

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

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: MAYO 1 A AGOSTO 30 DE
2013

Fecha de elaboración: AGOSTO 30 de 2013

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

Avances

Se sigue en el proceso de actualización del mapa de riesgos de la Entidad de acuerdo al mapa de procesos, implementando la metodología establecida por el DAFP

Se ha realizado inducción y re inducción a los funcionarios de planta y OPS de la Entidad. Se sigue acompañando por parte de la Oficina de Control Interno a las diferentes dependencias de la Entidad.

Se elaboró y publico el Plan Anticorrupción vigencia 2013 de acuerdo a la ley 1474 de 2012

Se continua con las capacitaciones dentro del marco de la Acreditación

Se continúan las Obras de sismoresistencia y se inició las obras readecuación servicio de Imagenología y la construcción del Hemocentro.

Se remodelo el área del servicio de oncología.

Se realizan capacitaciones al personal de planta a través de diplomados.

Se siguen ejecutando presupuestalmente los programas de capacitación y bienestar como aporte a los programas que generan buen clima organizacional

Se está realizando el estudio para viabilidad, ampliación e incorporación a la planta del personal asistencial dadas las formas de contratación que existen en la actualidad.

Se realizó adjudicación de licitación de compra de los medicamentos y dispositivos médicos para el funcionamiento de la entidad

Oportunidades de mejora

Se siguen presentando inconvenientes para la evaluación de desempeño a los ejecutores de los procesos, pues por el modo de contratación no se puede ni realizar planes de capacitación ya que todo esto le corresponde a los contratistas.

En materia de Riesgos debe garantizarse la directriz institucional de su priorización en cada uno de los procesos y procedimientos organizacionales y generar la dinámica necesaria para que el Hospital cuente con un mapa de riesgos e intervención preventiva, de mitigación y correctiva en el menor tiempo posible.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Avances

Las actividades y auditorias a procesos de cada una de las áreas se realizan de acuerdo a los procedimientos documentados y aprobados por el comité de calidad.

Se siguen documentando los controles preventivos y correctivos para los procesos establecidos.

Se sigue con la actualización del Sistema de Información de la ESE HUS que involucra la Sistematización de la Historia Clínica y demás procesos Financieros de la Entidad con el objeto de garantizar la integridad de la Información.

Se realiza un informe consolidado del buzón de sugerencias por parte de la Oficina del Siau

Se coordinó el envío del segundo informe trimestral de los avances de los planes de mejoramiento vigencias 2008, 2010.2011 a la Contraloría Departamental.

Se realizaron auditorías durante la vigencia de mayo a agosto de acuerdo al cumplimiento del Plan de Auditorias de la Oficina de Control Interno aprobado mediante Comité así :

Auditoria Proceso de mantenimiento

Auditoria Servicios Básicos
Auditoria al proceso de farmacia
Auditoría Integral al proceso de Tesorería y Conciliaciones Bancarias
Auditoria al Proceso e inventarios de Almacén.
Auditoria Retención en la Fuente, Rete Iva Y Reteica.
Arqueos de Cajas Menores (Almacén, Farmacia, mantenimiento y Gerencia)
Auditoria Inventarios de Farmacia
Auditoría Integral al proceso de Talento Humano.
Auditoria Historias Laborales del Personal de Planta ESE HUS
Auditoria a las cuentas selectivas de los Estados Financieros y evaluación de los procesos a junio 2013.
Auditoria al proceso de Gestión documental

Se realizaron inventarios a las áreas de farmacia y almacén prestando la oficina de control interno el acompañamiento.
Se realizó el plaqueteo a todos los bienes muebles de la entidad así como su avalúo.
El Hospital cuenta con portafolio de servicios de acuerdo a su nivel de complejidad y se realizó depuración y actualización del mismo por cuanto se incluyeron procedimientos que antes no se hacían en el hospital y se realizó socialización de este para una buena contratación.
Se resalta el proceso que se lleva a cabo en la institución de revisión de guías-instructivos-formatos y otros documentos y el inicio de la revisión, actualización y/o desarrollo de guías de práctica clínica, tema que fortalecido podrá diferenciar la atención de los pacientes.

