



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

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

Magda Yurany Trilleras Yara

Período Evaluado: 12 Noviembre/16 – 11 Marzo/17

Fecha de Elaboración: 30 de Marzo 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, elaborado mediante el dialogo y participación del personal de la institución, en él se instauran los principios y valores, los cuales se han promovido a través de publicaciones en la página web, cartelera, socialización en inducción y reinducción, reconocimientos y actividades lúdicas; además, éste documento contiene los derechos y deberes tanto de los funcionarios como de los pacientes y familia.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., tiene adoptado un manual de funciones, competencias y requisitos, el cual es socializado a través del programa de inducción. En la vigencia 2016 se ejecutó el Plan Institucional de Capacitación y Programa de Bienestar, no obstante para la vigencia actual se encuentran en construcción, aún no han sido aprobados, en lo que respecta a incentivos tanto en el año anterior como en el que se encuentra en curso no se ha definido y desarrollado. Se recomienda divulgar a todo el personal las versiones aprobadas y las modificaciones que se generen durante la vigencia, así como el resultado de las evaluaciones de éstos planes y programas.

Como herramienta fundamental para la administración del recurso humano en el Hospital, se documentó el "MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO" Código MAN-TH-001, que contiene los aspectos procedimentales conforme se desarrolla debe desarrollar la Identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios internos, el diagnóstico sobre la administración del recurso humano, la planificación del recurso humano, la organización del trabajo, la gestión del empleo, del rendimiento, de la compensación, del desarrollo y de las relaciones humanas y sociales; no obstante, en la práctica se observan aspectos que no se desarrollan conforme están estipulado en dicha metodología, además, el Hospital no ha realizado una plena caracterización de sus servidores.

Se cuenta con un Programa de Inducción y reinducción, documentado mediante código PRG-TH-001, actualizado en mayo de 2015 como versión 3, el cual se ha aplicado pero falta fortalecer aspectos como la aplicación a todo el personal según su alcance (planta, contratistas, tercerizados, junta directiva), evaluación de la comprensión, aplicación de la inducción específica (adecuada, completa y oportuna) e informe consolidado sobre los procesos de inducción y reinducción realizados.

Con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, el Hospital anualmente realiza medición del clima laboral, a través de encuesta aplicada a funcionarios y contratistas, en noviembre de 2016 se efectuó medición, se analizaron los resultados y con base en ellos se están orientando los planes y programas del 2017, aunque se evidencia una debilidad en cuanto a programas de preparación de prepensionados para el retiro del servicio, ya que no se está formulando y desarrollando. Ésta medición además de conocer el clima laboral, permite identificar la cultura organizacional, no obstante no se ha establecido formalmente la cultura actual y la deseada con el fin de determinar las acciones para consolidarla.

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



El Hospital tiene definido el mecanismo de evaluación de desempeño y cumplimiento de responsabilidades según vinculación con el Hospital, no se evidenció resultado de evaluación final del desempeño de personal de carrera administrativa como tampoco la aplicación de evaluación de cumplimiento de responsabilidades o compromisos contractuales sin generar derechos de carrera administrativa en el resto de personal excepto en la modalidad de contratista por cuanto a éstos se aplicó el formato FOR-TH-006.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

El Hospital cuenta con una plataforma estratégica adoptada mediante Acuerdo 003 de 2015 expedido por su Junta Directiva y un Plan Estratégico coherente con ésta, el cual obtuvo un 85.89% de cumplimiento debido a la ejecución de las estrategias y acciones durante las vigencias 2014, 2015 y 2016 a través de planes y programas que contribuyeron al cumplimiento de las metas establecidas.

En los planes y programas institucionales se establecen acciones y actividades y se respectivas fechas de ejecución, metas, responsables, indicadores, entre otros según formato aprobado para cada uno, además se tiene definido el responsable y la periodicidad de realizar seguimiento a su cumplimiento.

En cuanto a la formulación de planes y programas se contemplan los objetivos institucionales, requisitos legales y necesidades de los usuarios, pero se presentan debilidades en cuanto a la debida planeación y definición del presupuesto requerido para su ejecución.

