

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

Jefe de Control Interno,  
o quien haga sus veces:

GINA PATRICIA PINTO ROMERO

Período evaluado: Enero a Mayo 2012

Fecha de elaboración: Mayo 28 de 2012

### Subsistema de Control Estratégico

#### Dificultades

- Se hace necesario promover y concientizar la actualización del Modelo de Operación por Procesos, por parte de los responsables de los mismos para garantizar funcionamiento y obtener los resultados deseados y planteados en sistema de Gestión de Calidad.
- Se evidencia que solo se realiza evaluación de desempeño a los funcionarios de carrera y al gerente, mas no a las demás personas que desempeñan funciones públicas dentro de la Institución.
- Se hace necesario promover y concientizar el compromiso de actualizar el Mapa de Riesgos por procesos con sus diferentes elementos por parte de los responsables de cada proceso con el fin de poder monitorear satisfactoriamente los riesgos identificados.
- Se evidencia que la estructura organizacional no facilita la eficiente toma de decisiones por la Alta Dirección, respecto de algunos procesos.

#### Avances

- Los avances del Subsistema de Control Estratégico se materializan en el desarrollo que presenta cada uno de sus elementos de control; a continuación se relaciona en forma breve algunas de las actividades implementadas para el fortalecimiento del Subsistema.
- El apoyo de la Alta Dirección en la ejecución de los procesos para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad.
- La ejecución de procesos de re inducción y capacitación a todos sus servidores.
- Seguimiento al cumplimiento de las políticas de Talento Humano relacionadas con las competencias, habilidades y aptitudes de los servidores de la entidad.
- Evaluaciones de periodos de prueba a los nuevos servidores públicos incorporados a través de concurso.
- Avances en la ejecución de proyectos de Inversión con la gestión participativa de las Subgerencias gestoras de los mismos.
- Se realizaron ajustes a los procesos que así lo requirieron para cumplir con lo trazado durante la vigencia en el plan de gestión y plan de desarrollo de la entidad teniendo en cuenta los niveles de autoridad y responsabilidad establecidos.
- Avance en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, haciendo seguimiento al programa de auditoría medica para el mejoramiento de la calidad PAMEC, así mismo en la acreditación de la institución y cuenta con el Manual de Calidad.
- Se mantiene la estructura organizacional definida así
  - a. Organigrama aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 010 de mayo 5 de 2006 y modificado mediante acuerdo de Junta Directiva N°018 y 020 de Diciembre 1 de 2009.
  - b. Manual de Funciones, adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 009 de Mayo 5 de 2006.
  - c. Reglamento interno de Trabajo, Adoptado en la entidad por Acuerdo de Junta Directiva N° 007 de 28 de abril de 2006.
- Se mantiene la modificación de separar la oficina de Control Interno Disciplinario de la Oficina Jurídica dejando la primera adscrita directamente a la Alta Dirección a fin de poder garantizar la independencia y competencia en sus investigaciones, de acuerdo a la aprobación del máximo órgano de la ESE HUS.
- La entidad tuvo en cuenta para la modificación de sus procesos e implementación de nuevos programas la participación ciudadana a través de las encuestas, consultas, y requerimientos tanto de sus clientes externos como internos.

### Subsistema de Control de Gestión

#### Dificultades

- La institución no cuenta con recursos para realizar las pautas publicitarias, esto conlleva a que la información no sea transmitida a la comunidad en general.
- La entidad no cuenta con un programa institucional en algún medio de comunicación que permita el permanente contacto con la comunidad.
- Se evidencia retraso en la actualización del sistema DGH .NET por falta de compromiso de los líderes en la realización de tareas de parametrización de cada uno de los módulos, capacitación y pruebas, igualmente lo presupuestado económico han sobrepasado el

estudio inicial para la implementación e los requerimientos solicitados por cada dependencia.

- Se evidencia dificultad en el acceso fácil para la búsqueda de historias clínicas requeridas por cada uno de los servicios y dependencias, para la realización y gestión de sus procesos por estar fuera de la Institución.
- Se evidencia dificultad en el cumplimiento de la norma General de Archivo en el ordenamiento de los documentos en las diferentes áreas debido a que no se cuenta con tablas de retención documental debidamente aprobadas.
- Se evidencia falta de registro y seguimiento de indicadores establecidos en cada procedimiento por parte de las áreas administrativas impidiendo el monitoreo del cumplimiento e los objetivos del proceso.

## Avances

- Existe un procedimiento denominado "Control de Documentos y Registros" debidamente divulgado por la Oficina de Calidad y liderado por la misma a través del cual cualquier Funcionario de la E.S.E HUS puede solicitar la creación o modificación de procedimientos, en forma que las actividades se ejecuten tal y como se encuentran documentadas.
- La entidad cuenta con un sistema de recepción y envío de solicitudes y asignación de citas, llamado Call center el cual recibe todas las solicitudes.
- La entidad cuenta con la Oficina de Atención al Usuario para la recepción y gestión de Peticiones, Quejas y Reclamos; ya de a través vía telefónica, correo electrónico o de manera personal
- Los procedimientos existentes se encuentran diseñados y documentados en el Manual de Procesos y Procedimientos los cuales deben ser conocidos por todos los funcionarios y actualizados según necesidad.
- La entidad se encuentra en espera de aprobación por parte del concejo Departamental de archivo en el tema de las tablas de retención documental.
- La institución cuenta con una bodega externa para el almacenamiento del archivo central de la ESE HUS.
- La Entidad cuenta con diferentes Sistemas de Información que le permiten soportar su gestión y transformar la información primaria

