INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011		
Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Andrés Daniel Escobar Montoya	Periodo Evaluado: 12 Noviembre /18 – 11 Marzo /19 Fecha de Elaboración: Marzo de 2019

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" el cual va a ser reemplazando por el código de integridad según lo estipulado en el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, para este cuatrimestre se han venido adelantando actividades ludicoformativas que propenden a la construcción del documento final teniendo en cuenta las apreciaciones de todo el personal de la entidad, que se viene desarrollando en diferentes actividades incentivado la cultura de nuestros valores, luego de realizar la transición de 7 a 5 valores los cuales son: honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia, para esta vigencia se aprobará y se publicará en la página web del Hospital el documento final código de integridad cumpliendo con los lineamientos establecidos en la primera dimensión del talento humano y en el manual operativo de MIPG.
Adicionalmente se debe tener en cuenta los derechos y deberes de los usuarios y del talento humano, para esta vigencia se han desarrollado estrategias como; elección representantes de principios y valores, jornadas de inducción y reinducción, charlas presenciales, entre otras, en cuanto a este componerte se evidencio una un monitoreo permanente a los valores y principios instituciones el cual se puede medir con el incremento de felicitaciones.
El Hospital ha reconocido la cultura organizacional encaminada al cumplimiento de la filosofía del servicio se desarrolló una jornada lúdica participativa con todo el personal donde se reforzaron temas de la plataforma estratégica y cultura organizacional, se realizó evaluación de conocimiento sobre principios y valores, filosofía del servicio, derechos y deberes con el fin mantener actualizados los conocimientos por parte de todos los funcionarios y contratistas del Hospital, realizando diferentes actividades para mejorar el conocimiento y la percepción, promoviendo los principios y valores y el pacto por el buen trato a nuestros usuarios y compañeros sobre los derechos y deberes de los pacientes con el fin de mejorar la cultura deseada.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

El Hospital tiene establecido lineamientos para la planificación del Recurso Humano, documentado en el "MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO" Código MAN-TH-001 donde se detalla 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 la Relaciones Humanas y Sociales); sin embargo, no cuenta con un Plan de previsión y plan anual de vacantes conforme lo establece el artículo 17 de la ley 909 de 2004.

En cuanto a las competencias y requisitos de los cargos de planta del Hospital, cuenta con un Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales adoptado mediante Acuerdo 012 de 2005, el cual ha sido objeto de modificaciones y adiciones debidamente aprobadas por la Junta Directiva del Hospital; éste ha sido socializado al personal nuevo de planta que se vincula al Hospital en lo que respecta al cargo a ocupar con sus respectivas obligaciones laborales y funciones a cumplir de acuerdo a lo estipulado en al manual de

funciones, en el mes de noviembre del año 2018 el manual de funciones se modificó tras la creación y aprobación de dos nuevos cargos aprobados por la junta directivo en el acuerdo 12 del 27 de noviembre de 2018, como lo fueron los cargos de coordinador asistencial y el cargo del profesional universitario del área de contratación.

El Hospital tiene documentado el "PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION" Código: PRG-TH-001 donde se especifican los temas y el procedimiento de inducción para empleados nuevos (inducción general y específica) y reinducción (a todos los vinculados) en el caso de cambios organizacionales, técnicos y/o normativos o programados como mecanismo de afianzamiento del conocimiento general del Hospital. De acuerdo a lo verificado, en lo corrido de la vigencia 2017 y 2018, el proceso de re inducción se viene realizando desde el mes de noviembre de 2017 de manera oportuna, quedando constancia en sus respectivas actas. Se pudo evidenciar que el proceso de re inducción se está ejecutando con forme a lo establecido en el programa de inducción y re inducción y por lo menos se realiza una vez al año con todo el personal vinculado al hospital y el proceso de inducción se realiza de acuerdo al ingreso de cada contratista o funcionario si es de planta según el caso, en el trascurso de este cuatrimestre el programa de inducción y re inducción tuvo una modificación mejorando su presentación debido a que se realizaron cambios significativos en la forma de impartir la inducción y re inducción aplicando ayudadas didácticas enmarcadas en políticas Tic.

