

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011  
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA**

<b>Jefe de Control Interno:</b>	MILLER LEON ROA	<b>Periodo evaluado:</b> 13 de Julio a 12 de Noviembre de 2014.
		<b>Fecha de elaboración:</b> 12 de Noviembre de 2014.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en cumplimiento del Decreto 943 del 21 de mayo de 2014, se encuentra avanzando en la implementación del nuevo Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014, emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública; en este sentido se culminaron las tres (3) primeras fases (Conocimiento, Diagnóstico y Planeación de la actualización) y se encuentra en ejecución la cuarta fase de Ejecución y Seguimiento, quedando pendiente para el mes de diciembre del presente año, la quinta y última fase de cierre.

**1. Módulo de Control de Planeación y Gestión**

**Avances**

**1.1. Componente Talento Humano**

Durante el periodo de análisis en la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, a efectos de articular dicho componente, mediante el Comité de Ética y Humanización Hospitalaria, documentó la actualización del Código de Ética institucional y, a su vez, la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, actualizó el Código de Buen Gobierno, siendo establecidos y adoptados Mediante Resolución número 0927 del 24 de octubre de 2014, los cuales se empezaron a socializar mediante la estrategia del Plan Padrino.

La institución cuenta con una propuesta de actualización del Manual de Funciones y Competencial Laborales elaborado por la firma Gonzáles & Lasso, la cual se encuentra en actualización de acuerdo a la nueva normatividad vigente (Decreto No. 1376 del 22 de julio de 2014, por el cual se reglamenta los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los acuerdos de formalización en las Empresas Sociales del Estado), que obliga la actualización del Manual.

Así mismo, mediante Resolución No. 0247 del 08 de abril de 2013, por medio de la cual se reglamenta el Plan Institucional de Formación y Capacitación, se encontró que a la fecha del presente seguimiento, se ha ejecutado el PIC en un 70%; a su vez, el Programa de Bienestar Social ha desarrollado doce (12) actividades del cronograma de trabajo y, por último, en cuanto al Plan de Incentivos se refiere, se han promovido situaciones administrativas de movilidad de personal de planta asociados a dicho plan; como también reconocimientos por antigüedad, entre otros .

De igual forma la Oficina de Talento Humano actualizó el Manual de Inducción y Reinducción de la institución quedando pendiente su adopción y socialización.

En lo que tiene que ver con el procedimiento de Evaluación de Desempeño Laboral, se encuentra en proceso de reestructuración a efectos de recibir orientación de la Comisión Nacional del Servicio Civil para la correcta y oportuna aplicación de los formatos establecidos para tal fin. No obstante de lo anterior, a la fecha, se realizó la evaluación del primer periodo (Que va del 01 de febrero a 31 de julio del presente año), con la elaboración del respectivo informe.

La Oficina de Salud Ocupacional se encuentra ejecutando el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado en Noviembre de 2013.

De igual forma las siguientes áreas cuentan con la Matriz de Peligro y la Valoración de los Riesgos en Seguridad y Salud Ocupacional, con sus recomendaciones y seguimiento: Radiología, Servicio Farmacéutico, Lavandería y Planchado, Ropería, Cuarto Piso, Archivo Clínico, Archivo Administrativo, Cocina y Nutrición, Taller de Mantenimiento, Suministros, Patología, Almacén, UCI Adultos, Banco de Sangre, Urgencias, Facturación Urgencias, Consulta Externa, Conmutador, Departamento de Enfermería, Talento Humano, Endoscopia y Neumología, Unidad Mental, Neurofisiología, Central de Esterilización, Sala de Cirugía, Sala de Partos, Tercer Piso, Quinto Piso, Sexto Piso, Séptimo Piso, Gerencia, Subgerencia Administrativa, Oficina Asesora Jurídica, Presupuesto, Subgerencia Financiera, Contabilidad, Costos, Planeación Calidad y Desarrollo Institucional, División de Hospitalización, Control Interno Disciplinario, Control Interno, Mercadeo, Estadística, Recursos Físicos, Cartera, Epidemiología, Bienestar Social, UCI Pediátrica y UCI Neonatal.

Por otra parte, mediante Resolución No.0306 del 25 de abril de 2011 se adoptó la actualización del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, el cual está publicado y socializado en diez (10) puntos de la Institución.

Mediante Resolución No. 2016 del 09 de Diciembre de 2013, se adoptó El Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGHIRS), el cual se encuentra en constante ejecución a nivel institucional.

El Reglamento Interno de trabajo fue actualizado y adoptado mediante la Resolución No. 0695 de 2014, el cual está publicado y socializado en diez (05) puntos de la Institución.