El Hospital se encuentra en proceso de formulación del Plan Estratégico con proyección de las próximas tres vigencias y a partir de éste la definición de los planes operativos anuales 2017.

El Hospital tiene organizados y reglamentados los comités internos de trabajo, 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. Se recomienda optimizar el tiempo para que las reuniones sean efectivas en el tratamiento de temas y emprendimiento de acciones de mejora.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

El Hospital tiene definido sus procesos de tipo estratégico, misional, de apoyo y evaluación, cuya interacción es representada gráficamente a través del mapa de procesos, el cual ha sido socializado a través de inducciones, reinducciones, página web, intranet, cartelera y audiencias públicas; la última actualización se efectuó en diciembre de 2016 por cuanto se definió un nuevo proceso de apoyo “Gestión Contractual”; no obstante aún falta culminar la actualización y documentación de algunos procesos, incluyendo procedimientos en respuesta a cambios operacionales, desempeño institucional, necesidades y prioridades en la prestación del servicio, sugerencias y análisis costo-beneficio, así como también falta la caracterización de 5 de 14 procesos definidos.

En cuanto al proceso contable, los procedimientos no han sido actualizados de acuerdo a los cambios operativos y normativos, pese a que en la práctica se tiene claro los niveles de autoridad y responsabilidad para su ejecución, se realiza conciliación y cruces de saldos con las áreas, se conoce la forma como circula la información, que procesos generan transacciones, hechos y operaciones financieras y cuáles son los productos que son insumos del proceso contable, estos aspectos no se encuentran formalmente establecidos y documentados dentro de los procedimientos.

No obstante, se cuenta con la herramienta kawak para la administración y el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital, no todos los documentos (caracterizaciones, procedimientos, manuales,

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



instructivos, protocolos, guías, entre otros) aprobados en dicho sistema se encuentran cargados en el aplicativo, mientras se culmina el proceso de migración, tanto las versiones obsoletas como vigentes se encuentran publicadas en la red para su consulta y utilización. Se recomienda agilizar el proceso de migración y hacer uso óptimo de la herramienta.

El procedimiento para medir la satisfacción de los clientes en el Hospital, consiste en la aplicación de encuestas en los servicios de hospitalización y consulta externa, el resultado es socializado en Comité de Ética y Humanización.

1.2.3 Estructura Organizacional

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una estructura organizacional aprobada por su Junta Directiva que no es adaptable a las contingencias que se puedan presentar en ejecución de la planeación institucional, no facilita el desarrollo de los proyectos y no es coherente con los procesos y procedimientos del Hospital. Se reitera la necesidad de ajustarla de tal manera contribuya a la gestión por procesos y permita establecer de forma clara los niveles de responsabilidad y autoridad que facilite la operatividad, toma de decisiones y liderazgo en los procesos.

A través de la inducción se ha comunicado al personal del Hospital, la relación entre la estructura y los procesos, pero con base a la estructura propuesta conforme se encuentra organizado en la práctica.

1.2.4 Indicadores de Gestión

El Hospital tiene definido indicadores de categorizados en tres niveles: 1er orden que corresponde a los establecidos para verificar el cumplimiento de las estrategias que permiten el logro de los objetivos estratégico; 2º orden que corresponde a los indicadores del Plan de Gestión según Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y la Protección Social, y los dispuestos en el Decreto 2193 de 2004 aunque alguno puede considerarse de 1er orden cuando se relaciona a una estrategia y se dispone para verificar su cumplimiento; 3er orden que corresponde a los demás indicadores de los procesos establecidos según su operación y planes a cargo.

Aún falta definir indicadores de 3er orden, y que el personal de las distintas áreas conozcan y comprendan los indicadores, de igual manera no todos los indicadores son medidos en la periodicidad establecida, en su mayoría cuando se requiere un reporte, lo cual no permite un oportuno análisis y toma de decisiones, el resultado no es de conocimiento de todo el personal del Hospital, solo de quienes participan en reuniones de socialización de éstos que por lo general son los jefes de áreas o líderes de proceso; además, para el manejo de los indicadores se cuenta con una herramienta o aplicativo denominado “Kawak”, que no se está utilizando plenamente para la medición, análisis y toma de acciones de mejora frente al resultado de los mismos. Por lo anterior, los indicadores no pueden ser consultados de manera oportuna por parte de los servidores y los mismos ciudadanos o partes de interés.

