

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

PERIODO EVALUADO: TERCER CUATRIMESTRE DE 2018

FECHA DE ELABORACION: ABRIL DE 2018

### MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

#### AVANCES

- La Gerencia direcciona la realización de los planes operativos de cada proceso con las metas, objetivos e indicadores que son ejecutados por cada uno de los responsables y su equipo de trabajo. El resultado es presentado en el Comité de Gerencia quienes verifican y analizan cada una de las metas, el resultado de los indicadores y se toman decisiones que quedan en las actas que se levanta.
- A partir de los contenidos estratégicos de la entidad, contenidos en la plataforma estratégica se ejecutan y planean los proyectos y planes operativos de las dependencias de la institución. Cada proceso contempla el cumplimiento de las acciones encaminadas al logro de dichos objetivos el cual son monitoreados por los líderes responsables de cada proceso.
- Proceso de Planeación bien definido, direccionado desde la Gerencia, debidamente controlado con seguimiento periódico que permite tomar decisiones oportunas para el logro de los objetivos institucionales.
- La estructura organizacional está definida y aprobada de conformidad con el Acuerdo No.28 de 2015.
- Para el desarrollo de las competencias, Talento Humano construyó el Plan Institucional de Capacitación y el programa de inducción y reinducción para los funcionarios.
- Dentro del plan de bienestar se realizaron diferentes actividades tales como: Felicitaciones en el día de la Profesión, tarjeta de felicitación de cumpleaños, además del pago oportuno a los funcionarios.
- Para la construcción del Plan Institucional de Capacitación la entidad tiene en cuenta insumos tales como PQRS, resultados de la evaluación del desempeño y resultados del clima cultural y organizacional.
- Existen indicadores que miden la efectividad de las capacitaciones realizadas.
- Se realiza plan de mejoramiento individual como resultado de las evaluaciones de desempeño laboral y también de las PQRS presentadas por los clientes internos y externos.
- Para este periodo el área de Talento Humano desarrolló una adecuada inducción y reinducción a todos los funcionarios del hospital, cumpliendo así el programa trazado
- A través del área de Calidad se adelanta el proceso de acreditación a través del PAMEC con el manual de estándares de la resolución 123 del 2012, el cual lleva un cumplimiento del 91.8%.
- La Alta Dirección facilita la comunicación y retroalimentación en los diferentes niveles de la Entidad.
- La entidad revisa y da respuesta, a través del aplicativo, a las diferentes peticiones, quejas y reclamos, aplicando los correctivos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios internos y externos.
- En cuanto a la administración del riesgo, el Hospital sigue la metodología del Departamento



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



Administrativo de la Función Pública.

- El hospital cuenta con política de administración del riesgo y metodología del mismo.
- Se hizo análisis y seguimiento a la matriz de riesgo de la institución por parte de la Oficina de Control Interno realizando las correspondientes sugerencias e identificación de los riesgos de corrupción.
- El Hospital en cumplimiento de la Ley 909 de 2004, el Decreto 1227 de 2005, la Ley 1010 de 2006 y la Resolución 652 de 2012 del Ministerio de Trabajo conformó el Comité de Convivencia Laboral, con el fin de prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo
- La ejecución de los recursos de acuerdo con el presupuesto de la institución es monitoreado en forma mensual con el fin de realizar los ajustes o modificaciones a que haya lugar de manera oportuna que permitan garantizar la operación y el desarrollo de las actividades del Hospital.
- El mapa de procesos de la Institución está conformado por 16 procesos, el cual se encuentran articulados de tal manera que la información circula a través de todas las dependencias y los procedimientos se encuentran debidamente documentados.
- La entidad cuenta con la caracterización de los procesos y procedimientos en la oficina de Calidad.
- Por lo anterior la Gerencia viene direccionando la calidad de la prestación de servicios, encaminado al mejoramiento continuo, la aplicación de los estándares superiores de calidad con la integración de los sistemas de calidad como son: Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional, Sistema de Gestión de la Calidad, Proceso de Gestión Documental, Sistema de Seguridad Informática y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con los cuatro componentes: Habilitación, Acreditación, Sistema de Información y Auditoría para el mejoramiento de la Calidad todo esto con el objetivo de brindar un mejor servicio a la comunidad.
- Existen puntos de verificación establecidos en el desarrollo de las actividades de los procesos que son evaluados periódicamente mediante indicadores que son socializados y analizados a través del comité de gerencia y Junta Directiva.
- Las auditorías internas realizadas generan recomendaciones que son direccionadas a la administración de la institución.
- La entidad cuenta con un plan de mejoramiento institucional suscrito con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, resultado del informe integral con modalidad regular del período auditado para la vigencia 2015, de acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de control interno se han cerrado 23 de los 28 hallazgos encontrados en la auditoría, equivalente a un 80% de avance en los compromisos adquiridos.
- La entidad cuenta con un plan de mejoramiento institucional suscrito con la Superintendencia de Salud, resultado del informe integral con modalidad regular del período auditado para la vigencia 2014, de acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de control interno se han cerrado 67 de los 75 hallazgos encontrados en la auditoría, equivalente a un 82% de avance en los compromisos adquiridos.
- Para atender el componente de información y comunicación el Hospital cuenta con la Oficina de atención al usuario el cual da respuesta a la PQRS del cliente interno y externo.
- La entidad cuenta con un manual de gestión documental y correspondencia que identifica claramente los tipos de documentos y está en proceso de actualización.
- El hospital tiene identificados y definidos los responsables de la administración y operación del sistema de información.
- Cuenta con página web, intranet, cartelera físicas, correo electrónico institucional, buzón de quejas y reclamos y una persona responsable del área de comunicaciones. También cuenta con un Plan de comunicaciones cuyas actividades están enfocada a difundir información tanto a los clientes internos y externos
- Se contrató la elaboración de la página web de la institución cumpliendo con el lleno de los requisitos exigidos en la normatividad vigente establecida por el Ministerio de las



