

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN E.S.E.**

LUIS FELIPE MUÑOZ HURTADO

OMAR ARTURO SOLANO LÓPEZ

Trabajo presentado para optar al título de ESPECIALISTA EN AUDITORÍA Y
GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

**ESPECIALIDAD EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA – ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
DE NEGOCIOS EAN
POPAYAN
2007**

INTRODUCCION

Las entidades del gobierno en nuestro Estado Colombiano, históricamente se han visto involucradas en situaciones de insostenibilidad, reestructuración, quiebra, cierre y demás, debido a muchos factores entre los cuales podemos citar por ejemplo, la falta de un direccionamiento estratégico que trace el norte en búsqueda del logro de la misión, a la falta de procesos administrativos estandarizados que permitan orientar las actividades de la empresa al logro de sus objetivos, a la falta de la capacidad de sus directivos para gestionar y aplicar en debida forma los escasos recursos, a la falta de planes a mediano y largo plazo que permitan que los diferentes directivos que van llegando den continuidad a los planes trazados, y especialmente a la corrupción general de todo el sistema que ha malogrado los recursos sin cumplir los objetivos para los cuales fueron destinados.

Con el ánimo de corregir esta falencia el Gobierno Nacional, el 29 de Noviembre de 1993, expidió la Ley 87 que estableció las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado de una manera general, ley que se vino a reglamentar mediante el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005.

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE, al igual que la mayoría de los hospitales públicos del país, ha sufrido todas las adversidades de tipo administrativo y financiero propias de estas entidades debido entre otras, al actual esquema de atención por niveles de complejidad en salud basado en el aseguramiento ordenado por la Ley 100 de 1993, y actualmente se encuentra en una etapa de lento resurgimiento luego de haber padecido una reestructuración administrativa y de haberse acogido a la Ley 550 de reestructuración de pasivos, situación que lo coloca en un gran riesgo de tipo administrativo y financiero, pues si no cumple a partir del año 2007 con los acuerdos pactados en la mencionada reestructuración, se vería obligado a su forzosa liquidación.

Es entonces el momento justo y obligatorio de aplicar todo tipo de medidas y controles tendientes a optimizar los recursos y lograr cumplir con la misión trazada, mediante una gran estrategia como es el Diseño e Implementación del Sistema Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, ya que además de ayudarnos a enfocar todos los esfuerzos al logro de los objetivos corporativos, nos acerca a uno de nuestros objetivos a mediano plazo como es lograr la Acreditación, además de ser una norma que debemos cumplir como entidad estatal.

1. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN ESE

DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

RESEÑA HISTORICA

Orígenes

El origen del Hospital San José se sitúa en 1618, en un albergue para enfermos y una especie de capilla, que existieron en las vecindades del Río Molino. Las referencias a estas edificaciones son fragmentarias y se destaca en ellas la información sobre la inexistencia de un médico que se ocupara de los indigentes y enfermos.

Fundación

Los orígenes formales del Hospital San José de Popayán y su fundación como verdadero Hospital en términos de organización, prestación de asistencia y regencia institucionalizada, se ubican en 1711. Obedeció a una propuesta de los religiosos Betleheimitas procedentes de Quito, aceptada por el Gobernador y el Cabildo de la ciudad. Además contó con la colaboración y donaciones de los ciudadanos pudientes.

Transición en la Independencia

Hasta el año 1840 no se tienen registros concretos de la operatividad del hospital. De ese año data un documento dependiente del Archivo Mosquera, que contiene el “reglamento sobre la contabilidad del Hospital Militar de esta Plaza”, en el cual se aprecia que la fuerza militar dominaba el hospital.

El Siglo XX

Comenzando el siglo XX surgieron conflictos entre la Asamblea Departamental y el Gobernador por un lado, y el Distrito y el Jefe Municipal por otro, debidos a la apetencia por la dirección de los bienes del hospital y al nombramiento de sus directivos.

Después de varios años de pugna y de haber estado el hospital a cargo de la Gobernación por poco tiempo, cobran validez los argumentos que desde su fundación en 1711 había sido una institución Municipal y en 1904 la Dirección y reglamentación del Hospital volvieron al Concejo Municipal.

Hospital San José – IV Centenario

En el año 1939 se adquirieron los terrenos donde funciona el Hospital actualmente y se encargó el diseño de los primeros planos. El 17 de junio de 1951 se inauguró el Hospital, se dio comienzo a la semana Médica Caucana y se recogieron donaciones en varias ciudades.

El Hospital Universitario San José de Popayán es reconocido como persona jurídica independiente, mediante la resolución No 68 de 1965 emanada del Gobierno Departamental.

El Hospital Universitario San José quedó formalmente adscrito al Sistema Nacional de Salud, según los decretos 056 y 356 de 1975 y en 1979 se lo nombró Sede de la Unidad Regional Central, de conformidad con la organización fijada por el Servicio Seccional de Salud, previa aprobación del Ministerio de Salud.

Años 90

Corresponde a la década de grandes cambios, fortalecimiento institucional y renovación tecnológica. Además al período del recrudecimiento de la crisis financiera, con dificultades laborales y paros de trabajadores.

En 1991, por negociación de convención colectiva, se organizó la clasificación como trabajadores oficiales de los empleados públicos del hospital, considerándose como tales al personal administrativo y al auxiliar del área asistencial.

En los años 1992 y 1993, se inició un modelo de prestación de servicios mediante el sistema de atención Integral, con participación de los médicos hospitalarios y otros médicos adscritos a través de la Fundación Jacinto Mosquera y Figueroa, lo que permitió ofertar servicios en nuevas especialidades, y captar mercados.

En 1993, bajo la política de venta integral de servicios, los docentes de la Universidad del Cauca pasaron a convertirse en contratistas del HUSJ, por medio de la Fundación Jacinto Mosquera y Figueroa. Para ese entonces el Hospital alcanzó una venta de servicios por más de \$ 2.000 millones que no fueron reconocidos por el Ministerio de Salud, acrecentándose el déficit histórico.

En 1995 el hospital se convirtió en Empresa Social del Estado, sin modificar los déficit presupuestales y sus costos laborales.