El Hospital Para la vigencia 2018, cuenta con un Plan Institucional de Capacitación, formulado de acuerdo a las necesidades de los Servidores Públicos; el cual se viene cumpliendo acorde a lo estipulado en el documento, todos sus soportes reposan en la oficina de recursos humanos, a la fecha el plan institucional de capacitación se encuentra en ejecución y tiene un porcentaje de cumplimiento del 100% de acuerdo al cronograma aprobado evidenciándose un alto grado de cumplimiento que nos ayuda al mejoramiento continuo de cada uno de los funcionarios y contratistas del Hospital recibiendo actualizaciones continuas en temas de interés, para este cuatrimestre ya se socializó y se aprobó el nueva plan institucional de capacitaciones vigencia 2019 y a la fecha ya se han realizado 7 capacitaciones de las 41 actividades planteados en el plan, que benefician y amplían del conocimiento de los empleados y contratistas del hospital.

Para la vigencia 2019 se tiene establecido un Programa de Bienestar Social y Estímulos, donde se realizó asamblea de bienestar social en el mes de febrero de 2019, quedando en acta de asamblea No. 001 del 05 de febrero de 2019, debidamente aprobadas con las actividades planteadas para la vigencia, por el Comité de Bienestar el cual establecen las actividades en las distintas áreas de aplicación (Calidad de Vida, Deportes, Cultural, Recreación, Vivienda, Educación Formal); asimismo, actividades orientadas al mejoramiento del clima organizacional, Valores Institucionales, Preparación Pre-pensionados, Celebración de Fechas Especiales y Programa de Estímulos, a la fecha se ha cumplido con las fechas estipuladas de ejecución de acuerdo a lo programado; para este cuatrimestre se evidencio que se empezaron a entregar los auxilios de bienestar de acuerdo a las solicitudes allegados por los funcionarios.

En el “MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO” Código MAN-TH-001 se establecen los lineamientos respecto al subsistema “Gestión del Rendimiento” detallando los mecanismos de evaluación del desempeño y de los de compromisos, en los distintos tipos de vinculación: para los inscritos en Carrera Administrativa y periodo de prueba, el sistema tipo el cual en esta vigencia se ha aplicado parcialmente, además dichos 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; para el personal vinculado en provisionalidad y como trabajadores oficiales, se estableció

un instrumento para cada uno de ellos 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 y apoyo a la gestión, se estableció como instrumento el mismo informe de ejecución del contrato y se está aplicando para verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, a partir de esta vigencia 2019 para la realización de la evaluación de desempeño laboral, se debe aplicar lo establecido en el acuerdo 617 de 2018, por el cual se establece el sistema tipo de evaluación y desempeño laboral de empleados públicos y de carrera administrativa de la entidad.
Dentro del mismo "MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO" Código MAN-TH-001, se establecen 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; sin embargo, en el Programa de Bienestar y Estímulos se contempla actividades para la preparación de prepensionados dirigidas a los servidores que en la vigencia presenten las características y requerimientos para calificar como pre pensionados (preparación para su nuevo estilo de vida, de modo que pueda adoptar mejores estrategias de búsqueda de empleo; estrategias para fomentar una cultura del ahorro, acceder a créditos y formas de organización empresarial; concientización a las familias sobre su nueva situación, evaluación del rol y estatus que cumple el empleado dentro de su familia; reconocimiento mediante acto público la entrega de muchos años de Servicios a la institución, pero no se cuenta con una directriz clara para el manejo de los pre pensionados.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

Se analizó el contexto interno y externo de forma general, para identificar la capacidad institucional y definir el plan estratégico 2017-2020 y planes operativos anuales, se tienen planteados los POA por áreas donde se realizaron las estrategias a seguir en cada una de las áreas.

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, al inicio de la vigencia se estableció el Plan Estratégico 2017-2020, Plan de Gestión y Planes Operativos Anuales (POA) de las áreas; los cuales ya están estructurados y aprobados por el hospital y en estos momentos se encuentra en ejecución y seguimiento por parte de las áreas intervinientes en los procesos, los cuales se les realiza seguimientos trimestrales con el fin de verificar el avance y grado de cumplimiento que nos sirve de insumo para medir la gestión de las áreas del Hospital.

El Hospital tiene reglamentados los comités internos de trabajo a través de actos administrativos donde se establece su conformación, funciones, periodicidad de reuniones, en el transcurso del cuatrimestre se programaron las diferentes reuniones de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del personal, donde se analiza el avance de cumplimiento; La oficina de planeación y calidad está realizando los seguimientos al cumplimiento de los compromisos pactados, con el fin de generar alerta frente al incumplimiento de los planes, adicionalmente se cuenta con un plan anual de auditorías aprobado por el comité de coordinación de control interno, mediante acta No. 002 de marzo de 2018. Para la realización de las auditorias planteadas y aprobadas que en la actualidad concluyo con una ejecución del 100% ya que se han realizo 29 auditorías de las 29 aprobadas por el comité de coordinación de control interno, el día 13 de febrero de 2019, se desarrolló el comité institucional de coordinación de control interno con el fin de aprobar el plan anual de auditorías vigencia 2019, siendo aprobadas 20 auditorías para a ejecutar en la presente vigencia.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

El Hospital cuenta con un mapa de procesos donde ilustra la interacción de los mismos, éste ha sido actualizado cuando han ocurrido cambios y para este cuatrimestre no hubo cambios en los procesos, se ha socializado a través de la página web y jornadas de inducción y reinducción, además, para este cuatrimestre se avanzó de manera considerable debido a que se realizaron las caracterizaciones de las áreas de Recursos físicos con fecha de aprobación 10/10/18, Gestión contractual con fecha 10/10/18, gestión de calidad versión 3 con fecha 10/10/18, gestión financiera versión 3 con fecha20/09/18, gestión Tic versión 2 con fecha 26/09/18, seguimiento y control versión 3 con fecha 25/10/18 y la caracterización de talento humano con fecha de aprobación 11/10/18, adicionalmente se están realizando las actualizaciones de procedimientos de las áreas misionales y las respectivas guías psiquiátricas.
Según su propósito fundamental, se requiere culminar el proceso de documentación de las caracterizaciones de los procesos (9 procesos con caracterización de 14) y divulgarlas con el propósito que todo el personal tenga claro el objetivo, alcance de cada uno de ellos y su interacción para el cumplimiento de la misionalidad del Hospital y sus objetivos institucionales.
El Hospital tiene formalmente establecido una herramienta para evaluar permanentemente la satisfacción respecto a la prestación de los servicios de salud dirigidos específicamente a los pacientes de los servicios de consulta externa y hospitalización, a través del formato que fue aprobado FOR-AU-010 y FOR.AU-011 de hospitalización, la cual se aplica cuando se autoriza el egreso del servicio; sin embargo, se diseñó un nuevo instrumento para medir la satisfacción de los pacientes, falta indagar sobre la satisfacción de otras partes de interés y dejar constancia de ello, por ejemplo las EPS quienes son los clientes directos del Hospital. Por tanto, se debe garantizar un mayor cubrimiento en la evaluación de la satisfacción, con el objetivo que se conozca la percepción sobre los servicios de salud que se están prestando y permita tomar decisiones al respecto, orientadas a brindar una atención segura, humanizada y con calidad.

1.2.3 Estructura Organizacional

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una estructura organizacional aprobada por la Junta Directiva, que si bien permite atender su propósito fundamental, la nueva versión de la estructura orgánica funcional del hospital, se presentó y se socializo al personal a través de las jornadas de inducción y reinducción, además, se divulga a través de la página web en el link http://www.hegranjalerida.org/estructura_organica_funcional.html y mediante la cartelera de la Gerencia. Sin embargo, se presentó la nueva estructura organizacional ante la junta directiva de la entidad la cual fue aprobada mediante acuerdo No. 006 del 29 de mayo de 2018, adicionalmente se presentó la actualización del manual de funciones de acuerdo a la nueva estructura aprobado mediante acuerdo No. 007 de 2018, que garantiza y mejora la funcionabilidad de la estructura Orgánica del Hospital, el cual no ha sufrido cambios o modificaciones y sigue siendo la misma estructura orgánica aprobada el pasado mes de mayo.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Se tienen establecidos los indicadores del Plan Estratégico, Plan de Gestión, Planes Operativos Anuales, los cuales arrojaron resultados positivos con corte a 31 de diciembre de 2018, que nos sirven de referencia para la toma de decisiones y así poder lograr un mejoramiento continuo de las falencias que se tiene al interior de la entidad, adicionalmente se tiene otros indicadores obligatorios de Ley que se deben reportar, se lleva un control y seguimiento trimestral de los avances de los planes, para que nos sirva de insumo o herramienta gerencial que permita la oportuna toma de decisiones las cuales se generan mediante el resultado y

comportamiento de éstos.

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, éstos no han sido actualizados según los cambios que se han presentado en la operación de los procesos, debe ser coherente con el actual mapa de procesos, caracterizaciones, procedimientos y políticas de operación de cada uno de ellos, así como las políticas institucionales. Debido a lo anterior, se genera confusión por la falta de coherencia entre el contenido de éstos manuales y los documentos aprobados en el SGC de cada proceso; en las caracterizaciones de los procesos en el ítem "POLÍTICAS DE OPERACIÓN" se registra "Ver Manual de Operación", pero éste no ha sido debidamente aprobado, por tanto, no se tiene claro cuáles son las políticas de operación definitivas y el personal no las conoce, se requiere actualizar, adoptar y divulgar el Manual de operaciones o su equivalente, de tal manera se apliquen las políticas de operación y facilite la ejecución de los procesos y las actividades en generales que se realizan en el hospital especializado granja integral.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo
1.3.2 Identificación del Riesgo
1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

El Hospital cuenta con una política institucional de riesgos, adoptada mediante Resolución 015 de 2015, Manual para la Administración de Riesgos que para este cuatrimestre se realizó actualización del manual para la administración del riesgo Código: MAN-GC-002 versión 4 con fecha de actualización del 31 de junio de 2018, donde se definen lineamientos e instrumentos para la identificación, manejo y control de los riesgos que amenazan el cumplimiento de los objetivos; se van a tener en cuenta aspectos muy importantes como lo son la identificación de los riesgos de acuerdo a las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, se hará en una matriz 5 X 5 y se definirán 4 zonas, facilitando la identificación y valoración de los riesgos existentes de acuerdo a la zona en que se encuentre, y acatando las directrices de función pública en el manual para la administración de riesgos; no se tiene identificado los riesgos operativos de corrupción para contrarrestar este tipo de riesgo se tiene planteada una estrategia por parte de la oficina de planeación y calidad para la identificación de los riesgos de corrupción, en este cuatrimestre se está construyendo y actualizando la matriz de riesgos de todos las áreas e identificando los riesgos nuevos y los riesgos de corrupción los cuales se unificaron para asignarles su respectivo tratamiento y seguimiento, para este cuatrimestre de la vigencia 2019, se actualizo la matriz de riesgos de acuerdo a la nueva metodología de función pública e incluimos los riesgos de corrupción y se consolidaron en una sola matriz para mayor facilidad y agilidad en el seguimiento y control de los riesgos que puedan estar inmersos la entidad.

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 del autocontrol y autogestión, aplicando los principios del MECI a través de jornadas de inducción y reinducción, informes de seguimiento, jornadas de asesoría y acompañamiento, en reuniones de comités internos (comité institucional de coordinación de control interno y comité de calidad), adicionalmente se socializa una vez se culmina el desarrollo de las diferentes auditorías practicadas se les informa de la importancia del autocontrol de que todos debemos de realizar las labores cotidianas y del avance del sistema de control interno, ya que el control interno somos todos al interior del hospital.
en cuanto a la autoevaluación de gestión, el hospital realiza seguimiento a la gestión institucional pero aún se presenta debilidades en el uso de los indicadores de los procesos, en lo que respecta a la medición y análisis, dificultando el monitoreo del cumplimiento de los objetivos y metas tanto institucionales como de los procesos que intervienen en el funcionamiento del hospital, en todos los comités de control interno se replica la importancia del autocontrol, la autorregulación y la autogestión componentes fundamentales del MECI, ya debemos aplicar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan obtener en el desarrollo de nuestras labores.

