

HOSPITAL FONTIBON E.S.E.

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON	Período evaluado: JULIO-OCTUBRE DE 2011
		Fecha de elaboración: NOVIEMBRE 03 DE 2011

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

- Una de las dificultades evidenciadas en este subsistema se relaciona con los Factores que generan impacto en el desarrollo del Talento Humano, ocasionado entre otros por la rotación del personal presentada al interior del área, incidiendo en forma directa en el desarrollo de las actividades planteadas desde el Sistema Único de Acreditación para el período en mención. Dentro de estas actividades se encuentra el Entrenamiento en Puesto de Trabajo que se vio afectado en la cobertura debido a que no todos los colaboradores convocados fueron partícipes del Proceso.

En lo que refiere al Modelo de Operación por Procesos se evidencia la necesidad de la socialización de aquellos procesos que han sido objeto de actualización de tal forma que los colaboradores se vean involucrados dentro del Mapa de Procesos Institucional.

Así mismo se hace necesario continuar con la actualización de los Riesgos y los puntos de control de cada proceso para asegurar su debido seguimiento y monitoreo.

Avances

- Entre los avances más significativos de la Institución se encuentra el fortalecimiento del proceso de Humanización el cual inició a través de la actividad "El Bazar de la Humanización" que contó con la participación de 540 colaboradores del Hospital, realizando énfasis en la socialización del Código de Ética Institucional, Deberes y Derechos de los Usuarios y la utilización de las Tarjetas Asertivas que permiten una mejor comunicación interpersonal. Esta actividad ha aportado un cambio significativo en pro de la calidad de atención a los usuarios y mejoramiento del clima organizacional.

Los programas de inducción y capacitación se han llevado a cabo con éxito de tal manera que los nuevos colaboradores obtienen un gran conocimiento de la Institución y adquieren un grado de pertenencia hacia el Hospital, así mismo el cronograma de capacitación se ha llevado a cabo permitiendo que los colaboradores actualicen sus conocimientos en diferentes ámbitos laborales.

Otro de los avances a destacar lo constituye el proceso de selección culminado al 100% para ser aplicado a todos los nuevos colaboradores del Hospital.

De otra parte se viene culminando la actualización de la identificación de riesgos por procesos, alcanzándose un cubrimiento del 50% de los mismos, igualmente se han efectuado seguimientos a algunas de las áreas evidenciándose mejora y mitigación de los riesgos a través del fortalecimiento de los puntos de control y el cumplimiento de las acciones de los Planes de Mejoramiento, queda pendiente la culminación del 50% restante.



Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

- Una de las debilidades encontradas en este Subsistema refiere a la falta de cultura de Medición que presenta el Hospital, dada por dos factores: 1- No se cuenta con indicadores de Impacto que me permitan medir el avance y la plusvalía en el desarrollo de los procesos. 2- Los indicadores existentes no se están reportando en tiempo real lo cual no permite contar con una herramienta para la toma de decisiones oportuna.

De otro lado en lo que refiere a los Procesos y Procedimientos se ha evidenciado algunas actualizaciones por parte de las áreas las cuales no han sido informadas oportunamente al área de Planeación, lo cual no permite la actualización inmediata en el compendio de los Procesos y Procedimientos Institucionales.

Debido a la incipiente cultura de medición se evidencia falta de seguimiento a los Controles desde cada proceso, lo cual puede generar falencias en el desarrollo de los mismos.

En cuanto a la Peticiones Quejas y reclamos presentadas por nuestros usuarios se evidencia demora en los tiempos de respuesta, lo cual ocasiona traumatismos en la consolidación de la información.

Avances

- Se evidencian significativos avances en los diferentes elementos de este subsistema, dentro de los cuales podemos mencionar la consolidación del sistema de información del Hospital lo cual ha repercutido en una mejora sustancial en la atención de los usuarios, en la confiabilidad de la información y en los tiempos de respuesta a las solicitudes presentadas.

La Intranet y la Página Web han permitido ampliar los canales de comunicación tanto del cliente interno como externo, ya que se publican temas de interés mostrando los servicios que presta el Hospital, los términos de referencia de las diferentes contrataciones realizadas, decretos, leyes y normas entre otros.

La comunicación de voz en la Entidad se vio fortalecida mediante la instalación del Sistema Voz IP la cual ha permitido reducir los gastos de Telefonía mensual en un 50% aproximadamente. Adicionalmente ha permitido la comunicación efectiva y directa entre los diferentes Centros de Atención del Hospital.

En lo que refiere a los espacios y canales de Comunicación del Cliente Interno el Hospital cuenta con el desarrollo mensual de reuniones denominadas ULG (Unidades Locales Gerenciales), que permiten interactuar e informar temas de interés Institucional a los colaboradores del Hospital.

Igualmente se generó el Plan de Comunicación Institucional con lo cual se logra implementar una metodología normativa frente a la generación de la información, utilizando los diferentes canales como (Página Web, protectores de Pantalla, Periódico Institucional "Fontinotas" y videos Institucionales entre otros.