Se inició una época de recomposición del equipo técnico, se compró tecnología de punta con la figura de Leasing, pactado en dólares. El Hospital comenzó un proceso de endeudamiento financiero, para el que no estaba preparado.

Con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 y la Ley 60 del mismo año, se inició el desmonte gradual del situado fiscal y su transformación en subsidio a la demanda, administrado por las ARS (administradoras de régimen subsidiado) disminuyéndose de forma efectiva la financiación con recursos del Estado, del 40% al 18%. Las normas daban por hecho que los recursos de oferta se recapturarían por el HUSJ a través de la venta de servicios a estas nuevas empresas y no fue así.

En 1998, con el propósito de aumentar la producción de servicios, el HUSJ decidió modificar la forma de vinculación de los profesionales especializados, haciendo que ellos renunciaran a sus cargos como empleados del hospital y pasaran a ser contratistas a través de sus cooperativas. Se inicio así el pago de honorarios mediante la figura de la productividad. Esta forma de contratación elevó el costo de la prestación de servicios, el cual no fue compensado con la venta de los mismos.

Durante 1998 se presentaron dos paros laborales, como apoyo de sus trabajadores a movimientos nacionales del sector salud, en busca de nivelaciones económicas.

A partir del mes de Mayo se inició una serie de incumplimientos laborales por parte del HUSJ. Se retrasó el pago de salarios, desmejorándose en forma notoria el clima organizacional, lo que elevó la tensión de las relaciones obrero patronales. La crisis se agudizó en el mes de Diciembre y se extendió hasta Marzo del año siguiente.

En 1999 la situación fue crítica. Los trabajadores entraron en paro y se suscitó el evento del paro del Macizo Colombiano, llevado a cabo entre octubre y noviembre de ese año. Dicho movimiento mantuvo bloqueada la vía Panamericana durante varias semanas, con el propósito de obtener recursos financieros de parte del Gobierno Nacional para ejecutar inversiones en diferentes sectores, incluido el de la salud. En el pliego de peticiones del paro del Macizo se solicitaban recursos para el Hospital San José por valor de 10 mil millones de pesos.

Nuevo Siglo

El año 2001 se inició con cambio de la administración y ajustes y cumplimiento en el desarrollo del Convenio de Desempeño. La nueva Gerencia, elegida y nombrada para un período fijo de tres años, asumió un programa de ajuste y salvamento institucional, con recortes importantes de los costos operacionales y **la decisión irreversible** de corregir la grave problemática de desorden y corrupción administrativa y laboral al interior de la institución.

En el mes de septiembre, la Junta Directiva ordenó la aplicación de la clasificación oficial de los funcionarios, organizando y corrigiendo el modo de vinculación errática de los empleados públicos como trabajadores oficiales.

La medida provocó un cese de actividades que se prolongó hasta el mes de enero del año 2002.

Con la financiación por parte del gobierno nacional se realizó durante los años 2003 y 2004 un ajuste de la planta de personal, paralelamente el hospital se acoge a la ley 550 que le permite congelar sus pasivos laborales y de proveedores así como funcionar de una manera mas adecuada cumpliendo con los pagos salariales y el suministro de medicamentos e insumos.

En el año 2006 se produce la salida de los trabajadores oficiales y la contratación de servicios generales por la figura de contrato sindical lo que asegura el pago de la deuda laboral por la Nación y la firma de un acuerdo de pagos a 10 años del resto de acreencias.

La situación actual del Hospital si bien no es la ideal, tiende a la mejoría reflejándose en el pago oportuno a trabajadores y proveedores pero sobre todo en el mejoramiento de la prestación de los servicios.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

MISION:

Aportar al mejoramiento de la salud en la comunidad del Departamento del Cauca mediante la prestación de servicios especializados medico quirúrgicos, de cuidado crítico, apoyo diagnostico, complementación terapéutica y rehabilitación, con garantía de calidad, atención humanizada y apoyo a procesos de docencia e investigación, generando sostenibilidad institucional con responsabilidad social.

VISION:

Alcanzar en el 2010 solidez como una Institución acreditada en la prestación de servicios de salud especializados que garanticen sostenibilidad, crecimiento y contribuyan en la generación de conocimiento y en el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad en el Departamento del Cauca.

OBJETIVOS CORPORATIVOS:

- Ofrecer servicios de excelente calidad.
- Alcanzar autosostenibilidad financiera, crecimiento y desarrollo institucional
- Generar rentabilidad social.

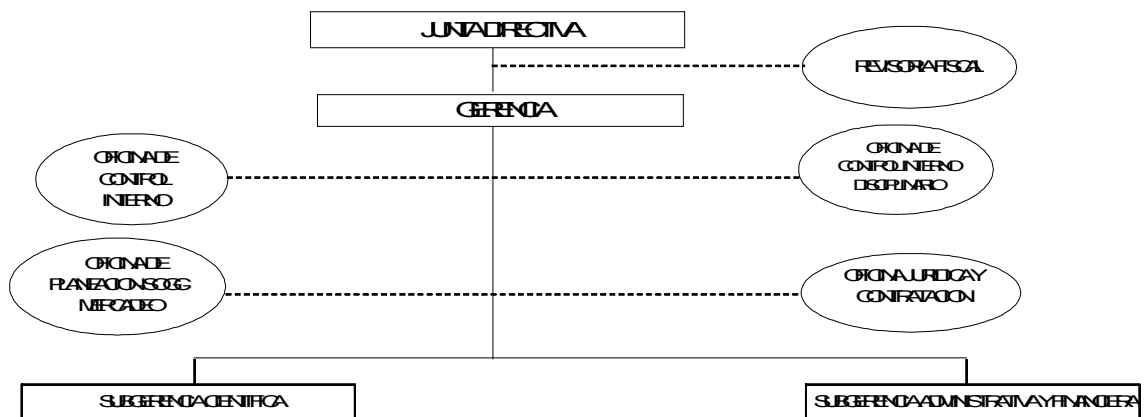
VALORES CORPORATIVOS

- Honestidad.
- Respeto.
- Responsabilidad.
- Calidez.
- Ética.
- Humanismo.
- Solidaridad.

