


|   |   |                      |                      |                         |
|---|---|----------------------|----------------------|-------------------------|
|  | <b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011</b> |                      |                      |                         |
|   | Jefe de control interno o quien haga sus veces                                | LEONARDO DUARTE DIAZ | Periodo Evaluado     | Enero a Octubre de 2011 |
|   |   |                      | Fecha de elaboración | Noviembre de 2011       |
|   | <b>SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>   |                      |                      |                         |

## **SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO**

### **DIFICULTADES:**

En la institución se ha dificultado fortalecer la cultura organizacional, todo ello, ayudaría a mejorar la interiorización y vivencias de los principios y valores institucionales, fortalecería la gestión preventiva en razón de los riesgos y ayudaría a una adecuada formulación de la planeación estratégica enfocada en el cumplimiento del Direccionamiento estratégico y finalizando con la gestión de seguimiento y medición desde la gestión estratégica hasta el cumplimiento de las acciones y metas individuales que debería tener el personal que allí trabaja.

No se tienen definidos parámetros cualitativos establecidos para medir el cumplimiento de los principios y valores en la institución.

### **AVANCES**

La Institución ha tenido grandes avances en la implementación del subsistema de control Estratégico.

1. Se actualizó la versión del código de ética se documentó una cartilla con los criterios del código de ética institucional y se divulgó a todo el personal sus cambios.

Se realizó la actualización del Código de Ética Institucional, donde se incluyeron los derechos y deberes de los usuarios y se afianzaron los compromisos con el usuario, con el cliente interno y con los proveedores y partes interesadas, de común acuerdo el personal de la Institución, que se adapta a la situación en continuo cambio de la Institución. Se adopta la actualización del Código de Ética mediante la Resolución 062 de Junio de 2010; sensibilización y socialización del mismo con el personal mediante charlas informativas; diseño, impresión y distribución de cartilla "LA ETICA EN LA GESTIÓN PÚBLICA" informativo que contiene resumen informativo del nuevo Código de Ética.

2. Se realizó la actualización del código de buen gobierno, adicionalmente se revisaron las políticas institucionales en coherencia con la normatividad vigente y las disposiciones de la institución.

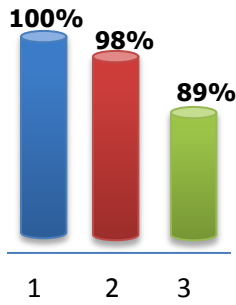
3. En la gestión del talento humano la institución realizó se realizaron las siguientes actividades:

- El Hospital cuenta con un Manual de Funciones y Competencias Laborales para el personal de Planta implementado mediante la Resolución No. 001 de 2006 y luego

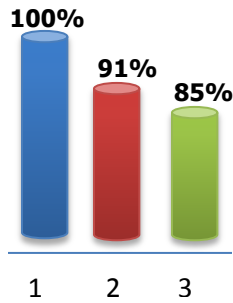
se realizó el levantamiento del manual de competencias para los cargos que hacen parte de los diferentes procesos según resolución 123 de Diciembre de 2010.

- EL Hospital cuenta con Políticas de Talento Humano entre las que se incluye "Bienestar, Salud Ocupacional, Inducción y Capacitación" se realizó la actualización de la Programa de Salud Ocupacional, el plan de Capacitación e implementan el plan inducción al personal tanto para funcionarios públicos como para terceros que apoyan el desarrollo de los procesos contratados por el Hospital.
- Se ha dado cumplimiento al cronograma de capacitaciones y bienestar que se ha definido para la institución.
- Se ha realizado apoyo y fortalecimiento a la Salud ocupacional, a través de actividades de sensibilización, asesoría al COPASO, fortalecimiento de las brigadas de emergencias y actividades tendientes a la prevención y protección en los aspectos laborales.
- Se realizó una jornada de reinducción en donde se comunicó al personal los cambios presenten en normatividad, políticas, direccionamiento institucional, código de ética, emergencias y desastres. Para ello, se elaboró una cartilla donde se consignó toda la información anteriormente descrita y que posteriormente la actividad se evaluó para determinar la eficacia de la misma con muy buenos resultados y reconocimiento público a las personas más destacas en sus puntajes.
- Se identificó como estrategia fundamental, la generación de las competencias necesarias para mejorar la prestación de los servicios de Salud, es por esto, que el Hospital en conjunto con las cooperativas de trabajo asociado, han establecidos diferentes estrategias para capacitar al personal asistencial y administrativo en los temas relacionados con la prestación del servicio. Adicionalmente se han establecido lineamientos para identificar las necesidades y expectativas del talento humano. Se realizó la medición del clima organizacional donde se evidenció que el Hospital cuenta con un buen ambiente de trabajo indiferente del tipo de contratación y las condiciones establecidas por los entes de control (Propuesta de creación). (ver gráfica 1)

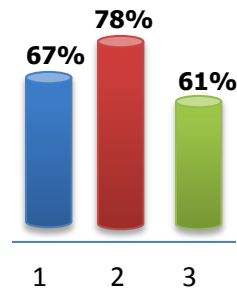
### Relaciones Humanas



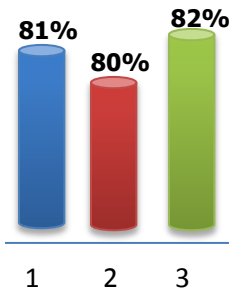
### Liderazgo



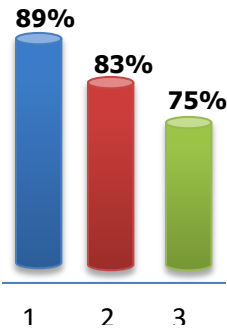
### Desarrollo Humano



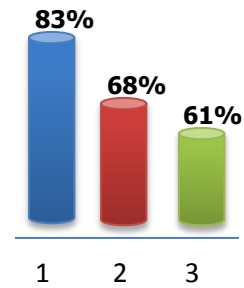
### Sentido de Pertenencia



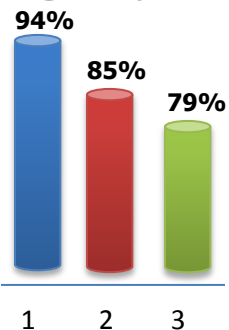
### Condiciones de Trabajo



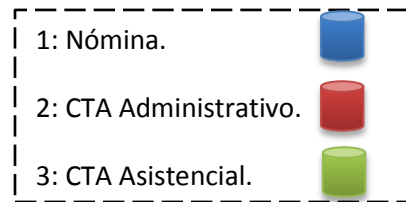
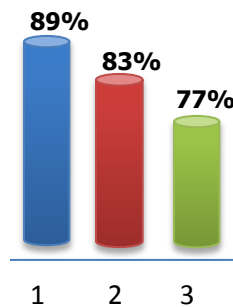
### Beneficios



### Imagen Corporativa



### Relaciones Funcionales

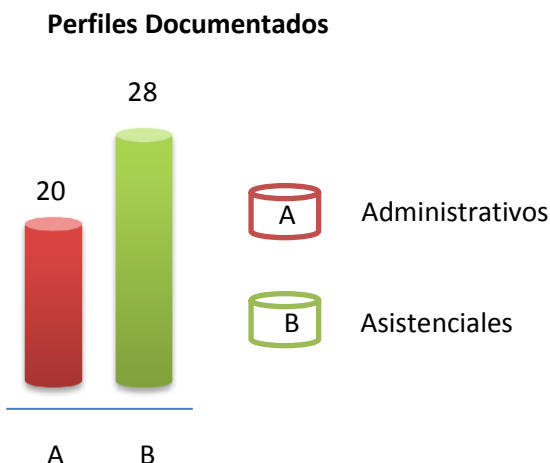


#### Interpretación:

Favorabilidad (> 60%); Desfavorabilidad (< 60%)

Grafica No 1

- Se establecieron los documentos para la planeación del talento Humano como es Selección, inducción, reinducción, capacitación, evaluación de desempeño; se realizó la socialización a los interesados junto con las cooperativas para que realizarán y documentaran las actividades con sus cooperados.
- Se realizó la actualización del Programa de Salud Ocupacional, se documentó y ejecutó los programas de inducción y bienestar.
- El Hospital Local de Piedecuesta documentó 48 perfiles de cargos con el objetivo de establecer las competencias que se requieren para ejercer los cargos, buscando mejorar la seguridad del paciente y mejorar la prestación de los servicios de Salud.



- El talento humano se evaluó con base en las competencias definidas por las diferentes cooperativas, según la normatividad vigente y se generaron los diferentes planes de mejoramiento.

3. Se realizó la revisión del direccionamiento estratégico, allí se definió un nuevo horizonte institucional, a través de actividades lúdicas donde participó el personal asistencial y administrativo y luego se realizó la socialización.

4. Se actualizó el mapa de riesgos, de los diferentes procesos bajo la metodología de la cartilla No 7, priorizándose los riesgos que para criterio de la organización fueron los que quedaron en el mapa de riesgos, esta metodología se realizó bajo la propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

## **SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION**

### **DIFICULTADES**

La institución presenta la necesidad de implementar algunos procedimientos que se encuentran documentados pero no se hace lo que allí está consignado, adicionalmente no se está haciendo seguimiento a los procedimientos. No se tiene el hábito de llevar los indicadores, únicamente los obligatorios, adicionalmente y siendo coherente con lo anteriormente dicho, no se tienen canales de comunicación fortalecidos que permitan asegurar la información institucional. Hace falta capacitar más al personal en el manejo del cliente externo e interno, hace falta fortalecer el reporte de las PQR por parte de los usuarios y canalizar la información correspondiente a la gestión institucional.

### **AVANCES**

1. Se han documentado procedimientos, instructivos, guías, protocolos y manuales en los diferentes servicios. Esta documentación obedece a una estandarización de los mismos y son documentados por el personal que identifica la necesidad de asegurar la información a través de la documentación, esta se elabora, a través de la revisión de la normatividad, fuentes bibliográficas, requerimientos de los usuarios e institucional.

2. La Documentación tiene identificado las políticas de operación que requieren las actividades documentadas, se hace énfasis en la importancia del cumplimiento de las mismas y la coherencia con las políticas institucionales establecidas en el Código de Buen Gobierno.

3. Se ha fortalecido la gestión documental a través de la implementación de la ley de archivos, la asignación de un responsable del archivo y de la adecuaciones del archivo con base los lineamientos establecidos por la ley 594 de 2000.

4. Se tienen documentados la gestión del SIAU donde se establece la relación de las peticiones, quejas y reclamos en la institución.

5. Se han establecidos canales de comunicación internos y externos.

6. Se realiza la rendición de cuentas institucional a través de los diferentes medios de comunicación.

7. Se realizó una medición de la transparencia a través de una encuesta representativa al personal y se estableció un plan de mejoramiento.

## **SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION**

### **DIFICULTADES**

No se tienen la cultura de la medición, no se realiza el proceso de auto control en todos los procesos, se presentan en algunos procesos de forma puntual según la actividad que se realice, se ha dificultado hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de Mejoramiento.

### **AVANCES**

En este subsistema se tiene documentado la gestión de auditoria a través del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC.

Se capacitó a un grupo de 15 personas en técnicas de auditorías donde lograron certificarse y generar las competencias para hacerlas al interior de la Institución.

Se realizan auditorías a los diferentes programas asistenciales.

Se realizan las auditorias independientes (control interno) donde se establecen planes de mejoramiento para los diferentes servicios.

Se establecen acciones correctivas y preventivas para los diferentes servicios, según los hallazgos identificados.

Se tienen definidos los controles en los diferentes procedimientos y procesos para la realización de la autoevaluación y los mecanismos para la elaboración de los planes de Mejoramiento, se tienen planes de mejoramiento institucional, por proceso e individual,

que surgen de las diferentes actividades como son: Evaluación de Desempeño, auditorías a los servicios, peticiones, quejas y reclamos, normatividad, etc.

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

La entidad se encuentra en nivel adecuado en la implementación del Sistema de Control Interno.

## **RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA**

Fortalecer la cultura organizacional a través de actividades que potencialicen las habilidades y destrezas del personal, adicionalmente estableciendo un sistema de incentivos.

Fortalecer la gestión de riesgos a través del seguimiento a las acciones de mejoramiento, evaluando y ajustando los mapas de riesgos con el fin de tomar a tiempo los correctivos necesarios para minimizar los efectos en la gestión de futuros de cambio incluyendo la gestión del talento humano.

Asignar mayores recursos al rubro de salud ocupacional para beneficiar a un mayor número de personal.

Fortalecer la gestión de la voz del cliente a través de los buzones, las encuestas de percepción de los servicios, etc.

Continuar con el apoyo al desarrollo del Talento Humano como se ha hecho en la vigencia que termina impulsando importantes procesos de capacitación y evaluación de desempeño.

Hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento y el autocontrol de las actividades inherentes al cargo.

LEONARDO DUARTE DIAZ  
(ORIGINAL FIRMADO)