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 y anuales que se realiza mediante una herramienta diseñada para tal fin, las auditorías internas fueron aprobadas en el plan anual de auditorías vigencia 2018, que actualmente se viene desarrollando de acuerdo al plan aprobado por el comité de coordinación de control interno, el cual se pronuncia a través de informes y seguimientos internos que se realiza a cada una de las áreas auditadas, con el fin de emitir recomendaciones y que se suscriban y se implementen acciones de mejoras permanentes que permitan garantizar un mejoramiento continuo a los procesos y procedimientos auditados. Asimismo, la oficina de control interno del hospital viene realizando el Informe Pormenorizado de Control Interno, en cumplimiento al artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, se ha presentado oportunamente ante el DAFP el Informe Ejecutivo Anual; los informes pormenorizados cuatrimestrales del estado de control interno y se han venido publicando de acuerdo a los términos establecidos por la ley en la página web del hospital.
Para la vigencia 2018 fue aprobado el Plan Anual de Auditoría. Que se compone de 45 auditorías programadas, de las cuales 12 auditorías son de calidad, 27 auditorías misionales y 6 auditorías de gestión por parte de la oficina de control interno, para realizarlas en las diferentes áreas del hospital, las cuales se desarrollarán en el transcurso de la vigencia 2018, en la actualidad el Plan Anual de Auditorías tuvo una modificación que se realizó el día 14 de junio de 2018, reduciendo el número de auditorías que disminuyo a 33 auditorías planteadas de la siguiente manera Auditorias de calidad 12, Auditorias Asistenciales Especificas 15 y auditorias de gestión 6 las cuales van acorde al cronograma establecido, adicionalmente se realizó una última modificación quedando 29 auditorías aprobadas en el plan para lograr su cumplimiento de acuerdo al cronograma aprobado y el porcentaje de ejecución fue del 100% evidenciándose un cumplimiento total de las auditorias propuesta para la vigencia, en el transcurso de este cuatrimestre de la vigencia 2019, se aprobó el plan anual de auditorías vigencia 2019, en el comité institucional de coordinación de control interno, mediante acta No. 001 de febrero de 2019, el cual contiene un cronograma y un plan de trabajo de 20 auditorías que se deben ejecutar, el cual está debidamente publicado en la página web del hospital en siguiente link https://hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2019/03/Cronograma-Plan-Anual-de-Auditorias-Vigencia-2019-HEGI.pdf.

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, el cual se encuentra publicado en la red en control de documentos vigentes, para su consulta permanente, aunque esta herramienta presenta constante dificultades para su acceso.
Se cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional frente a los incumplimientos de los estándares de acreditación que se documenta en el formato FOR-GC-009 y frente a las No Conformidades generadas por distintas fuentes en el formato FOR-GC-022, los cuales se encuentran publicado en la página web del Hospital en el link http://www.hegranjalerida.org/planes_y_proyectos.html y son objeto de seguimiento para determinar su cumplimiento y la efectividad de las estrategias planteadas y ejecutadas, para este cuatrimestre la formulación de la acción de mejora, fue oportuna, es decir, que la realizaron dentro de los términos establecidos en el procedimiento (15 días hábiles a partir de la entrega del informe preliminar de auditoría interna, que se realizó al área de contratación, recursos físicos y almacén) y de forma inmediata cuando se identifica una no conformidad por fuentes como autoevaluación, seguimiento a indicadores, necesidades, expectativas, quejas, reclamos, sugerencias, directrices de la alta dirección, entre otras; se observa planes de mejoramiento por auditorías internas y algunos informes de seguimiento pero no por otras fuentes, se requiere fortalecer la cultura de mejoramiento y sensibilizar sobre la importancia de documentar acciones frente a otras fuentes de mejora, de tal manera se convierta en u proceso cíclico, el cual se ha socializado con las diferentes áreas y en comité de coordinación de control interno que se realizan en la gerencia, para que estén al tanto de las situaciones de carácter administravas que tengan que ver con el funcionamiento del hospital y que pueda quedar el compromiso de cumplimiento de las acciones de mejora, con el fin de optimizar los procesos y procedimientos de la entidad frente a las recomendaciones hechas por la oficina de control interno, se tienen suscrito un plan de mejoramiento con el área financiera el cual se le hará seguimiento trimestralmente.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa

El Hospital cuenta con mecanismos para identificar la información externa como: buzón externo "Tu Voz", ventanilla única, Oficina de Atención al Usuario (SIAU), teléfono, encuestas de satisfacción que se realizan a través de la página web de la entidad, se debe realiza actualización de ésta, por cuanto contiene información un poco desorganizada, no está articulad o ningún correo electrónico lo cual no genera una consulta real y no permite generar respuesta de manera oportuna, para este cuatrimestre se está desarrollando un nuevo diseño a la nueva página web del Hospital, la cual permitirá subsanar muchas dificultades que se tenían, logrando un avance significativo en el uso de las tecnologías y una mayor accesibilidad a la información por parte de los usuarios y la comunidad en general, adicionalmente se está cumpliendo con el informe semestral de las PQRSF, por parte de la oficina de control interno, identificando ciertas falencias las cuales se determinaron a través de los hallazgos de la auditoría practicada, y se presentan con un informe a la administración y con copia a atención al usuario que es la responsable de dar el tramite pertinente de las PQRSF, el informe se presenta con una serie de recomendaciones con el fin de mejorar el proceso, el cual se evidenció una acción de mejora frente al cuatrimestre anterior, la recomendación general es realizar las contestaciones dentro del término establecido por la ley para no generar dificultades al interior de la administración y evitar de que éstas puedan pasar a otra instancia judicial, adicionalmente el Hospital Especializado granja integral E.S.E está trabajando en el tema de transparencia y acceso a la información

pública y lucha contra la corrupción en la página web cumpliendo con los requisitos y lineamientos establecidos en el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG que se pueden visualizar en el siguiente link transparencia y acceso a la información.

Información y Comunicación Interna

El Hospital cuenta con mecanismos para la administración de la información que se origina y se procesa en su interior, a través de la ventanilla única quien administra la correspondencia tanto interna como externa 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 que se genera en la operación de los procesos; adicionalmente se instaló un aplicativo de correspondencia interna, en todos los equipos de cómputo del hospital el cual es denominado chat interno o mensajerito, que es una herramienta fundamental desde él aplicativo se pueden enviar informes individuales y grupales también se puede realizar traslado de oficios a otras dependencias y realizar cualquier tipo de información o consulta vía intranet.

Actualmente se realizaron las tablas de valoración documental (TVD) optimizando el espacio en el archivo central para realizar la respectiva eliminación de los documentos que cumplieron con la vida útil, según el tiempo que han cumplido de retención en el archivo central de la entidad.

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, en lo que respecta a documentos que deben ser aprobados en el Sistema de Gestión de Calidad para iniciar su aplicación, la Oficina de Planeación y Calidad es la encargada de controlar las versiones obsoletas y vigentes del Hospital.

En cuanto a las actas que se generan al interior del Hospital, cada comité u oficina es responsable de su archivo, para ello en las TRD que están elaboradas, puesto que ya se aprobó la modificación a la estructura organizacional y la nomenclatura para empezar a definir la Tablas de Retención documental TRD, existe citación para la última revisión por parte de la dirección documental del Departamento del Tolima para su respectiva valoración y aprobación las cuales se hizo la presentación de las TVD Y TRD ante la dirección documental y siguen pendiente de su aprobación final puesto que resultaron otros ajustes finales.

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 la página web, jornadas de inducción y reinducción, carteleras, reuniones, actividades lúdicas entre otros, y los resultados de la gestión se socializa a los líderes de los procesos que asisten a reuniones donde se revisa esta información, sobre lo que se ha logrado y lo que falta por hacer para el cumplimiento de los objetivos de la organización, la idea principal es involucrar más y concientizar a todo el personal sobre la importancia de ejecutar correctamente su labor para contribuir en el alcance de las metas propuestas por la administración del hospital.