Los indicadores se han revisado y mejorado de forma parcial, en aquellos que se miden continuamente, no obstante de acuerdo a lo anterior, aún falta por definir indicadores de tercer orden en algunos procesos y otros cuenta con muchos que requieren ser evaluados teniendo en cuenta la oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, confiabilidad, entre otros aspectos, permitiendo contar lo que sean aplicables y útiles.

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 operatividad de los procesos. Se ha recomendado la unificación de estos como un

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



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, estructura organizacional, etc.

Si bien no se ha actualizado el Manual de Políticas de Operación del Hospital, las políticas institucionales se adoptaron mediante Resolución 015 del 20 de enero de 2015, se adoptaron las políticas institucionales, pero aún falta definir y actualizar las políticas de operación de los procesos de acuerdo a los cambios que se han presentado en los mismos.

En cuanto al proceso contable, 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, esta hacen relación al activo (de Efectivo y Equivalente al Efectivo, Instrumentos Financieros (Cartera), Inventarios, Propiedad, Planta y Equipo), pasivo (de Obligaciones Financieras, Cuentas por Pagar y Proveedores, Impuestos, Gravámenes y Tasas, Provisiones y Contingencias, Beneficios a los Empleados), patrimonio, ingresos y egresos, éstas políticas se están aplicando en la actualidad. Así mismo, se ejecuta la política de depuración contable.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un Manual para la Administración de Riesgos Código: MAN-GC-002 , donde se definen lineamientos e instrumentos para su identificación, manejo y control, no obstante, se observa la falta de interiorización y aplicación de la metodología por parte de los procesos, por tanto, es necesario involucrar a las áreas para que definan los riesgos y analicen las causas que los origina, de esta manera garantizar una correcta identificación e implementación de controles o medidas de seguridad.

Dentro de las políticas institucionales adoptadas mediante Resolución 015 del 20 de enero de 2015, se encuentra la política de gestión del riesgo y seguridad del paciente, que hace referencia al compromiso del Hospital a “institucionalizar y concientizar en la implementación de prácticas seguras con el fin de controlar los riesgos y mitigar las consecuencias en el paciente, familia y colaboradores”, por tanto, se debe adelantar las acciones para dar tratamiento a los riesgos y cumplir el objetivo de la política.

1.3.2 Identificación del Riesgo

En la vigencia 2016 se tenía definido un mapa de riesgos institucional clasificado por procesos documentado en el formato correspondiente Código: FOR-GC-023, donde se describe el riesgo, sus causas, efectos y tipo según la metodología adoptada por el Hospital, sin embargo, para la actual vigencia aún no se ha actualizado, se encuentra en un proceso de planeación de las jornadas de trabajo con los procesos para instruir sobre la metodología y se inicie su aplicación, con el fin de garantizar que se efectúe un correcto análisis de condiciones internas y externas, como también las causas.

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

Los riesgos fueron analizados según su probabilidad e impacto, determinando la zona de riesgo y las medidas de respuesta; para el cierre de 2016 de 26 riesgos identificados, 12 se consideraron controlados (46%) según la valoración y evaluación de la efectividad de los controles establecidos. Dentro del proceso de actualización del mapa de riesgos para la actual vigencia se establecerá la probabilidad de ocurrencia de los riesgos que se identifiquen y el impacto de sus consecuencias, asimismo, se calificará y evaluarán para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se implementarán.

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



En cuanto a los riesgos sobre la seguridad de los pacientes, se analizan en el respectivo comité de acuerdo a la metodología establecida en el Programa Paciente Seguro, por ser un tema primordial e importante para brinda una atención segura, su gestión es permanente y se cuenta con un líder que promueve su aplicación.

