



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

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS

Período evaluado: Diciembre a Marzo de 2014

Fecha de elaboración: Marzo de 2014

El presente informe se elabora de acuerdo con la Guía Metodológica para el fortalecimiento y evaluación del Sistema de Control Interno expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de determinar el estado actual del Sistema de Control Interno dentro de la Entidad, el cual servirá de punto de partida en nuestro proceso de mejoramiento continuo.

Subsistema de Control Estratégico

AMBIENTE DE CONTROL

Se capacitaron a 344 funcionarios (89,5%) en temáticas relacionadas con gestión ambiental.

- ▣ En el año 2013 se desarrollaron los 3 programas institucionales: Recolección de baterías usadas convenio RECOPILA, Reusando Pijamas, Mejoramiento Ambiental de aéreas de la provincia del Sugamuxi
- ▣ Se adquirieron 6 neveras verticales optimizadoras en consumo de energía como alternativa para el almacenamiento de medicamentos.
- ▣ Se aprovecho el 100% de los materiales generando recursos a través de reciclaje (13119 kgs)
- ▣ Se fortaleció el Sistema de Referencia y contrareferencia mediante capacitaciones sistemáticas durante el año (8 capacitaciones)
- ▣ Se actualizaron y socializaron los 18 procesos de la institución. Se elaboro el mapa de riesgos por proceso.
- ▣ Se realizo el reporte respectivo del informe sobre el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad ante la Secretaria de Salud de Boyacá.
- ▣ En el mes de Diciembre del 2013 se diseño la estrategia de despliegue de información mediante el uso de la política de comunicaciones de la mano del programa institucional Hospital Verde y la política nacional de Cero papel; en donde se capacitó a 257 Colaboradores a través de Correo electrónico. Además con el objetivo de medir la adherencia de los conceptos se realizo evaluación online.
- ▣ Se han realizado 12 jornadas de capacitación al personal sobre riesgos en la atención al paciente y política de seguridad del paciente.
- ▣ Se desarrollo integralmente el programa IAMI. ▣

Dificultades

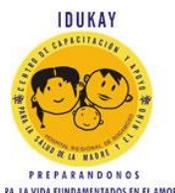
Fortalecimiento en la definición de políticas, procedimientos y actualización del Estatuto de contratación del HRS.

Subsistema de Control de Gestión

Se asignaron recursos para actualizar y/o renovar el hardware institucional. En el año 2013: Actualización de hardware institucional para equipos de más de cinco años de uso. Se ejecuto el contrato número 379 donde se suministro equipos de computo, portátiles, impresoras, scanner, video proyectores para lograr la reposición del 100% de los equipos con más de 5 años y además compra de equipos nuevos. 45 PC, 7 Portátiles, 13 impresoras de matriz de punto, 5 impresoras multifuncionales empresariales, 5 impresoras laser pequeñas, 4 laser empresariales, 5 scanner y 3 video proyectores. Copia del contrato reposa en oficina de contratación y entrada de almacén.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
 OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO



- ▣ Se aprobó vía comité de control interno y se socializó la política de Seguridad y confidencialidad de la Información.
- ▣ Se cuenta con el 100% del software de equipos de cómputo licenciados.
- ▣ Se utilizaron el 100% de las estrategias planteadas para divulgación de información institucional. (Página web, Programa Radial, Facebook, twitter)
- ▣ Se capacitó al 100% de los funcionarios programados en la política de comunicaciones y el Plan de comunicaciones.
- ▣ Se promovió la participación y apoyo a los programas de forma activa de los usuarios en los comités institucionales a través de los comités de Ética, Seguridad del Paciente, COVE, Historia clínica, Infecciones.
- ▣ Se diseñaron y socializaron planes de mejoramiento con base en la percepción del usuario. Dichos planes reposan en las actas del comité de calidad.
- ▣ Se gestionaron el 100% de las Peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones dispuestas en buzones. ▣

Dificultades

- Actualización de la Tabla de Retención Documental por procesos.}
- Actualización de Página web.
- Estrategias para la implementación del cableado estructural.
- Establecimiento del Plan de capacitaciones.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

- a) Falta seguimiento, autoevaluación y análisis de resultados de la gestión por procesos de acuerdo a indicadores de cada uno.
- b) Establecer metodología para priorizaciones de planes de mejora, documentándolo y socializándolo al personal involucrado

EVALUACION INDEPENDIENTE:

- Se realizan periódicamente recomendaciones generadas de las auditorías realizadas
- Se cuenta con un programa de auditoría aprobado por el comité de coordinación de control interno.

Estado general del Sistema de Control Interno

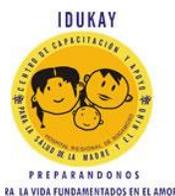
- ▣ Se mantiene el nivel de implementación, considerando los ajustes en cada proceso, manual de operaciones documentado en todos los procesos, Este sistema facilita la operación y el autocontrol en la Gestión.
- ▣ Alto grado de compromiso de la Alta Dirección y comité MECI- CALIDAD para la mejora continua. ▣

Recomendaciones

- Empoderamiento de los líderes de Proceso.
- Fortalecer los niveles de comunicación entre procesos
- Monitorización a indicadores mensuales en todos los procesos, por medio de tablero de indicadores, el cual permite evidenciar el cumplimiento de las políticas Institucionales.
- Realizar la evaluación de desempeño y proyectar herramienta para la evaluación de desempeño a contratistas.
- Evaluar periódicamente la ejecución del Plan de Mantenimiento.
- Realizar rendición de cuentas a la comunidad en general.
- Fortalecer el talento humano en diferentes temas y competencias.
- Definir responsables y equipos de trabajo para la finalización del Manual de Procesos y procedimientos.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
OFICINA ASESORA DE CONTROLINTERNO



- Desarrollar actividades para los funcionarios y colaboradores para el fortalecimiento de los lazos laborales fomentando el trabajo en equipo.
- Aprobación de la Junta Directiva del Plan de Gestión para la vigencia 2012-2015 así como del POA
- Fortalecer los medios de comunicación entre procesos.
- Capacitar a los líderes de proceso y sus equipos de trabajo en la metodología de la DAFP para la identificación y valoración del Riesgo.
- Monitorización mensual de indicadores por parte del área de planeación.
- Realización de talleres pedagógicos a los usuarios, acerca de sus deberes y derechos, así como la racionalización de trámites.

BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS