

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

Jefe de Control Interno,  
o quien haga sus veces:

**JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS**

Período evaluado:

**1 DE SEPTIEMBRE – 31 DE DICIEMBRE 2016**

Fecha de elaboración: **ENERO 2017**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y conforme al Decreto 943 de 2014 expedido por el Departamento Administrativo de Función Pública DAFP, en el que se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta el informe pormenorizado del estado de control interno entre el periodo de septiembre a diciembre de 2016, acorde a la estructura de dicho modelo:

1. Módulo de Planeación y Gestión: contiene los componentes de:
  - Direccionamiento Estratégico
  - Talento Humano
  - Administración del Riesgo
2. Módulo de Evaluación y Seguimiento: contiene los componentes de:
  - Autoevaluación Institucional
  - Auditoría Interna
  - Planes de Mejoramiento
3. Eje Transversal de Información y Comunicación

### Módulo Control de Planeación y Gestión

**Componentes y elementos que permiten asegurar razonablemente que durante la planeación y la ejecución se tienen los controles necesarios para su realización**

#### Oportunidades de mejora

- Se sugiere adelantar el proceso de comité de peritaje, para generar con celeridad el proceso de bajas y/o destrucción pertinente.
- Se recomienda realizar la gestión correspondiente al área encargada del mantenimiento de los equipos para la reposición de la maquinaria de lavandería y así mejorar el servicio de lavado de la ESE Hospital Universitario de Santander.
- Respecto a la caja menor de almacén se advierte la necesidad de legalizar de forma más temprana, en aras de mantener el efectivo necesario, frente a un imprevisto que se llegase a presentar.
- Respecto de la caja menor de mantenimiento, se sugiere nuevamente que los dineros destinados a caja menor sean entregados en cheque y se mantengan estos dineros en la oficina para los eventos que se requieran.
- Se recomienda establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para el manejo de la documentación externa que afecte los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, que incluya el periodo de revisión y/o actualización de los documentos externos estableciendo los parámetros de distribución y control de los documentos externos.
- Es necesario que se continúe con la revisión y actualización de la Intranet de toda la documentación publicada clasificándola de acuerdo al proceso que pertenece cuidando que la denominación que se esté usando sea la aprobada en el último mapa de procesos.
- Se recomienda realizar seguimiento al cumplimiento del programa anual de auditorías y a cada uno de los planes de mejoramiento solicitados producto de las auditorías realizadas, solicitando avances a los responsables de cada actividad a fin de verificar la eficacia de las acciones correctivas tomadas y el seguimiento realizado por los responsables de los procesos.
- Se recomienda acatar las directrices del Archivo General de la Nación en cuanto a la organización de los expedientes los cuales deben crearse a partir de los cuadros de clasificación documental y las tablas de

retención documental adoptados. Cada expediente debe contener la totalidad de los documentos y actuaciones que se gestionen en desarrollo de la auditoria, teniendo en cuenta los principios de procedencia, orden original e integridad

- Se recomienda a la Oficina Asesora de Calidad, fortalecer el acompañamiento a cada uno de los líderes de proceso en el levantamiento de sus indicadores de proceso, diligenciamiento de las fichas técnicas, reporte de mediciones y análisis de los indicadores los cuales deben contar con información que respalde las cifras suministradas.
- Se recomienda realizar rondas de seguridad del paciente en los servicios, aprovechando todos los espacios laborales y académicos en los que participe el personal directamente relacionado con los procesos de atención para discutir los diferentes temas relacionados con la Seguridad del Paciente con el propósito de implementar buenas prácticas de seguridad.
- La creación de cultura de seguridad debe ser el objetivo primordial de cualquier Programa de Seguridad del Paciente, por ese motivo se recomienda actualizar y aplicar la encuesta sobre la cultura de la seguridad del paciente para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital Universitario de Santander
- Se sugiere que para dar cumplimiento a las NIF se contabilicen dentro del mismo periodo los rendimientos financieros y los impuestos.
- Se recomienda revisar diariamente las consignaciones efectuadas para poder identificarlas y ser registradas contablemente.
- Se recomienda continuar con la elaboración y puesta en funcionamiento de la herramienta que facilite la gestión de las solicitudes de mantenimiento e iniciar la medición del indicador de oportunidad en la respuesta a solicitudes de mantenimiento correctivo.
- Se recomienda continuar con la actualización de la totalidad de las fichas técnicas de los equipos biomédicos e industriales en el nuevo formato establecido.
- Se recomienda implementar la calificación del servicio que está disponible en el formato de solicitud MTO-FO-02 que sirve de insumo para la medición del indicador de oportunidad en la respuesta a solicitudes de mantenimiento correctivo y en la verificación de que el mantenimiento correctivo fue socializado con el usuario que elaboró la solicitud.
- Se sugiere revisar la pertinencia de forma integral de algunos soportes establecidos en el procedimiento, en el sentido de establecer con certeza cuáles son los únicos documentos soportes para efectos de poder realizar los desembolsos pertinentes y así evitar duplicidad de información y de funciones con la Oficina de Interventoría de Contratos. En ese orden de ideas, se sugiere revisar la totalidad de los procedimientos con los intervinientes en el mismo y generar los ajustes necesarios si hubiere a lugar.
- El manual de funciones y competencias laborales de la institución debe ser revisado y actualizado de acuerdo a las nuevas necesidades de la ESE HUS.
- No se cuenta con una política de formalización laboral que garantice los derechos y garantías laborales de las personas que trabajan en la entidad, dentro del marco de sostenibilidad fiscal, que brinde una eficiente y eficaz prestación del servicio de salud.
- Se hace necesario la actualización del sistema de información para la implementación de las NIIF
- Se deben de poner en funcionamiento los equipos biomédicos que se encuentra en la bodega

## Avances

- La bodega Transitoria de Activos Fijos nuevos ubicada en las instalaciones de la E.S.E Hospital, se mantiene con buena seguridad y los equipos están debidamente protegidos sobre estibas
- Los insumos utilizados para las actividades de limpieza y desinfección de la ropa hospitalaria se utilizan según lo establecido en los protocolos

- Realizando el seguimiento a todas las áreas de la Institución en cuanto a la limpieza, se notan los cambios favorables, especialmente en el servicio de urgencias, en la entrada principal frente a los ascensores, etc.
- Los responsables de las cajas menores de Farmacia, Mantenimiento, Recursos Financieros y Almacén, realizaron la consignación oportuna de los recursos a reembolsar para legalización definitiva de cajas menores.
- Se realiza supervisión e interventoría a los trabajos realizados por parte de las empresas contratistas y se lleva control con los reportes generados por cada uno de ellos haciendo la respectiva inspección de las tareas realizadas, evidenciando compromiso por parte de la Profesional Universitario de Mantenimiento contribuyendo de esta manera con el cumplimiento y la calidad del proceso de Gestión de la Tecnología
- Se tienen establecidos programas de adiestramiento y capacitación en el manejo de los equipos biomédicos a los operadores y personal asistencial lo que ayuda a garantizar el cumplimiento de las normas para la seguridad de los equipos y las instalaciones, a fin de minimizar las causas de riesgo para pacientes y operadores.
- Se documentó la metodología para integrar desde el direccionamiento estratégico la formulación del plan estratégico y la planeación operativa, plan financiero para la ejecución del plan estratégico y operativo.
- Se identificaron y articularon las diferentes iniciativas de PyP adelantadas en el HUS con el objetivo de consolidar el programa de PyP
- Se revisó y ajustó la metodología de Gestión de Riesgos Institucionales (Estratégicos, Operacionales y de Apoyo Administrativo)
- Se capacitó a los líderes de procesos en la metodología de identificación y evaluación de riesgos
- Se coordinó y generaron con los líderes de procesos el levantamiento de mapas de riesgo institucional
- Se aplicaron las estrategias definidas por la alta gerencia para el desarrollo del programa de Humanización
- Se revisó y ajustó el protocolo de limpieza y desinfección de áreas donde se describe claramente el paso a paso, insumos, responsables, frecuencia, indicadores y evidencia de la limpieza y desinfección.
- Se socializa en las sesiones breves de seguridad del paciente los mecanismos definidos para la identificación de pacientes, colaboradores y visitantes, dirigidas tanto al personal asistente
- Se incluyó dentro del programa de tecnovigilancia Objetivos, estrategias y estructura funcional orientados hacia las buenas prácticas de seguridad del paciente.
- Se socializan los derechos y deberes por parte de SIAU cuando se aplica en encuesta de satisfacción.
- Se elaboró Manual de educación al usuario y familia con información a suministrar de acuerdo a las patologías más frecuentes de los servicios
- Se documentó el programa de Seguridad del paciente de la ESE HUS, según normatividad
- Se revisó, ajustó y formalizó el programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en la ESE HUS.
- Se definieron los criterios para la intervención de valoración nutricional según estado clínico del usuario
- Se revisaron y ajustaron los criterios de inclusión en programa de rehabilitación integral.
- La Administración del Riesgo en la ESE HUS se encuentra en un nivel avanzado identificando que el Hospital:
  - Mantiene actualizada la Política de Administración del Riesgo, de acuerdo a los cambios del entorno e institucionales.
  - Se cuenta con mapa de riesgos por proceso, el cual es revisado, actualizado y divulgado continuamente
  - Se garantizan que los mecanismos de control y seguimiento permiten una adecuada administración del riesgo
  - Se cuenta con el mapa de riesgos institucional como una herramienta efectiva de seguimiento a aquellos riesgos identificados como críticos para el normal desarrollo de las operaciones de la Entidad, incluyendo los asociados a posibles actos de corrupción.
  - Se garantiza el conocimiento por parte de los servidores de todos los mecanismos relacionados con la Gestión del Riesgo

