

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS	Período evaluado: 1 DE MAYO – 31 DE AGOSTO 2014
		Fecha de elaboración: SEPTIEMBRE 2014

### Módulo Control de Planeación y Gestión

#### Dificultades

- Pese al alentador balance financiero que tiene la ESE HUS, aún persiste una cartera morosa de más de 96 millones de pesos, por parte de algunas EPS, "la cartera tiene más de 360 días, las EPS que le adeudan al hospital son Solsalud, Caprecom y Salud Vida entre otras". Los recursos que se logren recuperar de la cartera morosa sólo se pueden invertir en infraestructura y equipos teniendo en cuenta que el sistema no permite el uso de estos recursos para otro fin. La demora en los pagos que adeudan a la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, las empresas responsables de pagos, Secretarías de Salud Departamentales y Entes territoriales, generan la no oportuna gestión de los recursos de funcionamiento ocasionando retraso en los pagos a proveedores según lo planeado en el área presupuestal, dejando recursos de inversión para próximas vigencias.
- Se observa dentro de la evaluación la necesidad de efectuar por parte de las dependencias el análisis de resultados de los indicadores de los procesos y de los mapas de riesgos.
- En algunos procesos no se evidencia el seguimiento a los indicadores establecidos y asociados a los riesgos identificados, para la mitigación o eliminación de las causas que están generando riesgo.
- Durante el seguimiento efectuado al Plan de anticorrupción y Atención al ciudadano se observó que no se evidencia la gestión realizada por el comité Antitrámites de la Entidad y poco avance en la actualización del SUIT.

#### Avances

- El Hospital cuenta con indicadores que le permiten medir el grado de avance en el logro de las metas de los planes operativo y de gestión. De otra parte cada área es responsable del seguimiento a los resultados de los indicadores establecidos en estos planes, resultados que sirven para la toma de decisiones por la Alta Dirección.
- Se confirmó con el Área de Talento Humano que el proceso de inducción para el personal que labora en la ESE HUS se encuentra en un 100% y el proceso de reinducción en un 90%.
- La ESE HUS cuenta con las caracterizaciones de los procesos de acuerdo al nuevo mapa de procesos institucional, e inició la actualización de los procedimientos adscritos a cada proceso.
- Se realiza capacitación en temas contenidos en la resolución 721 de diciembre de 2013 por la cual se deroga la resolución N° 0380 del 25 de julio de 2013, acto administrativo que establece las políticas institucionales para definir el compromiso gerencial y la actualización del direccionamiento estratégico de la ESE Hospital Universitario de Santander. Los temas tratados durante la jornada se basaron en la política de atención centrada en el usuario y la política de humanización, como temas de vital importancia para brindar un

servicio de calidad a cada uno de los pacientes, familiares y visitantes de la institución. Estas políticas se encuentran contenidas en el artículo cuarto de la resolución, en el cual se identifica el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios de salud con óptima calidad, las cuales serán las responsables de motivar al equipo de colaboradores en la implementación de los estándares del Sistema Único de Acreditación en la E.S.E HUS.

- Los colaboradores de la Institución recibieron formación sobre Evaluación del desempeño, que estuvo a cargo de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) y liderada por la Unidad Funcional de Talento Humano ESE Hospital Universitario de Santander (HUS), se realizó con el fin de dar a conocer a los servidores públicos, y en general al personal, de todo lo relacionado con el proceso de Evaluación de desempeño, desde el punto de vista del sector público.
- Se realizan jornadas de inducción institucional a todo el personal de la ESE HUS incluyendo estudiantes, con el fin de dar a conocer los diferentes procesos y procedimientos existentes en la organización y brindar información de importancia para su quehacer diario tratándose temas como: atención humanizada, ética de enfermería, seguridad de la persona, hospital verde, aspectos claves de salud ocupacional, calidad del cuidado de enfermería, seguridad del paciente, emergencias y desastres, manejo de dispositivos de apoyo biomédico y vigilancia epidemiológica, cada uno presentado por el personal idóneo de la Institución. Las inducciones brindadas al personal que ingresa a la Institución son de vital importancia, pues fortalece todas las áreas de conocimiento de los nuevos colaboradores con el fin de que se alinean con las políticas y procesos existentes que encaminan a llevar con éxito el ciclo de preparación para la acreditación.
- La ESE HUS cuenta con el Plan Institucional de Capacitación -PIC 2014- diseñado por el proceso de gestión del talento humano y puesto en marcha por el grupo de formación HUS adscrito a dicho proceso, donde se realizan jornadas de capacitación a todo el personal de la ESE HUS en las diferentes modalidades en temas como: Formación de auditores internos en sistemas de gestión, Plan de Desarrollo y Direccionamiento Estratégico en la ESE HUS, Sistema Único de Habilitación, Plataforma estratégica, estándares de direccionamiento y plan de desarrollo, Formulación y Evaluación de Proyectos de Desarrollo, formación sobre seguridad del paciente, manejo de conflictos y la colectivización de las políticas de seguridad del paciente, gestión del riesgo y prestación del servicio
- El Hospital Universitario de Santander (HUS) superó la grave crisis que impedía cumplir con las obligaciones, "el Hospital goza de una salud financiera apropiada que nos permite cumplir los compromisos, como pago de salarios y a proveedores".
- En cuanto a la administración del riesgo el Hospital sigue la metodología del Departamento Administrativo y de la Función Pública, cuenta con un manual de riesgo en donde se consagra la política de riesgo y la metodología para la valoración de los mismos. Se realizan seguimientos periódicos, se revisan y se ajustan cada año. El cumplimiento del componente de Administración de Riesgos de la Entidad cuenta con el Plan de Manejo de Riesgos Institucional como la herramienta para el análisis y gestión de riesgos internos y externos, se encuentran publicados en la página Web.
- Se realiza seguimiento trimestral al cumplimiento de las políticas de Riesgo a cada uno de los procesos de la Entidad.
- Con respecto al control de gestión, el Hospital ha venido trabajando en la actualización y creación de guías, procedimientos, protocolos, para la socialización y aplicación por todos los servidores del Hospital, con el fin de iniciar auditorías permanentes verificando la adherencia a guías, protocolos y procedimientos en los procesos asistenciales, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios al usuario.

- El Hospital cuenta con un portafolio de servicios de acuerdo a su nivel de complejidad, se realizó depuración y actualización del mismo por lo que se incluyeron procedimientos que antes no se realizaban en el hospital y se realizó su respectiva socialización para una buena contratación.

## Módulo Evaluación y Seguimiento

### Dificultades

- Persiste el incumplimiento de la oportunidad en las respuestas de los requerimientos de los usuarios por parte de algunos Servicios.
- En la página Web no existe un lugar plenamente visible, un enlace a la sección de trámites y servicios de la Entidad, donde se proporcione un listado con el nombre de cada trámite o servicio.
- La entidad debe fortalecer la cultura del autocontrol dando aplicabilidad a los principios de autogestión y autorregulación, al igual que el elemento planes de mejoramiento individuales.
- Persiste la falta de compromiso por parte de los líderes de algunos procesos con respecto a la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento de Auditorías y Rondas de Seguridad realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno y la Oficina de Calidad.

### Avances

- Las actividades y auditorías a los procesos de cada una de las áreas se realizan de acuerdo a los procedimientos documentados y aprobados por el Comité de Calidad.
- Se sigue haciendo acompañamiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, a las diferentes dependencias de la Entidad.
- Se coordinó el envío del segundo informe trimestral año 2014 a la Contraloría Departamental, acerca de los avances de los Planes de Mejoramiento Vigencias 2008, 2010, 2011 y 2012.
- Actualmente se está en proceso actualización del nuevo modelo MECI en cinco fases: de conocimiento, Diagnostico, Planeación y actualización, Ejecución y Seguimiento adicional al entrenamiento técnico y capacitación de autocontrol.
- La Entidad ha dado cumplimiento a todos los informes de avances de planes de mejoramiento institucionales producto de las auditorias de la Contraloría Departamental.
- 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, Junta Directiva, Comités Financieros, entre otros.
- En cuanto a Acreditación, se realizó seguimiento y cierre del primer ciclo de autoevaluación enmarcado dentro de las dimensiones de Enfoque, Implementación y Resultado, arrojando los siguientes resultados por grupo de estándares:

<b>GRUPO DE ESTANDARES</b>	<b>Nº ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>	<b>COMPLETAS</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
Direccionamiento	29	20	69%
Gerencia	23	18	78%
Ambiente Físico	3	3	100%
Talento Humano	26	24	92%
Gerencia de la Información	24	9	38%
Gestión de la Tecnología	7	6	86%
PACAS	44	19	43%
Habilitación y Rehabilitación	24	10	42%
Mejoramiento de la calidad	10	9	90%
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>118</b>	<b>62,1%</b>

Este resultado corresponde al cumplimiento de ejecución de acciones de mejoramiento definidas para el mes de Agosto de 2014.

- Se realiza seguimiento al avance del POA en la ESE HUS.
- La Oficina de Control Interno ha realizado acompañamiento a la Oficina de Calidad en sus Rondas de Seguridad en los Servicios.
- Se realizaron las siguientes auditorías durante el período Mayo - Agosto de 2014 de acuerdo al Plan de Auditorías de la Oficina Asesora de Control Interno, el cual fue aprobado mediante comité:
  - Auditoría al Proceso de Almacén
  - Inventario de Almacén General
  - Auditoría al Proceso de Farmacia
  - Inventario de Farmacia
  - Auditoría al Proceso de Contratación
  - Auditoría al Proceso de Mantenimiento – Planta Física
  - Auditoría al Proceso de Mantenimiento – Equipos Biomédicos
  - Seguimiento a Obra de Reforzamiento Estructural
  - Auditoría al Proceso de Servicios Básicos – Manejo de Residuos
  - Auditoría al Proceso de Presupuesto
  - Auditoría al Proceso de Cartera – Pagarés
  - Auditoría Cajas Menores
  - Auditoría Conciliaciones Bancarias
  - Auditoría Retención en la Fuente
  - Auditoría al Proceso de Cartera

## Eje transversal: Información y comunicación

### Dificultades

- Obtener un compromiso total por parte de los directivos, funcionarios y contratistas para participar en los procesos de aprendizaje, capacitación, socialización e interiorización del SIG a través de las jornadas y actividades organizadas.

### Avances

- El proceso de Gestión documental de la entidad ha brindado apoyo y asesoría a las dependencias en el manejo documental y de archivo, observando mejoras en los procesos.
- El Hospital a través Oficina de Atención al Usuario y Desarrollo Institucional, administra las quejas, reclamos, sugerencias, peticiones o solicitudes que interponen los usuarios en los diferentes puntos de atención, vía telefónica, radicación en ventanilla, o por medio de la página web [www.esebosa.gov.co](http://www.esebosa.gov.co) link contáctenos. Con el fin de diseñar las medidas necesarias en pro de garantizar los servicios que la Institución presta a los usuarios. La Oficina de Atención al Usuario periódicamente genera reportes de seguimiento de respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentados por los usuarios.
- El Hospital cuenta con medios de comunicación permanentes como el Intranet, internet, Spak,
- El Plan de Comunicaciones del Hospital está bajo la coordinación de la Oficina Desarrollo Institucional, en éste se definen las estrategias en materia de comunicación y divulgación de información, que se desarrollan para apoyar el logro de los objetivos institucionales y por procesos.
- La Oficina de Atención al Usuario ha desarrollado su gestión brindando información oportuna y veraz a los usuarios, mediante diferentes estrategias y a través de varios canales como la página web, las carteleras institucionales, reuniones informativas, plegables y boletines. Esta Oficina responde de manera oportuna y de acuerdo con su objetivo institucional a las necesidades de información que brindan las diferentes áreas y procesos, a través de las herramientas de comunicación y conforme a los públicos de interés; mantiene actualizada la información en el sitio web y gestiona la información oficial a través del correo electrónico.
- A partir de las políticas fijadas en materia de Comunicación la entidad debe establecer mecanismos internos y externos para socializar la información generada, esto es, diseñar un Plan de Medios de Comunicación.
- El componente de información se soporta en procesos documentados para el manejo, administración y control de documentos y correspondencia externa recibida y enviada.
- Se sigue con la actualización del Sistema de Información de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander que involucra la Sistematización de la Historia Clínica y demás procesos de la Entidad, con el objeto de garantizar la integridad de la Información.
- La Institución cuenta con Tablas de Retención Documental acorde a lo dispuesto en la Ley 594 de 2000, las cuales han sido aprobadas a nivel interno facilitando la organización de los archivos de gestión y documentación institucional.

## Estado general del Sistema de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a normas de Control Interno, realiza evaluación permanente a los Procesos Institucionales de la Entidad 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 exista, cumpliendo estándares generales, siendo interiorizados, implementados y aplicados efectivamente en la Institución. Se avanza hacia el mejoramiento continuo con estándares de Calidad según el Sistema Único de Acreditación (SUA).

El alcance de la evaluación tiene como propósito establecer el logro en la implementación y el desarrollo de los dos (2) módulos, el eje transversal, los seis (6) Componentes y los trece (13) elementos del nuevo Modelo Estándar de Control Interno.

El Sistema de Control Interno del Hospital Universitario de Santander, ha mejorado de forma continua desde su implementación, situación evidenciada principalmente en los resultados de los conceptos de las auditorías externas, resultantes del cumplimiento de las acciones y compromisos adquiridos en los planes de mejoramiento definidos con los entes de control.

La entidad viene avanzando significativamente en el desarrollo del módulo de evaluación, contándose con el compromiso y respaldo de la alta dirección frente a los resultados de la evaluación independiente y del proceso de auditorías, en pro del mejoramiento continuo.

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



---

JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS  
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO