



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

Jefe de Control Interno,  
o quien haga sus veces:

Magda Yurany Trilleras Yara

Periodo Evaluado: 12 Marzo/17 – 11 Julio/17

Fecha de Elaboración: 31 Julio de 2017

**1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

**1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO**

**1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos**

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un "Código de ética institucional" debidamente aprobado y adoptado, donde se establecen principios y valores institucionales, derechos y deberes tanto de usuarios como del talento humano; éstos se han promovido a través de actividades de reconocimiento de comportamientos, carteleras, charlas y socialización en inducción y reinducción. No obstante, falta mayor monitorización del cumplimiento de los valores éticos.

El Hospital no ha reconocido la cultura organizacional para encaminar las acciones a la consolidación de la cultura deseada.

**1.1.2 Desarrollo del Talento Humano**

El Hospital a través del "MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO" Código MAN-TH-001, establece lineamientos para la administración del talento humano, detallando el proceder en cada subsistema: Planificación del Recurso Humano, Organización del Trabajo, Gestión del Empleo, Gestión del Rendimiento, Gestión de la Compensación, Gestión del Desarrollo y Gestión de las Relaciones Humanas y Sociales.

En cuanto a la planificación del Recurso Humanos se tiene establecido parámetros que se deben analizar para determinar y provisionar el recurso humano necesario para la prestación del servicio de salud, no obstante, no se cuenta con un plan de previsión y plan anual de vacante conforme al artículo 17 de la ley 909 de 2004 donde dispone que se debe elaborar y actualizar anualmente planes de previsión de recursos humanos cuyo alcance contenga: cálculo de los empleos necesarios con el fin de atender a las necesidades presentes y futuras derivadas del ejercicio de sus competencias; identificación de las formas de cubrir las necesidades cuantitativas y cualitativas de personal para el período anual, considerando las medidas de ingreso, ascenso, capacitación y formación; estimación de todos los costos de personal derivados de las medidas anteriores y el aseguramiento de su financiación con el presupuesto asignado.

En relación a la organización del trabajo la cual consiste en la definición de perfiles, se cuenta con un Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales adoptado mediante Acuerdo 012 de 2005, el cual ha sido objeto de ajustes en cinco ocasiones en cuanto a modificación y adición, aprobados por la Junta Directiva del Hospital conforme lo establece el literal f del artículo 13 de la ordenanza 087 de 1994.

Dentro de los lineamientos establecidos en el Manual Código: MAN-TH-001 la Gestión del Empleo contempla el Ingreso (selección, vinculación, inducción), permanencia y retiro; en lo que concierne a la inducción se hace referencia a la aplicación del "PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION" documentado con código: PRG-TH-001 donde se especifican los temas y el procedimiento de inducción para empleados nuevos (inducción general y específica) o reinducción en el caso de cambios organizacionales, técnicos y/o normativos. No obstante, éste programa no se está desarrollando conforme a lo establecido.

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***



Para la vigencia 2017 el Hospital estableció y aprobó el Plan Institucional de Capacitación, sin embargo, su formulación no corresponde totalmente a los lineamientos planteados en el documento "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION" Código: PLA-TH-001; éste se encuentra en desarrollo.

En el manual MAN-TH-001 se establecen lineamientos para la formulación y desarrollo del programa de bienestar social; para la vigencia 2017 se cuenta con dicho programa debidamente aprobado por el Comité de Bienestar y se encuentra en ejecución. Falta fortalecer su evaluación para establecer su contribución frente a las debilidades identificadas en este tema.

Para la medición del clima laboral se continua aplicando el mecanismo de encuestas; entre los meses de noviembre y diciembre 2016 se realizó medición y en febrero de 2017 se obtuvo análisis de los resultados, que orientaron la formulación de los planes y programas de talento humano; se tiene previsto efectuar una nueva medición en el último trimestre de 2017.

Para la vigencia 2017 se definió un Plan de Incentivos aprobado por el Comité de Bienestar teniendo en cuenta los lineamientos del Decreto 1567 de 1998, en relación al sistema de estímulos para los empleados del Estado; pero éste no ha sido divulgado y no ha iniciado su aplicación.

