

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

De 1 de Mayo a 31 de Octubre de 2012

FECHA DE ELABORACION: 2 Nov de 2012

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

Introducción

- La oficina de control interno presenta el primer informe pormenorizado del periodo comprendido entre los meses mayo a octubre del 2012 , en cumplimiento a la ley 1474 de 2011 articulo 9 párrafo 3,teniéndose en cuenta la implementación del MECI
- Este informe está sustentado en los resultados de la encuesta de Implementación MECI, en el que se evidencia el grado de cumplimiento en la implementación del modelo y que servirá para la evaluación e informe de control interno y para el sistema Administrativo del Hospital Departamental San Antonio
- La oficina de control Interno culmino esta etapa con el cumplimiento del 100% de los procesos establecidos en entidad ; en la que comprendía 30 subprocesos 15 misionales y 15 de apoyo; cabe aclarar que en el proceso misional de gestión quirúrgica y obstétrica lo maneja el mismo lider por lo tanto se unifico este proceso generando una sola encuesta , igualmente en los procesos de apoyo en la gestión de activos fijos con gestión de insumos , gestión de cartera con facturación quedando un total de 27 subprocesos.
- La oficina de control Interno comenzó para el año 2012 con un nuevo asesor a partir del mes de mayo ya que la asesora anterior, renuncio al cargo en el mes de diciembre.
- Que al nuevo asesor de Control Interno no le fue entregado el cargo por lo tanto ha tenido que conocer e investigar por cuenta propia del proceso que se ha venido llevando en el tema de Control interno
- Que en la actualidad se tñiene un contrató de asesoría Integral de toda la gestión administrativa con el fin de asegurar el desarrollo y control de cada uno de los requisitos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad, del sistema de Gestión Ambiental, sistema de Gestión de Talento Humano, Sistema del Desarrollo Administrativo, sistema de Gestión Documental, sistema de gestión para las comunicaciones, y sistema de Control Interno
- En el avance del proceso de esta asesoría integral se conformo un grupo con los líderes de los procesos llamado el comité del SIGA
- Para organizar y conocer el desempeño de cada subproceso del hospital; el Asesor de Control Interno comenzó por estructurar y documentar el manual de Control interno el cual fue presentado y socializado a los miembros del SIGA.
- Para conocer el avance del Modelo estándar de Control Interno del hospital; la oficina de Control interno procedió a efectuar unas auditorias por los diferentes subprocesos para tener un conocimiento integral del hospital y así detectar fortalezas, debilidades, no cumplimientos y riesgos Se aplicó la encuesta de Autoevaluación de Control (MECI).para conocer el avance de implementación del MECI dentro de la institución
- Para efectos del diligenciamiento de la encuesta, se entrego a los líderes de cada subproceso que son los responsables de la implementación y ejecución de los elementos MECI, con el fin de conocer la información; y así la Oficina de Control Interno poder consolidar la encuesta "Evaluación Independiente" y realizar su propio análisis, poniendo en conocimiento al **Dr Ricardo López López** Gerente del Hospital para su análisis, aprobación y firma del informe ante la DAFP. y al comité de Control interno.

D

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

Difficultades

- Se presentó mucha confusión entre los líderes para el desarrollo de las preguntas de la encuesta del MECI, ya que son preguntas que no son del quehacer de los líderes, por lo tanto las respuestas de las encuestas en su mayoría fueron aclaradas por el asesor de control interno.
- Al hacer el análisis de las encuestas sobre los 3 subsistemas se encontraron los siguientes resultados:

1.1.2 . DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

En el **programa de Bienestar Social** El 59.3% de los funcionarios manifiestan que no tiene cobertura del 100%

En el **programa de Incentivos de la Entidad** se observó que el 70.4 % de los líderes no conoce el plan de incentivos.

Adicionalmente se evaluó la entidad que está regida por la ley 909 de 2004 Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones, encontrándose lo siguientes resultados:

- 1- El 92.6% manifiesta que el Programa de Incentivos no contempla por lo menos seis de los incentivos señalados en el artículo 33 del Decreto 1567 de 1998. Y no se tiene reglamentado el proceso para la selección y premiación de los Equipos de Trabajo

1.2 Componente: Direccionamiento Estratégico

1.2.1 PLANES Y PROGRAMAS

Que el esquema de **planeación institucional** no es coherente con el presupuesto anual y plurianual del hospital opina el 66.7%. y que no es coherente con las necesidades de la ciudadanía un 48.1%

AVANCES

1.1.1 ACUERDO COMPROMISOS O PROTOCOLOS ETICOS

El 100% de los líderes reconocen que el documento que contiene los principios y valores éticos de la entidad, se adoptó oficialmente, fué construido de manera participativa y socializado a todos los servidores de la entidad.

1.1.2. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Entre el 92.6 al 100% de los líderes opinan que el Manual de Funciones y Competencias Laborales de la entidad, contempla el propósito principal de cada empleo de la planta de personal e incluye las competencias requeridas para el desempeño de cada empleo.

En el **programa de Bienestar Social**, en un 96.3% de los líderes identifican que se adoptó un plan de bienestar para la vigencia 2012

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

En cuanto al **manejo de la Gerencia Pública en la entidad** el 74.1 % de los líderes conocen que se realizó por procesos de selección meritocrática y el 88.9 % manifiesta que hubo definición de los perfiles y de las competencias laborales de los empleos gerenciales.

El 96.3 % de los encuestados afirman que los contenidos del plan de capacitación están enmarcados dentro de las áreas temáticas definidas en el Plan Nacional de Formación y Capacitación

1.2.1 PLANES Y PROGRAMAS

El 92.6% de los funcionarios encuestados afirman que el esquema de planeación institucional se elaboró y se adoptó oficialmente

El 96.3 % manifiesta que el esquema de planeación contiene la misión y visión institucional, contempla las políticas y objetivos institucionales y las acciones, cronogramas, responsabilidades y metas acordes con el quehacer misional de la entidad

Con el 92.6 % de los líderes afirman que la política de calidad de la entidad responde al direccionamiento estratégico, que refleja el compromiso de la entidad por el mejoramiento continuo y que los objetivos de calidad son coherentes con la Política de calidad.

1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

El 96.3 % de los líderes afirman que el esquema de planeación institucional se elaboró y se adoptó oficialmente, que identifica, clasifica y caracteriza los procesos, que tiene el mapa de procesos.

1.2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El 100% de los encuestados afirman que la estructura organizacional de la Entidad facilita el desarrollo de los procesos.

1.3.1 CONTEXTO ESTRATEGICO

El 100 % identificaron los factores de riesgo internos y externos y el 96.3 % afirman que se analizó y se utilizó el contexto estratégico como fundamento para el manejo del riesgo.

1.3.2 IDENTIFICACION DE RIESGOS

El 96.3% de los encuestados manifiestan haber identificado los riesgos de los procesos

1.3.3. ANALISIS DE RIESGOS

El 85.2% de los encuestados manifiestan haber efectuado el análisis los riesgos de los procesos

1.3.4 VALORACION DE LOS RIESGOS

El 85.2% de los encuestados manifiestan que se documentaron los controles para prevenir o mitigar los riesgos de la entidad

1.3.5. POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

El 81.5% de los líderes opinan que se definieron los lineamientos para el manejo de los riesgos.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

DIFICULTADES

2.1.5. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Que el manual de calidad se encuentra en proceso de diseño y construcción respondió el 70.4%. Cabe anotar que actualmente se diseñó y se divulgó mediante el CD del programa de Inducción y reinducción 2012

AVANCES

2.1.2. PROCEDIMIENTOS

El 51.9% de los líderes manifiestan que se documentaron los controles para prevenir o mitigar los riesgos de la entidad además que se adoptaron, documentaron y se divulgaron entre los servidores de la entidad.

2.1.3 CONTROLES

El 96.3 de los funcionarios manifiestan que ya se definieron los controles de la entidad

2.1.4 INDICADORES

El 100% de los encuestados estuvieron de acuerdo en que se definieron los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, los cuales que permiten medir el avance en la ejecución de los planes y programas y que se generan acciones correctivas o preventivas, a partir de la aplicación dichos indicadores.