**Corazón para servir**

## 1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

La plataforma estratégica fue actualizada mediante Resolución No. 0481 de junio 17 de 2013, la cual se encuentra en proceso de socialización mediante la estrategia del Plan Padrino y la publicación en la página web de la entidad [www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co)

La Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional entregó y socializó mediante el Comité de Gerencia el ajuste al Plan Operativo Anual "POA" vigencia 2014, el cual fue aprobado por la Junta Directiva y publicado en la página web de la institución, siendo objeto de seguimiento a la fecha.

En cuanto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano en la vigencia 2014, el Mapa de Riesgos de Corrupción fue ajustado en el mes de agosto de 2014, bajo la coordinación de la Oficina de Planeación y publicado nuevamente en página web de la institución.

El Plan de Trabajo MECI vigencia 2014 también fue ajustado en concordancia con la nueva normatividad aplicable al Modelo, mencionada al inicio del presente informe.

La Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional aprobó treinta y siete (37) planes operativos para ejecutarse sobre la vigencia 2014, los cuales, se ha realizado dos seguimientos cuatrimestrales por parte de la Oficina de Planeación.

La Oficina de Control Interno realiza dos seguimientos a la política de acceso a la información elevada mediante las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, siendo ejecutada en primera sobre aquellas peticiones, quejas reclamos y sugerencias allegadas a la Oficina de Atención al Usuario semestralmente, y como segundo filtro especializado, aquel seguimiento bimensual realizado a las peticiones redireccionadas a la oficina Asesora Jurídica; siendo expuestos los resultados tanto al cliente interno como externo a través de la página web de la institución.

La Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional y Garantía de la Calidad actualizó los Manuales de Procesos y Procedimientos de las siguientes áreas: Gerencia, Planeación, Garantía de la Calidad, Mercadeo, Atención al Usuario, Trabajo Social, Sistemas de Información, Sistemas, Evaluación y Seguimiento del Riesgo, Urgencias, Cirugía Programada, Esterilización, Sala de partos, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, Laboratorio Clínico, Endoscopias Neumología, Imagenología, Rehabilitación, Consulta Externa, Unidad de Trasplante, Unidad Cardiovascular, Unidad Renal, Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, Terapia Respiratoria, Unidad de Cuidado Intensivo Terapéutico, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospitalización, Unidad de Cancerología, Farmacia, Gestión de Farmacia, Central de Gases Medicinales, Centro de Investigación Docencia y Extensión, Gestión de Talento Humano, Salud Ocupacional, Facturación, Cartera, Apoyo Financiero, Almacén, Nutrición, Mantenimiento, Suministros, Archivo, Jurídica, Control Interno y Control Interno Disciplinario los cuales fueron aprobados mediante Resolución No. 0919 del 23 de octubre de 2014.

Corazón para servir

### 1.3 Componente Administración del Riesgo:

En la actualización de los Manuales de Procesos y Procedimientos se identificaron nuevos riesgos los cuales están siendo trasladados a la matriz de identificación de riesgos; la metodología adoptada y la Guía que para el efecto expidió el D.A.F.P.

La Oficina Asesora de Control Interno en desarrollo de las auditorias analizó y evaluó los riesgos inherentes a los procesos auditados, para lo cual se presentaron las recomendaciones pertinentes ante la Gerencia y las dependencias evaluadas.

Durante el cuatrimestre evaluado se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento derivados de las siguientes auditorias: Servicio de Lavandería, Ortopedia, Cirugía Plástica, Oftalmología, Urología, Clínicas de Heridas, Cirugía General, Neurocirugía, Ginecología, Pediatría, Marley Sánchez Evento Adverso, Alto Costo, Costos, Bienestar Social, y Recargos Nocturnos Dominicales y festivos.

Por lo anterior la Oficina de Control Interno se permite precisar con gran preocupación que se viene observando incumplimiento en las acciones planteadas en los respectivos planes de mejoramiento; lo cual evidencia una falta de compromiso de los responsables, pues normalmente se trata de acciones propias del resorte del área, del diario vivir de las dependencias y de esta manera incidiendo el mejoramiento continuo de nuestra institución.

La Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, elaboró y publicó en la página web de la institución el Mapa de Riesgos Anticorrupción vigencia 2014, en este sentido la Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento del decreto 2641 de 2012 reglamentario del artículo 73 de la ley 1474 de 2011, realizó con corte a Agosto 31 de 2014, seguimiento a las estrategias del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigente; el cual fue entregado a la Gerencia y publicado a su vez en la página web del hospital.

#### Dificultades

No se cuenta con un Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales, diseño de perfiles o empleos debidamente actualizados y en concordancia con el modelo de operaciones.

La no actualización del total de los Manuales de Procesos y Procedimientos de la institución.

Así mismo las Guías y Protocolos Médicos y las de Enfermería no están terminadas en su totalidad.

Falta la identificación, análisis y valoración de los riesgos en la mayoría de los procesos tanto administrativos como asistenciales, por lo que la entidad no cuenta con el Mapa de Riesgos Institucional debidamente actualizado.

Se requiere mejorar la estructura y seguimiento a los planes de capacitación, bienestar e incentivos; incluyendo la necesidad de presentar a la Gerencia informes periódicos y consolidados del grado de ejecución.

## 2. Módulo de Evaluación y Seguimiento

### Avances

#### 2.1 Componente Autoevaluación Institucional

A efectos de implementar la cultura del autocontrol, la institución mediante Resolución Interna No. 0886 del 18 octubre de 2012, delimitó los parámetros para efectuar reuniones de autocontrol con el ánimo de evaluar internamente las actividades de la oficina conforme con el Plan de Desarrollo, Planes de Desarrollo Operativo, riesgos y demás actividades que agregan valor; encontrándose que a la fecha, las unidades funcionales reportan, como constancia de las reuniones de autocontrol, actas suscritas por los responsables en el seguimiento a las actividades efectuadas, siendo remitidas dichas actas a la Oficina de Control Interno.

La auto evaluación de acreditación se realizó en los meses de Febrero y Marzo de 2014, de igual forma la auto evaluación de Habilitación en los meses de Enero, Marzo, Junio, Julio, Agosto y Septiembre evaluando las normas Resolución Externa 1441 de 2013 y Resolución Externa 2003 de 2014; últimas expedidas sobre el particular.

#### 2.2 Componente Auditoria Interna

La Oficina de Control Interno actualizó el procedimiento de Auditoria Interna de conformidad con la nueva guía de auditoria impartida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, lo cual está en pendiente de aprobación por parte de la Oficina de Planeación Calidad y Desarrollo Institucional..

Así mismo esta oficina realizó auditorias y seguimientos en diferentes dependencias del hospital de conformidad al Programa Anual de Auditorias aprobado para la vigencia 2014; los respectivos informes de las auditorias y seguimientos han sido socializados con la Gerencia y cada una de las dependencias; con el fin de que se establezcan acciones de mejora a los hallazgos identificados.

La Oficina de Control Interno, responsable de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno, presentó el Informe Ejecutivo Anual De Control Interno - Encuesta DAFP – 2013, reportó el resultado de la encuesta tanto a la Gerencia como a la Oficina de Planeación Calidad y Desarrollo Institucional para su respectivo análisis y desarrollo de planes de mejoramiento de ser el caso.

### 2.3 Componente Planes de Mejoramiento:

La Oficina de Garantía de Calidad realizó ajuste y seguimiento al PAMEC 2014, el cual se viene ejecutando de acuerdo con los términos establecidos.

La Oficina Asesora de Control Interno logró que las dependencias auditadas suscribieran los respectivos planes de mejoramiento derivados de las auditorías; los cuales fueron sujeto de seguimiento de acuerdo con los tiempos de ejecución programados y se remitió informe a la Gerencia.

#### Dificultades

Continúa la necesidad de elaborar los planes de mejoramientos individuales derivados de las evaluaciones de desempeño laboral realizados a los servidores públicos.

### 3. Eje Transversal Información y Comunicación

#### Avances

El Hospital cuenta con correo electrónico y página <http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co/> en la cual la ciudadanía puede acceder a información general de la entidad; igualmente puede interactuar a través del link de peticiones, quejas y reclamos.

Como mecanismo de participación ciudadana se encuentra constituida la Asociación de Usuarios, la cual se reúne de manera periódica y es capacitada por la Oficina de Atención al Usuario - SIAU; así mismo, tienen representación en la Junta Directiva del hospital; como a su vez cuenta con una oficina dentro de las instalaciones de la institución.

El hospital ha definido los medios de comunicación a utilizar para emitir información a los usuarios internos y externos, los cuales son de tipo: Radial, escrita, comunicados de prensa, página web, Notihospital, cartelera, Outlook entre otras. Igualmente se estableció la Política de Comunicación y el Comité de Comunicaciones, el cual se reúne de manera periódica.

