

## E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ

### INFORME PORMENORIZADO ESTADO CONTROL INTERNO LEY 1417 DE JULIO DE 2011

Periodo:

Noviembre 2011 a Diciembre 2012

#### Subsistema de Control Estratégico

##### Avances

Código de ética: se construyo participativamente por todo el personal de la institución. Etapas de la construcción de código de ética: diagnostico, aplicación de la encuesta Modelo de gestión ética para entidades del estado USAID-DAFP , análisis resultados de la encuesta, se continuo con la construcción de los principios éticos del HUEM elaborados con líderes de procesos, subgerentes, asesores y gerente, lo anterior desarrollado dentro del comité de buen gobierno y buenas prácticas éticas, para la construcción de los valores se desarrollaron 44 talleres en el HUEM, luego se definieron operativamente los diez valores del hospital. En el mes de agosto se definieron las directrices éticas del HUEM, en un taller participativo con líderes y coordinadores, luego se construyo el código de Ética versión 2, según resolución No 001353 del 6 de octubre de 2011, cuyo lanzamiento fue el 12 de Octubre de 2011. (Web institucional) Se ha realizado más de 40 socializaciones del código de ética (850 personas aproximadamente).

Talento humano: Seguimientos a políticas de talento humano, evaluación de desempeño, inducción -re inducción, planes de mejoramiento individual: En capacitaciones: se desarrollaron todas las capacitaciones de Talento Humano, y se superviso la actividad de las capacitaciones de ambiental, epidemiología, salud ocupacional, enfermería y recursos físicos. Se desarrollo las mesas de capacitación (diciembre) que busca condensar las necesidades de capacitación a nivel de saber, saber hacer y del ser, basados en la reglamentación externa. En el clima organizacional: se aplico la encuesta de clima organizacional, que analizo 8 aspectos. En inducción: se realizaron en el año 12 inducciones, cumpliendo con lo propuesto y tres re inducciones. Evaluación del desempeño laboral: se realizaron socializaciones y manejo del software al personal inscrito en carrera administrativa mostrando los cambios propuestos por la comisión nacional del servicio civil. Adicionalmente, se realizo asesoría personalizada a los evaluadores responsables del proceso resolviendo dudas y brindando tips, se creó instructivo GTH-CI-TH030, Guía de evaluación de desempeño laboral. Se recolecto evaluaciones finales de la vigencia 2010-2011 y se archivaron en las historias laborales, de la misma manera las parciales de las evaluaciones (2011-2012). Se creó la resolución No 00364 del 8 de marzo del 2011, donde se adoptan los factores de cumplimiento para alcanzar el nivel sobresaliente en la evaluación de desempeño laboral de los empleados públicos de carrera administrativa. Reuniones periódicas del comité de Bienestar social.

Se evidencia en los acuerdos de gestión de las subgerencias y las oficinas asesoras eficacia en los compromisos adquiridos, el estilo de dirección referente al MECI, fue ejecutado en el comité de control interno a lo largo de la vigencia. PLANES Y PROGRAMAS La planeación institucional se encuentra desplegada en los procesos a

través de los planes operativos anuales POA's y los planes indicativos anuales PIA's La metodología de evaluación de los PIA's y POA's, se encuentra definida y se realiza de acuerdo al documento técnico metodología de evaluación de POA's Y PIA's Los resultados de la evaluación conforme al seguimiento efectuado por la oficina de planeación en el periodo reflejan que la relación entre lo ejecutado y lo planificado.

**MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESO:** los planes operativos se trabajaron conforme al modelo de operación por procesos, Se revisaron y actualizaron las caracterizaciones de los procesos en dos ocasiones en su totalidad, quedando pendiente incluir en la caracterización de gestión financiera los riesgos e indicadores, los cuales se encuentran ya aprobados.

Como resultado del análisis y estudio de la caracterización del proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico se definieron tres subproceso: apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico bienes y apoyo terapéutico servicios.

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL** se elaboro propuesta de ajuste a la estructura organizacional pendiente de aprobación por la junta directiva En administración riesgo se adelanto el proceso de actualización de todos los mapas de riesgos siguiendo el modelo de operación por procesos, según metodología del DAFP, se definieron los controles a los riesgos, indicadores y las acciones de mejoramiento, se adelanto un seguimiento al desarrollo de las acciones de mejoramiento.

A comienzo del 2012 se programó el cronograma para aplicar la lista de verificación por procesos con enfoque de eficiencia y eficacia, se inició con talento humano continuándose con proceso de información y comunicación.

