

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 SEPTIEMBRE – 31 DE DICIEMBRE 2014

Fecha de elaboración: **ENERO 2015**

De conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, el Jefe de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario de Santander presenta a continuación el informe sobre el estado del control interno en la Entidad, correspondiente al periodo de septiembre a diciembre 2014

Módulo Control de Planeación y Gestión

Componentes y elementos que permiten asegurar razonablemente que durante la planeación y la ejecución se tienen los controles necesarios para su realización

Dificultades

- No se cuenta con instancias de participación para todos los colaboradores donde se dé a conocer de manera permanente aspectos éticos y se verifique su comprensión.
- Escasas estrategias para superar las barreras en la divulgación y socialización de la gestión ética en la ESE HUS.
- Poca aceptación para el logro del cambio y el mejoramiento continuo que requiere la Institución.
- Debilidad en el sistema de costos para poder liquidar los costos de los procedimientos y así liquidar las tarifas.
- Debilidad en el modelo de contratación para así asignar tareas y responsabilidades del activo fijo.
- Debilidad en la comunicación y engranaje de las diferentes dependencias de la entidad.
- Debilidad en el proceso de cobro y Cartera
- Se debe actualizar el manual de operaciones de la ESE HUS (Manual de procedimientos.- Manual de Calidad), el cual debe ser adoptado para la Institución mediante un acto administrativo.
- Se recomienda utilizar los elementos de protección personal para la adecuada realización de las actividades que se ejecutan en el área de Lavandería.
- Debido a los constantes daños que se presentan en las máquinas que se encuentran en el área de lavandería (Calandria, máquinas de lavado), se recomienda tener en cuenta la opción de tercerizar el servicio con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.
- Se observa deterioro en los carros recolectores de ropa hospitalaria de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.
- La Institución no cuenta con un espacio específico adecuado para almacenar residuos químicos, estos son almacenados en cada servicio hasta que la empresa contratista realiza la recolección de los mismos
- Se recomienda ejercer mayor control por parte de los coordinadores e interventores de los contratos de aseo y realizar vigilancia sobre el personal encargado, pasando de manera periódica a revisar las labores desempeñadas por los ejecutores del proceso en las diferentes áreas de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander
- 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, poco avance en la actualización del SUIT y no se ha implementado la estrategia de Gobierno en Línea.

Avances

- Se realiza seguimiento a la actualización del Modelo Estándar de Control Interno en la E.S.E HUS
- La institución ha establecido a través de la red interna un cronograma para la difusión y despliegue de los principios y valores, el cual consiste en la presentación de plantillas con información alusiva a temas como la planeación estratégica, políticas de operación y principios y valores de la ESE HUS.
- Se cuenta con información referente a la planeación estratégica en el módulo "nuestra institución", además de la disponibilidad del módulo "plan anticorrupción" en su página web www.hus.gov.co.
- La ESE HUS cuenta con un Comité de Ética Hospitalaria creado mediante resolución número 505 de octubre de 2008. Este se reúne mensualmente para tratar temas relacionados con la gestión ética.
- Conformación del Equipo de Humanización que sirve de apoyo en la aplicación de la Política de Humanización y contribuye a la calidad de la prestación del servicio.
- La ESE HUS estableció su Política de Humanización y un Decálogo hacia el buen trato del usuario y sus familiares.
- La Institución ha establecido planes de acción anuales en los cuales se definen las metas a cumplir con respecto al Plan de Desarrollo Hospital Universitario de Santander y se aprueba el Plan Operativo Anual (POA) para la vigencia 2014 mediante acuerdo de junta directiva número 032 de 2014.
- Contratación de servicios con la mayoría de aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La Institución ejecuta el plan de implementación del modelo de operación por procesos liderado por el proceso de Gestión del Mejoramiento Continuo, y en colaboración con cada uno de los procesos de la Entidad, se han elaborado las caracterizaciones correspondientes a cada uno de ellos, lo anterior a través de reuniones y mesas de trabajo en donde participó el líder del proceso, un profesional adscrito al área del proceso en cuestión y un ingeniero industrial adscrito al proceso de Gestión del Mejoramiento Continuo.
- La Institución creó el procedimiento de seguimiento y medición de indicadores del Sistema de Gestión de Calidad, en el cual se establecen las actividades de seguimiento, medición, análisis de datos y mejora continua.
- La ESE HUS ha establecido dentro sus procedimientos los indicadores de gestión como elemento de control, los cuales son reportados mensualmente por los líderes de los procesos al Proceso de Gestión del Mejoramiento Continuo. Estos indicadores, se encuentran establecidos en la caracterización de cada proceso, son reportados a la superintendencia de salud, además son socializados y analizados en el comité de calidad, su periodicidad de cálculo y reporte es mensual para la mayoría de ellos.
- El proceso de Gestión del Mejoramiento Continuo, con el fin de ejecutar evaluación permanente de los procesos, ha establecido un programa de auditoría de procesos que se encuentra en vigencia actualmente y su desarrollo se encuentra a cargo del grupo de procesos.
- La ESE HUS adopta las políticas institucionales de operación, las cuales establecen el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios de salud con óptima calidad y serán estas las responsables de guiar al equipo de colaboradores en la implementación de los estándares del Sistema Único de Acreditación en la ESE HUS
- La Institución actualiza para el 2014 el mapa de riesgos por procesos y se clasifican según el modelo de operación por proceso en estratégicos, misionales, apoyo y de control y evaluación.
- Se cuenta con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS) donde está definido el diagrama de flujo de la ruta de residuos que se generan en la Institución según el Sistema Único de Acreditación
- Se realizan capacitaciones acerca de segregación de residuos hospitalarios y similares en los diferentes servicios.
- La ESE HUS con el propósito de dar cumplimiento con la resolución 743 del 17 de diciembre de 2013, resolución 414 de 8 de septiembre de 2014, emanada por la Contaduría General de la Nación en cuanto implementación de las NICSP, en su periodo de preparación se encuentra en proceso de capacitación a los diferentes funcionarios involucrados en la verificación y transformación de la información contable.

- 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 de las políticas institucionales para definir el compromiso gerencial y la actualización del direccionamiento estratégico de la ESE Hospital Universitario de Santander.
- 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
- 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

Considera aspectos que permiten valorar la efectividad del control interno, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, y los resultados de la gestión.

Dificultades

- 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.
- 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 primer informe trimestral vigencia 2013 a la Contraloría Departamental
- Actualmente se está en proceso de seguimiento a la actualización del nuevo modelo MECl en cinco fases: de conocimiento, Diagnóstico, 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 auditorías 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.
- Verificados los módulos contable y de tesorería en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalario –DGH.NET, no existen diferencias en el saldo de caja principal, que evidencien un manejo no confiable y razonable de estos recursos.
- Se verificaron las cajas menores de Gerencia, Farmacia, mantenimiento y Almacén se evidenciaron las resoluciones, las cuales se encuentran vigentes a la fecha y están debidamente asignadas. Es importante que los gastos de caja menores se legalicen de acuerdo a la normatividad prevista en las resoluciones.
- Se verificó la existencia del comité de sostenibilidad contable basándose en la resolución número 119 de 2006 emitida por la Contaduría General de la Nación la ESE HUS mediante resolución interna creo este comité con el objeto de estudiar y evaluar las partidas que deban ser incorporadas y/o retiradas de los Estados Contables, y que no representen derechos, bienes u obligaciones para el Hospital y adelantar las gestiones administrativas necesarias para depurar la información contable, de manera que los Estados contables revelen en forma fidedigna la realidad económica, financiera y patrimonial de la ESE HUS.
- La ESE HUS rinde oportunamente los informes a la DIAN entre ellos Retención en la Fuente, Reteica, Rete Cre, Rete Iva e información exógena.
- 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:

GRUPO DE ESTANDARES	N° ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMPLETAS	% DE CUMPLIMIENTO
Direccionamiento	72	61	85%
Gerencia	46	40	87%
Ambiente Físico	46	46	100%
Talento Humano	48	43	90%
Gerencia de la Información	34	18	53%
Gestión de la Tecnología	25	24	96%
PACAS	221	167	76%
Habilitación y Rehabilitación	52	37	71%
Mejoramiento de la calidad	26	25	96%
TOTAL	571	461	80,7%

Este resultado corresponde al cumplimiento de ejecución de acciones de mejoramiento definidas para el mes de Diciembre 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 Septiembre a Diciembre de 2014 de acuerdo al Plan de Auditorías de la Oficina Asesora de Control Interno, el cual fue aprobado mediante comité:
 - Inventario de Almacén General
 - Inventario de Farmacia
 - Auditoría al Proceso de Gestión Directiva - Contratación
 - Auditoría al Proceso de Ambiente Físico - Servicios Básicos – Manejo de Residuos
 - Auditoría al Proceso de Gestión Financiera - Presupuesto
 - Auditoría al Proceso de Gestión Financiera - Cartera
 - Auditoría Cajas Menores
 - Auditoría Conciliaciones Bancarias
 - Auditoría Retención en la Fuente
 - Auditoría al Proceso de Gestión Financiera - Costos
 - Auditoría al Proceso de Gestión Integral de la Información – Gestión Documental
 - Auditoría al Proceso de Ambiente Físico – Aseo y desinfección
 - Auditoría al Proceso de Ambiente Físico – Lavandería
 - Auditoría al Proceso de Ambiente Físico – Manejo de residuos hospitalarios y similares
 - Auditoría al Proceso de Gestión Integral de la Información – Grupo de Sistemas

Eje transversal: Información y comunicación

Vincula a la Entidad con su entorno, facilita la ejecución de sus operaciones internas y la participación directa del usuario.

Dificultades

- Debe sistematizarse, en lo posible, la consulta a los documentos del sistema de gestión de la calidad y el archivo, lo cual es de importancia para el funcionamiento de la ESE HUS.
- Deben publicarse en la página web los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.
- En cumplimiento a lo establecido por Gobierno en Línea se debe publicar el presupuesto en ejercicio que corresponde al aprobado de acuerdo con las normas vigentes aplicables por tipo de entidad. Se deben publicar los presupuestos de ingresos y gastos y sus ejecuciones al menos trimestralmente.
- Para la sección de Peticiones, Quejas y Reclamos de la página web institucional, se debe habilitar un enlace de ayuda en donde se detallen las características, requisitos y plazos de respuesta de cada tipo de solicitud de acuerdo con lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, así mismo, se debe habilitar un mecanismo a través del cual el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.
- La ESE HUS debe establecer una política y un plan de comunicación con los usuarios internos y externos, la cual debe contener los procesos, procedimientos, matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria entre otros, y deben ser divulgados a todos los colaboradores de la ESE HUS.
- 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

- La ESE HUS mediante el proceso de Gestión del Mejoramiento Continuo y Gestión Integral de la Información en la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, cuenta con los procedimientos de gestión documental de la calidad donde se almacena la documentación de los procesos y sus procedimientos, además se establecieron los procedimientos de archivo para el funcionamiento y gestión de la entidad. Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se pueden consultar en forma física o magnética y se cuenta con un sistema que incluye los componentes de talento humano, recursos físicos y tecnológicos. Para la consulta digital se hace uso de la plataforma Intranet, los colaboradores de la entidad cuentan con un usuario mediante el cual pueden consultar en el módulo documentos, todo lo referenciado anteriormente o dirigirse a la Oficina Asesora de Calidad, dependencia procesos, donde reposan dichos documentos. Para consultar el archivo se puede hacer de forma física o magnética, la información reposa en cada proceso según lo establecido para la gestión documental.
- Se cuenta con la dependencia de gestión documental que es quien archiva la documentación según las directrices.
- La ESE HUS, haciendo uso de su página web www.hus.gov.co, ha publicado la información relacionada con su planeación para que las partes interesadas y sus colaboradores la conozcan.
- La Institución publica en su página web los informes remitidos a la Contraloría sobre el Plan de Mejoramiento vigente de la entidad de acuerdo con la periodicidad establecida por este organismo de control.
- En la página institucional se coloca a disposición todos los boletines y publicaciones emitidos periódicamente por la entidad, organizándolos del más reciente hacia atrás.
- Las herramientas Dinámica Gerencial y Xmartnet Intranet, se complementan con el proceso de gestión integral de la información y las funciones que le corresponden en la planeación y administración del sistema de información e infraestructura tecnológica de la ESE HUS.

- 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 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.
- 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).

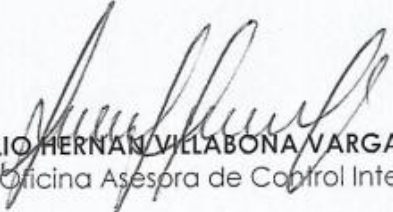
El alcance de la evaluación tiene como propósito establecer el logro en la implementación y el desarrollo de los dos (2) módulos, el eje transversal, los seis (6) Componentes y los trece (13) elementos del nuevo Modelo Estándar de Control Interno.

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