

INFORME DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Gestión
Pública y
Autocontrol :

CARLOS ALBERTO LOPEZ RUIZ

Período evaluado: JULIO - OCTUBRE 2011

Fecha de elaboración: NOVIEMBRE 8 de 2011

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

- La realización del seguimiento a los planes de mejoramiento individual y al fortalecimiento de su evaluación, por parte de los responsables de proceso teniendo en cuenta que los planes empezaron a realizarse recientemente.
- La evaluación de la efectividad de los controles no se muestra en resultados formales ya que no existe una metodología para su desarrollo.
- Las modificaciones legales han hecho que el entorno de la institución desde el punto de vista legal cambie y se necesite adecuar las estrategias y planes institucionales, para dar cumplimiento a la nueva normatividad, estas actividades generan cambios y re direccionamiento de la estrategia institucional enfocada en la operación del Hospital.

Avances

- El fortalecimiento del modelo de operación por procesos, ha generado al hospital una identidad y fortaleza como institución para cumplir con los requisitos para la presentación de certificación a la norma NTCGP-1000:2009.
- Se han realizado las actividades de actualización del manual de funciones de la institución, obteniendo un reconocimiento por las labores realizadas desde la Función Pública.
- En cumplimiento de la sentencia 614 de 2010 se han hecho las actividades administrativas respectivas para dar su cumplimiento y se han presentado los proyectos requeridos para darse el trámite legal necesario.
- La Gerencia está comprometida en el fortalecimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y los Sistemas de Gestión de la Calidad a través de la capacitación institucional y disposición de los recursos humanos y tecnológicos
- Se ha hecho la reactivación de la zona de encuentro donde se dirimen las dificultades con los funcionarios de una manera especializada y cordial para el manejo de conflictos.
- La evaluación del clima laboral realizada en el mes de mayo de 2011, demostró el mejoramiento que del mismo se ha presentado y la identificación de las nuevas oportunidades de mejora.
- La inducción a las personas que prestan los servicios en el Hospital se ha ido mejorando en su contenido y presentación, para hacer más fácil su adherencia y aplicación por parte de las personas que proporcionan los servicios a la institución.
- Se ha programado la evaluación de las dependencias para presentar un informe consolidado como insumo de la evaluación del desempeño de los servidores de carrera administrativa, donde se evidenciaran las recomendaciones relacionadas para su calificación definitiva y como resultado de estas evaluaciones se podrán presentar las acciones de mejoramiento y de ser requerido el

levantamiento del Plan de Mejoramiento Individual cuando sea necesario.

- Los acuerdos de Gestión se ha evaluado sistemáticamente y de una manera trimestral generando los compromisos de acciones de corrección y mejora como el seguimiento por parte de la Dirección.
- Se ha realizado la actualización del normograma, con base en la actualización de las caracterizaciones de los procesos y procedimientos, generando la articulación y coherencia de los sistemas y la plataforma estratégica.
- Se inicia la actualización sistemática y periódica del mapa de riesgos por cada proceso, entregándoles la metodología y formatos para dar cumplimiento a las directrices dadas. Se están realizando las reuniones correspondientes con los equipos de trabajo para su ejecución. Es de resaltar el compromiso con la articulación y determinación de los riesgos que tienen los equipos.
- El seguimiento a la efectividad de los controles en la administración de los riesgos se ha empezado a articular con la herramienta institucional del BSC, permitiendo su control de una manera sistemática y coherente con los resultados y acciones.
- Se ha continuado con la integración de los sistemas y la actualización documental y procedimental para el cumplimiento de la NTC GP-1000:2009.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

- No hay la identificación específica desde algunos procesos, donde se determine, que insumos o información ciudadana es necesaria para su proceso.
- La implementación de mecanismos de donde se pueda gestionar trámites y servicios en línea, debido a las limitantes en los sistemas de información por el alto costo.

Avances

- La institución ha hecho la actualización de proceso y procedimientos de acuerdo a la plataforma estratégica y dentro de su enfoque por procesos la revisión periódica y sistemática de los mismos para articulación institucional.
- Dentro de la Herramienta Balance Score Card, se ha desarrollado un modulo específico de control interno, desde donde se puede monitorear y hacer seguimiento en tiempo real a los procesos de toda la institución y realizar los seguimientos y acciones preventivas para el correcto funcionamiento y cumplimiento de los objetivos estratégicos por parte de los procesos.
- La autoevaluación ha sido una herramienta utilizada por los procesos para continuar sus planes de mejoramiento continuo.
- Teniendo en cuenta que los planes operativos, planes de acción y plan estratégico se encuentran alineados y son medidos por medio de la herramienta Balance Score Card, permite medir el avance de la gestión, con lo cual cada responsable de proceso y el nivel directivo puede observar el comportamiento de los mismos y tomar decisiones.
- El análisis de los indicadores en la herramienta del Balance Score Card, ha permitido el monitoreo y la toma de decisiones por parte de cada uno de los procesos.
- Los mecanismos para la recepción, atención y respuesta de peticiones quejas y reclamos, se ha cumplido de acuerdo a la normatividad legal vigente y a las disposiciones y controles respectivos. El Defensor del Ciudadano se encuentra bajo la responsabilidad de un funcionario de nivel directivo.
- A través de mecanismos de participación como comités y encuestas a los usuarios se han identificado necesidades de nuestros clientes generando las acciones correspondientes como la creación de proyectos especiales para su satisfacción y cubrimiento.

- Se han establecido mecanismos de recepción de sugerencia y recomendaciones por parte de los funcionarios que prestan los servicios al hospital como lo es el buzón de sueños.
- La institución hace los reportes y tiene los mecanismos necesarios para dar cumplimiento a la administración y distribución de la información.
- La participación ciudadana a través de sus diferentes organizaciones ha hecho que el hospital pueda rendir los informes requeridos y suministrar la información general de la gestión institucional.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

- Falta de soportes de las sensibilizaciones realizadas a los funcionarios, para la aplicación de la metodología de autoevaluación del control.
- La dispersión de recursos entre auditorías programada y extraordinarias ejecutadas, solo ha permitido la ejecución parcial del programa anual de auditorías.
- La atención a entes externos de control ha generado una carga de trabajo adicional; ya que la inmediatez en la solicitud y su atención, dificultan el ejercicio normal del control institucional.

Avances

- El plan de Mejoramiento institucional se estandarizo y socializo para que respondiera a todos los requerimientos de los diferentes sistemas integrados así como a las necesidades permanentes de los organismos de control.
- Las mejoras en la entidad como consecuencia del cumplimiento de las actividades señaladas en los planes de mejoramiento evidenciadas por cada uno de los procesos en el despliegue del seguimiento de los mismos.
- La creación de herramientas con sus aplicaciones para la evaluación del control.
- La Cultura del autocontrol, ha recibido el despliegue institucional donde se busca la adherencia del mismo que va a ser evaluada a una muestra representativo de funcionarios para verificar su adherencia y cumplimiento.
- Se hace la autoevaluación del proceso de Evaluación Seguimiento y Control, con el resultado de un plan de mejoramiento, evidenciándose la cultura del autocontrol.

Estado general del Sistema de Control Interno

- El Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. Nivel I de Atención, usando como herramienta el instrumento de sostenibilidad del Control Interno dado por la Veeduría Distrital, presenta una evaluación del avance en la autoevaluación de la sostenibilidad, implementación y mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno con corte a 30 de Octubre de 2011 del 92%, que de acuerdo a los criterios establecidos en dicho documento corresponde a un Rango Alto de calificación.
- Los Subsistemas que componen el Modelo Estándar de Control Interno MECI de las vigencias 2008, 2009, 2010, y su comportamiento durante el 2011 es el siguiente:

SUBSISTEMA	2008	2009	2010	2011 (PARCIAL CORTE 31-OCT)
ESTRATEGICO	79,52	92,03	98,37	98
GESTION	92,36	98,18	99,45	97
EVALUACION	90,02	89,29	74,95	80

- Se han realizado las acciones consistentes en levantar los planes de mejoramiento individual, desde los acuerdos de gestión, así como en las evaluaciones de desempeño. Estos se encuentran articulados con las oportunidades de mejora que tiene cada uno de los procesos.
- La autoevaluación por parte de los líderes de proceso y funcionarios con el propósito de fortalecer la cultura del autocontrol en cada una de las actividades desarrolladas de los procesos de la institución.
- Disponer el recurso humano para el desarrollo de las auditorías asistenciales con el propósito de cumplir con el Programa Anual de Auditorías Internas.
- Continuar con las acciones que conlleven al fortalecimiento, sostenimiento y mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.
- Se diseñaron, implementaron y evaluaron las estrategias de fortalecimiento de la cultura de autocontrol entre los funcionarios del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. a través de mecanismos como la Cartilla del Autocontrol, actividades de participación de funcionarios y comunidad en ferias de conocimiento e inducción a nuevos funcionarios.

Recomendaciones

- De acuerdo a la normatividad legal expedida (ley 1438 de 2010 y reglamentarios), se debe actualizar e incorporar a los procesos y procedimientos, dichas obligaciones legales. Así mismo se debe analizar su incidencia en la prestación del servicio y afectación financiera de la institución.
- Dentro de la participación de la Asociación de Hospitales del Distrito, fijar políticas y posiciones del sector congruentes con las actividades relacionadas del los hospitales.
- La realización de la totalidad del programa de auditorías, solicitando un apoyo a los procesos misionales para que soporten las auditorias programadas.
- Continuar con el proceso de autoevaluación establecido, desde el mejoramiento continuo y planes de mejoramiento.

CARLOS ALBERTO LOPEZ RUIZ

Firma