

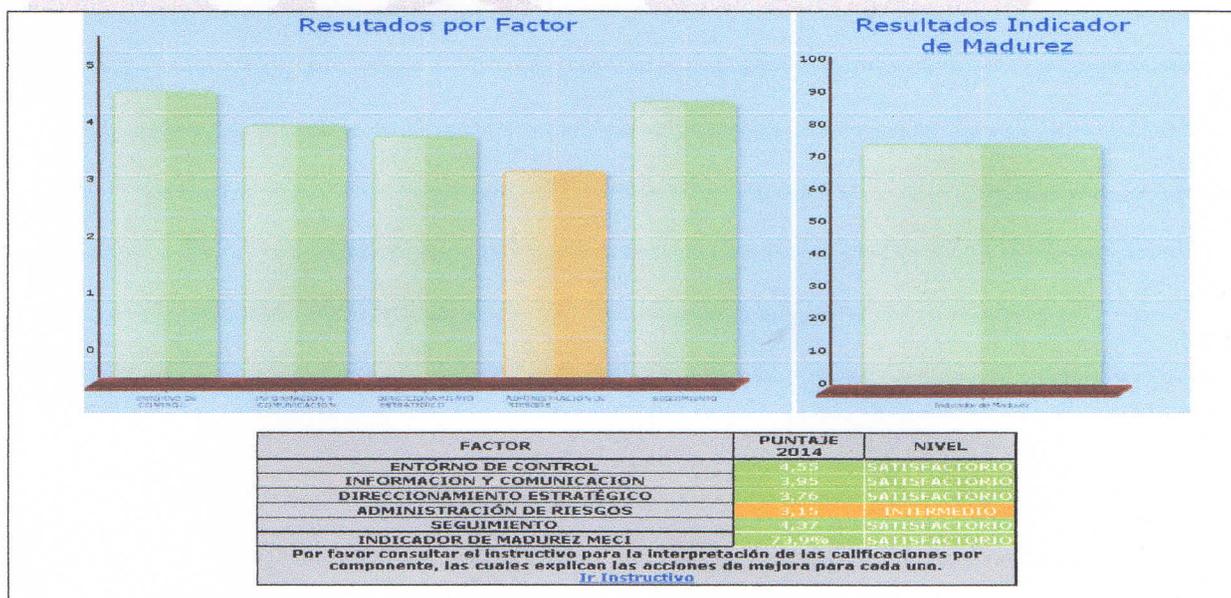
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "HERNANDO MONCALEANO PERDOMO" DE NEIVA

**Informe Pormenorizado de Control Interno
Marzo 13 – Julio 12 de 2015**

El Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo" de Neiva, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, presenta por parte de su Jefe de Control Interno Dr. Miller León Roa, el Informe Pormenorizado cuatrimestral del Estado de Control Interno de la Entidad, basándose en tres puntos centrales: Control de Planeación y Gestión, Control de Evaluación y Seguimiento y el eje transversal de Información y Comunicación, acorde con la estructura del Modelo Estándar de Control Interno M.E.C.I (Decreto 943 de mayo 21 de 2014); al igual que recomendaciones para el mejoramiento institucional.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA M.E.C.I - VIGENCIA 2014

De acuerdo con la metodología utilizada y difundida a través del Instructivo "Interpretación de Resultados Evaluación M.E.C.I Vigencia 2014" del Departamento Administrativo de la Función Pública, cuyos resultados fueron publicados el pasado 10 de abril de 2015, el Hospital obtuvo un indicador de madurez M.E.C.I del 73,9% ubicándolo de esta manera en un nivel satisfactorio como se evidencia a continuación:

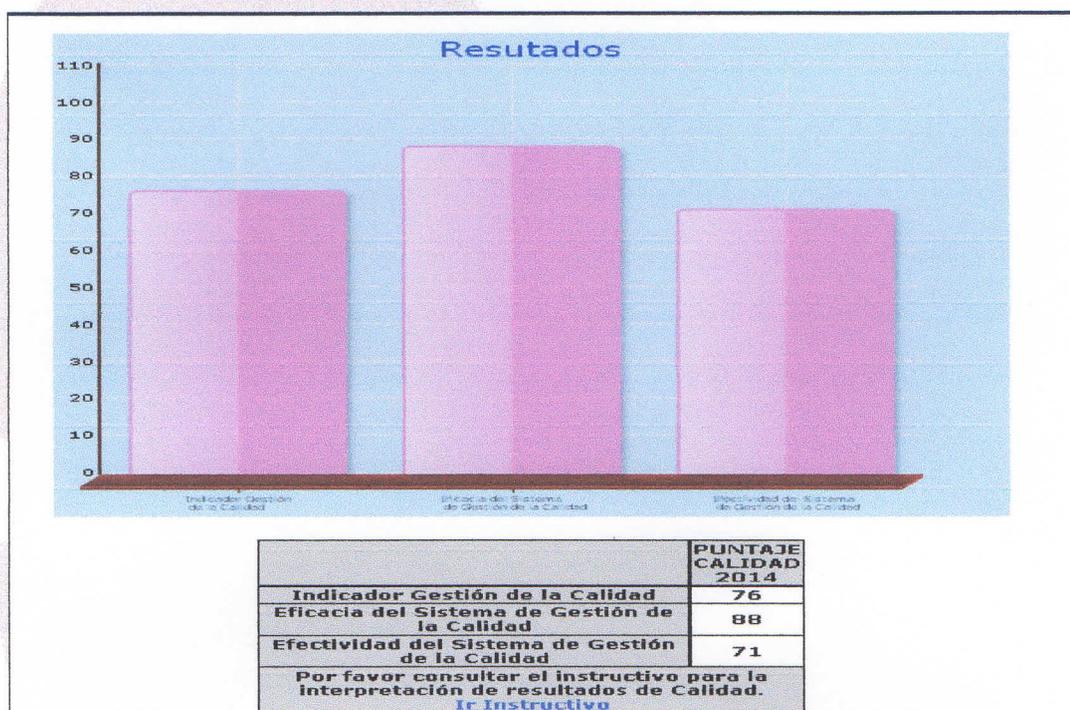


Corazón para servir

Handwritten signature

RESULTADOS ENCUESTA DE CALIDAD VIGENCIA 2014

Según lo estipulado en el instructivo "Resultados Calidad Vigencia 2014" del Departamento Administrativo de la Función Pública, el elemento de Gestión de la Calidad está compuesto por un indicador de eficacia y un indicador de efectividad, los cuales tienen un peso del 30% y 70% respectivamente; en este sentido el Hospital obtuvo un indicador de Gestión de la Calidad del 76% para la vigencia 2014 como se muestra a continuación:



	PUNTAJE CALIDAD 2014
Indicador Gestión de la Calidad	76
Eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad	88
Efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad	71
Por favor consultar el instructivo para la interpretación de resultados de Calidad. Ir Instructivo	

Resultados Encuesta de Fases - Vigencia 2014

En cumplimiento del Decreto 943 de 2014 y su Manual Técnico, se desarrolló en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo la actualización del Modelo Estándar de Control Interno – M.E.C.I, obteniendo el 100% de cumplimiento en cada una de las fases "Fase I de Conocimiento, Fase II de Diagnostico, Fase III Planeación de la actualización, Fase IV Ejecución y Seguimiento y la Fase V de cierre" como se resalta a continuación:

Fase I de Conocimiento

RESULTADO FASES
A. FASE I- CONOCIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> Analizando las respuestas, se concluye que: (100%) De acuerdo al Decreto 943/2014 su Entidad cumple con los requerimientos solicitados en cuanto plazos y elementos de la actualización para la Fase de Conocimiento. De acuerdo al resultado obtenido y las respuestas en esta fase, tenemos que: Su Entidad determino las herramientas necesarias para profundizar en los conceptos y desarrollos técnicos de la actualización. Su Entidad consulto la fuente oficial (Manual Técnico MECI emitido por el DAFP) para detallar los aspectos técnicos de la actualización.

Fase II de Diagnóstico

RESULTADO FASES
A. FASE I- CONOCIMIENTO
B. FASE II- DIAGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> Analizando las respuestas, se concluye que: (100%) De acuerdo al Decreto 943/2014 su Entidad cumple con los requerimientos solicitados en cuanto plazos y elementos de la actualización para la Fase de Diagnostico. De acuerdo al resultado obtenido y las respuestas en esta fase, tenemos que: Su Entidad utilizo la herramienta sugerida en el Manual Técnico MECI emitido por el DAFP para realizar la autoevaluación del modelo MECI.

Fase III Planeación de la actualización

RESULTADO FASES
A. FASE I- CONOCIMIENTO
B. FASE II- DIAGNÓSTICO
C. FASE III- PLANEACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Analizando las respuestas, se concluye que: (100%) De acuerdo al Decreto 943/2014 su Entidad cumple con los requerimientos solicitados en cuanto plazos y elementos de la actualización para la Fase de Planeación para la actualización. De acuerdo al resultado obtenido y las respuestas en esta fase, tenemos que: El nivel de madurez del Modelo MECI (2005) genero la necesidad de intervenir mas del 50% de los elementos analizados Las actividades asociadas a la fase de planeación contemplaron la complejidad de cada uno de los elementos a intervenir, lo que permitirá continuar con el fortalecimiento del Modelo MECI.

Corazón para servir

Fase IV Ejecución y Seguimiento

RESULTADO FASES
A. FASE I- CONOCIMIENTO
B. FASE II- DIAGNÓSTICO
C. FASE III- PLANEACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN
D. FASE IV- EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> Analizando las respuestas, se concluye que: (100%) De acuerdo al Decreto 943/2014 su Entidad cumple con los requerimientos solicitados en cuanto plazos y elementos de la actualización para la Fase de Ejecución y Seguimiento. De acuerdo al resultado obtenido y las respuestas en esta fase, tenemos que: CUMPLIMIENTO. Su entidad se encuentra al día en la Fase IV- Seguimiento y Evaluación a la Planeación de la actualización.

Fase V de cierre

RESULTADO FASES
A. FASE I- CONOCIMIENTO
B. FASE II- DIAGNÓSTICO
C. FASE III- PLANEACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN
D. FASE IV- EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO
E. FASE V- CIERRE
<ul style="list-style-type: none"> Analizando las respuestas, se concluye que: (100%) De acuerdo al Decreto 943/2014 su Entidad cumple con los requerimientos solicitados en cuanto plazos y elementos de la actualización para la Fase de Cierre. De acuerdo al resultado obtenido y las respuestas en esta fase, tenemos que: La entidad cumplió con la fase de cierre, es decir realizó el comparativo entre lo planeado y lo ejecutado. SIN ALERTA. Su entidad ha cumplido con la Fase V de cierre, será importante continuar con actividades que permitan el mantenimiento sostenido del Modelo MECI.

Con base en lo expresado anteriormente, se elaboró el Plan de Trabajo para la vigencia 2015, en el cual se identificaron las actividades, los responsables de la ejecución y las fechas iniciales y finales de las mismas; de las cuales se relacionan a continuación los Avances y Dificultades de los módulos y eje transversal del M.E.C.I:

1. MÓDULO CONTROL DE LA PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.

A través de la Resolución Número 0401 del 20 de mayo de 2015, se conformó el Comité de Ética y Humanización Hospitalaria de la E.S.E Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 15 del Decreto 1757 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el mes de Abril se realizó la divulgación del Código de Ética y Código de Buen Gobierno a toda la población laboral, mediante la estrategia del Plan Padrino, Página web institucional www.hospitaluniversitarioneiva.com; así mismo, se adoptó como estrategia de socialización permanente la Inducción y Re – Inducción, realizando 45 Inducciones y 291 Re – Inducciones, las cuales fueron medidas a través de la evaluación de conocimiento.