Sistemas de Información y Comunicaciones

El Hospital cuenta con un mecanismo sistematizado para la captura, procesamiento, administración de la información, denominado SIHOS que integra el manejo asistencial y temas de apoyo (contabilidad, facturación y cartera, glosas, inventarios, nómina, presupuesto, tesorería), no abarca el manejo de correspondencia; sin embargo, aun presenta dificultades en su funcionalidad ya que algunos módulos

requieren que se adapte a los parámetros requeridos para la confiabilidad de la información digitada que sea veraz y concreta y segura en el módulo de contabilidad y cartera para que nos sirva en la toma de decisiones.

Además, el Hospital cuenta con otros sistemas alterno como: SYSCAFE, el cual fue adquirió en razón a que el módulo contable del SIHOS no opera en una ambiente acorde a las exigencias del nuevo marco normativo de las normas internacionales de información financiera NIIF, sin embargo, se requiere que esté último se ponga en operación y culmine el proceso de adecuación, ya que no se puede contar con dos sistemas con la misma finalidad; para este cuatrimestre la administración del hospital ha realizado reuniones con el representante legal de la empresa que suministra el software sihos con el fin de que actualicen el software de acuerdo al nuevo morco normativo y no nos generen conflictos en la información; el aplicativo COVIS, se le realizo una actualización para el manejo de correspondencia interna y externa, con acceso de funcionarios y contratistas del hospital, realizando capacitación del manejo de la correspondencia a los usuarios del sistema para una mayor efectividad en la radicación de la información a las diferentes áreas del Hospital; en algunas ocasiones este sistema no ha tenido la mayor funcionabilidad debido a que ha presentado constantes fallas de carácter técnico.

El Hospital cuenta con una oficina de atención al usuario (SIAU) que facilita el acceso a la información sobre los servicios que ofrece, brindando información, educación al paciente y su familia; además coordina el sistema de citas y el proceso de referencia y contra referencia de pacientes, socializa al usuario y su familia sobre la enfermedad y su tratamiento, gestiona las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de acuerdo a los estipulado en la ley, para medir el tiempo de respuesta y sus respectivo informes son auditados por la oficina de control interno del hospital para su posterior publicación en la página web de la entidad.

El Hospital cuenta con distintos mecanismos de consulta con grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio (buzón Tu voz, nuestra voz, ventanilla única, SIAU, teléfono fijo y celulares, redes sociales y whatsapp)

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 2019, tuvo una mejora, con respecto al cuatrimestre inmediatamente anterior, en lo concerniente a los diferentes componentes examinados de acuerdo al trabajo de campo realizado con cada una de las áreas, el estado del sistema de control interno cumple satisfactoriamente según 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 debido a que en algunos componentes aún no hay acciones de mejoras o cambios significativos, uno de los cambios es que se evidencio que se está trabajando en la articulación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Se recomienda adelantar acciones en el diseño del plan anual de vacantes, crear linimentos para la preparación de los prepensionados y continuar aplicando las buenas prácticas y estrategias que han permitido dar cumplimiento a a las acciones de mejora que sean han presentado en este cuatrimestre con respecto al cuatrimestre anterior, lo cual nos sirve para la toma de acciones frente a las debilidades identificadas y detalladas en el presente informe, con el fin de garantizar la efectividad del Sistema de Control Interno a través de la gestión continua y sistemática de todos sus componentes y subcomponentes del informe pormenorizado cuatrimestral, para que día tras día se implemente buenas practicas con el fin de

lograr un mejoramiento continuo y que la entidad cada día sea mejor para lograr sus metas y objetivos; adicionalmente es importante que se siga adelantando labores de articulación el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de acuerdo a las dimensiones que lo conforman con el propósito fundamental de concluir su implementación en el Hospital Especializado Granja Integral E.S.E, como recomendación general, es muy importante resaltar la importancia de la aplicabilidad de uno de los componentes del modelo estándar de control interno, como lo es el autocontrol en todos los proceso y procedimientos que realicemos en cada uno de nuestras actividades diarias y cotidianas con el fin de aplicar correctivos necesarios para lograr los objetivos trazados.

ANDRES DANIEL ESCOBAR MONTOYA
Jefe Oficina de Control Interno HEGI E.S.E.
Lérida Tolima