POLITICA DE CALIDAD

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. esta comprometido en mantener un sistema de gestión de calidad, orientado al mejoramiento continuo, al desarrollo de una cultura organizacional propia y al cumplimiento de los estándares definidos en la normatividad vigente, para ofrecer una atención accesible, oportuna, humanizada segura y pertinente, con el fin de lograr la excelencia en la prestación de los servicios de salud, para garantizar la satisfacción de los usuarios.

ESTRUCTURA ORGANICA INSTITUCIONAL



PORTAFOLIO DE SERVICIOS

1. Atención integral en especialidades de:
Cirugía general, medicina interna, Ginecobstetricia, pediatría, cirugía pediátrica. Cirugía plástica, gastroenterología, anestesiología, cardiología, cirugía plástica, fisioterapia, cardiología, neurocirugía, neurología, neuropediatría, nefrología, oftalmología, endocrinología, oncología, otorrinolaringología, patología, proctología, psiquiatría, radiología, toxicología, traumatología y ortopedia, urología nefrología, inmunología.
2. Laboratorio clínico general y especializado
3. Laboratorio de Citopatología
4. Imágenes diagnosticas: rayos X convencional. TAC, mamografía, ecografía.
5. Endoscopia.
6. Urgencias adultos, pediátricas y ginecobstétricas
7. Banco de sangre
8. Soporte nutricional
9. Fonoaudiología
10. Terapia física y rehabilitación
11. Cardiodiagnóstico: EKG, eco cardiografía, holter
12. Oncología: Quimioterapia
13. Internación general, cuidado intensivo adulto y neonatal, cuidado intermedio adulto.

LOCALIZACIÓN GEOGRAFICA

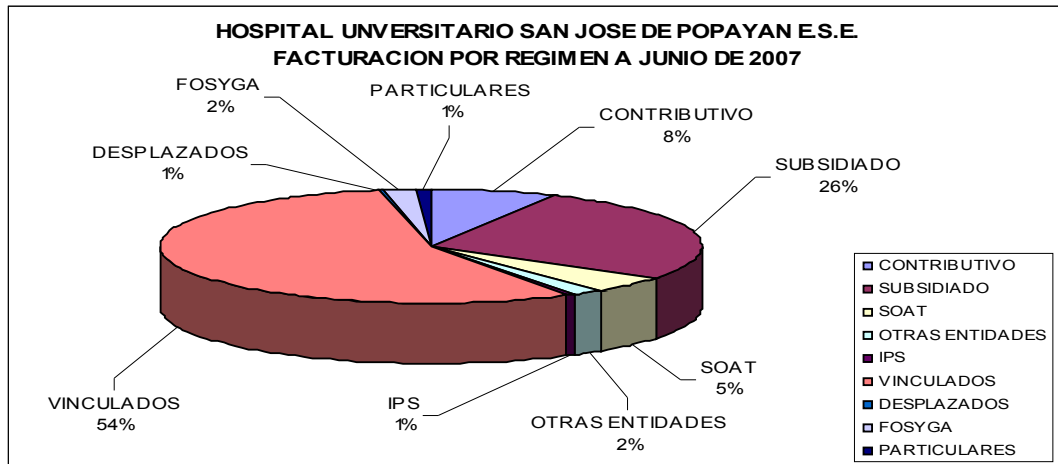
El Hospital Universitario San José esta ubicado en el municipio de Popayán, capital del Departamento del Cauca, en el sector norte, Barrio Bolívar.

COBERTURA

Presta servicios a la población del Departamento del Cauca ubicada en las regiones norte, sur, oriente, centro y parcialmente de la región occidental, con una población aproximada según censo 2006 de 1.268.937 habitantes.

Atiende usuarios del régimen contributivo y subsidiado, población pobre no cubierta con subsidio a la demanda y eventos SOAT.

A junio de 2007, se facturaron servicios distribuido como lo demuestra la siguiente grafica:



CLIENTES

La EAPB con las cuales se contrata servicios la E.S.E se resumen principalmente en:

Régimen contributivo:

Saludcoop
Seguro Social
Sanitas
Cooameva
Servicio Occidental de Salud SOS
Batallón José Hilario López
Sena
Unidad de Salud de Universidad del Cauca

Régimen Subsidiado

Asmet salud
Asociación Indígena del cauca
Caprecom
Emssanar
Calisalud
Selvasalud
Mallamas
Condorsalud

Aseguradoras eventos SOAT

La Previsora
Seguros del Estado
Liberty Seguros

BREVE DESCRIPCION DEL DESARROLLO DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

La E.S.E. durante los últimos 10 años ha presentado una permanente crisis administrativa y financiera, lo que la llevo a acogerse al programa de reestructuración, modernización y desarrollo de las empresas del estado. De otro lado, por la crisis financiera se acogió desde el 15 de octubre de 2001, a la ley 550/99 de reestructuración de pasivos.

El desarrollo del control interno no ha sido ajeno a estas crisis, debido a que el cargo del jefe coordinador de control interno es de libre nombramiento y remoción y cambia con cada cambio de administración, lo que ha conllevado a la discontinuidad en el desarrollo de las políticas institucionales de control interno y al incumplimiento de la norma. Sin embargo desde el año 2005 con la presente administración y gracias a la normatividad vigente, se ha iniciado el desarrollo de esta área, encontrándose apenas en el proceso de divulgación y concientización en la norma, quedando por diseñar e implementar todo el modelo de control interno MECI.

Con base en lo anterior se desarrolla el presente proyecto, con el objetivo de lograr el apoyo a la Oficina de Control Interno en la implementación del MECI, y contribuir desde la academia a la formulación de herramientas de gestión para su implementación y posterior desarrollo.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE adolece de un sistema de control interno estandarizado que permita hacer seguimiento, control y evaluación de los procesos, procedimientos, indicadores, objetivos y metas trazadas, con el ánimo de corregir las desviaciones que se presenten, siempre tendientes a cumplir con la misión que ha definido la institución.

1.2 JUSTIFICACION

El Hospital Universitario San José de Popayán en sus procesos de organización y gestión, no puede ser ajeno a las herramientas que la nueva normatividad le hace disponibles y a las tendencias en administración, para lo cual requiere estar en constante actualización y abierto al cambio y a la aplicación de diferentes instrumentos que le permitan ser cada vez más eficiente, por lo que se hace

necesario implementar dentro de su accionar diario, procesos de control y autocontrol, que faciliten el cumplimiento de los objetivos institucionales, como son los establecidos en el nuevo modelo estándar de control interno MECI 1000:2005, herramienta gerencial que fortalece la gestión del Estado y se constituye en un soporte de la política Institucional para la interiorización de la cultura de Autocontrol y Auto evaluación.

Introducir el concepto de la Administración del Riesgo en la Institución, teniendo en cuenta que todas las organizaciones independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser, están permanentemente expuestas a diferentes eventos que pueden poner en peligro su existencia; es una actividad que debe llevarse a cabo a corto plazo y no permite aplazamientos de ninguna índole.

En la actual coyuntura administrativa y teniendo en cuenta la expedición del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, mediante el cual, el Señor Presidente de la República previa revisión del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno adopta el Modelo Estándar de Control Interno para todas las entidades que contempla el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, es responsabilidad Institucional crear una cultura de honestidad y ética, y comunicar claramente el comportamiento aceptable y las expectativas de cada empleado. Dicha cultura debe estar arraigada en un sólido conjunto de valores básicos (o sistema de valores), valores fundados en la integridad, que provee el cimiento para que tanto los empleados como la organización realicen sus actividades.

El Modelo Estándar de Control Interno facilitará que la E.S.E. pueda mejorar su desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces. Para ello, las entidades deberán realizar una evaluación sobre la existencia, nivel de desarrollo o de efectividad de cada uno de los elementos de control definidos, a fin de establecer el diseño, desarrollo o grado de ajuste necesarios para su implantación y mejora.

La orientación de este Modelo promueve la adopción de un enfoque de operación basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir al diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano en el Hospital Universitario San José ESE de Popayán durante el año 2007 teniendo como guía la norma MECI 1000:2005

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la situación del desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno M.E.C.I. en el Hospital Universitario San José que determine la línea base para la formulación de herramientas que contribuyan a su implementación.
- Contribuir a la implementación del subsistema de Control estratégico del MECI. mediante la aplicación de herramientas que operativicen su implantación, seguimiento y control
- Contribuir a la implementación del subsistema de Control de Gestión. mediante la aplicación de herramientas que operativicen su implantación seguimiento control

2. MARCO TEORICO Y LEGAL

La Constitución Política de 1991 incorporó el concepto de control interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del estado y de los principios que rigen la función pública.

Por su parte, la Ley 87 de 1993 establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado.

La ley 489 de 1998 dispuso la creación del Sistema Nacional de Control Interno.

Con el fin de buscar mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades del estado, el Departamento Administrativo de la Función Pública, promovió la adopción e implementación de un modelo de control interno, iniciativa que fue acogida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno, que condujo a la expedición del Decreto 1599 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

El artículo 15 de la Ley 87 del 29 de Noviembre de 1993, estableció un plazo de 6 meses contados a partir de la vigencia de la ley, para que las entidades objeto de aplicación de la misma, determinaran, implementaran y complementaran el sistema de control interno en sus organizaciones.

Han transcurrido 13 años desde entonces y la mayoría de las entidades estatales no tienen implementado dicho sistema de control, incluyendo las del sector salud.

Revisados los archivos del Hospital Universitario San José, se encuentra que en los últimos 10 años, han pasado 5 equipos administrativos y específicamente en la oficina de control interno, no hay documentos fehacientes que demuestren que ha habido un sistema de control así sea incipiente y que haya tenido continuidad, y lo que es peor, no se cuenta con actas de acciones administrativas propias de esta función. Además, se conoce que en varios periodos de tiempo, especialmente cuando hubo cambio de administración, no se cubrió este cargo dejando cerrada la oficina, y solo se encargaba a un funcionario del área jurídica cuando de rendir información a los entes de control se trataba. En la anterior administración, el jefe de control interno intento adelantar el levantamiento de procesos previa visita y copia de los mismos de una institución de salud de características similares al Hospital. Tampoco se adelantó el diseño y mucho menos la implementación de dicho sistema y no se cuenta con documentos que permitan conocer a ciencia cierta la labor adelantada para dar continuidad a la misma.

En entrevista personal con el actual jefe de control interno de la institución, se hace evidente esta situación cuando afirma que a su llegada a la institución hace ya casi dos años, nadie le hizo entrega del cargo. Al revisar los documentos que encontró, no halló evidencia de lo ya expuesto y empezó de ceros las funciones propias de su cargo. En el momento trabaja mancomunadamente con todo el equipo administrativo en el seguimiento de los planes de acción y los diferentes convenios de desempeño celebrados con los entes de vigilancia y control (Ministerio de la Protección Social y la Contraloría Municipal), así como en la primera fase del MECI que trata de la sensibilización de todos los funcionarios.

A toda luz, se hace necesario diseñar e implementar el Modelo Estándar de Control Interno para el Hospital Universitario San José ESE de Popayán, para dar cumplimiento a la Ley 87 de 1993 reglamentada por el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005.

Descripción Básica del Control Interno

Definición: Se define como el conjunto de principios, fundamentos, reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre sí y unidos a los funcionarios que conforman la Institución, se constituye en un medio eficaz para lograr el cumplimiento de su función administrativa, sus objetivos y la finalidad que persigue, generando capacidad de respuesta ante la comunidad que debe atender.

Por lo tanto el Control Interno no es un evento aislado en la Institución; es una serie de acciones que ocurren de manera constante a través del funcionamiento y operación de la empresa, debiendo ser reconocido como un punto integral de cada sistema o parte inherente a la estructura administrativa y operacional existente, asistiendo a la dirección de manera constante en cuanto a su manejo y al alcance de sus metas.