Desarrollo del Talento Humano

La Dependencia de Talento Humano en cumplimiento de lo estipulado en el Plan Institucional de Formación y Capacitación "PIC" desarrolló, 42 Capacitaciones que se mencionan a manera de ejemplo:

NO.	TEMA DE CAPACITACION	NO.	TEMA DE CAPACITACION
1	IX SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CARDIOLOGIA	22	DIPLOMADO NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA – NIIF
2	CAPACITACION EN MEDICINA INTERNA	23	HERRAMIENTAS METODOLOGICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA DE GESTION DOCUMENTAL
3	ASISTENCIA DE SIMPOSIO EN CARDIOLOGÍA	24	FORTALECIMIENTO DE LA RED DE BANCOS DE SANGRE PÚBLICOS PARA ADELANTAR UN PROYECTO
4	SIMPOSIO INTERNACIONAL ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP	25	PROYECTO NEUROPSIQUIATRIAS AGUDAS Y FARMACODEPENDENCIAS DE NUESTRA INSTITUCIÓN
5	TALLER DE MANEJO CLINICO DE CHIKUNGUNYA	26	PARTICIPACIÓN SEMINARIO DECLARACIÓN RENTA DE PERSONAS JURÍDICAS Y TALLER DE EFECTOS DE LA REFORMA TRIBUTARIA
6	CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROFISIOLOGÍA CLINICA	27	CURSO DE ENTRENAMIENTO DE MANEJO DE MERCANCÍAS PELIGROSAS "IATA"
7	CONGRESO DE SEGURIDAD DEL	28	ENTRENAMIENTO MANEJO DE

Corazón para servir

Oficina de Control Interno C.C.104

	PACIENTE		MERCANCÍAS PELIGROSAS "IATA"
8	ASISTENCIA CURSO DE NEUROANESTESIA	29	VII CONGRESO NACIONAL DE PRESUPUESTO PÚBLICO
9	CONGRESO PEDIATRIA	30	CURSO DE ENTRENAMIENTO DE MANEJO DE MERCANCÍAS PELIGROSAS "AITA"
10	ASISTIR MEETING ANUAL DE CIRUJANOS ORTOPEDISTAS	31	1 CONGRESO IBEROAMERICANO Y 8 NACIONAL DE CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN
11	ASISTIR CONGRESO AMERICANO DE CIRUJANOS ORTOPEDISTAS	32	ADELANTAR ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN EN BOGOTÁ
12	ASISTIR CONGRESO INTERNACIONAL ENFERMEDADES HEPÁTICAS	33	CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
13	CURSO DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA PEDIATRICA AVANZADA	34	CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO
14	CAPACITACION NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	35	CONGRESO IBEROAMERICANO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL
15	I CURSO DE REVISIÓN DE REUMATOLOGIA PANLAR	36	ASISTENCIA CONGRESO PERINATOLOGIA
16	TALLER CONSTRUCCIÓN DE PREGUNTAS ICFES SABER PRO	37	CONGRESO INTERNACIONAL DE CARDIOLOGÍA
17	CONGRESO ANUAL AVANCES EN METABOLISMO Y SOPORTE NUTRICIONAL	38	SIMPOSIO CARDIOVASCULAR DE PFIZER
18	CONGRESO ANUAL AVANCES METABOLISMO Y SOPORTE NUTRICIONAL	39	CONGRESO NACIONAL DE ORTOPEDIA
19	CONGRESO ANUAL AVANCES EN METABOLISMO Y SOPORTE NUTRICIONAL	40	CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA PLASTICA
20	CONGRESO AMERICANO EN CIRUGÍA	41	CONGRESO PANAMERICANO DE INFECTOLOGIA
21	CONGRESO DE CIRUGÍA	42	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DECRETO 2482 DE 2012; INTEGRACIÓN DE POLÍTICAS DE GOBIERNO EN LÍNEA, ANTI TRAMITES, ANTI CORRUPCIÓN, ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CERO PAPEL.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en cumplimiento del Plan de Incentivos aprobado para la vigencia 2015 realizó 17 nombramientos, distribuidos así: 2 Auxiliar Administrativo, 5 Auxiliar Área de la Salud, 3 Auxiliar de Servicios Generales – Trabajador Oficial, 3 Médico Especialista, 1 Medico General, 1 Bacterióloga, 1 Jefe de Oficina Asesora y 1 Profesional Universitario Químico Farmacéutico; al igual que varios encargos en niveles superiores.

De igual manera, en cumplimiento al Programa de Bienestar Laboral de la vigencia 2015, se desarrollaron las siguientes actividades para el Bienestar de los Servidores Públicos del Hospital: Día del contador, celebración día internacional de la mujer, entrega de bono

Corazón para servir

[Handwritten signature]

de cumpleaños, celebración del día de la secretaria, Bacterióloga, enfermera, san pedrito institucional, consulta externa y acompañamiento en caso de calamidad; como también descuentos en algunos de los servicios asistenciales que se ofrecen en la entidad.

Por otra parte la Oficina de Talento Humano presentó a la Gerencia el informe de resultados de la Evaluación de Desempeño Laboral correspondiente al periodo 01/02/2014 - 01/02/2015; evaluación que generó la necesidad de elaborar 25 Planes de Mejoramiento Individuales, de los cuales solamente se han suscrito 20 en la Oficina de Talento Humano.

Se desarrollaron igualmente, actividades sobre seguridad y salud en el trabajo, entre otras: Reuniones Comité Gestión Ambiental, COPASST, entrega de elementos de protección personal, capacitación en estilo de vida saludable, factores de riesgo biológico, manejo de residuos etc.

En este mismo sentido, las siguientes áreas cuentan para el 2015 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.

La Oficina de Salud Ocupacional actualizó mediante la Resolución número 0378 del 12 de mayo de 2015, el Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGHIRS) 2015.

También cuenta la entidad con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, el cual está publicado y socializado en diez (10) puntos de la Institución y con el Reglamento Interno de Trabajo, el cual está publicado y socializado en diez (05) puntos de la Institución.

1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Planes, Programas y Proyectos

En el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, se ha fortalecido la estrategia de despliegue de la Plataforma Estratégica en la institución, mediante la ejecución de los programas de Plan Padrino, Inducción y Re -Inducción y Página Web.

La Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional aprobó 28 Planes de Acción para la vigencia 2015, de acuerdo con el nuevo Mapa de Procesos y las unidades funcionales definidas en la actual estructura organizacional.

La Unidad Funcional de Costos creó una metodología del costeo de los Planes de Acción para el área asistencial, que está conformada por un Formato de Costeo de los Protocolos por centros de costos, junto con su instructivo de diligenciamiento; la cual se encuentra pendiente de aprobación por parte de la Oficina de Planeación. Con respecto al formato e instructivo de costeo para el área administrativa, éste también se encuentra en proceso de estructuración. Una vez se tenga este formato, serán socializados (El asistencial y/o administrativo) por parte de la Subgerencia Financiera y la Oficina de Planeación y a las 28 unidades funcionales que reportaron Plan de Acción, se les solicitará un preliminar para el año 2016, que será tenido en cuenta como soporte de dicho presupuesto.

Las 3 Subgerencias (Técnico Científica, Financiera y Administrativa) del Hospital cuentan con los Acuerdos de Gestión debidamente suscritos con la Gerencia.

La institución cuenta con el Comité M.E.C.I. activo, el cual se ha reunido en dos oportunidades el 26 de febrero y el 21 de mayo de 2015, liderado por la Oficina de Planeación, integrando siempre a la Oficina de Control Interno en calidad de invitado; en el cual se presentó el Plan de Trabajo M.E.C.I para la vigencia 2015 y se realizó su respectivo seguimiento.

La Oficina de Control Interno publicó en la página web institucional y remitió a la Gerencia el 05 marzo y el 12 de mayo de 2015 los respectivos Informes de Seguimiento a Peticiones radicadas en la Oficina Jurídica, correspondiente a los periodos (Enero-Febrero y Marzo Abril de 2015); así mismo, se entregó el 29 de mayo de 2015 el respectivo Informe de seguimiento cuatrimestral al procedimiento de Gestión de P.Q.R.S. y Buzón de Sugerencias a cargo de la oficina de Atención al Usuario, correspondiente al periodo (Enero- Abril de 2015).