## Módulo Evaluación y Seguimiento

Considera aspectos que permiten valorar la efectividad del control interno, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, y los resultados de la gestión.

### Oportunidades de mejora

- Es necesario definir actividades de sensibilización por parte de los líderes de los procesos al personal, sobre la cultura de autocontrol.
- El cronograma de auditorías a los procesos no se ha cumplido a cabalidad, ya que su planeación fue elaborada para ser abordada por un grupo de trabajo de cinco personas y actualmente se dispone de una sola en el área de procesos. Por tanto debe reestructurarse el programa de auditorías a los procesos, para garantizar la evaluación y seguimiento de los mismos.
- Fortalecer el cargue de información, análisis de resultados obtenidos asociada a los indicadores de procesos
- Evaluar la eficacia del Plan de Mejoramiento por Procesos y determinar si se superaron las fallas en el desarrollo de los procesos.
- Se sugiere que se analice el indicador haciendo referencia a la comparación del resultado del indicador y la meta establecida en la ficha técnica y para los casos en los que no se alcanza a cumplir la meta establecida se debe describir la acción correctiva con la que se dará tratamiento al mismo. En todos los casos se dará tratamiento de acción correctiva al indicador que no cumpla las metas, a menos que el resultado no haya sido cumplido por causas externas no controladas por el proceso, las cuales deben ser descritas y evidenciadas en el informe.

### Avances

- La toma de inventarios realizada por la firma MCI se llevó a cabo bajo estricto seguimiento de la contadora Dra. Blanca Marina Albarracín-profesional universitario Contabilidad y el Administrador Elibardo Bautista Cáceres-profesional universitario de Almacén quienes actuaron como interventores, la Oficina de Control Interno asistió a las reuniones periódicas de rendición de informes.
- Una vez realizada la inspección visual aleatoria a los Activos Fijos a las bodegas Transitorias y bodegas de Bajas y la Bodega de la 45, se pudo constatar que los elementos registrados en DGH si corresponden a los activos Fijos físicos que se revisaron
- Se vislumbra que se han acatado las observaciones y recomendaciones generadas por la Oficina Asesora de Control Interno, respecto del fortalecimiento del manejo del libro de caja menor en la Unidad Funcional de Recursos Financieros, Farmacia y Mantenimiento.
- Se evidencia la definición, revisión y ajuste de los Planes de Mejoramiento, enfocados en cubrir a cabalidad los servicios asistenciales y administrativos de la institución, apoyar el proceso de autoevaluación y dar cumplimiento a los estándares del Sistema Único de Acreditación mencionados a continuación:
  - Direccionamiento y Gerencia
  - Gerencia de Talento Humano
  - Gerencia de la Información
  - Gestión de la Tecnología
  - Gerencia del Ambiente Físico
  - Proceso de Atención al Cliente Asistencial PACAS
  - Mejoramiento Continuo
  - Rehabilitación}
- Se definieron seguimientos a los Planes de Mejoramiento en los meses de Octubre de 2016, Diciembre 2016, Febrero 2017 y Abril 2017, de manera que se evidencien los avances realizados a la fecha y se garantice que a

Abril 2017, se culminaron o están en un porcentaje de cumplimiento significativo las acciones dispuestas en los planes.