Principios del Control Interno

La constitución política de 1991 estableció los principios que deben cumplirse en el ejercicio de la Función Pública de administrar el Estado, constituyéndose en los preceptos fundamentales definidos para encaminar su desarrollo y otorgar orientación estratégica a la toma de decisiones los cuales están presentes en todos los procesos, actividades y tareas emprendidas por la E.S.E. a fin de cumplir su propósito Institucional.

Responsabilidad: Capacidad de la Empresa para cumplir los compromisos contraídos con la comunidad y demás grupos de Interés, en relación con los fines esenciales de su objetivo misional.

Transparencia: Hacer visible la gestión de la Empresa a través de la relación directa entre el Gerente, los jefes de oficina, los funcionarios y la comunidad en general; se materializa en la entrega de información adecuada para facilitar la participación de la comunidad en las decisiones que los afecten tal como lo manda el artículo 2º de la Constitución Política.

Moralidad: Se manifiesta en la orientación que se da a las actuaciones públicas, bajo responsabilidad del funcionario, ya sea directivo u operativo; el cumplimiento de las normas constitucionales y demás leyes vigentes, los principios éticos y morales propios de nuestra sociedad.

Igualdad: Reconocer a todos los ciudadanos la capacidad de ejercer los mismos derechos para garantizar el cumplimiento del proceso constitucional según el cual “Todas las personas nacen libres e iguales ante la Ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” Los funcionarios están obligados a orientar sus actuaciones y toma de decisiones al cumplimiento de los fines esenciales del Hospital, y la primacía del interés general.

Imparcialidad: Es el designio anticipado o de prevención a favor o en contra de personas naturales o jurídicas. Se concreta cuando se actúa con plena objetividad e independencia en defensa del objetivo social del Hospital a fin de garantizar que ningún ciudadano se afecte en sus intereses.

Eficiencia: Velar porque en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad, la Empresa obtenga la máxima productividad de los recursos que le han asignado y confiado, para el logro de sus propósitos.

Eficacia: Consecuencia de los resultados de la empresa en relación con sus metas y objetivos previstos. Se mide en todas las actividades y las tareas y en especial al concluir un proceso, un proyecto o un programa.

Economía: Es la austeridad y la mesura en los gastos e inversiones necesarios para la obtención de los insumos en las condiciones de calidad, cantidad y oportunidad requeridas para la satisfacción de las necesidades del usuario. Se operativiza en la medición racional de los costos y en la vigilancia de la asignación de recursos para garantizar su ejecución en función de los objetivos, metas y propósitos de la Institución.

Celeridad: Dinamizar la actuación, con los propósitos de agilizar el proceso de toma de decisiones y garantizar resultados óptimos y oportunos. En aplicación de este principio, la Empresa se compromete a dar respuesta oportuna a las necesidades sociales pertinentes a su ámbito de competencia.

Publicidad: Derecho de la comunidad en general al acceso pleno, oportuno, veraz y preciso de las actuaciones, resultados e informes de los funcionarios. Es responsabilidad de la Empresa dar a conocer los resultados de su gestión y permitir la fiscalización ciudadana, dentro de las disposiciones legales vigentes.

Preservación del Medio Ambiente: Orientar las actuaciones hacia el respeto por el medio ambiente, garantizando condiciones propicias al desarrollo de la comunidad en su entorno.

La adecuada operación del Sistema de Control Interno, garantiza el acatamiento de estos principios, al considerarlos como punto de partida para el desempeño de sus funciones.

Fundamentos del Control Interno

Constituyen las condiciones impredecibles y básicas que garantizan la efectividad del Control Interno de acuerdo con la naturaleza de las funciones y competencias asignadas por la Constitución y la Ley a la entidad y las características que le son propias. La autorregulación, el Autocontrol y la Autogestión son los pilares esenciales que garantizan el funcionamiento del Control Interno.

Autorregulación: Capacidad Institucional para reglamentar, con base en la constitución y la Ley los asuntos propios de su función y definir aquellas normas, políticas y procedimientos que permitan la coordinación efectiva y transparente de sus acciones.

Se concreta entre otras formas a través de:

- Promulgación de valores, principios y conductas éticas.
- Generación de códigos de buen administrador, establece las normas que se impone la entidad para garantizar el cumplimiento de su función.
- Definición de un modelo de operación que armonice las leyes y normas pertinentes a su fin, con los sistemas, los procesos, las actividades y las acciones necesarias para el cumplimiento de los propósitos Institucionales.
- Políticas, normas y controles tendientes a evitar o minimizar las causas y los efectos de los riesgos capaces de afectar el logro de los objetivos.
- Reglamentación del Control Interno a través de los mecanismos proporcionados por la Constitución y la Ley.

Autocontrol: Capacidad del funcionario para evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos, mejorar y solicitar ayuda cuando lo considere necesario, independientemente de su nivel jerárquico; de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad garanticen el ejercicio de una función transparente y eficaz.

El control Interno se fundamenta en el Autocontrol al considerarlo inherente e intrínscico a todas las acciones, decisiones, tareas y actuaciones a realizar, en procura del logro de los propósitos de la Empresa; requiere:

Del Funcionario:

- Compromiso, competencia y responsabilidad con el ejercicio de su labor.
- Responsabilidad para asumir sus decisiones y autorregular su conducta.
- Conciencia sobre la importancia de su compromiso con el Hospital.
- Responsabilidad por el mejoramiento continuo de las acciones a su cargo.

De la Empresa:

- Estilo de dirección que fortalezca la confianza entre todos los funcionarios.
- Reglas de Actuación encaminadas a formalizar el comportamiento del Funcionario.
- Políticas y normas de actuación organizacional.
- Procesos de capacitación y formación orientados al mejoramiento de las habilidades requeridas para el ejercicio del cargo.
- Perfiles para cada cargo según las competencias asignadas al Hospital.

Autogestión: Capacidad Institucional para interpretar, coordinar y aplicar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa delegada por la Constitución y la Ley. El Control Interno se fundamenta, en la autogestión al promover en el Hospital la autonomía necesaria para identificar sus debilidades de control, definir las acciones de mejoramiento y hacerlas efectivas, asumir con responsabilidad las recomendaciones de los órganos de control y dar cumplimiento con la oportunidad requerida.