Modelo de Operación por Procesos

La Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, teniendo como base el Mapa de Procesos Institucional, diseñó el Cronograma para la Revisión, Ajuste, Elaboración y Aprobación de Manuales de Procesos y Procedimientos Vigencia 2015, el cual ha venido ejecutando en las siguientes unidades funcionales: Sistemas, Sistemas De Información, Salud Ocupacional, Recursos Físicos, Control Interno, Cirugía, Planeación, Mercadeo, Departamento De Enfermería, Unidades De Cuidado Intensivo (Uci Adultos), Salud Ocupacional, Jurídica, Talento Humano, Almacén, Hospitalización, Apoyo Diagnostico Y Complementación Terapéutica, Urgencias, Referencia Y Contra referencia Y Unidad De Trasplante, entre otras.

De igual forma, las unidades funcionales se encuentran en el proceso de socialización de los Manuales de Procesos y Procedimientos aprobados por la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional.

Mediante oficio del 27 Mayo de 2015 La Subgerencia Técnico Científica reportó a la Gerencia, un avance del 79% en la Revisión, Actualización, Adopción de las Guías Médicas, enfermería y protocolos de los servicios de Urgencias, Oncología, Hospitalización General Adulto, Hospitalización General Pediatría, Hospitalización Ginecoobstetricia, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuidado Intensivo Adulto, Quirúrgicos, Consulta Externa y Hospitalización General Unidad Mental; las cuales se han aprobado mediante la Resolución Número 0187 del 24 de febrero de 2015 y la Resolución Número 0295 del 08 de abril de 2015.



La Oficina de Educación Médica reporta a la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, cada vez que se actualiza una Guía o Protocolo, para que actualice el icono compartido de Guías HUN, en el cual reposan la totalidad de las guías y protocolos que existen en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Estructura Organizacional

La Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional presentó la propuesta de actualización de la Estructura Organizacional ante el Comité de Coordinación de Control Interno realizado el pasado 20 de mayo de 2015, donde se analizaron opciones de ajuste, que serán concretadas en el próximo comité, atendiendo igualmente, por la trascendencia de la decisión, que el Dr. Jesús Antonio Castro Vargas, se reintegre de vacaciones; y una vez definida, se presentó a la Junta Directiva para su aprobación final.

Corazón para servir

Indicadores de Gestión

Mediante Oficio de fecha Mayo 14 de 2015, La Oficina de Sistemas de Información Hospitalaria S.I.H., entregó a las Unidades Funcionales la Transcripción de las Fichas Técnicas de Indicadores en el nuevo documento, incluyendo los datos registrados durante la vigencia 2014 (Excepto nuevos indicadores de los cuales no se consolidaba información en el 2014) y hasta marzo de 2015.

Las Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, Sistemas de Información Hospitalaria y Garantía de la Calidad se reunieron el pasado 18 de Marzo de 2015, aprobando 32 Indicadores para el Tablero de Mando Institucional.

1.3 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento de su rol frente a la Administración del Riesgo, prestó asesoría a las áreas de Contabilidad, Costos, Cartera, Mercado, Recursos Físicos y Hospitalización, entre otras, en la metodología adoptada por el hospital para la identificación análisis y valoración de los riesgos; avanzando de conformidad con la actualización de los Manuales de Procesos y Procedimientos que se lideran desde la Oficina de Planeación.

Igualmente, 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, tanto a la Gerencia como a los dueños de los procesos auditados.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo cuenta con la Política de Administración del Riesgo la cual está inmersa en el Código de Buen Gobierno, publicado en nuestra página institucional.

La Oficina de Control Interno también realizó seguimiento al nivel de cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2015, con su correspondiente Mapa de Riesgos, cuyo informe fue remitido a la Gerencia y publicado igualmente en la página institucional.

2. CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 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. Durante el periodo evaluado se realizaron 98 reuniones de Subcomités de Autocontrol.

La Oficina de Control Interno participa de manera permanente y activa en los Comités Institucionales como los de Gerencia, sostenibilidad de la información contable pública, Coordinación de Control Interno, Facturación y Cartera, Gobierno en Línea, Ética, M.E.C.I. entre otros; haciendo énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos del Sistema de Control Interno, con el fin de que se evalúen y adopten las propuestas de mejoramiento.