En la presente anualidad se retomaron las actividades de inducción y re inducción por parte del proceso de talento humano con el apoyo del equipo MECI. Se modificó encuesta de inducción anexándole pregunta "si la inducción contribuye al conocimiento de la entidad. Formulación de cronograma de capacitaciones de la entidad de conformidad con lo acordado en las mesas de trabajo realizadas en diciembre de 2011.

Aprobación por parte de la junta directiva realizada el 17 de febrero del organigrama acorde a la situación real de la entidad.

Se continúa avanzando en la estrategia de gobierno en línea. La institución se ha adaptado a los cambios generados a raíz de la norma relativa a la supresión de trámites.

## **Dificultades**

Alta rotación de personal, y baja asistencia a los procesos de inducción. Falta de adaptación a las herramientas (mapas de riesgos, controles, indicadores, planes de mejoramiento) para la toma de decisiones. Las acciones de mejoramiento de los mapas de riesgos fueron limitadas por factores económicos de la institución.

La propuesta de ajuste a la estructura organizacional fue incluida en el orden del día de la junta directiva de la institución en el mes de diciembre, por demora en el análisis o estudio de otros puntos del orden del día, fue aplazada la exposición de la propuesta, aspecto este que incidió negativamente en la calificación otorgada a la entidad en la vigencia 2011, subsanada esta situación con la aprobación del organigrama mencionada anteriormente.

Falta de disponibilidad de tiempo por parte de los funcionarios encargados de atender al equipo MECI para la aplicación de la herramienta lista de verificación por procesos.

Ausencia del funcionario asesor de control interno, el cual solo se designó a mediados de febrero de 2012, como consecuencia de lo anterior no se celebraron los comités de control interno en los 2 primeros meses del año.

## **Subsistema de Control de Gestión**

### **Avances**

**ACTIVIDADES DE CONTROL** En este componente Se debe destacar actualización del manual de procesos y procedimiento (Tomo I Y Tomo II), entrega a los líderes y asesores en medio físicos y publicación de los manuales en la intranet, actualización continúa del listado maestro de procedimientos. Se realizaron socializaciones en toda la institución durante el segundo semestre del 2011, donde se expuso las políticas de operación por proceso, conceptos MECI, Herramientas de comunicación institucional, Mapa de Procesos. De igual forma los líderes con el apoyo de los profesionales de apoyo MECI y calidad, y el acompañamiento de las oficinas asesoras de planeación y control interno se trabajó en la construcción de un manual de indicadores institucional, del cual forman parte el conjunto de indicadores claves para el logro de los fines institucionales, Resolución No 0017928 del 23 de diciembre de 2011, herramienta publicada en la web institucional. Se construyó con el apoyo de los profesionales de apoyo MECI, la herramienta Lista de Verificación por procesos con enfoque de eficiencia y eficacia, aprobada en el comité de control interno del 21 de diciembre del 2011,

**INFORMACION Y COMUNICACIÓN:** En el elemento información se debe destacar al trabajo del comité de gobierno en línea, la actualización en diseño e información de la página web institucional, cumpliendo con el manual de la estrategia de gobierno en línea 3.0 de marzo de 2011. De manera paralela se trabajó en la actualización y el relanzamiento de la página de NTRANET ([www.huem.ns](http://www.huem.ns)) como herramienta de información donde se destaca la publicación del TOMO I Y II del manual de procedimientos, el boletín MECI, cronograma de comités, indicadores, Talento humano, Salud Ocupacional entre otros.

Como una estrategia para facilitar el entendimiento del MECI y reforzar la publicación de actividades que se realizan en la institución referente al modelo, se creó el boletín de gestión MECI, con una periodicidad de dos veces al mes; el cual se envía a los correos institucionales y se publica en la INTRANET. Se realizaron 18 boletines en el año 2011.

En marzo de 2011 se creó por resolución No 00300 de 2011 el Centro de Gestión Documental CEGDOC, de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz) cuya función es centralizar las comunicaciones externas de la institución, recolectando, distribuyendo, controlando y dando seguimiento a esta información, El 21 de diciembre de 2011 se aprobó el procedimiento de trámite de peticiones, quejas y reclamos junto con la actualización del procedimiento de trámite de documentos externos (versión tres); fijando responsabilidades de recibo, análisis y seguimiento de las P,Q,R, así como de las acciones de mejoramiento que se deben ejecutar y su verificación por parte del comité de calidad y de control interno.