Se logra a través de:

- Comprensión por parte de la entidad y de los funcionarios, de las competencias y funciones asignadas por la Constitución y la Ley.
- Adaptación conciente de la Empresa a su entorno.
- Organización de la función administrativa y de su control de acuerdo con las características propias de la Empresa.
- Capacidad Institucional para autorregular su funcionamiento.

- Conformación de la red de conversaciones que articula los procesos, las actividades y las acciones requeridas para la ejecución de los planes, programas y proyectos necesarios al logro de los objetivos Institucionales.
- Ejecución de planes de mejoramiento y seguimiento efectivo a su impacto.

Objetivos del Control Interno:

El Control Interno tiene como objetivo fundamental establecer: acciones, políticas, métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, control, evaluación y mejoramiento continuo de la Empresa, que le permita la autoprotección necesaria para garantizar una función administrativa transparente y eficiente, en cumplimiento de la Constitución, las leyes y normas que lo regulan.

Objetivos Específicos: Entre otros, consideramos los más significativos los siguientes: Cumplimiento, Estratégico, Operación, Evaluación e Información.

Control de Cumplimiento

- 1 - Establecer acciones que permitan garantizar el cumplimiento de la función administrativa de la Empresa, bajo los preceptos y mandatos que le impone la Constitución, la Ley, los reglamentos y las regulaciones que le son propias.
- 2 - Definir las normas administrativas provenientes de la Autorregulación que permite la coordinación de las actuaciones de la Empresa.
- 3 - Diseñar los instrumentos de verificación y evaluación pertinentes para garantizar que la entidad cumpla con la reglamentación que rige su que hacer.

Control Estratégico

- 1 – Crear conciencia sobre la importancia del Control, mediante la creación y mantenimiento de un entorno favorable que conserve sus fundamentos básicos y favorezca la observancia de sus principios.
- 2 – Disponer los procedimientos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional de la entidad, de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos.
- 3 – Diseñar los procedimientos e instrumentos necesarios que permitan proteger sus bienes y recursos, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos.

Control de Ejecución

- 1 – Determinar los mecanismos de prevención detección, y corrección que permitan mantener las operaciones, funciones y actividades Institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.
- 2 – Velar porque todas las actividades y recursos estén dirigidos hacia el cumplimiento de su función Constitucional.
- 3 – Establecer mecanismos y procedimientos que garanticen la generación y registro de información oportuna y confiable necesaria a la toma de decisiones internas.
- 4 – Diseñar los instrumentos que permitan llevar a cabo una efectiva comunicación a todos los niveles, tanto internos como externos.

Control de Evaluación

- 1 – Garantizar la existencia de mecanismos y procedimientos que permitan en tiempo real, realizar seguimiento a la gestión por parte de los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad de la Empresa; permitiendo acciones oportunas de corrección y mejoramiento.
- 2 – Disponer de mecanismos de verificación y evaluación permanentes del Control Interno que brinden apoyo a la toma de decisiones en procura de los objetivos Institucionales.
- 3 – Garantizar la existencia de la función de evaluación independiente del Sistema de control Interno y de Auditoría Interna, como mecanismos neutrales y objetivos de verificación del cumplimiento a la gestión.
- 4 – Propiciar el mejoramiento continuo de la gestión, de su capacidad para responder efectivamente al interior de la Empresa como a la comunidad en general.
- 5 – Establecer los procedimientos que permitan la integración de las observaciones provenientes de los órganos de control a las acciones de mejoramiento del Hospital.

Control de Información

- 1 – Disponer los mecanismos necesarios a garantizar la generación de información, reportes de cumplimiento de obligaciones de la Empresa.
- 2 – Establecer procedimientos que permita la generación de información legalmente establecida por los diferentes órganos de control.

3 – Velar por la generación de informes y reportes que en uso de su derecho soliciten los diferentes grupos de interés.

4 – Disponer de la información legalmente obligatoria y proveniente de la autorregulación, que garantice la rendición de cuentas.

El Control como Sistema

Sistema es un conjunto de partes ordenadas e interrelacionadas para llegar a un propósito o fin determinado, el cual debe cumplir condiciones, como:

- a) Desempeño de cada una de las partes que conforman el sistema,
- b) cada parte posee características que se pierden cuando se separan del sistema
- c) cada sistema tiene rasgos distintivos que no posee ninguna de sus partes

Así, cuando una de las partes se transforma o elimina, cambia la totalidad del sistema y por lo tanto se pierde su esencia. De allí que es posible estructurar un Sistema en diferentes partes de distintos niveles debidamente interrelacionados, así:

Subsistemas, Componentes y Elementos.

El concepto básico de Control, los principios que lo rigen, los fundamentos sobre los que se soporta, la definición de sus objetivos y su interrelación con personas remiten a una concepción de que el Control Interno es un Sistema, al considerar que:

- Existe un objetivo y propósito común.
- Interactúa con el entorno
- Se compone de partes que se correlacionan entre sí, son independientes y existe entre cada una de ellas una relación de causa y efecto.
- Es parte inherente de su Infraestructura Administrativa

Sistema de Control Interno: El Sistema de Control Interno está integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la Empresa con el fin de procurar que todas las actividades, procesos, operaciones y actuaciones así como la administración de la información, bienes y recursos se realicen de acuerdo a las normas Constitucionales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.

El ejercicio del Control Interno consulta los principios de igualdad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad, y conservación del medio

ambiente. Se concibe de tal manera que su desempeño sea intrínscico a todos los procesos y al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la Empresa, y en particular de las designaciones que tengan responsabilidad de manejo y mando.

Sus principios, fundamentos, objetivos y la convicción de que es ejecutado por sus funcionarios, genera un marco y una estructura para prevenir, monitorear, evaluar, corregir y mejorar la gestión, garantizando el logro de su objetivo social, permitiendo inferir en:

- Un funcionamiento de Control Interno en coherencia con los principios de la función Pública.
- Un Control Interno con el propósito de apoyar el cumplimiento de los objetivos y las metas de la Empresa.
- Un Control Interno que se encuentra a cargo de los funcionarios.
- Un Control Interno fundamentado en la autorregulación.
- Un control Interno intrínscico al desarrollo de las funciones y cargos de la Empresa.
- Un Control Interno que mida en tiempo real los resultados de la gestión y cumplimiento de los objetivos de la Empresa.
- Un control Interno que se desarrolla y trabaja con un enfoque sistemático.