Se requiere socializar a todas las áreas el resultado de los seguimientos a los controles, con el fin de aplicar los respectivos ajustes, así mismos, se debe divulgar las actualizaciones que se generen, de esta manera, involucrar al personal en su administración y no solo conozcan si no también participen en su control.

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

En relación a la autoevaluación de control por parte de los procesos aun presenta debilidad en su aplicación, pese a que participan en cuatro tipos de ejercicio: 1) autoevaluación de estándares de acreditación liderada por la Oficina de Calidad, quien desarrolla jornadas de trabajo con los distintos procesos donde se analiza y califica los factores según metodología, pero ésta se efectúa en cada cierre de ciclo, en el 2016 se realizó una y en el 2017 se ha realizado una; 2) autoevaluación de estándares de habilitación, en etapa de preparación ante la visita; 3) autoevaluación frente al Sistema de Control Interno (SCI), no se tiene fortalecida dicha cultura, los procesos participan cuando la Oficina de Control Interno cada cuatrimestre realiza evaluación y requiere verificar el cumplimiento de alguno de los elementos; 4) En revista médica frente a la atención de los pacientes. No obstante, falta iniciativa de los procesos de evaluar sus controles y emprender acciones frente a las debilidades u oportunidades de mejora que éstos identifiquen, sin requerir que un tercero programe la actividad o detecte No conformidades.

En cuanto a la autoevaluación de la gestión, también se presenta debilidad en razón a que no todos los procesos por iniciativa propia analizan el resultado de sus indicadores, si bien rinden los datos, efectúan mediciones y asisten a reuniones donde se analizan algunos de ellos, se procede cuando Gerencia, Oficina de Calidad o un Comité Interno lo requiere, por tanto, no es periódico el análisis del comportamiento de los indicadores, de tal manera permita una oportuna toma de decisiones o acciones.

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna

La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al Sistema de Control Interno (SCI) para determinar su efectividad, mediante la evaluación cuatrimestral y anual del SCI, auditorías internas de gestión e informes de seguimiento; no obstante, no todas las recomendaciones son aplicadas para mejorar los procesos auditados o evaluados.

El Hospital cuenta con un Comité de Coordinación de Control Interno activo, el cual desarrolla dentro de sus funciones la aprobación del programa anual de auditorías internas, en el 2016 se efectuaron 10 auditorías conforme a lo programado; para el 2017 se tiene previsto aprobar el Programa en el mes de marzo. En el Programa Anual de Auditorías se define el objetivo y alcance, se relacionan las auditorías internas a realizar, tipo de auditoría, objetivo de cada una, justificación, fecha de ejecución, competencias y habilidades del equipo auditor y nombre los auditores asignados para su realización.

Para la ejecución de las auditorías internas se tiene documentado un procedimiento, adscrito al proceso de Gestión de Calidad; no obstante, de acuerdo a los registros y papeles de trabajo de las auditorías desarrolladas, no se cumple a cabalidad, por tanto, requiere ser revisado y ajustado en caso de ser necesario.

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



En cuanto a los Informes Pormenorizados del Estado del Control Interno, en el 2016 se generó y publicó un solo informe, en noviembre/2016 respecto al periodo comprendido de 12 de noviembre de 2015 a 11 de noviembre de 2016 y en el 2017 se ha generado el presente informe que comprendido del 12 de noviembre de 2016 al 11 de marzo de 2017. En relación al Informe Ejecutivo Anual tanto en el 2016 como en el 2017 se rindieron dentro de los términos

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una metodología para la formulación del Plan de Mejoramiento, documentada en el procedimiento de mejora continua, adscrito al proceso de Gestión de la Calidad, además establece lineamientos para su seguimiento y evaluación.

El Hospital cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional frente a estándares de Acreditación y No Conformidades, en el 2016 y lo corrido del 2017 se han efectuado seguimiento a estos en la periodicidad definida, sin embargo, aún falta fortalecer la formulación de acciones de mejora frente a las auditoría pero también a otras como: análisis de indicadores, Sistema PQRSF, Informes de Seguimiento, autoevaluación, entre otras.

Las acciones de mejora establecidas en el Plan de Mejoramiento Institucional y desarrolladas cabalmente, han contribuido al cumplimiento de los objetivos, a mejorar su desempeño y resolver hallazgos detectados por los organismos de control. En cuanto a los Planes de Mejoramiento por Procesos, éstos se encuentran inmersos en el Institucional y los Planes de Mejoramiento Individual no se encuentran establecidos.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa

El Hospital cuenta con canales de comunicación externas como: sitio web, redes sociales, teléfono, correo electrónico institucional, buzón externo, ventanilla única, Oficina de Atención al Usuario (SIAU), reuniones con la Asociación de Usuarios y audiencia pública, lo cual permite el flujo de información en doble vía con sus grupos de valor y de interés. No obstante, requiere fortalecerse.

Además se cuenta con mecanismos para recibir quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, a través del buzón externo “Tu Voz”, ventanilla única, Oficina de Atención al Usuario (SIAU), teléfono y Página Web, aunque esta última presenta dificultades en su operación y requiere mejoras. Pese a que las QRSF han permitido implementar mejoras y contribuir en el desarrollo de los procesos, no se documentan como acciones de mejora y aún continúan debilidades en su gestión y control, en aspectos como la clasificación, distribución, seguimiento, trazabilidad y respuesta oportuna, entre otros, los cuales han sido reportados a través de informes de seguimiento generados por la Oficina de Control Interno.

La página web como canal principal cuenta con información fundamental pero también desactualizada, lo cual genera desinterés en su consulta, además carece de información importante según lineamientos de gobierno en línea y demás exigencias de ley, como: presupuesto general y ejecución, escala salarial, normas generales y reglamentarias, programas operativos, contrataciones adjudicadas, informes de auditorías, funcionamiento link QRSF, etc.

En cuanto a los informes y reportes contables se entregan oportunamente a los destinatarios, según exigencias normativas y la información se verifica antes de ser remitida con el fin de garantizar su consistencia. El Balance General y Estado de la Actividad se generan trimestral y anualmente, no obstante, en la página web del Hospital se publican los anuales, en un lugar poco visible dificultando el fácil acceso, por

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



tanto, se requiere mejorar este aspecto.

Durante el periodo que comprende el presente informe el Hospital no desarrolló actividades de rendición de cuentas, se tiene programado un acto de audiencia pública para el 23 de marzo de 2017, sin embargo, no se ha establecido una estrategia para la vigencia 2017, según lineamientos metodológicos impartidos en el Manual Único, en cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 y Ley 1757 de 2015 TITULO IV, no obstante, se definieron actividades en el Plan de Anticorrupción Atención al Ciudadano.

Información y Comunicación Interna

El Hospital no cuenta con una política institucional de comunicación actualizada, un Plan y matriz de comunicaciones, por tanto, no se cuenta con un proceso de comunicación organizacional organizado que permita un adecuado manejo de la misma. No obstante, cuenta con canales de comunicación internos como: intranet, cartelera, correo electrónico, LAN Messenger, parlante, entre otros, que permiten el flujo de información entre los niveles jerárquicos, pero aún falta fortalecer el flujo entre las diferentes áreas o procesos, por cuanto se presenta informalidad en su manejo.

El Hospital cuenta con una ventanilla única donde se recepciona y despacha la correspondencia; no obstante, dispone de una herramienta denominada COVIS que permite radicar correspondencia interna y externa, pero que no contempla todos los parámetros de la Ley General de Archivo, además no se está utilizando. El proceso de Gestión Documental se encarga de la administración de la información que se genera y procesa en el Hospital, se evidenció que en los archivos de gestión (áreas mayor generadoras) y central, la documentación esta inventariada en el Formato Único de Inventario Documental – FUID; sin embargo, presenta deficiencias en cuanto a la infraestructura y capacidad de almacenamiento del archivo central, por tanto el Comité de Archivo en el 2016 aprobó las TRD, TVD, PGD, PINAR para ser aplicadas y mejorar el manejo del mismo, ya que existe archivo que esta para disposición final debido a que se cumplió el tiempo de conservación, de igual manera se requiere capacitación periódica sobre la gestión de archivo dirigida al personal del Hospital, ya que se evidencia desconocimiento y falta de aplicación.