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



Comunicaciones. Se evidenció avance sustancial y se sigue en la actualización de la misma.

## DIFICULTADES

- La entidad no cuenta con mecanismos para evaluar los beneficios obtenidos frente a los eventos de bienestar y la adecuación del ambiente laboral.
- Falta de funcionalidad del Comité de Gobierno en línea. Existen tareas y portal en la página web con sus correspondientes actualizaciones
- No se responde a tiempo los PQRS presentadas por los usuarios de salud.
- El área de Gestión Documental cumple con unas condiciones muy mínimas para el archivo y custodia de los documentos de la Entidad y sigue en el proceso de actualización de la información.

## SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

## AVANCES

- En el Hospital están definidas las políticas de operación por procesos.
- Se presentan en forma oportuna los informes e indicadores a los diferentes entes de control
- Se realiza monitoreo permanente por parte del Comité de Gerencia al avance de la gestión de los responsables de los procesos que sirve para la toma de decisiones, el control se realiza a través del seguimiento a los indicadores que son presentados en el Comité.
- La información de interés general y de obligatorio cumplimiento normativo es publicada en la página web.
- La Institución cuenta con una oficina de quejas y reclamos para atender las necesidades y sugerencias de los usuarios. A través de ella se realizan encuestas a los usuarios para determinar el nivel de satisfacción en los servicios prestados al Hospital.
- Se instalaron 10 buzones de sugerencias ubicados en los diferentes servicios del Hospital, pero solo 7 están en servicio
- El Hospital cuenta con los siguientes elementos de control: Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, Oficina de Control Interno, Oficina de Gestión de Calidad, Oficina de Planeación y herramientas técnicas y tecnológicas.
- Como resultado de la auditoría adelantada por la Contraloría se emitió concepto favorable, eficiente a la ejecución contractual con una calificación de 85.9 sobre 100.
- El área de Gestión Documental realizó capacitación en el manejo de las tablas de retención documental (TRD).
- Para la puesta en marcha de la nueva plataforma tecnológica el Hospital realizó con gran esfuerzo y en jornadas extensas tuvo un avance considerable en la parametrización del aplicativo PANACEA. Se adquirió la infraestructura necesaria en espacios y equipos y a la vez se implementó en todos los servicios; está en fase de producción.
- En hospitalización se aumentó el cupo en camas así: medicina interna 58, pediatría 27; quirúrgico 15, trauma 10 y hospitalización observación 33.
- Se amplió y remodelo el área de quirúrgicas
- Se inició la prestación de servicios No POS.
- Se incrementó la facturación de servicios de salud.
- Se instalaron en las diferentes áreas del Hospital los derechos y deberes de los usuarios.
- El hospital cuenta con un sistema (PANACEA) de costos que está en la fase de



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



parametrización e integralidad con los demás servicios el cual está orientado a mejorar la información y facilitar un control eficiente de los mismos.