En cuanto a la estrategia de Gobierno en Línea, se retomó el tema con la capacitación del ministerio de las TICS y se han formulado unas tareas específicas, de acuerdo al diagnóstico que se está ejecutando con el acompañamiento de la Oficina de Sistemas. De acuerdo con lo anterior, se presentará una propuesta a la Gerencia con el fin de solicitar el apoyo para la implementación de las actualizaciones que requiere la página institucional.

Se actualiza permanentemente la información que contiene la página web del Hospital, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Comunicaciones, para hacer expedita la información con la comunidad.

Corazón para servir

Se encuentra en fase de implementación el Software de Gestión Documental recientemente adquirido por la institución, mediante el cual se fortalecerá el manejo organizado y sistematizado de la correspondencia; como también se favorecerán los mecanismos de consulta para los diferentes grupos de interés; mejorando la responsabilidad social empresarial en cuanto al medio ambiente se refiere, en desarrollo de la política de cero papel.

#### Dificultades

Se requiere mejorar el acceso a la información por parte de los usuarios y grupos de interés, especialmente a la página web.

#### Estado General del Sistema de Control Interno

De acuerdo al resultado del diagnóstico del Sistema de Control Interno se evidenció que los módulos Control de Planeación y Gestión y Evaluación y Seguimiento y el Eje Transversal Información y Comunicación se encuentran en un nivel Satisfactorio, lo cual indica que el modelo de Control Interno se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos; existen tendencias a mejora en los procesos, la entidad ha identificado los riesgos en la mayoría de sus procesos, pero no realiza una adecuada administración de los mismos.

Así mismo, los factores Actividades de Control y Administración de Riesgo se encuentran en un nivel Intermedio, lo que indica que el modelo de Control Interno se cumple, pero con deficiencias en cuanto a la documentación o la continuidad sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas; para lo cual se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.

Se requiere igualmente mayor compromiso de algunas dependencias respecto de la suscripción y ejecución de planes de mejoramiento, especialmente asistenciales; lo cual debilita la gestión institucional frente a estos procesos.

De igual forma, con base en lo expresado en los avances y dificultades de los anteriores subsistemas, consideramos que el Sistema de Control Interno para el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva se encuentra direccionado para lograr un desarrollo óptimo y minimizar el riesgo; por lo que se debe continuar con las actividades de mantenimiento y sostenibilidad de acuerdo con la normatividad vigente.

Si bien se encuentran algunas dificultades en ciertos componentes, esto es inherente al desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional; aun así el estado general del Sistema de Control Interno del Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo" es adecuado relacionado con la complejidad y magnitud de la institución; lo que nos obliga a mejorar constantemente ante los retos, necesidades y exigencias de nuestros usuarios.

La implementación del sistema ha generado mayor organización de la entidad; así como mejor cultura para el análisis de información y toma de decisiones; siendo importante resaltar que la cultura por procesos generada, ha logrado que la entidad sea fuerte en el subsistema de control estratégico.

Corazón para servir

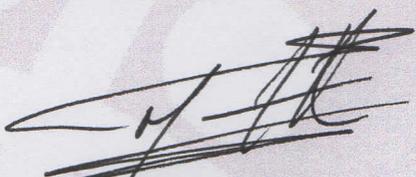
217

Por lo anterior el estado del sistema de control interno de la ESE Hospital Universitario HERNANDO MONCALEANO PERDOMO de NEIVA - HUILA, es adecuado de acuerdo a su grado de avance y complejidad institucional, no obstante es importante precisar los riesgos inherentes al sistema, para lo cual se debe estar retroalimentando a las dependencias para minimizar los riesgos y sostener en el tiempo el modelo, el cual está a cargo de la Oficina Asesora de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional de manera conjunta con el equipo MECI.

#### Recomendaciones

Continuar desarrollando las fases del Decreto número 943 del 21 de mayo de 2014 por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI; de tal manera que al finalizar la vigencia 2014 la institución cuente con un Modelo Estándar de Control Interno ubicado en un Nivel de Madurez Avanzado. Para ello, es indispensable la capacitación en todos los niveles de la organización, para que el funcionario como eje central de la gestión contribuya de manera eficiente y efectiva en la prestación de servicios de salud con calidad y calidez humana.

Es fundamental que las dependencias de la institución continúen acatando las recomendaciones dadas en el ejercicio del proceso auditor por parte de la Oficina Asesora de Control Interno en sus auditorías y seguimientos, de tal manera que los riesgos se minimicen y para ello es pertinente involucrar a todos los funcionarios de la ESE en la cultura del Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; todo en cumplimiento de las políticas del Hospital.

  
**MILLER LEON ROA**  
Jefe Oficina de Control Interno

Corazón para servir