## Subsistema de Control de Evaluación

### Dificultades

- Se hace necesario reforzar nuevamente el Modelo Estándar de Control Interno en las diferentes dependencias pues se ha evidenciado un desconocimiento en algunos funcionarios que son nuevos en la institución.
- Se hace necesario dar más apoyo profesional a la Oficina de Control Interno para realizar auditorías a las áreas asistenciales y procesos de contratación de obras civiles pues la Oficina no cuenta con el recurso humano competente para esto.
- Es indispensable sugerir a la oficina de talento humano que a través de esta dependencia se solicite a todas las cooperativas, empresas, y personal que laboran en la institución, realizar evaluación de desempeño periódico con el fin de establecer los planes de mejoramiento individual.
- Se hace necesario concientizar a los responsables de los procesos el presentar y ejecutar planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos establecidos por la Oficina de Control Interno en las auditorías realizadas con el fin de poder hacer seguimiento a las mejoras del proceso.

## Avances

- La Oficina de Control Interno cumple estrictamente con los términos de presentación de informes a los diferentes entes fiscales y administrativos de control del orden Departamental y Nacional.
- La oficina de Control interno, elaboró el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2011, como lo estipula el Manual de implementación del MECI 1000:2005. De igual manera ejecuto casi en su totalidad el manual de auditoría vigencia 2011.
- La entidad ha diseñado los Planes de Mejoramiento institucionales producto de las Auditorías de la Contraloría Departamental, también la Oficina de Control Interno ha solicitado Planes de mejoramiento internos, resultado de las observaciones y hallazgos de las auditorías realizadas en desarrollo y aplicación de las funciones consignadas en la Ley 87 de 1993, Decreto 1599 de 2005 y demás disposiciones legales que la contemplan.
- La Oficina de Control Interno periódicamente realiza de manera aleatoria a las subgerencias, Unidades Funcionales y Oficinas Asesoras, auditorías programadas con el fin de verificar el cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos en la Institución y reporta sus resultados a la alta dirección.
- La Oficina de Control Interno realiza informe de seguimiento al plan de gestión presentado por la Alta Dirección y reporta este informe a la Junta Directiva.

## Estado general del Sistema de Control Interno

El sistema de Control Interno del Hospital Universitario de Santander de acuerdo a la autoevaluación y a la evaluación independiente que se realizó en la entidad y presentada a la función Pública para su calificación establece que: de acuerdo a la información suministrada el modelo muestra un buen desarrollo pero requiere mejoras en algunos aspectos según su resultado. (73.82%)

### Recomendaciones

- Una vez verificada la existencia del cumplimiento de los requisitos para el cumplimiento del MECI y la aplicabilidad de sus elementos de Control en la E.S.E Hospital Universitario de Santander se evidencian aspectos que deben ser fortalecidos para darle mejora continua al Sistema de Control Interno, bajo la estructura del MECI 1000:2005.
- Reforzar la cultura del autocontrol que cada funcionario debe asumir, para que los procesos y procedimientos se realicen de acuerdo con la normatividad vigente.
- Se hace necesario definir y aplicar un plan de mejora continua, para afianzar la cultura organizacional de E.S.E Hospital Universitario de Santander.
- Continuar con los procesos de capacitación y sensibilización sobre el rol que cumplen los servidores públicos dentro del Sistema de Control Interno de acuerdo con lo consagrado en el artículo 2 del Decreto 1599 de 2005.
- Incluir en los programas de inducción y re inducción las bases conceptuales sobre el Sistema de Control Interno MECI y la importancia del mismo; esto con el fin de buscar una mayor comprensión y aplicación por parte de los servidores públicos de todos los niveles, los conceptos de autoevaluación del control y la autoevaluación de la gestión.
- Se recomienda dar celeridad a la actualización del Mapa de Riesgos institucional, con el fin de propiciar el crecimiento y desarrollo de la entidad y de idéntica forma el cumplimiento de la función institucional.
- Se recomienda destinar un rubro específico para el plan de medios de comunicación, ya que el Modelo Estándar de Control Interno y el proceso de Acreditación exigen el cumplimiento y ejecución del Plan de Medios de Comunicación.
- Se recomienda que a través de la oficina de Talento Humano se gestione junto con las cooperativas la manera de evaluar a los cooperados, con el fin de establecer los planes de mejoramiento individuales y mejorar la gestión de los servidores.
- Se recomienda dar celeridad a la actualización del sistema de Información DGH.NET por parte de los líderes de los módulos
- Se recomienda implementar en su totalidad las tablas de retención documental con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente
- Se recomienda revisar periódicamente la página web a fin de estar actualizando su contenido en normas, resoluciones institucionales, etc.
- Se recomienda depurar la totalidad de inventarios a fin de entregar actualizados los bienes a los ejecutores de los diferentes procesos en la entidad y poder asegurar responsabilidad y protección sobre los mismos.

---

Firma