Es de anotar que el Hospital ha fortalecido su Sistema de Información tanto Primaria como Secundaria a través de la utilización del Sistema ORFEO que cuenta con las Tablas de Retención en cada uno de las áreas y es usado por todos los colaboradores del Hospital aportando seguridad tanto a la información recibida como enviada y controlando los tiempos de respuesta en especial las referidas a Tutelas y Derechos de petición.

La Oficina de Atención al usuario y Participación Social ha sido fortalecida a través de la creación del Call Center registrando en estos últimos cuatro (4) meses un promedio mensual de llamadas recibidas de 4.254 y un promedio mensual de asignación de citas de 2.046, lo cual redundo en forma directa en el bienestar de los usuarios al no tener que desplazarse hasta el Hospital para la solicitud de sus citas.

Adicionalmente, el Hospital viene trabajando en el fortalecimiento de la comunicación con la comunidad ya que ésta representa un factor importante dentro de la Institución por ello a Nivel de Participación Social se cuenta con el Comité de Participación Comunitaria en salud (Copacos) y con la Asociación de Usuarios del Hospital fontibón (Asouhfo), lo cual permite establecer el cumplimiento a la comunicación de Planes, objetivos, metas, proyectos y beneficios a la ciudadanía a través de estrategias tales como reuniones con la comunidad, medios audiovisuales (Video Institucional) y volantes informativos entre otros.

Se continúan generando espacios que propician la retroalimentación en las audiencias de rendición de cuentas con la intervención de los distintos grupos de interés.



Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

- Se evidencia inoportunidad en la generación de los Planes de Mejora por parte de algunos Procesos, lo cual origina reiteración en los hallazgos plasmados en los informes de auditoría.

Lo anterior redundaría en el incumplimiento de los Cierres de Ciclos contraviniendo el mejoramiento continuo esperado en el desarrollo de los Procesos y Procedimientos.

En lo concerniente al Sistema de Evaluación se debe trabajar más en los Planes de Mejoramiento Individual resultado de las Evaluaciones de desempeño realizada a los colaboradores de Carrera Administrativa del Hospital. Así mismo se debe hacer énfasis en la necesidad de realizar la evaluación al personal de contrato.

Avances

- Los Planes de Mejoramiento Institucionales dentro de los cuales se tienen los correspondientes a las Auditorías realizadas por la Contraloría de Bogotá, han sido objeto de seguimiento constante por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, lo cual ha permitido el cierre de los hallazgos por parte del Ente Fiscalizador.

La Autoevaluación es ejercida a través del Balance Score Card el cual permite realizar seguimiento mensual a las actividades registradas en el Plan Operativo Anual, dicha información es presentada en forma mensual.

La evaluación de la Gestión se ha registrado a través del informe de Gestión presentado a la Junta Directiva en forma semestral.

Adicionalmente la OGPA, ha dado cumplimiento al cronograma de trabajo desarrollando diferentes auditorías las cuales son socializadas a la Gerencia y al responsable del proceso, con el fin de establecer acciones de mejora frente a los hallazgos evidenciados.

Dichas acciones de mejora han permitido evidenciar un progreso sustancial en el desarrollo de los procesos.

Las auditorías cuentan con los documentos soportes que permiten evidenciar los hallazgos registrados.

Estado general del Sistema de Control Interno

El Sistema de Control Interno del Hospital Fontibón E.S.E. alcanza un nivel de implementación satisfactorio, el cual integra los diferentes subsistemas del MECI, sin embargo se debe fortalecer la cultura del Autocontrol a todos y cada uno de los colaboradores del Hospital, ya que aún persisten debilidades en algunas de las áreas las cuales redundan en forma directa en el adecuado desarrollo de los Procesos.

El Hospital se encuentra en el Proceso de Acreditación, el cual como Sistema Integrado de Gestión de la Calidad ha permitido fortalecer aspectos relacionados con el cumplimiento de actividades generando un valor agregado, logrando niveles de satisfacción tanto del cliente interno como externo y mejora Continua frente al ciclo PHVA.

Recomendaciones

Socializar e implementar la actualización de los procesos y procedimientos institucionales con el propósito de fortalecer las diferentes acciones tendientes al cumplimiento de los objetivos misionales y estratégicos.

Dar cumplimiento a las acciones registradas en los Planes de Mejoramiento con el fin de evitar hallazgos reiterativos.

Culminar la actualización del Mapa de Riesgos de los procesos Institucionales con el fin de establecer puntos de control adecuado, acorde al desarrollo Institucional.

Implementar el uso de Indicadores de Impacto que permitan evaluar la gestión de los procesos.



Fortalecer el trabajo en Equipo en la búsqueda permanente de la mejora continua.

Utilizar las herramientas de los Sistemas de Información con el ánimo de obtener y emitir información oportuna y confiable.

Fortalecer la Cultura del Autocontrol, creando conciencia de la importancia y la necesidad de hacer bien las cosas bien desde la primera vez.

YANET SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON

Firma