2.2.1 INFORMACION PRIMARIA

Que los mecanismos para recepción y registro de la información se diseñaron y se implementaron respondió el 100%

2.2.2 INFORMACION SEGUNDARIA

Que los mecanismos para organizar y procesar la información se diseñaron y se construyeron respondió el 96.3%

2.2.3 SISTEMAS DE INFORMACION

EL 77.8% de los encuestados afirma que los sistemas de información: se diseñaron y se construyeron y que tiene en cuenta el manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos y tecnológicos; que la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información y a los grupos de interés o veedurías respectivas se han presentado con veracidad y oportunamente.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

2.3.1 COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

EL 81.5% de los encuestados afirma que la política de comunicación institucional de la entidad se definió.

2.3.2 COMUNICACIÓN INFORMÁTICA

EL 85.2% de los encuestados afirma que los sistemas de información: se diseñaron y se construyeron y que tiene en cuenta la sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada, también tiene en cuenta el manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos y tecnológicos; al igual el manejo del talento humano y que la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información y a los grupos de interés o veedurías respectivas se han presentado con veracidad y oportunamente.

2.2.3 SISTEMAS DE COMUNICACION

EL 85.2% de los encuestados afirma que los canales de comunicación entre la entidad y las partes interesadas se definieron y que permiten:

- 1- Dar a conocer los informes de resultados de gestión de la entidad,
- 2- Dar a conocer información de los programas, proyectos, obras, contratos y administración de los recursos.
- 3- La Generación espacios que propicien la retroalimentación en las audiencias anuales de rendición de cuentas, con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y administración de los recursos ciudadanía.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUCION

DIFICULTADES

3.2.1 EVALUACION INDEPENDIENTE DEL SISTEMA

Que el responsable de control interno no Verifica las acciones correctivas y/o de mejoramiento que se aplican opina el 29.6%.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUCION

AVANCES

3.1.1 AUTOEVALUACION DEL CONTROL

El 96.3 % de los encuestados manifiestan que las herramientas para realizar la autoevaluación del control se definieron.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

3.1.2 AUTOEVALUACION DE GESTION

El 88.9 % de los encuestados manifiestan que las herramientas para realizar la autoevaluación del control se definieron y que los servidores públicos fueron sensibilizados sobre las mismas

3.2.1 EVALUACION INDEPENDIENTE DEL SISTEMA

Para este elemento se observa que entre el 70.4% y el 92.6% de los encuestados afirman que el responsable del control interno en la entidad ha cumplido con la evaluación independiente

3.2.2 CONTROL INTERNO

El 74.1 de los encuestados conoce que el informe ejecutivo anual de control interno se ha presentado de manera oportuna al Consejo Asesor Nacional en materia de Control Interno. El 77.8% afirman que hace recomendaciones al resultado de las evaluaciones y Verifica las acciones correctivas y/o de mejoramiento.

3.2.3 AUDITORIA INTERNA

Entre el 85.1% y el 92.6 % manifiesta el estado actual del programa anual de auditoría en el hospital se definió y se ejecuta de acuerdo con lo previsto

3.3.2 PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

El 96.3% de los encuestados coinciden en que se definieron las herramientas (procedimientos, formatos, aplicativos etc.) para realizar el plan de mejoramiento por procesos. , que estas herramientas proporcionan acciones de mejora para llevar a cabo la realización de los procesos como también brida los mecanismos necesarios para mejorar el cumplimiento de los mismos, por último, guarda coherencia con el desarrollo de las estrategias de mejoramiento institucional

3.3.1 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

En este elemento se observa que los líderes no dieron respuestas a algunas de las preguntas por lo tanto se nota que las herramientas (procedimientos, formatos, aplicativos etc.) para realizar el plan de mejoramiento institucional no son bien identificadas pues el 20.5 % de los encuestados manifiestan que no se han definido o que se encuentra en proceso.

El 80 % manifestaron que se definió un plan de mejoramiento institucional.

Mejora sustancialmente el desempeño de la entidad

- 1- Atiende rigurosamente las observaciones hechas por la oficina de control interno
- 2- Contiene las estrategias para hacer frente a los hallazgos encontrados por los organismos de control respectivos
- 3- Contiene las acciones de mejora pertinentes para el cumplimiento de los objetivos de la entidad
- 4- Realiza una verificación continua a las acciones establecidas para comprobar su efectividad

3.3.3 PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

El 96.3% de los encuestados opinan que se definieron las herramientas (procedimientos, formatos, aplicativos etc.) para realizar el plan de mejoramiento individual el cual permite la retroalimentación sobre su desempeño porque contiene acciones que facilita el seguimiento al desarrollo y efectividad de las acciones de mejoramiento.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

SOBRE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.

Entre el 92.6 % al 100% de los encuestados opinan que la entidad cuenta con los procedimientos exigidos por la norma en el control de documentos, de registros, de auditorías internas, en el control del producto no conforme, generación de acciones correctivas y de de acciones preventivas

Entre el 88.9 % al 96.3% de los encuestados opinan que la entidad controla los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad

Entre el 88.9 % al 96.3% de los encuestados opinan que la entidad cuenta con mecanismo de control de registros

Entre el 88.9 % al 92.6 % de los encuestados afirman que la Alta Dirección hace seguimiento del sistema de gestión de la calidad en la entidad por medio de los resultados de las auditorias, y que realiza recomendaciones para la mejora de los procesos.

Que el 88.9 % al 96.3% de los encuestados opinan que la Alta Dirección si realiza seguimiento:

1. Al desarrollo de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio
2. A la realimentación del cliente
3. Al estado de las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la Dirección
4. A los cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Al término del análisis de los resultados de las encuestas se puede concluir que se han definido y adoptado en un 85% los elementos del MECI, se evidencia dificultades en los siguientes elementos:

- 1.1.2 **DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO** En el programa de Bienestar Social, a pesar que existe un programa y que se han realizado las actividades programadas correspondientes en el plan y que se han venido ejecutando se encuentra que un 20% de funcionarios no reconoce los avances del programa
- 1.1.3 Sistema de evaluación del desempeño. se ha venido operando desde el año pasado y se tiene actualizado y evaluado
- 1.1.4 Programa de Incentivos de la Entidad se encuentra adoptado formalmente su aplicación se realiza al finalizar el año.

Se observa que los funcionarios presentan una vasta cultura de trabajo en equipo y en acciones conjuntas para el mejoramiento continuo.

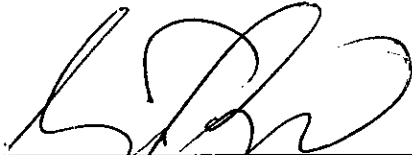
Se observan deficiencias en cuanto al conocimiento aplicación y sostenibilidad de los elementos de algunos líderes de los procesos.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA

RECOMENDACIONES

- 1- Documentar y socializar el proceso de Talento humano sobre las actividades a cerca del programa de Bienestar social, el programa de incentivos y sobre Sistema de evaluación del desempeño
- 2- Definir y adoptar las políticas de operación
- 3- Actualizar los manuales y los procedimientos de los procesos de la institución.
- 4- Exigir a los líderes de los procesos para que restablezcan las líneas de autoridad y responsabilidad para permitir dar cumplimiento eficiente a los servicios
- 5- Evaluar la eficacia del componente de Gestión del Riesgo
- 6- Estandarizar el reporte de resultados de los Indicadores. (Tablero de Control)
- 7- Exigir las respuestas a las recomendaciones de mejoramiento de las auditorías realizadas a los subprocesos.
- 8- Activar el Comité de Control Interno

FIRMA



RODRIGO JIMÉNEZ GUZMAN
Asesor de Control Interno

FIRMA
VoBo



RICARDO LÓPEZ LÓPEZ
Gerente

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
RICARDO LÓPEZ LÓPEZ Gerente