La información proveniente de las fuentes internas (manuales, informes, actas, actos administrativos) es utilizada como insumo para el desarrollo de los procesos, las versiones vigentes de los documentos se encuentran identificados y controlados por el proceso de Gestión de Calidad y están disponibles en red para su consulta y uso, no obstante, aún falta la actualización de alguno de ellos y la migración de todos estos al aplicativo kawak para facilitar el acceso y brindar un mejor control; en cuanto a las actas, cada comité u oficina que convoca es responsable de su conservación, no obstante, es necesario definir un mecanismo para que se encuentren disponibles; en cuanto a los actos administrativos son controlados por Gerencia quien lleva registro del consecutivo y tema, además conserva el original.

Sistemas de Información y Comunicaciones

El Hospital cuenta con un mecanismo sistematizado para la captura, procesamiento, administración de la información, denominado SIHOS que integra las áreas asistenciales y algunos temas administrativos del Hospital (contable, presupuesto, recursos físicos en cuanto a inventarios, recursos humanos en cuanto a nómina), en razón a que el módulo contable no opera satisfactoriamente, se adquirió la herramienta SISCAFE de forma temporal hasta tanto dicho módulo funcione correctamente y se pueda manejar la información contable en un ambiente integrado acorde al nuevo marco normativo, adicionalmente, ésta herramienta no contempla el manejo de la correspondencia, por tanto, se realiza de forma manual ya que el aplicativo COVIS adquirido para tal fin no se encuentra en pleno uso; así mismo, se cuenta con una herramienta denominada KAWAK para la administración del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital, pero su usabilidad es baja en razón a que aún se encuentra en proceso de parametrización y cargue.

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



La entidad cuenta con un área específica para la atención al ciudadano denominada SIAU, la cual le corresponde orientar y brindar información sobre los servicios que ofrece el Hospital, educar al usuario y la familia sobre el tratamiento, socializar sobre los derechos y deberes, realizar seguimiento a los egresos, gestionar las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los formuladas por los ciudadanos frente a la misionalidad del Hospital Especializado Granja Integral, facilitando el acceso a la información.

El Hospital verifica pero no de forma periódica y formal, la consistencia de los canales de comunicación y que la información que se suministra esté actualizada, además, las mejoras no son inmediatas y documentadas.

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 marzo de 2017, se cumple aceptablemente con tendencia a alto grado, según escala de valoración establecida en la herramienta diseñada para el Hospital, al realizar la conversión a los niveles de madurez establecido en la metodología del Departamento de la Función Pública se consideraría satisfactorio. Se evidenciaron aspectos positivos que se deben continuar aplicando y frente a las debilidades se debe tomar acciones con el fin de cumplir de forma completa, bien estructurada y sistemática la aplicación del modelo de control interno.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

La Oficina de Control Interno recomienda emprender acciones para consolidar la cultura organizacional deseada; desarrollar plan de capacitación y programa de bienestar e incentivos, basado en las necesidades y lineamientos establecidos; contar con una estructura organizacional acorde al funcionamiento del Hospital; actualizar la política de comunicación y definir un plan de comunicaciones; fortalecer el flujo de información entre áreas o procesos; afianzar conocimiento y aplicación de la gestión de archivos; culminar el diseño de las caracterizaciones y procedimientos de los procesos; culminar el proceso de diseño y ajuste de indicadores para medir la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos; Documentar el Manual de Operaciones; fortalecer la interiorización y aplicación de políticas institucional y de operación; involucrar a la áreas en la administración de los riesgos y afianzar en las mismas la aplicación de la metodología; fomentar la cultura de autocontrol y autogestión; tomar acciones derivadas de las evaluaciones del Sistema de Control Interno, seguimiento y análisis de la información interna y externa; entre otros aspectos relacionados en el presente informe.

MAGDA YURANY TRILLERAS YARA
Jefe Oficina de Control Interno HEGI E.S.E. Lérica Tolima

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