Oportunidades de mejora

Sigue pendiente por realizar la revisión de procesos de lagunas áreas lo que ha generado dificultad para su respectiva actualización y/o implementación.
Fueron aprobadas a través de comité las Tablas de Retención Documental
Aun se presenta dificultad en la creación del link en la página web donde se publique la gestión de quejas y reclamos y facilitar la realización de peticiones por parte de los usuarios.
El sistema de Información de la entidad aun presenta dificultades en la integración de la gestión del recurso humano, recursos físicos y gestión financiera al igual que otras áreas.
Continúan Las obras generando varios inconvenientes en la prestación ágil y cómoda de servicios a los usuarios.
Faltan aún capacitación a parte del personal asistencial en el sistema DGH actualizado
Se debe implementar una línea de Atención al usuario 01-8000, con el fin de registrar y evaluar las necesidades de nuestros usuarios.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

La Entidad ha dado cumplimiento a todos los informes de avances de planes de mejoramiento institucionales producto de las auditorías de la Contraloría Departamental.
La Oficina de Control Interno ha realizado acompañamiento a la Oficina de Calidad en varias de sus rondas de seguridad por los servicios.
Se revisaron las declaraciones de Retefuente, Reteiva y Reteica mes a mes durante el segundo trimestre 2013.
La dinámica del Hospital es permanente para realizar el control de gestión de su plan, esta se realiza de manera participativa con Directores y Líderes de proceso en instancias como: Comité ampliado de Gerencia, Reuniones de Directores, Comité Financiero entre otros.
La organización avanza en el reconocimiento de la evaluación independiente de la oficina de control interno y se percibe mayor aceptación al ejercicio de las auditorías, las cuales se presentan en toda su integridad como una oportunidad de crítica constructiva al interior de la organización que permite dinamizar todos los procesos auditados.
El hospital avanza de acuerdo a su plan de auditorías tanto de calidad como de control interno y revisoría fiscal.

Oportunidades de Mejora

El Hospital debe realizar una revisión de la dinámica y eficacia de las reuniones y comités que tiene establecido, estos deben permitir la toma de decisiones ajustadas a su factibilidad de cumplimiento en el tiempo y recursos y en especial a la asignación respectiva y al seguimiento de su cumplimiento por los responsables. Las mejoras o decisiones acordadas deben cumplirse en los plazos establecidos para su implementación y no repetirse en discusiones posteriores que agotan la dinámica de los comités y del trabajo en grupo.

El nivel de decisión organizacional debe trascender de los niveles jerárquicos superiores a los niveles intermedios y de allí ser acordados y controlados en los niveles operativos; niveles de decisión desconcentrados pueden apoyar el ejercicio del autocontrol y favorecer la dinámica de los procesos.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno del Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a normas de Control Interno ha realizado evaluación permanente a los procesos institucionales del Hospital con el objetivo de verificar la adopción de las medidas necesarias que garanticen óptimos niveles de eficiencia y eficacia en todos los elementos del Sistema y contribuir en la toma de decisiones efectivas para el desarrollo de la Organización.

Se ha verificado que cada uno de los componentes de la estructura del Sistema de Control Interno existan, que cumplan estándares generales, que estén interiorizados, implementados, que se apliquen efectivamente y que sirvan al Hospital.

El alcance de la evaluación tiene como propósito establecer el logro en la implementación y desarrollo de los 3 Subsistemas, los 9 Componentes y los 29 elementos del Modelo Estándar de Control Interno establecido por el Decreto 1599 de 2005.

La Oficina de Control Interno dictamina que se ha evaluado el Sistema de Control Interno del Hospital en sus diferentes Subsistemas, Componentes y Elementos, encontrando que el nivel de implementación del MECI continúa manteniéndose en un nivel **ADECUADO**.

GINA PATRICIA PINTO ROMERO
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO