

HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL ESE
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO –
LEY 1474 DE 2011

JEFE DE CONTROL INTERNO :
ILDILBRANDO SUESCUN BUSTOS

PERIODO EVALUADO: Julio de 2016 a Octubre de 2016
Fecha de elaboración: 15 de Noviembre de 2016

I. MODULO DE PLANEACION Y GESTION

1. Componente de Talento Humano

1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

Fortalezas

El Hospital cuenta con el Código de ética actualizado y adoptado mediante la Resolución 0155 del 24 de Junio de 2013, en el se identifica el marco legal, la estructura organizacional, los principios institucionales, las políticas éticas, en donde se destacan cinco (5) valores: Humanización, tolerancia, respeto, lealtad y humildad, cuatro (4) principios institucionales: Solidaridad, equidad, eficiencia y transparencia o de probidad y el ideario ético distrital: Vocación de servicio, trabajo en equipo y responsabilidad.

Adicionalmente, se contemplan los compromisos frente a los diferentes actores que intervienen en el compromiso del Hospital, visto desde su comportamiento empresarial: El Estado, la Junta Directiva, la comunidad y el usuario, acreedores, proveedores, colaboradores, líderes del equipo de trabajo y el medio ambiente.

La divulgación del código de ética se realiza de manera directa mediante intervención personal a través de los escenarios de inducción y con los gestores de ética los cuales realizan actividades de socialización en áreas administrativas y asistenciales del Hospital.

Dentro del ejercicio de contratación por modalidad de prestación de servicios, se firma el compromiso ético por cada una de las personas que ingresan como colaboradores y se evidencia en las carpetas correspondientes al proceso contractual.

El código de Ética se encuentra publicado en el portal web de la Entidad www.hospitaleltunal.gov.co en el link Resoluciones “Código de ética” http://hospitaleltunal.gov.co/lportal/c/document_library/get_file?uuid=2dbafcd9-aa46-45ab-a678-240f7c911baf&groupId=141490

Teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas desde la Oficina de Control Interno Organizacional, el Hospital el Tunal, a través del área de Talento humano coordina con los gestores de ética, la socialización y adherencia del mismo.

Igualmente las personas que ingresan como colaboradores de la UPS Tunal, contratados mediante órdenes de prestación de Servicios, siguen firmando el compromiso ético, el cual reposa en cada una de las respectivas carpetas correspondientes al proceso contractual.

1.2 Desarrollo del Talento Humano

Fortalezas

El Hospital, actualmente cuenta con el manual de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta del personal, el cual se modificó mediante Acuerdo No. 009 de 5 de Junio de 2015.

La UPS Tunal adoptó, mediante Resolución No. 038 de 29 de febrero de 2016, el plan de Capacitación vigente de la Institución.

Se reportó informe preliminar de vacantes definitivas (provisionales, Encargos y cargos vacantes) a la Comisión Nacional del Servicio Civil, así como la relación de personal inscrito en carrera administrativa y Manual de Funciones.

Se dio respuesta en los términos de ley al 100% de los SIAU(s), notificados a Talento Humano.

Debilidades

Se hace necesario asignar personal de apoyo para depuración de hojas de vida de funcionarios y ex funcionarios, así como materia para organizar los expedientes que actualmente se encuentran en mal estado las carpetas.

Que las solicitudes y oficios que son de trámite de Talento Humano se radiquen oportunamente en esta dependencia, por cuanto llegan sobre los términos de vencerse y se debe trabajar jornadas adicionales para alcanzar a cumplir, esa misma afecta la gestión de la dependencia.

Se requiere de apoyo jurídico para la contestación de demandas y procesos que llegan de los diferentes Tribunales y Juzgados, que corresponden a un número representativo en la actualidad.

2. Componente Direccionamiento Estratégico

2.1 Planes, Programas y Proyectos.

	PROYECTO SIN PREDIO
	RADICADOS SDS

2.1 Planes, Programas y Proyectos.

	QUE	COMO (DESCRIPCIÓN)	QUIEN (Responsable)	DONDE (UNIDAD DE PRESTACIODE SERVICIOS)	CUANDO (PRIORIDAD)
	Construcción y dotación centro de atención prioritaria en salud el Virrey	Favor aclarar según secretaria este si tiene predio por favor si puedes llamar a Linares	Para todas las CAPS se redactará un oficio para que desde SDS se dé línea de los servicios con los que contara cada unidad	Usme	2
	Construcción y dotación centro de atención prioritaria en salud Danubio	Describir en este espacio cómo va el proceso para la presentación que se realizara a la Doctora Claudia		Usme	2
	Remodelación, ampliación y dotación centro de atención prioritaria en salud Marichuela	Describir en este espacio cómo va el proceso para la presentación que se realizara a la Doctora Claudia		Usme	2
	Construcción y dotación nuevo Hospital de Usme	Los proyectos que no tiene predio o que requieran estudios previos se recomiendan montar el proyecto por fases.		Usme	1
	Construcción y dotación del centro de atención prioritaria en salud Meissen	Los proyectos que no tiene predio o que requieran estudios previos se recomiendan montar el proyecto por fases.		Meissen	2
	Reposición de la infraestructura del Hospital Meissen (asistencial y Administrativa) y dotación de la nueva infraestructura	Este proyecto ya está inscrito en el banco de proyectos de la SDS pero aún no se ha radicado al Ministerio.		Meissen	1

	Adquisición de dotación para el servicio de control especial segunda torre Hospital Meissen II Nivel E.S.E.	Describir en este espacio cómo va el proceso para la presentación que se realizara a la Doctora Claudia		Meissen	3 QUEDO EN TRES POR QUE NO TIENE COTIZACIONES
	Construcción y dotación centro de atención prioritaria UPZ Venecia	Describir en este espacio cómo va el proceso para la presentación que se realizara a la Doctora Claudia			3 AVERIGUAR
	Construcción y dotación centro de atención prioritaria en salud Manuela Beltrán	Describir en este espacio cómo va el proceso para la presentación que se realizara a la Doctora Claudia		Vista Hermosa	3
	Construcción y dotación centro de atención prioritaria en salud Lucero Bajo	Los proyectos que no tiene predio o que requieran estudios previos se recomienda montar el proyecto por fases		Vista Hermosa	3
	Construcción y dotación dentro de atención prioritaria en salud Candelaria la Nueva			Vista Hermosa	2
	Construcción y dotación centro de atención prioritaria en salud Ismael Perdomo	Los proyectos que no tiene predio o que requieran estudios previos se recomienda montar el proyecto por fases		Vista Hermosa	3
	"ADECUACIÓN Y DOTACIÓN TORRE ONCOLÓGICA SUBRED SUR"	pendiente de directriz de SDS, para inscripción una vez se abra el aplicativo entre agosto-septiembre	De los 27 servicios oncológicos que se habilitan, prestar mínimo los 14 servicios que actualmente se ofertan en el Distrito		

	Adecuación del sistema de suministro de agua y del sistema de emergencias de energía eléctrica, para garantizar las condiciones de habilitación CAMI Nazareth.	EN OBRA	% de obra		
	Adecuación y Dotación del sistema de suministro de agua y planta de energía para para garantizar las condiciones de habilitación de la UPA San Juan.	EN OBRA	% de obra		
	Construcción del sistema de alarma, detección y extinción de incendios de las sedes del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.	PENDIENTE AVERI	Se liquida y este proceso una vez se realice el proceso de reorganización de la RED, lo asumirá la SDS tiempo estipulado de Diciembre a Marzo		
	Adecuación y dotación CAPS programas juveniles	EN EJECUCION	% de obra		
	Adecuación y dotación UPA el Limonar	EN EJECUCION	% de obra		

El nivel de avance del plan operativo 2016, UPS Tunal 2016 se encuentra en un 25%.

2.2 Políticas de Operación.

El manual de procedimientos se encuentra aprobado por Junta Directiva mediante Acuerdo 013 de 2006.

A la fecha estos se encuentran en proceso de transición de un año a partir de la expedición del acuerdo 641 de 2016, tiene la misión de formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Una vez se defina la plataforma estratégica, estructura organizacional, el objetivo es la elaboración de estos componentes

Debilidades

Algunos documentos no se encuentran en la pirámide documental (Manual de calidad) y/o se evidencian desactualizados o sin fecha de última revisión y/o ajuste: 01 Manuales, 02 Planes, 03 Procedimientos, 04 Instructivos, 05 Formatos, 06 Guías, 07 Protocolos, 08 Fichas de Indicador, 09 Caracterizaciones de Proceso, 10 Programas y Políticas Institucionales.

3. Componente Administración del Riesgo

3.1 Políticas de Administración del Riesgo.

A la fecha se viene operando con la Matriz de Riesgos que en su momento se formalizo, sin embargo esta debe ser actualizada con la nueva metodología de plataforma estratégica y ser alineada con el nuevo mapa de proceso, enfocado como una Sub Red.

Se realizaran mesas de trabajo con los referentes en riesgos de las UPS, con el objetivo de realizar un inventario de Riesgos y evaluar su nivel de impacto y ocurrencia pensando como Sub red.

3.2 Identificación del Riesgo.

A la fecha se encuentra identificados, analizados y valorados los riesgos con los procesos y subprocesos definidos en la UPS Tunal. Sin embargo con el nuevo modelo de plataforma estratégica de la Sub red sur, el objetivo es escoger la mejor metodología que se aplicara para la calificación y valoración de los riesgos pensando como Subred.