La Gestión del Rendimiento se refiere a los instrumentos de definición y evaluación del desempeño y de los de compromisos, en el Manual MAN-TH-001 se detalla la aplicación de esta herramienta de gestión en los distintos tipos de vinculación: para los inscritos en Carrera Administrativa y periodo de prueba, el sistema de evaluación se aplica parcialmente y los lineamientos debe ser actualizado según Acuerdo 565 de 25 de enero de 2016; para el cargo de Gerente se aplica según Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y la Protección Social pero en la actual vigencia no se realizó evaluación por cuanto la Gerente no estaba en propiedad en la vigencia anterior, sin embargo, se aprobó el Plan de Gestión; para el personal vinculado en provisionalidad y como trabajadores oficiales, se estableció un instrumento para cada uno que permite determinar el porcentaje de cumplimiento de funciones y compromisos contractuales, sin generar derechos de carrera administrativa, pero no se está aplicando; para personal vinculado por contratación de prestación de servicios como apoyo a la gestión, se estableció instrumento y se está aplicando para verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

El Hospital tiene establecido en el Manual MAN-TH-001, lineamientos para el retiro, sus causales según la vinculación y cómo se debe proceder frente a cada situación, dentro de los cuales se contempla el retiro por pensión de jubilación o vejez, pero no se hace referencia al programa de prepensionados, por tanto, no se está aplicando; se debe actualizar y establecer el actuar para cuando se presente esta situación, de tal manera se brinde apoyo emocional a las personas que se desvinculan por cumplimiento de requisitos para la pensión, por reestructuración o por finalización del nombramiento en provisionalidad, de manera que les facilite enfrentar el cambio.

## **1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

### **1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.**

El Hospital cuenta con una plataforma estratégica (misión, visión, objetivos y filosofía institucional) adoptada mediante Acuerdo 003 de 2015 expedido por su Junta Directiva con proyección a 2020, teniendo en cuenta que el anterior Plan Estratégico tenía vencimiento en el 2016, se definió el Plan Estratégico 2017-2020 según los Planes Operativos Anuales (POA) de las áreas y de acuerdo a las metas establecida en el Plan de Gestión para ese mismo periodo, no obstante, éste no ha sido formalmente aprobado por la Junta Directiva al igual que los cambios que se genera en la plataforma estratégica.

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***



Para la formulación de Planes se contemplan los objetivos institucionales y requisitos legales, además, se definen cronogramas, metas, responsables, acciones de seguimiento e indicadores para evaluar el avance, pero presentan debilidades en cuanto a la identificación y análisis de las necesidades de usuarios y partes interesadas así como el presupuesto, para ser consideradas en ellos; mientras para los programas y proyectos, su fundamento son las necesidades de la población objeto y se tiene en cuenta los demás aspectos.

El Hospital tiene reglamentados los comités internos de trabajo y a través de dichos actos administrativos se establece su conformación, funciones, periodicidad de reuniones, entre otros aspectos; sin embargo, no se cuenta con un cronograma general de reuniones, en el transcurso de la vigencia se programan las reuniones de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y no todos están funcionando correctamente, en lo corrido de la vigencia, la Oficina de Calidad está realizando seguimiento al cumplimiento de las reuniones, con el fin de generar alerta frente al incumplimiento en la periodicidad definida.

En algunos casos se han efectuado ajustes a la planeación con base en los resultados de los seguimientos y evaluaciones; sin embargo, aún falta fortalecer la cultura de autoevaluación para identificar oportunamente las necesidades de realizar ajustes (reformulación, reprogramación o cambios en la planeación).

### **1.2.2 Modelo de Operación por Procesos**

El Hospital cuenta con un mapa de procesos donde se ilustra la interacción de los mismos, éste ha sido actualizado cuando han ocurrido cambios y se ha socializado a través de la página web e intranet, sin embargo, falta mayor despliegue de su comprensión. No obstante, se cuenta con un modelo de operación por procesos, no todos ellos cuentan con caracterización y otros requieren de ajuste; las versiones aprobadas están disponibles en la red en control de documentos para la permanente consulta, a la fecha se tiene aprobada la caracterización de 9 de los 14 procesos del HEGI.