En el Comité M.E.C.I, del 21 de mayo de 2015, se socializaron los resultados de la evaluación del Departamento Administrativo de la Función Pública "D.A.F.P" sobre el Modelo Estándar de Control Interno "M.E.C.I" vigencia 2014 y se realizó el análisis de cada una de las acciones plasmadas en el Plan de Trabajo M.E.C.I., determinándose que las acciones de mejora institucional para la vigencia 2015 ya estaban incluidas dentro de dicho Plan.

2.2 Auditoria Interna

La Oficina de Control Interno con el direccionamiento de la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional actualizó sus Manuales de Procesos y Procedimientos (GCI-GI-C-001 Gestión Interna.V1, GCI-GE-C-002 Gestión Externa.V1, GCI-GI-P-001-001 Informe evaluación de gestión por dependencias. V1, GCI-GI-P-001-002 Informe gestión de la Oficina de Control Interno. V3, GCI-GI-P-001-003 Informe de auditoría general. V3, GCI-GI-P-001-004 Seguimiento a planes de mejoramiento internos.V3, GCI-GE-P-001-001 Informe ejecutivo anual evaluación del sistema de Control Interno.V3, GCI-GE-P-001-002 Informe anual de evaluación de Control Interno Contable.V3, GCI-GE-P-001-003 Informe de seguimiento a las estrategias del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.V1, GCI-GE-P-001-004 Informe bimensual de seguimiento a derechos de petición.V1, GCI-GE-P-001-005 Informe de seguimiento al proceso de gestión de peticiones, quejas y reclamos y

Corazón para servir

apertura de buzón de sugerencias.V1, GCI-GE-P-001-006 Informe de derechos de autor - software.V1, GCI-GE-P-001-007 informe pormenorizado del estado de Control Interno.V1, GCI-GE-P-001-008 informe cuenta anual consolidado para la CDH.V1, GCI-GE-P-001-009 Seguimientos a planes de mejoramiento suscritos con la CDH.V1 y GCI-GE-P-001-010 Informe de seguimiento al proceso de acciones de repetición.V1); los cuales fueron aprobados mediante la Resolución Número 384 de 12 de mayo de 2015.

La Oficina de Control Interno ha ejecutado 23 auditorías a las diferentes Unidades Funcionales de acuerdo con lo estipulado en el Programa Anual de Auditorías aprobado para la vigencia 2015, en comité de Coordinación de Control Interno; cuyos informes fueron socializados y remitidos a la Gerencia, al responsable de la unidad y al superior inmediato;

De igual forma la Oficina de Control Interno está cumpliendo a cabalidad con las actividades contempladas en su Plan de Acción para la vigencia 2015.

2.3 PLANES DE MEJORAMIENTO

La Oficina de Control Interno realiza seguimientos a los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías realizadas, de acuerdo con el vencimiento del tiempo de ejecución programado de cada acción como se encuentra estipula en el procedimiento GCI-GI-P-001-004 Seguimiento a planes de mejoramiento internos.V3.

Por otra parte, la Oficina de Garantía de Calidad realiza seguimiento permanente al P.A.M.E.C, el cual, para la vigencia 2015, se viene ejecutando de acuerdo con los términos establecidos.

La Oficina de Control Interno realizó y remitió a Gerencia, en desarrollo de su rol de Relación con Entes Externos, el informe seguimiento al Plan de mejoramiento suscrito con la SUPERSALUD

3. EJE TRANSVERSAL – INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

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 cuenta con un software de Gestión Documental, el cual está en proceso de implementación; así mismo, se encuentran elaboradas todas las tablas de Retención Documental.

El evento público de rendición de cuentas se llevó a cabo en el Auditorio "Amparo Paramo Hernández" Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana. Calle 9 N° 14 – 03 de la ciudad de Neiva, el día 7 de Mayo de 2015 en el horario de 10:00 Am a 12:00 del mediodía.

La entidad cuenta con una Oficina de Sistemas de Información Hospitalaria; la cual ha puesto en marcha el software HIS (Sistemas de Información Hospitalaria) y el Dinámica Gerencial ERP (Administrador de Recursos de la Entidad), entre otros, ; mejorando la integralidad de la información y avanzando en la Historia Clínica Digitalizada con el 100% de los servicios asistenciales ya incluidos..

Se cuenta con un Modelo de Comunicación y un esquema de publicación y política editorial, debidamente adoptados y socializados.

Anualmente la Oficina de Mercadeo realiza la encuesta de satisfacción al cliente corporativo y la Oficina de Atención al Usuario realiza de manera mensual la encuesta de satisfacción al usuario externo y trámites de P.Q.R.S.

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.

En cuanto a la estrategia de Gobierno en Línea, se retomó el tema con la capacitación del ministerio de las TICS y se diseñó un Plan de acción con unas tareas específicas, tendientes al cumplimiento de la directriz nacional.

4. ASPECTOS SOBRE LOS CUALES LA OFICINA DE CONTROL INTERNO RECOMIENDA REVISIONES Y FORTALECIMIENTO:

Como resultado de las auditorías realizadas durante el periodo analizado, se considera pertinente presentar las siguientes observaciones y recomendaciones:

- Se observa que algunos de los controles o barreras establecidos para el manejo de los riesgos identificados en los procesos, no siempre se aplican de la forma adecuada.

-Para garantizar la operatividad de los controles, y evitar la materialización de los riesgos; es necesario además de fortalecer el seguimiento oportuno a los riesgos de los procesos, realizar actividades de socialización y capacitación, especialmente cuando se actualizan los mapas de riesgos; dando a conocer de forma inmediata los cambios incorporados, y reforzando la importancia de los seguimientos y aplicación de controles por parte de los líderes e integrantes de los procesos.

-Es importante realizar la actualización y socialización, en el menor tiempo posible, de la Estructura Organizacional y del Manual de Funciones y Competencias Laborales, que incluya el diseño de perfiles o empleos debidamente actualizados y en concordancia con el modelo de operaciones y la capacidad instalada de la entidad.

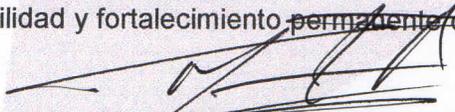
-Se encuentra que no se están actualizando simultáneamente los Indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad cuando se actualizan los procesos y procedimientos de las áreas y/o unidades funcionales de la institución; quedando pendientes de elaboración.

-Es sustancial llevar a cabo la actualización de las Guías y Protocolos Médicos y las de Enfermería, en su totalidad.

-Se observan avances en la actualización del Mapa de Riesgos Institucional por parte de la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional; no obstante es importante agilizar dicho proceso en concordancia con la magnitud de la entidad.

-Se hace necesario continuar fortaleciendo la intranet, para mejorar la comunicación interna y contribuir, entre otras, a la política del cero papel.

Por último, se recomienda que las unidades funcionales, tanto administrativas como asistenciales de la institución, continúen acatando las acciones de mejora dadas en el ejercicio del proceso auditor por parte de la Oficina de Control Interno en sus auditorías y seguimientos; de tal manera que los riesgos y las debilidades y dificultades aquí plasmadas se minimicen; para lo cual es pertinente involucrar a todos los funcionarios de la E.S.E. en la cultura del Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; todo, en cumplimiento de las políticas del Hospital y que a su vez, la Oficina Asesora de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, con el apoyo de la Alta Dirección, adelanten el proceso de sostenibilidad y fortalecimiento permanente del Modelo Estándar de Control Interno M.E.C.I.


MILLER LEON ROA
Jefe Oficina de Control Interno


Proyectó: Julio César Bermúdez Valderrama
Profesional Universitario Agremiado, adscrito a la Oficina de Control Interno.

Corazón para servir

Calle 9 No. 15-25 **PBX:** 871 5907 **FAX:** 871 4415 – 871 4440 – 871 7469 Neiva - Huila
www.hospitaluniversitarioneiva.com **E-mail:** hun@hospitaluniversitarioneiva.com