Se aplicó encuesta de la Comunicación Organizacional MECI, con el objeto de conocer la frecuencia y uso de las herramientas de comunicación, página Web institucional, intranet, boletín MECI, manuales, carteleros, consultas del manual de procesos y procedimientos, entre otros, se tabuló la información y se plantearon acciones de mejora conforme a los resultados con la oficina de sistemas de la institución, los resultados de la encuesta fueron expuestos en los comités de control interno y de Antitrámites y de gobierno en línea.

En enero de 2012 se realizaron 2 socializaciones relativas al procedimiento PQR dirigidas a los líderes de procesos, coordinadores, personal de SIAU y CEGDOC, posteriormente se implementó el procedimiento en la institución.

Revisión de los procedimientos de hospitalización a solicitud de la líder del proceso con la participación del personal de enfermería relacionado con la creación de la oficina de admisión y referencia.

Cambio de imagen del boletín GESTION MECI y publicación de los boletines 1, 2 y 3. Continuidad en la actualización de la información MECI en las carteleros de la entidad.

Se comenzó a trabajar en la preparación de la rendición de cuentas a la ciudadanía a través de la creación de un comité técnico para el efecto.

## **Dificultades**

Los sistemas de información no satisfacen las necesidades de la totalidad de las dependencias.

Las Tablas de Retención Documental (TRD), no fueron desarrolladas en la institución, siendo continuamente uno de los ítems sin respuesta en la encuesta de Autoevaluación MECI. La demora en los acuerdos en materia de responsabilidades referente al procedimiento de trámite de P,Q,R (seguimiento), demoró el levantamiento del mismo y su enlace con el procedimiento de trámite de documentos externos, lo que impidió que los anteriores Procedimientos fueran puestos en marcha durante el 2011, debido a que su aprobación se dio solo hasta el último comité de control interno, en la actualidad el procedimiento ya está en marcha.

Aunque se cuenta con el CEGDOC, no se ha desarrollado al interior de la institución el sistema de control documental.

No todos los funcionarios cuentan con acceso a los medios de comunicación con que tiene la entidad.

## **Subsistema de Control de Evaluación**

### **Avances**

Se trabajó en la documentación y adopción de un proceso para la elaboración de los planes de mejoramiento como herramienta para el desarrollo de los sistemas de gestión. Informes periódicos sobre los avances de las actividades del MECI, expuestos en comités de control interno.

La Oficina de Control Interno de Gestión efectúa evaluación de los elementos del Sistema de Control Interno, conforme a las directrices establecidas por el Consejo Asesor de Control Interno y demás normas que han emitido responsabilidades a esta dependencia.

De conformidad con las orientaciones expuestas en la ley 1474 de 2011, se comenzó con la publicación del informe de pormenorizado de control interno de gestión en la pagina Web institucional.

Se ha desarrollado una cultura de autocontrol, que permite medir la gestión de cada proceso, en este sentido se debe mencionar la auto evaluación de los POAS , el plan gerencial , se han formulado planes de mejoramiento por proceso suscritos con miras a dar cumplimiento a los estándares establecidos del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD.

Frente al componente de evaluación independiente se debe destacar el respaldo de la alta dirección y los lideres de procesos, lo cual ha permitido generar confianza al interior de la institución para el desarrollo y mantenimiento del MECI. Este subsistema se lleva a cabo de acuerdo a las directrices establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

La resolución interna No 00364 del 8 de marzo de 2011, donde se adopta los factores de cumplimiento para alcanzar el nivel de sobresaliente en en la evaluación de desempeño laboral, insumo para los planes de mejoramiento individual. Se consolidaron los planes de mejoramiento de toda la institución, en la oficina asesora de control interno de gestión.

En el 2012 como resultado de la aplicación de la lista de verificación por procesos con enfoque de eficiencia y eficacia se inició la generación de planes de mejoramiento respectivos (proceso talento humano) el cual se encuentra en la etapa del desarrollo de las actividades apoyado por el equipo MECI, quienes presentaron una propuesta de mejoramiento al líder del proceso.

Se realizó en el mes de febrero la consolidación de las evaluaciones de desempeño 2011 y los compromisos objeto de evaluación de los funcionarios públicos.

Para robustecer el compromiso anterior se realizaron 2 capacitaciones a evaluados y evaluadores (formato para evaluación CNSC) con la respectiva actualización de la guía interna para facilitar el diligenciamiento del formato y asesorías personalizadas.

Se expidió la resolución interna 0149 de enero 31 de 2012, a través de la cual se establecen los 3 factores de cumplimiento para acceder al nivel sobresaliente en la evaluación de desempeño laboral para el 2012.