En cuanto a los procedimientos de los procesos, en la mayoría falta por documentar y otros falta ajustarse, de tal manera sean sencillos, sean los mínimos necesarios y permita desarrollarse en el menor tiempo posible. Las versiones vigentes de éstos se encuentran disponibles en la red dentro de una carpeta compartida, sin embargo, falta fortalecer dentro de la inducción y reinducción, la socialización de los procedimientos en que interviene el personal según las funciones o actividades a ejecutar.

El Hospital tiene establecido una herramienta que permite evaluar permanentemente la satisfacción respecto a los servicios ofrecidos, en una parte de sus clientes, ya que a través de la aplicación de encuestas FOR-AB-001 para consulta externa y FOR.HT-013 para hospitalización, se indaga sobre la satisfacción en los pacientes cuando se autoriza el egreso del servicio; en los otros tipos de cliente no se mide la satisfacción. Por tanto, se requiere definir y aplicar instrumentos que permita conocer la percepción de todos los clientes del Hospital y permita un análisis de su resultado para tomar las decisiones pertinentes.

### **1.2.3 Estructura Organizacional**

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una estructura organizacional aprobada por la Junta Directiva, pero esta desactualizada ya que contempla servicios que el hospital no está ofreciendo como es el caso de urgencias, las unidades funcionales no corresponde a la forma de operar actualmente el Hospital, las áreas que se ilustra no son suficiente y dificulta el logro de los objetivos, no contribuye a la gestión por procesos, además, no son claros los niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de los procesos y toma de decisiones.

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***



Además de dar a conocer la estructura y el mapa de procesos a través de la página web, intranet, actividades y carteleras, en las inducciones se ha instruido sobre la relación entre la estructura propuesta que está pendiente de aprobación pero es coherente con la forma de funcionar actualmente el Hospital, y los procesos que se han definido; sin embargo, aún se presenta confusión en el personal del Hospital.

#### **1.2.4 Indicadores de Gestión**

Bajo el liderazgo de la oficina de planeación y calidad se han definido indicadores para medir la gestión institucional (1er y 2o orden) analizando si cumple su finalidad, si es claro, práctico, confiable y útil, pero aún falta culminar el ejercicio para establecer de manera completa y definitiva la betería de indicadores del Hospital, además, no todo el personal los conoce, razón por la cual es necesario implementar un mecanismos para su administración, de esta manera esté al alcance de todas las áreas tanto los indicadores como sus mediciones para su respectivo análisis y ejecución de acciones de mejora.

Se evidencia medición de los indicadores establecidos por ley (2193 y Acuerdo de Gestión) y de los definidos en los planes y programas cuando se realiza seguimiento a éstos, pero aún falta la medición de los de 3er orden (por procesos) por parte de las áreas, de esta manera poder analizar los resultados y tomar decisiones, por cuanto no se está efectuando de manera adecuada, oportuna y en todos los procesos.

#### **1.2.5 Políticas de Operación**

El Hospital cuenta con un Manual de Procesos y Procedimientos Código: MANPP -02 aprobado el 31/12/2008 y Manual de Políticas de Operación Código: MANPO-G-01 aprobado e 11/06/2008, los cuales no han sido actualizado, por tanto, se consideran vigente pero su contenido no corresponde a los cambios que se han efectuado en cuanto a la funcionalidad de los procesos; la Oficina de Planeación y Calidad tiene previsto la unificación de éstos documentos como un solo manual de operación que contenga el mapa de procesos, los procesos caracterizados, las políticas de operación institucionales, procedimientos, roles y responsabilidades, indicadores, mapa de riesgos y estructura organizacional acorde, pero esta actividad no se ha desarrollado; además, teniendo en cuenta que las políticas institucionales fueron adoptadas mediante Resolución 015 del 20 de enero de 2015, es necesario incluirlas en el Manual al igual que las políticas de operación de los procesos que se definan, de tal forma se cuenta con directrices actualizadas.

En cuanto al proceso contable, como se ha indicado en anteriores informes, sus políticas fueron actualizadas en septiembre de 2015 de acuerdo al nuevo marco normativo y se documentaron a través del “MANUAL DE POLITICAS CONTABLES” Código MAN-GF-001 V1, se encuentran en proceso de aplicación para determinar si es necesario ajustarlas.