- Se compró equipo para urodinamia y videourodinamia

## DIFICULTADES

- El Hospital no cuenta con un aplicativo actualizado que suministre la información de quejas y reclamos en forma automatizada por lo que la consolidación de la información se hace en forma manual por el área de atención al usuario.
- El porcentaje de respuesta por parte de los responsables de los procesos a las peticiones quejas o reclamos de los usuarios es muy bajo y demorado.
- Los líderes de los procesos no realizan un monitoreo permanente a los planes de mejoramiento que permita realizar en las fechas propuestas las acciones correctivas o de mejora a los procesos.
- No se realiza plan de mejoramiento sobre las quejas presentadas por los usuarios a través del SIAU.
- No se verifica permanentemente por parte de los responsables de los procesos los controles a los mapas de riesgo con el fin de determinar su pertinencia y confiabilidad a la mitigación del riesgo.
- El área de sistemas satisface las necesidades de sistematización de todas las dependencias, pero con la limitante del recurso financiero.
- La página web cumple con los requisitos exigidos por la normatividad vigente, pero se sigue en el proceso de la actualización

## SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION

## AVANCES

- Se efectuó por parte de la Oficina de Control Interno seguimiento al plan de mejoramiento establecido por la Contraloría Departamental y se realizaron las respectivas recomendaciones.
- Se efectuó la rendición de informes a los entes de control en las fechas correspondientes
- Se realizó seguimiento a los Comités institucionales.
- Se dio respuesta a la Súper Intendencia Nacional de Salud sobre el avance del plan de mejoramiento suscrito con esa entidad.
- A través de los Comités de Gerencia se realiza permanente monitoreo a los indicadores de gestión presentados por los responsables de los procesos y se toman decisiones que lleven a la consecución de los objetivos.
- Se realizó seguimiento al mapa de riesgos institucional por parte de la Oficina de Control Interno y se realizaron las correspondientes recomendaciones.
- Se evidencia un avance en la implementación del MECI del 90%

## DIFICULTADES

- No se verifica permanentemente por parte de los responsables de los procesos los controles a los mapas de riesgos con el fin de determinar su pertinencia y confiabilidad a la mitigación del riesgo.
- Los líderes de los procesos no realizan monitoreo permanente a los planes de mejoramiento que permitan cumplir con las acciones correctivas, preventivas o de mejora en los tiempos establecidos.



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



- Limitados recursos tanto físicos como humanos para atender todas las necesidades y frentes de la institución.
- No se ha realizado por parte de la Oficina de Control interno actividades para promover el autocontrol en los funcionarios del hospital.

### ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El hospital ha logrado implementar la gran mayoría de los elementos del Modelo Estándar de Control Interno en el que han intervenido los líderes de cada proceso de la entidad.

El hospital presenta un adecuado sistema de control interno contable con una calificación el 4.3 sobre 5 de acuerdo con la evaluación realizada por la Oficina de Control interno y presentada a la Contaduría General.

Si bien es cierto el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. tiene identificados sus riesgos institucionales y de corrupción, es necesario que los líderes de los procesos realicen un mayor seguimiento y actualización de los mismos para evitar su materialización.

De la visita realizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca con el fin de auditar la vigencia 2015 se emitió en el informe final concepto favorable sobre el control de resultado con una calificación de 93.4 puntos, al evaluar los factores del control de gestión también se emitió concepto favorable, con relación a la gestión en la ejecución contractual la Contraloría emitió concepto eficiente con una calificación de 82 puntos y determina el informe el fenecimiento de las cuentas revisadas.

### RECOMENDACIONES

- Realizar seguimiento y cierre de hallazgos realizados por la Contraloría Departamental y la Superintendencia de Salud con el fin de mejorar y optimizar los procesos y dar solución a las desviaciones que afectan el cumplimiento de los objetivos misionales.
- Fortalecer la cultura del autocontrol, autoevaluación y administración del riesgo en cada uno de los procesos que permita su control oportuno
- Fortalecer la cultura del seguimiento a las acciones correctiva, preventivas o de mejora de los planes de mejoramiento tanto internos como externos con el fin cumplir con las acciones de mejora propuestas.
- Mejorar el nivel de desarrollo de la cultura del dato, en términos del mejoramiento del análisis de indicadores para la toma de decisiones.
- Revisar el indicador de satisfacción del usuario, a fin de medir no solamente el cumplimiento de requisitos durante la prestación del servicio, sino el nivel de cumplimiento de sus necesidades y expectativas.
- Verificar y actualizar permanentemente los mapas de riesgo por parte de los responsables de los procesos.
- Realizar la socialización a todo nivel de los riesgos de corrupción identificados en la actualización de la matriz de riesgo.
- Atender de manera oportuna todas las dificultades o debilidades presentadas para poder continuar el avance y fortalecimiento del Sistema de Control Interno
- Seguir en la ampliación de la plataforma tecnológica y sistematización de todos los procesos del hospital.



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
**MARIO CORREA RENGIFO**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nit No. 890.399.047-8



**IMELDA CASTRO OCHOA**  
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**