## **Dificultades**

En materia de la recolección de información referente a los planes de mejoramiento. El principio de autoevaluación a nivel de servidores públicos de la institución, no se encuentra arraigado, lo cual dificulta la formulación de planes de mejoramiento individual.

En relación con el procedimiento PQR no se podido llegar a la fase de formulación de planes de mejoramiento.

Indebida clasificación en algunos casos, de los temas objeto de las peticiones, quejas, reclamos o solicitudes decepcionadas por CEGDOC muy marcada en el mes de enero con ostensible mejora en el mes de febrero de esta anualidad, esta dificultad ocasionó que no se respetaran los tiempos establecidos entre SIAU y CEGDOC lo que impidió la presentación de información al comité de calidad en el mes de febrero.

## Estado general del Sistema de Control Interno

Se cuenta con herramientas y documentos técnicos de implementación del MECI que dan fe del proceso participativo en su construcción. Se ha venido implementando el modelo, pero se debe seguir trabajando para que toda la comunidad hospitalaria sea consciente de su papel en el sistema de control interno y en la aplicación de las herramientas que contempla el modelo, en especial para la toma de decisiones. Se cuenta con una herramienta propia de comunicación referente al MECI, Diseño y elaboración del boletín de Gestión MECI.

No se cuenta con tablas de retención documental ni proceso de control documental, aunque se debe precisar que la entidad cuenta con el CEGDOC

La difusión de la información presenta debilidad al evidenciar que no está siendo transmitida a todos los niveles de la Institución, quedándose en los niveles superiores e intermedios, pero se destaca que la entidad cuenta con el diagnóstico de la efectividad de los medios y han realizado acciones de mejoramiento con base a la información arrojada por los resultados de la encuesta de comunicación organizacional MECI 2011.

Se debe resaltar el compromiso de la alta dirección y de su representante para la implementación y mantenimiento del MECI.

Aunque se cuentan con los mapas de riesgos por procesos actualizados, se debe avanzar en la ejecución de las actividades de mejoramiento descritas en los mapas y en la verificación de los controles para mitigar la probabilidad y el impacto de la ocurrencia del riesgo.

Es de destacar que con el equipo de profesionales MECI, se diseñó herramienta para medir la efectividad de los controles de los procesos "Lista de verificación por procesos con enfoque de eficiencia y eficacia" la cual como se anotó anteriormente se está aplicando.

Se puede concluir que el modelo MECI se ha venido implementando conforme a la norma y de acuerdo a la realidad.

## Recomendaciones

Lo que no se conoce no se puede medir y lo que no se mide no es posible mejorarlo; el tratamiento adecuado de los riesgos es uno de los componentes más sensibles del modelo, puesto que administrar eficaz y eficientemente el riesgo, es adelantarse a la ocurrencia de los hechos que pueden afectar de manera negativa el cumplimiento de los objetivos, el funcionamiento y el rumbo de la entidad, o, como mínimo, es conocer la posibilidad de ocurrencia de los riesgos para tomar decisiones de asumirlos, minimizar su impacto o transferirlos a terceros, se destaca los avances en este sentido, se recomienda dar prioridad al procesos de seguimiento.

Socializar y revisar de manera continua los mapas de riesgos de la institución, realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento y la efectividad de los controles. Se debe replantear el proyecto de gestión documental, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 594 de 2000 - Ley General de Archivos, reguló en su Título V: Gestión de documentos, que establece la obligación que tienen las entidades públicas y privadas que cumplen funciones públicas, en elaborar programas de gestión de documentos, independientemente del soporte en que produzcan la información para el cumplimiento de su cometido estatal, o del objeto social para el que fueron creadas. . En dicha norma, la gestión de documentos se enmarca dentro del concepto de Archivo Total, comprendiendo procesos tales como la producción, recepción, distribución, consulta, organización, recuperación y disposición final

de los documentos y de forma expresa, refiere entre otros aspectos, a la obligación de la elaboración y adopción de las Tablas de Retención Documental, instrumento archivístico que identifica para cada entidad, de acuerdo con sus funciones y procedimientos, los documentos que produce, recibe y debe conservar.

Realizar seguimiento al plan de medios. Continuar con la revisión de la caracterización del proceso de la gestión financiera y la creación de los subprocesos.

Se debe continuar con la publicación el Boletín de Gestión MECI, para el 2012 Fortalecer el Proceso de Talento humano en todas sus políticas.

Mejorar los sistemas de información en la institución. Continuar desarrollando estrategias de comunicación que permitan socializar las actividades en materia del mantenimiento y desarrollo del MECI en la institución.