En cuanto a los manuales de Procesos y Procedimientos y de Políticas de Operación, el personal no los tiene claro pese a que se encuentran publicados en la red en control documental, así mismo, las políticas institucionales a pesar de haber sido divulgadas mediante jornadas de inducción, cartelera, página web, no se tienen presentes y la mayoría del personal no las conocen o interpretan, lo cual evidencia la necesidad de desarrollar estrategias o actividades de divulgación e interiorización de las políticas, ya que algunas se cumplen por cuanto están inmersas en el funcionamiento de los procesos pero no todo el personal tiene claro la relación de éstas con sus labores o actividades diarias.

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***





### **1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

#### **1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo**

Mediante Resolución 015 del 20 de junio de 2015, se adoptó la política institucional de riesgos del Hospital, así mismo, cuenta con un Manual para la Administración de Riesgos Código: MAN-GC-002, donde se definen lineamientos e instrumentos para la identificación, manejo y control de los riesgos que amenazan el cumplimiento de los objetivos; no obstante, según monitorización por parte de la Oficina de Calidad y Control Interno falta aplicación de dicha metodología por parte de los procesos.

Por lo anterior, se evidencia que los mapas de riesgos no lo conoce todo el personal y no es de fácil acceso para su permanente consulta, en razón a que falta involucrar a los equipos de trabajo de las áreas en su construcción.

#### **1.3.2 Identificación del Riesgo**

No obstante, para la construcción de los mapas de riesgos definidos en anteriores vigencias se identificaron condiciones que podían generar riesgos, no se estaba aplicando plenamente la metodología dejando registro de dicho ejercicio, para el mes de julio de 2017 se tiene previsto realizar actualización del mapa de riesgos institucional y construcción de los mapas de riesgos por áreas o procesos, donde cada una de ellas deberá identificar las condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo, es decir, cumplir con la primera etapa de la metodología (contexto estratégico).

De acuerdo a lo anterior, el Hospital cuenta con un mapa de riesgos institucional que no ha sido actualizado y carece de mapa de riesgos por procesos; además, los equipos de trabajo de cada área no están contribuyendo en la identificación de nuevos factores de riesgo y aplicación de la metodología para su administración de forma cíclica y oportuna, de tal manera se garantice dar tratamiento a las situaciones que puede afectar de manera negativa el funcionamiento del Hospital.

#### **1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo**

En desarrollo de la administración de los riesgos, se ha realizado análisis teniendo en cuenta su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización, se han evaluado los controles existentes y se han establecido los controles frente a los riesgos identificados, pero para dicho ejercicio participaba solo el líder o coordinador del área y en otros casos lo realizaba solo la Oficina de Calidad, es decir, falta involucrar los equipos de trabajo en la construcción de los mapas y tratamiento de los riesgos.

De acuerdo a lo establecido en el Manual de Administración de Riesgos, tanto la Oficina de Calidad como Control Interno ha realizado seguimiento a la efectividad de los controles de los riesgos identificados, sin embargo, se determinó la necesidad de revisar y ajustar la periodicidad de dicha verificación, ya que la actualmente definida es muy prolongada y no permite mayor control en riesgos que se ubican en zonas que requieren acciones o barreras de seguridad inmediata para evitar su materialización.

El resultado de la evaluación de la efectividad de los controles definidos para dar tratamiento a los riesgos identificados e incluidos en los mapas, se socializa en Comité de Coordinación de Control Interno, pero los relacionados con la seguridad de los pacientes, se analizan en el comité interno propio del tema según metodología establecida en el Programa Paciente Seguro. De igual manera, en el Hospital se da tratamiento a los riesgos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo, según lo establecido en el respectivo Sistema de Gestión. Es necesario que se retroalimente a todo el personal del Hospital sobre el resultado de la administración de los riesgos.

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***



## **2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

### **2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

#### **2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión**

Se ha realizado sensibilización al personal del Hospital sobre la cultura de autoevaluación de control y gestión, a través de capacitación del procedimiento de mejora continua donde se establece la autoevaluación como una fuente de identificación de oportunidades de mejora, también mediante los Comité de Coordinación de Control Interno y de Calidad y a través de procesos de inducción y reinducción.

No todas las áreas analizan si los controles definidos en sus procesos son adecuados, suficientes y efectivos y cuál ha sido su gestión frente a las metas establecidas, es decir, no se realiza por iniciativa propia; en otros casos se realiza dicho ejercicio pero no se generan registros, además, cuando se emprenden acciones de mejora frente a éstos, no se documentan y dificulta evidenciar el fortalecimiento del Sistema Control Interno del Hospital.

En cuanto a la gestión institucional falta fortalecer la autoevaluación, ya que si bien se aplica cuando se analizan los resultados de los indicadores exigidos por ley, no corresponde a un ejercicio proactivo y oportuno, sobre todo con los indicadores que no se deben reportar pero que son necesario para efectuar un análisis interno sobre el logro de los objetivos institucionales y metas establecidas en los distintos planes, programas y proyectos.

### **2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA**

#### **2.2.1 Auditoría Interna**

La Oficina de Control interno del Hospital realiza seguimiento al Sistema de Control interno para determinar su efectividad, a través de evaluaciones cuatrimestrales que se realiza mediante una herramienta diseñada para tal fin y de forma anual mediante aplicativo del Departamento de la Función Pública generando el Informe Ejecutivo Anual (encuesta MECI e Informe Control Interno Contable); así mismo, a través de auditorías internas e informes de seguimiento los cuales permiten evidenciar el cumplimiento de los elementos y el grado de implementación del Sistema. De igual manera, viene realizando el Informe Pormenorizado de Control Interno conforme lo establece el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011.

Se cuenta con un procedimiento para desarrollar auditorías internas, pero no en todos los casos es ejecutado conforme se encuentra documentado, para ello el Hospital en cada vigencia cuenta con un Programa Anual de Auditoría avalado por el Comité de Calidad y aprobado por el Comité de Coordinación del sistema de Control Interno; el Programa correspondiente a la vigencia 2017 esta compuesto por 47 auditorías, de las cuales 9 estaban programas para ejecutar en el primer semestre y todas se desarrollaron, aunque no todas cuentan con planes de mejoramiento, es decir, no se han tomado acciones con base en los resultados de los informes de las auditorias, algunos casos se han emprendido dichas acciones pero no se documentan en un plan para evidenciar la mejora.

### **2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**

#### **2.3.1 Plan de Mejoramiento**

El Hospital tiene definida una metodología para la formulación de Planes de Mejoramiento, documentada mediante el procedimiento “MEJORAMIENTO CONTINUO” Código PRC-GC-002 adscrito al proceso de Gestión de Calidad, se encuentra publicado en la red en control de documentos vigentes, para su consulta permanente.

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***



Se cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional con acciones frente a los incumplimientos de los estándares de acreditación y No Conformidades generadas por distintas fuentes incluyendo auditorías externas e internas, no obstante, en este último se están documentando las acciones de mejora frente a resultados de las últimas auditorías e informes de seguimiento, ya que no corresponde a un proceso inmediato, es decir, no se está cumpliendo el plazo para la formulación de los planes de mejora una vez se remite el informe final; además, falta fortalecer la cultura de mejoramiento continuo por otras fuentes como lo son: indicadores, informes de seguimiento, autoevaluaciones, necesidades, expectativas, quejas, reclamos, sugerencias, directrices de la alta dirección.

Se realiza seguimiento al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento donde se verifica si las estrategias han sido efectivas, éste se realiza de forma trimestral por parte de las oficinas de Calidad y Control Interno; no obstante, en lo corrido de la vigencia 2017 se ha efectuado un solo seguimiento en febrero de 2017 con corte a diciembre 2016, no se realizó con corte a 31 de marzo 2017 y está pendiente la evaluación con corte a junio 2017.

### **3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

#### **Información y Comunicación Externa**

Se tiene establecido mecanismos para identificar la información externa como: buzón externo “Tu Voz”, ventanilla única, Oficina de Atención al Usuario (SIAU), teléfono, encuestas de satisfacción y Página Web; en cuanto a esta última, no se mantiene actualizada la información relacionada con: estructura organizacional, presupuesto, normatividad, contratos, trámites, informes de gestión, PQRSF, entre otros, necesarios para generar interés, promover su consulta y permanecer informada a las partes de interés y comunidad en general.

La entidad no cuenta con lineamientos formalmente documentados sobre la planeación para efectuar rendición de cuentas; sin embargo, cuando se realiza actos de audiencia pública se desarrolla cada etapa según lineamientos del Departamento de la Función Pública y demás disposiciones de Ley, pero falta aplicar otros métodos de rendición como reuniones, foros y encuentros con la ciudadanía y grupos de interés para evaluar resultados de la gestión pública.

El 23 de marzo de 2017 se realizó audiencia pública de rendición de cuenta de año fiscal 2016, la cual fue evaluada en relación a la asistencia del evento, resultado de la encuesta aplicada a los asistentes y calificación frente a los criterios de la guía de la Contraloría General de la República y Departamento Administrativo de la Función Pública denominada “Audiencias Públicas en la Ruta de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía de la Administración Pública Nacional” Mayo de 2009, no obstante, se requiere en próximos actos de audiencia, aplicar criterios de la guía actualizada; asimismo, el resultado fue publicado en la página web del Hospital, pero falta fortalecer el uso de otros medios para retroalimentar a los grupos de interés.

#### **Información y Comunicación Interna**

El Hospital cuenta con mecanismos para la administración de la información que se origina y procesa en su interior, a través de la ventanilla única quien administra la correspondencia y se encarga de su distribución, y el área de archivo que se encarga de la gestión documental en lo que respecta los registro e información física que se genera en la operación de los procesos, actualmente se presenta dificultad en cuanto a la custodia de dicha información, ya que no se cuenta con espacio suficiente y la cantidad de archivo va en aumento por falta de aplicación de las Tablas de Retención Documental, las cuales fueron actualizadas y aprobadas por el Comité de Archivo del Hospital y están pendiente de validación por parte de archivo de la Gobernación, éstas son aplicables al archivo generado a partir de la vigencia 2017, para las vigencias

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***



anteriores se deben aplicar las Tablas de Valoración Documental de tal manera se pueda aplicar la disposición final establecida.

La información proveniente de las fuentes internas (guías, protocolos, manuales, informes, actas, actos administrativos, etc) es utilizada como insumo para el desarrollo de los procesos, las versiones vigentes aprobadas en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) se encuentran disponibles en la red, las actas las maneja cada comité interno y la oficina de calidad las consolida, y los actos administrativos reposan en el archivo de la Gerencia para un mayor control de los originales.

El Hospital no tiene definida una política institucional y un plan de comunicaciones, aunque en el Manual de Políticas de Operación Código: MANPO-G-01 versión 01, se hace referencia al manejo de las comunicaciones, no ha sido actualizada según cambios en la administración de la misma.

La Alta Dirección comunica los objetivos del Hospital a través de medios masivos y los resultados de la gestión se socializa a los líderes de proceso y no en todas las áreas se efectúa el despliegue para conocimiento de todo el personal, además no se utilizan otros medios de comunicación como la intranet, correos electrónicos, carteleros o boletines para socializar dicha información.

No obstante, el Hospital cuenta con canales de comunicación internos que permiten el flujo de información entre los procesos y niveles jerárquicos, aún falta fortalecer el suministro e intercambio de datos e información, por cuanto se presenta informalidad en su manejo y en algunos caso no es permanente y oportuno, dificultando el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **Sistemas de Información y Comunicaciones**

El Hospital cuenta con un mecanismo sistematizado para la captura, procesamiento, administración de la información, denominado SIHOS que integra en manejo asistencial y temas de apoyo (contabilidad, facturación y cartera, glosas, inventarios, nómina, presupuesto, tesorería), no abarca el manejo de correspondencia y tecnología; dicho sistema presenta dificultades en su funcionalidad ya que en algunos módulos requiere configuración de tal manera cumpla con las necesidades y se adapte a los parámetros requeridos.

