

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Luz Marina Duran Sanchez Asesora de Gestión Pública y Autocontrol Hospital San Blas II Nivel	Periodo evaluado:	
		Fecha de Elaboración	11-Nov-2011

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

Se recomienda que el área de Talento Humano en los procesos de inducción y reinducción realice la evaluación de la capacitación con el objetivo de medir los conocimientos necesarios para el cumplimiento de las funciones. Es necesario establecer un reglamento interno en el cual se fijen los criterios y las condiciones para acceder a los programas de capacitación dando cumplimiento al Decreto 1567 de 1998. En lo que tiene que ver con Administración de Riesgo realizando el seguimiento a través de las auditorias no se identifican las actividades o indicadores que midan la efectividad de la mitigación del riesgo. En otros casos a pesar de evidenciarse el riesgo, al monitorear estos no se observa que lo planteado en la mitigación se cumpla, por cuanto se viene observando los mismos hallazgos. Se recomienda que la Alta Dirección evalúe la Política de la Administración del Riesgo de la Institución siendo importante incluir el riesgo residual pues este queda cuando las técnicas de la administración del riesgo han sido aplicadas.

Avances

En el desarrollo de este componente se evidencia que el código de ética contiene los principios éticos de la entidad, el cual contribuye al comportamiento en la construcción y mantenimiento de una imagen institucional que identifica con estándares de calidad, respeto por la dignidad del ser humano y del servicio incondicional, se encuentra documentado y se da a conocer en los procesos de inducción y reinducción a los funcionarios de la entidad, en el área de talento humano reposan las planillas y los temas a tratar en los procesos de inducción y reinducción, sin embargo no se mide la adherencia a estos temas. El Hospital, modificó y actualizó el Código de Ética mediante resolución No.276 del 15 de septiembre de 2008 teniendo en cuenta el plan de desarrollo para la vigencia 2008 – 2012, identificando nuevos valores corporativos como RESPONSABILIDAD, COMPROMISO VOCACION DEL SERVICIO, HONESTIDAD Y SOLIDARIDAD.

Cuenta con políticas para el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público se formalizaron mediante el Acuerdo 020 de 2005 y se han actualizado acorde a las necesidades del Hospital mediante la Resolución No 141 de 2006.

Actualmente el área de talento Humano se encuentra en el proyecto de actualización de manuales de funciones liderado por el Servicio Civil Distrital el cual es apoyado por la Oficina Asesora de Gestión Pública y Autocontrol.

Dentro de las políticas de desarrollo de talento humano del Hospital San Blas II nivel se encuentra la Selección, Inducción, reinducción entrenamiento, capacitación, bienestar e incentivos y salud ocupacional

A la fecha se da cumplimiento al programa establecido de bienestar y capacitación por cuanto, durante la vigencia de 2011 la administración capacita a los funcionarios en el tema de acreditación siendo este un objetivo dentro del Plan de Desarrollo Institucional.

El Plan de Desarrollo Institucional del Hospital, establecido mediante el Acuerdo 018 de 2008 es un instrumento de planeación de corto, mediano y largo plazo, nos permite monitorear la gestión de la Empresa Social del estado, se encuentra armonizado dentro de las políticas del plan nacional de desarrollo “ Estado Comunitario, Desarrollo para todos”, el Plan de Desarrollo Económico, social y de obras Publicas para Bogotá 2008-2012 “Bogotá Positiva”, las directrices del Plan Distrital de Salud y los ejes programáticos del Plan nacional, este plan incluye: Re direccionamiento Estratégico como misión, visión filosofía organizacional, valores corporativos, política de calidad y política de seguridad del paciente.

El Hospital adoptó el Mapa de Riesgos Institucional mediante la Resolución No 163 de 2005, fue construido bajo un enfoque por procesos, aquí se consolidaron los riesgos institucionales dentro del contexto

estratégico, lo que permite identificar, describir, analizar y calificar con base en información disponible, todos aquellos eventos que podrían afectar el logro de los procesos.

Con Resolución No. 0351 de 19 de noviembre de 2008 se adopta la Política de Administración Riesgo de la Entidad.

En este subsistema se evidencia el informe consolidado de los temas en el proceso de inducción y reinducción cumpliendo lo establecido por la norma, ejemplo principios éticos definidos por la entidad, se realiza seguimiento de los acuerdos de gestión verificando el cumplimiento de los POAS, se socializo la medición del clima laboral en los dos últimos años presentándose acciones de mejora, se da cumplimiento a los términos establecidos para la evaluación de desempeño, se evidencia seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional frente al cumplimiento de las actividades propuestas, la administración con base en los resultados de los seguimientos ha efectuado ajustes a través de los planes de mejoramientos por procesos.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Los controles existentes en los procesos para el desarrollo de las actividades, presentan falencias ya que algunos carecen de puntos de control. Teniendo en cuenta la caracterización de los procesos se hace necesario definir indicadores cuya medición periódica permitiría establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados en el proceso. Es necesario ajustar la política de comunicación organizacional.

Avances

Las políticas de operación de la entidad están adoptadas y divulgadas.

En algunas áreas de acuerdo a la evaluación independiente se han realizado revisiones a los procedimientos por parte de los responsables de los procesos.

Se reviso y ajusto los indicadores que permitiera evaluar la gestión

Cuenta con la identificación de fuentes externas de información y mecanismos para su administración y manejo

Se adoptaron las políticas de Operación de los procesos vigentes Estratégico, misional, apoyo y evaluación.

La Gerencia a través de la oficina de Planeación retroalimenta a los referentes de los procesos las políticas de operación de la entidad con el objetivo que esta comunicación se ha desplazada a todos los funcionarios del hospital facilitando la ejecución de los procesos y actividades en el cumplimiento de los objetivos institucionales, se cuenta con indicadores con el cual se realiza seguimiento y evaluación a la gestión permitiendo toma de decisiones de acciones preventivas y correctivas, se tiene identificado las fuentes externas de información y los mecanismos para su administración y manejo. La oficina asesora de Gestión Pública y autocontrol realiza el seguimiento a los POAS verificando los indicadores establecidos. Durante la vigencia la vigencia del 2011 se actualizaron procedimientos identificando los puntos de control.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

Realizando seguimiento a las auditorias de Gestión y a los planes de mejoramiento por procesos planteados por las mismas áreas se puede establecer que no se da cumplimiento a las acciones correctivas ni a los indicadores (calidad, Mecí, glosas entre otras), evaluando los procedimientos no se evidencia adherencia a los mismo. En la Institución no se ha asimilado la cultura de autocontrol. A pesar que se tiene el procedimiento de auditorias integrales y se identifica el plazo para la entrega de planes de mejoramiento por procesos no se cumple. Si bien es cierto al evaluar el Sistema de Control Interno se evidencia la implementación y documentación del MECI se hace necesario que la Alta Gerencia desarrolle estrategias para el sostenimiento, verificación de adherencia y capacitación continua sobre los beneficios del Modelo Interno de Control Interno MECI 1000:2005, buscando el mejoramiento continuo de la institución.

Avances

Las dependencias del hospital tienen establecido un plan de acción que refleja los objetivos y las metas a realizar por cada vigencia. La ejecución de este plan es consolidado y analizado por el área de planeación de manera trimestral.

La oficina asesora de Gestión Pública realiza el seguimiento al cumplimiento a los POAS verificando los indicadores allí establecidos.

Este Subsistema desarrolla mecanismos de medición, evaluación y verificación, con el objetivo de determinar la eficiencia y eficacia del sistema de control interno buscando el mejoramiento continuo dentro de la Institución, El Hospital San Blas a través de la Oficina Asesora de Gestión Pública y Autocontrol realiza auditorías integrales (Gestión y Calidad) a los procesos y de acuerdo al Plan Anual de Auditorías verifica y evalúa si se da cumplimiento a los indicadores establecidos, generando alertas sobre las posibles desviaciones en el cumplimiento de sus objetivos derivándose de lo anterior acciones correctivas y preventivas, como también plan de mejoramiento por procesos.

Estado General del Sistema de Control Interno

La evaluación al Sostenimiento del MECI se desarrollo a través de las auditorías integrales (Gestión y Calidad) realizada por el área de Gestión Pública y autocontrol evidenciándose la necesidad de capacitar a los funcionarios en las beneficios del Modelo ya que se cuenta con políticas, procesos y procedimientos definidos en la institución permitiendo el monitoreo y seguimiento de indicadores para el cumplimiento de las metas establecidos en los POAS (autocontrol, autoregulación y autogestión), como también al Plan de Desarrollo Institucional. En las auditorías realizadas a pesar de evidenciarse el riesgo y comunicado a las áreas involucradas a través de la socialización (procedimiento establecidos) no se registra que efectivamente se corrijan las inconsistencias, pues al efectuarse el seguimiento se evidencia el mismo riesgo no identificando puntos de control ni actividades para su mitigación.

Recomendaciones

Se recomienda que el área de Talento Humano en los procesos de inducción y reinducción realice la adherencia a la capacitación con el objetivo de medir los conocimientos necesarios para el cumplimiento de sus funciones, sugerencia que se dio a conocer en la evaluación del Modelo Estándar de Control Interno vigencia 2009. Es necesario establecer un reglamento interno en el cual se fijen criterios y condiciones para acceder a los programas de capacitación Decreto 1567 de 1998. Se recomienda actualizar el normograma frente a las competencias, responsabilidades asignadas a la entidad por mandato legal. Se cuenta con el mapa de riesgos por proceso, pero no se evidencia documentado el cumplimiento de la mitigación. Los controles existentes en los procesos para el desarrollo de las actividades presentan falencias ya que algunos carecen puntos de control. A partir del Direccionamiento Estratégico y de la caracterización de los procesos se hace necesarios diseñar indicadores cuya medición periódica permita establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso es necesario ajustar la política de comunicación organizacional. Mediante Resolución 352 de 2008 se definieron políticas de información del Hospital San Blas, es necesario definir políticas para el manejo de uso de hardware y software haciendo referencia el art. 195 del código Penal que es acceso y abuso de un sistema informático. Se recomienda implementar un plan de contingencia y continuidad, dado que la información es administrada por terceras personas (outsourcing), es necesario definir dentro del contrato el área del hospital o responsable de salvaguardar activos. No se cuenta con un mecanismo eficiente que ayude a controlar y evaluar el riesgo causado por omisión en el proceso de facturación de cuentas y valores cobrados por los servicios prestados que ingresen al servicio de urgencias. Dentro de las políticas de información se requiere diseñar un plan de recuperación de desastres de los sistemas de información. Se recomienda adquirir un software integrado por cuanto la información relevante es manejada manualmente, existiendo en algunas ocasiones reprocesos. Se recomienda dar cumplimiento al procedimiento adoptado a planes de mejoramiento por procesos o áreas.

Firma