3.3 Análisis y Valoración del Riesgo.

Se cuenta con Política de Administración de Riesgo bajo el Código GE-10-01-V1.

En relación con el análisis y la valoración de los riesgos y sus controles se cuenta con el documento OP-01-02 "Manual de administración de Riesgos".

Debilidad

Aunque existe un mapa de riesgos, hay que precisar que carece de una adherencia, con la transversalidad de los procesos, lo que dificulta una adecuada administración del riesgo y consecuentemente una adecuada mitigación del riesgo, en los procesos donde las probabilidades de los hechos pueden generar un impacto negativo.

II. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

4. Componente Autoevaluación Institucional

4.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Considerando los cambios generados por el nuevo modelo de Salud, no se tiene conocimiento si estos se siguen realizando en la UPS Tunal; sin embargo se solicitara a las UPS nos informen el estado actual de los comités institucionales activos a la fecha

5. Componente Auditoría Interna

5.1 Auditoría Interna

Para el mes de enero 2016 se elaboró por parte de la oficina de Control Interno el Plan General de

Auditoría, el cual fue presentado y aprobado en el Comité de Coordinación de la Sistema de Control Interno, el cual se viene ejecutado de acuerdo a lo programado. Como resultado de estas Auditorías se han generado los respectivos informes preliminares, respuesta a las controversias presentadas, informes finales y los respectivos planes de Mejoramiento a que allá lugar en cada uno de los procesos, de lo anterior, se realiza un monitoreo permanente por parte de los auditores, con el fin de que se dé cumplimiento a las acciones de mejora.

La oficina de Control posee un procedimiento de auditoría el cual se encuentra debidamente actualizado y formalizado.

6. Componente Planes de Mejoramiento

6.1 Plan de Mejoramiento

Los planes de mejoramiento se elaboran en el formato CIO-05-07 V4, el cual se elabora por parte del líder del proceso auditado. La Oficina de Control Interno le realiza el respectivo seguimiento, verificación y cumplimiento.

La entidad ha diseñado un aplicativo para la elaboración, seguimiento y control de los planes de mejoramiento creados por las diferentes auditorías internas o externas (se tuvo como prueba piloto hasta diciembre 2014), permite entre otros los siguientes aspectos: Uso de no papel, uso eficiente de las TIC's, socialización y sensibilización de los hallazgos tanto internos como externos y monitoreo permanente al nivel de cumplimiento.

Debilidad

En la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento se observa un bajo compromiso por parte de los líderes de cada uno de los procesos. Lo anterior no permite el cierre de ciclos para lograr una mejora continua.

Como quiera que existen auditoría internas desarrolladas por los procesados de calidad, habilitación y acreditación y Control Interno Organizacional, se deben estandarizar los formatos de las diferentes procesos que dentro de sus procedimientos están contempladas las auditorías internas; de tal forma que todos los procesos administren los mismos formatos, de ser posible como: apertura de la auditoría, cierre de la auditoría, presentación de informe, controversia, plan de mejoramiento entre otros.

III. EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

7.1 INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Durante el proceso de transición y fusión de la Subred Sur E.S.E., desde el área de comunicaciones se socializo los ejes fundamentales del nuevo Plan Estratégico de comunicaciones (PECO) ante el Comité Directo, el día viernes 10 de Junio.

Ejes fundamentales:

1. Posicionar la gestión de la SUBRED SUR, en el marco del Nuevo Modelo de Salud que plantea el Plan de Desarrollo Distrital, a través de acciones de comunicación estratégica en salud

2. Comunicación Informativa: Desarrollo de campañas de comunicación en salud con el tema de visibilizar el Nuevo Modelo de Salud – reorganización del sector salud.
3. Producción Editorial: Producción de contenidos dirigidos a nuestra población objetivo, con información de carácter institucional y de servicio al ciudadano.
4. Comunicación Digital: Diseño e implementación de estrategias de comunicación Digital - en las redes sociales, enfocadas a nuestro público objetivo.
5. Comunicación Interna: Diseño e implementación de campañas dirigidas a los colaboradores de la Red Sur para sensibilizar a los funcionarios sobre los siguientes temas: sentido de pertenencia y adaptación al cambio; reconocimiento; diálogo y buen trato; mejoramiento continuo y Sistema Integrado de Gestión.
 - Actualización tecnológica y de contenidos de la intranet, en el marco del proyecto en curso de la actualización del software que soporta los portales web de la Red Sur, en coordinación con la Dirección TIC de la SDS.

Administración permanente de los medios de comunicación interna: e-mail, intranet, Pantallas digitales.