Además, cuenta con otros sistemas como SISCAFE, el cual se adquirió en razón a que el módulo contable del SIHOS no opera en una ambiente acorde a las exigencias del nuevo marco normativo; el aplicativo COVIS que no está cumpliendo con su propósito principal, la identificación de riesgos, además no está aplicándose plenamente en lo pertinente al manejo de la correspondencia; KAWAK adquirido para la administración del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital, en cuanto al módulo de planeación estratégica, control documental y manejo de riesgos pero falta de usabilidad, se encuentra en proceso de parametrización y cargue. En cuanto al aplicativo PQRSF en la página web, no se encuentra funcionando por falta de configuración.

El Hospital cuenta como mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio, con el buzón Tu voz, ventanilla única, SIAU, teléfono, redes sociales; no obstante, carece de la aplicación de instrumentos que permita abarcar otras partes como son los clientes directos (EPS, Entidades Territoriales, etc); a través de estos mismos mecanismos se da a conocer información generada por la Entidad, sin embargo, no se está verificando la funcionalidad de sus canales de comunicación para garantizar su efectividad.

Se verifica la oportunidad y veracidad de la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información, con el fin de garantizar coherencia en la misma y cumplir con los términos de ley.

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***





## **ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

De acuerdo a la evaluación realizada al Sistema de Control Interno del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. con corte a 11 de julio de 2017, se cumple aceptablemente, disminuyendo la calificación en la mayoría de elementos respecto a la evaluación anterior, obtenida mediante la aplicación de la herramienta diseñada por el Hospital, al realizar la conversión a la metodología del Departamento de la Función Pública se consideraría en un nivel de madurez intermedio. Se recomienda continuar aplicando las buenas prácticas y estrategias que han permitido dar cumplimiento a los elementos y tomar acciones frente a las debilidades, con el fin de gestionar el modelo de forma continua y sistemática, además lograr la efectividad deseada.

## **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

La Oficina de Control Interno recomienda monitorear el cumplimiento de los valores éticos; reconocer la cultura organizacional actual y establecer la deseada con el fin de emprender acciones para lograrla; aplicar el programa de inducción conforme a lo establecido; desarrollar el Plan de Incentivos aprobado; evaluar y generar informes consolidados del cumplimiento y efectividad de los planes y programas de talento humano; aplicar evaluación del desempeño y verificación de cumplimiento de compromisos y obligaciones acorde a los mecanismos diseñados y adoptados; establecer y desarrollar el programa de prepensionados, de tal manera se brinde apoyo emocional a las personas para enfrentar el cambio; documentar el análisis del contexto interno y externo; aprobar el plan estratégico y los ajustes que se generen en la plataforma estratégica, así como su ejecución de acuerdo a lo programado; culminar la caracterización, procedimientos y demás documentos de los procesos que permitan su funcionamiento; contar con una estructura organizacional acorde al funcionamiento del Hospital; evaluar la oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, confiabilidad, aplicación y utilidad de los indicadores con el fin de definirlos e iniciar su medición; analizar los resultados de los indicadores diseñados para evaluar la gestión de los procesos e institucional; definir las políticas de operación por procesos y actualizar el manual de operaciones; desarrollar metodología de administración del riesgos e involucrar los equipos de trabajo de las distintas áreas; fomentar la cultura de autoevaluación; socializar y aplicar el procedimiento de auditorías internas conforme a lo documentado; formular oportunamente planes de mejora frente a las distintas fuentes; realizar seguimiento más periódico a los Planes de Mejoramiento para verificar la efectividad de las estrategias o acciones; publicar y mantener actualizada la información en la página Web; definir lineamientos y estrategia de rendición de cuentas, incursionando en otros mecanismos no solo la audiencia pública; fortalecer los mecanismos de administración de la información que se origina y procesa al interior del Hospital; fortalecer la gestión documental; definir una política y plan de comunicaciones; comunicar los resultados de la gestión y realimentan al personal sobre los logros alcanzados; fortalecer la operatividad del SIHOS y demás sistemas de información y comunicación; fortalecer los mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio; verificar la funcionalidad de los canales de comunicación.

**MAGDA YURANY TRILLERAS YARA**

Jefe Oficina de Control Interno HEGI E.S.E. Lérica Tolima

*“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”*