- Se realizó seguimiento de los Planes de Acción definidos por los líderes de los procesos, en el que se evidencia el porcentaje de cumplimiento de las actividades propuestas y las acciones de mejora que se requieren.
- Se revisó y ajustó el modelo de mejoramiento continuo, con base en los estándares de mejoramiento, definidos en el Sistema Único de Acreditación.

#### **Eje transversal: Información y comunicación**

**Vincula a la Entidad con su entorno, facilita la ejecución de sus operaciones internas y la participación directa del usuario.**

#### **Oportunidades de mejora**

- Se recomienda a las Subgerencias Científicas darle trámite oportuno a las quejas presentadas por los usuarios en los diferentes servicios del HUS ante la Oficina de Servicio y Atención al Usuario. Pues lo anterior afecta el derecho que tiene el usuario a obtener información o respuesta a sus necesidades e inquietudes
- Se presenta poca utilización de los medios institucionales designados para la comunicación y transmisión de la información, principalmente de la Intranet, dificultando de esta forma la efectividad y rapidez de respuesta a las necesidades presentadas.
- Se debe revisar y ajustar los mecanismos de despliegue y socialización de la información institucional, con el objetivo de garantizar la divulgación a todo el personal de la ESE HUS.
- Es necesario establecer en la planeación estratégica una ruta de trabajo y desarrollo de las actividades de gestión documental
- Realizar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la información.
- Fortalecer la rendición de cuentas donde se contemple acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), dialogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos)
- Establecer estrategias para tener inventariada la documentación en el Formato único de inventario documental FUID tanto de los archivos de gestión como Central.

#### **Avances**

- Se administra la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas.
- Se cuenta con Tablas de Retención Documental actualizadas
- Se tiene establecido y funcionando el área de atención al ciudadano bajos los parámetros básicos que determina la normatividad.
- Se presenta información de interés basada en los estados, informes y reportes contables requeridos por la normatividad vigente.
- Se cuenta con estrategia de comunicación interna y externa que incluye política, plan y canales de comunicación
- Se realiza la apertura a los buzones de sugerencias una vez a la semana y se elabora la respectiva acta de acuerdo al formato GMC-CU-FO-08 Acta de Inicio Escrutinio Buzón de Quejas, Sugerencias y Comentarios.
- Se cuenta con dos puntos de atención al ciudadano los cuales están ubicados en Consulta Externa y en el segundo piso del HUS y su horario de atención es de 6:00 a.m. a 5:00 p.m.
- El personal de Servicio de Información y Atención al Usuario es capacitado en lenguaje de señas para así ser incluyente y poder dar a conocer los derechos y deberes de los usuarios además de dar la respectiva información a personas con discapacidad auditiva y de lenguaje.

- En cuanto a lo establecido en la Estrategia de Gobierno en línea en la página web institucional: Se cuenta con un link que permite a los usuarios realizar PQR en línea diligenciando un formulario que permite identificar la clase de solicitud. Estas son monitoreadas y gestionadas por el SIAU. Existe la sección Atención al Ciudadano donde se informa a la comunidad hospitalaria los puntos de atención, horarios, ubicación de sedes, directorio, deberes y derechos, trámites para la solicitud de citas médicas, pagos de servicios, normas generales para visitantes, seguridad del usuario y preguntas frecuentes.
- La E.S.E. HUS, haciendo uso de su página web [www.hus.gov.co](http://www.hus.gov.co), ha publicado la información relacionada con su planeación para que las partes interesadas y sus colaboradores la conozcan.
- La Institución publica en su página web los informes remitidos a la Contraloría sobre el Plan de Mejoramiento vigente de la Entidad de acuerdo con la periodicidad establecida por este organismo de control.

### Estado general del Sistema de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a normas de Control Interno, realiza evaluación permanente a los Procesos Institucionales de la Entidad con el objetivo de verificar la adopción de las medidas necesarias que garanticen óptimos niveles de eficiencia y eficacia en todos los elementos del Sistema y contribuir en la toma de decisiones efectivas para el desarrollo de la Organización.

Se ha verificado que cada uno de los componentes de la estructura del Sistema de Control Interno exista, cumpliendo estándares generales, siendo interiorizados, implementados y aplicados efectivamente en la Institución. Se avanza hacia el mejoramiento continuo con estándares de Calidad según el Sistema Único de Acreditación (SUA).

La Oficina Asesora de Control Interno dictamina que se ha evaluado el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en sus diferentes Subsistemas, Componentes y Elementos, encontrando que el nivel de implementación del MECI continúa manteniéndose en un nivel **ADECUADO**.

**JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno