obtuvo los siguientes resultados: Puntaje MECI del 87.3 %, ubicándose en el rango de cumplimiento medio; y el Puntaje Calidad del 64 % ubicándose también en el rango de cumplimiento medio, para el consolidado de la vigencia 2012.

Se espera que para el informe de la Evaluación Encuesta-DAFP-para la vigencia 2013 estos resultados aumenten en el puntaje global, ya que la oficina de Control Interno en conjunto con la de Calidad implementaron acciones para la mejora en la calificación global del año.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

RECOMENDACIONES:

- 1- Realizar Análisis mensualmente al Tablero de Control de Indicadores con el grupo SIGA para establecer los correctivos necesarios para el logro de la programación y de los objetivos propuestos
- 2- Continuar con las evaluaciones trimestrales a través del comité integral de calidad SIGA para valorar el estado del sistema de Control Interno y de coherencia con los otros sistemas de gestión y de calidad
- 3- Cada líder del Proceso debe evaluar la efectividad de los controles formales e informales, cumplir los objetivos y tomar las medidas preventivas y correctivas que son necesarias, definiendo y ejecutando acciones de mejoramiento para el buen desempeño de los procesos a su cargo.
- 4- Dar cumplimiento por parte de lo líderes **a las acciones correctivas y planes de mejoramiento** que conlleven hacer más eficaces los procedimientos y a mejorar el cumplimiento de sus objetivos y resultados de la Institución

FIRMA

  
RODRIGO JIMÉNEZ GUZMAN

Asesor de Control Interno

FIRMA

VoBo

  
HERNÁN SAA GERENTE

Gerente

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO  
ROLDANILLO VALLE  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Publicación en la pagina WEB del Hospital