Comunicación Transversal: Asesoría para divulgar los contenidos o información generada por las diferentes UPS de la Red Sur, a través de las siguientes acciones:

- Diseño de piezas de comunicación
- Diagramación de productos editoriales
- Elaboración de animaciones para medios internos, redes sociales, pantallas, digiturno
- Corrección de estilo de las piezas de comunicación y productos editoriales
- Registro fotográfico y actualización del banco de imágenes
- Creación del banco de publicaciones y piezas gráficas elaboradas

De igual manera se presentó el nuevo modelo de carné, manual de imagen de la Subred Sur .E.S.E; y la campaña #YOMELAJUEGO enfocada en el mejoramiento continuo, humanización, seguridad del paciente y calidad en la prestación de los servicios de salud.

DEBILIDADES GENERALES

El manual de funciones y competencias laborales aunque se encuentra aprobado se debe realizar su respectiva actualización de conformidad con las nuevas competencias e idoneidades de la estructura organizacional.

Aunque la evaluación de desempeño se realiza dentro de los términos establecidos en la ley 909 de 2004, su aplicación no presenta resultados objetivos si se considera que en su gran mayoría su calificación es de 100/100, situación ideal, pero que contrasta efectivamente con la presentación de observaciones puntuales, donde los procesos reflejan deficiencias, especialmente en la parte misional como: facturación, glosas, farmacia entre otros.

La estructura organizacional debe estar armonizada e integrada con el ciclo PHVA, donde se tengan

debidamente identificados los procesos: estratégicos, misionales, de apoyo y de seguimiento.

La consulta de la pirámide documental no tiene condiciones o políticas de restricción de acceso por parte del personal externo del Hospital. Adicionalmente, los documentos no permiten su acceso y/o se encuentran desactualizados o sin proceso de revisión y/o ajuste.

Aunque existe un mapa de riesgos, hay que precisar que carece de una adherencia, con la transversalidad de los procesos, lo que dificulta una adecuada administración del riesgo y consecuentemente una adecuada mitigación del riesgo, en los procesos donde las probabilidades de los hechos pueden generar un impacto negativo

Aunque se encuentran identificados los riesgos carecen de un adecuado análisis y valoración, toda vez que no presentan los controles y su periodicidad.

Como quiera que existen auditoria internas desarrolladas por los procesados de calidad, habilitación y acreditación y Control Interno Organizacional, se deben estandarizar los formatos de las diferentes procesos que dentro de sus procedimientos están contempladas las auditorías internas; de tal forma que todos los procesos administren los mismos formatos, de ser posible como: apertura de la auditoría, cierre de la auditoria, presentación de informe, controversia, plan de mejoramiento entre otros.

En la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento se observa un bajo compromiso por parte de los líderes de cada uno de los procesos. Lo anterior no permite el cierre de ciclos para lograr una mejora continua.

Se evidencia falta de socialización del Decreto 943 de 2014 y del Manual Técnico del MECI – 2014 en todos los niveles de la Entidad.

No se evidencia evaluación del plan de comunicaciones vigencia 2014.

RECOMENDACIONES

- Actualizar de conformidad con las competencias e idoneidades el manual de funciones y competencias laborales acorde a la estructura organizacional actual.
- Hacer más efectiva y objetiva la aplicación de la ley 909 de 2004
- Restringir la consulta de la pirámide documental mediante condiciones o políticas de que sea de consulta para el personal interno.
- Completar los documentos que hacen parte de la pirámide documental y mantenerlos ajustados y/o actualizados.
- Actualizar y socializar la estructura organizacional contemplando los niveles jerárquicos y que se encuentren alineados con el mapa de procesos.
- Realizar un análisis y valoración de los riesgos que se encuentran identificados, pero que no poseen sus controles y periodicidad, así mismo incluir en el mapa de procesos los riesgos para

los subprocesos que actualmente no tienen riesgos.

- Crear una política de operación en la cual se exija a los líderes el cumplimiento de la formulación, ejecución y cumplimiento de los planes de mejoramiento.
- De acuerdo con los lineamientos de la Secretaria de Salud el Hospital debe garantizar el mantenimiento del sistema de información que actualmente se encuentra en uso y la plataforma que los soporta.
- Socialización del Decreto 943 de 2014 y del Manual Técnico del MECI – 2014 a todos los niveles de la Entidad y dar cumplimiento al cronograma establecido en la normatividad para cada una de las fases del nuevo Modelo de Estándar de Control Interno.
- Las tablas de retención Documental, aunque se encuentran en un proceso de ajuste de acuerdo a la nueva estructura, deben ser aprobadas por el Archivo General de Bogotá.
- Se deben aplicar indicadores de gestión a los procesos que reflejen una probabilidad de ocurrencia y con impactos representativos en la auto sostenibilidad financiera como son: Glosas, Facturación, farmacia y sistemas de información entre otros.

ILDILBRANDO SUESCUN BUSTOS
Jefe de Control Interno Organizacional