En consecuencia, la definición de Control Interno como un Sistema proporciona una estructura para la planeación, la gestión y la evaluación, siendo posible por lo tanto, agrupar las partes contenidas en él en tres grandes segmentos que al interrelacionarse controlan la función pública y la conducen a un fin general. Son: el Orden Estratégico, el Orden Operacional y el Orden Evaluativo.

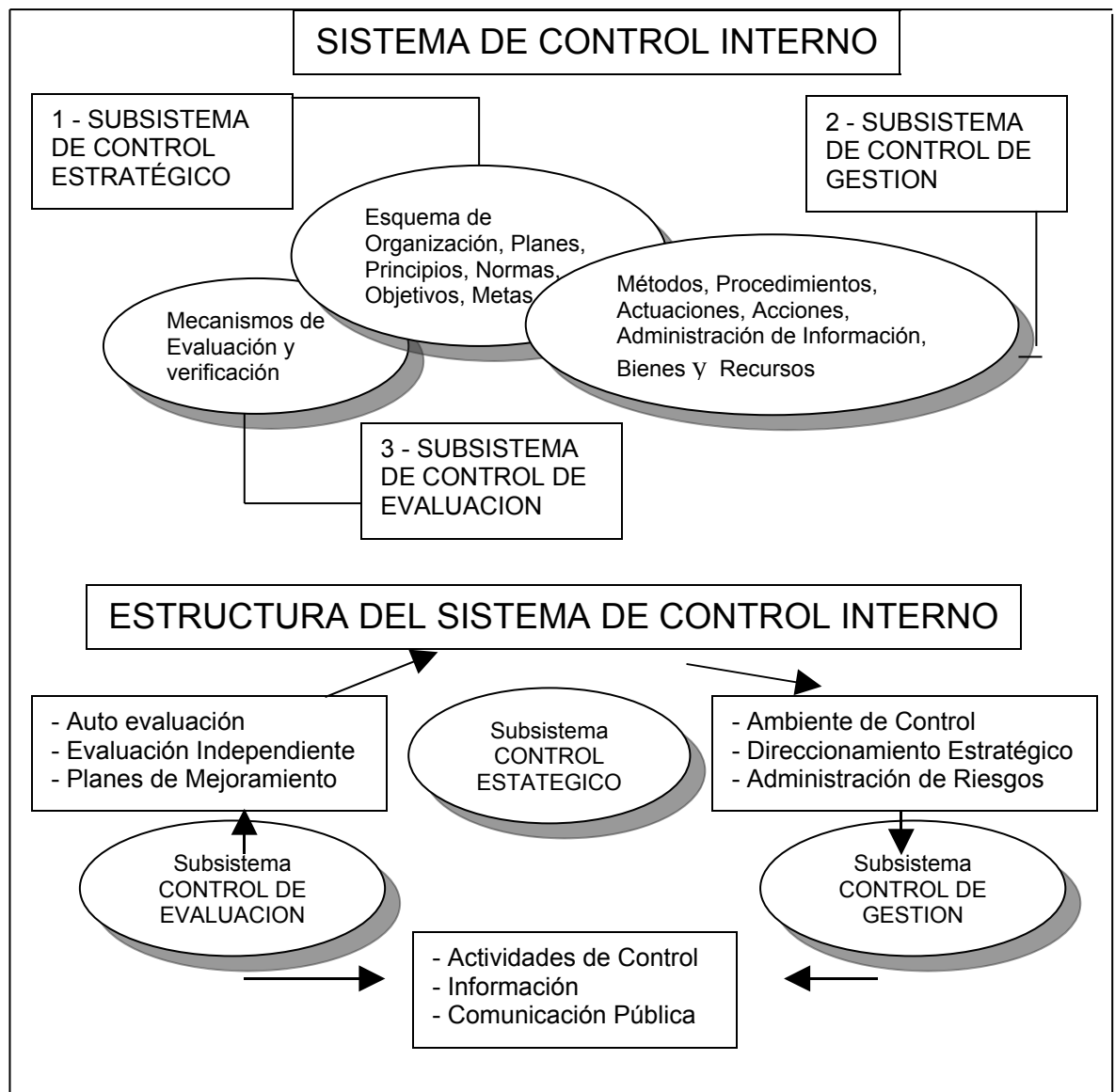
Estratégico: Agrupa y correlaciona los parámetros y mecanismos que guía la Empresa hacia el cumplimiento de sus competencias, principios, normas constitucionales y legales, objetivos, metas y políticas.

Operacional: Reúne e interrelaciona las partes que constituyen la base para el desarrollo de la gestión: normas, políticas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.

Evaluativo: Une y asocia las partes que garantizan la valoración permanente de los resultados de la Empresa: mecanismos de verificación y evaluación.

El Orden Estratégico, Operacional y Evaluativo que compone el Sistema de Control Interno, identifica los insumos y productos que le son inherentes, por lo tanto es posible establecer tres (3) subsistemas integrados e interrelacionados que garantizan a la entidad cumplir con los cometidos que le define la Constitución y las Leyes, los cuales los podemos denominar así:

Subsistema de Control Estratégico, derivado del Orden Estratégico, un segundo subsistema que genera la parte operacional y se denomina Subsistema de Control de Gestión y un tercer subsistema consecuencia de la parte verificativa y evaluativo que se denomina Subsistema de Evaluación a al Gestión.



SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

Se estructura para dar cumplimiento a los objetivos de carácter estratégico del Sistema de Control Interno. Tiene la función de proporcionar a la Empresa:

- Un entorno favorable al Control.
- Parámetros estratégicos que definan la operación de la Empresa.
- Proyección de los bienes y recursos ante los posibles riesgos que los afecten.

Definición de criterios, métodos y mecanismos necesarios a lograr los fines perseguidos por este subsistema, hace necesario inferir tres (3) componentes que permitan cumplir los objetivos de control que de él se derivan: Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico y Administración de riesgos.

Componente Ambiente de Control

Crea un entorno organizacional favorable al control, mediante: Autorregulación al comportamiento ético, Definición de políticas y prácticas de Desarrollo Humano y Características de Estilo de Dirección que favorezcan el Control, la Transparencia y la Gestión, haciendo necesario derivar e instrumentalizar los siguientes elementos: Acuerdos, compromisos, o protocolos éticos; Desarrollo del Talento Humano y estilo de Dirección.

Acuerdos, Compromisos, o Protocolos Éticos: Crea las condiciones favorables para el funcionamiento del Sistema de Control Interno, mediante la regulación del comportamiento de todos los funcionarios entorno a los principios esenciales de la función administrativa de la entidad.

Desarrollo del Talento Humano: Fija las políticas y procedimientos para que la administración del recurso humano, se realice de acuerdo a las directrices establecidas en la Constitución y las leyes; desarrolla las capacidades y habilidades necesarias para que los funcionarios se comprometan y contribuyan con el logro de los objetivos de la Empresa.

Estilo de Dirección: Fija el tono que la alta dirección le imprime a la forma de administración de la Empresa, al definir la manera como se coordinan las acciones necesarias para el logro de su propósito; facilita la comprensión de la dinámica Organizacional y el compromiso con la comunidad.

Componente de Direccionamiento Estratégico

Determina los parámetros y lineamientos necesarios para orientar a la Empresa hacia el cumplimiento de sus objetivos y propósitos, mediante: Elaboración de planes y programas requeridos para el desarrollo de la función en consonancia con las necesidades de la comunidad a la que atiende; Diseño de un modelo de operación que facilite la gestión de la Empresa mediante la armonización con el conjunto de planes, programas y proyectos; Conformación de la Estructura

Organizacional requerida para el cumplimiento a los lineamientos dados en los elementos anteriores.

Planes y Programas: Proporcionan el marco de referencia para la coordinación y ejecución de las acciones que permiten el cumplimiento de los propósitos Constitucionales y legales de la Empresa.

Modelo de Operación: Integra las competencias Constitucionales y legales que rigen a la entidad con el conjunto de planes y programas, en un patrón Organizacional por procesos que coordina la asignación de recursos, el flujo de información y las relaciones de trabajo que permiten el logro de los objetivos.

Estructura Organizacional: Define y articula los cargos, funciones, relaciones y niveles de autoridad requeridos para dar cumplimiento a los planes y programas y al modelo de operación por procesos.

Componente Administración de Riesgos

Habilita a la entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales, protegerla de los efectos ocasionados por su ocurrencia, mediante: Análisis de los aspectos externos e internos que impliquen riesgo; reconocimiento de los riesgos que afectan el cumplimiento del objetivo del Hospital; estimación del grado de exposición de la Empresa ante los riesgos que puedan afectarla; priorización de medidas de respuesta ante los riesgos por parte de la institución. Infiriendo los siguientes elementos: Contexto Estratégico, Identificación de Riesgos y Políticas de Administración de Riesgos.

Contexto Estratégico: Define las relaciones de la Empresa y su entorno e identifica sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para determinar si la Institución está expuesta a riesgos generados por el o si provienen del entorno.

Identificación de Riesgos: Reconoce los riesgos potenciales que estén o no bajo el control del Hospital, así como la determinación de sus causas, agentes generadores y principales efectos.

Análisis de Riesgos: Califica y evalúa los riesgos en los macro procesos y determina la capacidad de la Empresa para su adaptación o tratamiento.

Valoración de los Riesgos: Determina los riesgos que pueden tener un mayor valor sobre la gestión de la Empresa.

Políticas de Administración de Riesgos: Permite tomar decisiones relativas a la respuesta de la Empresa frente al riesgo.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Se estructura para dar cumplimiento a los objetivos de operación, información y comunicación del sistema de Control Interno, tiene la función de proporcionar:

- Logro de los objetivos institucionales mediante el uso racional de los recursos y la estandarización de las operaciones, funciones y actividades necesarias para su cumplimiento.
- Orientación de las acciones hacia los resultados, las metas y los objetivos.
- Información oportuna y confiable para la toma de decisiones y el cumplimiento de obligaciones ante los diferentes niveles institucionales; internos y externos.
- Transparencia de la gestión a través de procesos de comunicación internos y externos.

Para dar cumplimiento se hace necesario derivar tres (3) componentes: Actividades de Control, Información y Comunicación Pública.

Componente Actividades de Control:

Garantiza la ejecución de las políticas y directrices establecidas por la administración y asegura el cumplimiento de los propósitos de la institución, mediante:

- Definición de las actividades secuenciales a través de las cuales se transforman los insumos, hasta tener un producto o servicio con características específicas.
- Identificación de las acciones y los mecanismos necesarios a reducir los riesgos.
- Monitoreo permanente a cada uno de los procesos y la definición de las acciones, que permiten la corrección de desviaciones para el mejoramiento de la Gestión.
- Orientación a la actuación de los funcionarios hacia la ejecución económica, eficiente y eficaz de las actividades y tareas a su cargo.

Generando la necesidad de los siguientes elementos: Políticas de Operación, Procedimientos, Controles, Indicadores, Manual de Operación.

Políticas de Operación: Define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos, actividades y tareas de la Empresa, en cumplimiento de sus planes, programas y proyectos de manera económica, eficiente y eficaz.

Procedimientos: Establece los métodos, especificaciones, directrices, responsabilidades, autoridades, perfiles y flujos de información requeridos para cumplir con las actividades y ejecutar las tareas de la Empresa.

Controles: Determinan las acciones y los mecanismos de prevención de los riesgos que asociados a los procesos, permiten el cumplimiento de las metas y los resultados previamente establecidos por la Empresa.

Indicadores: Instrumentos que permiten realizar la mediación a la gestión, la auto evaluación a los resultados de gestión, desempeño y el riesgo en cada uno de los procesos a través de los cuales se ejecuta la función.

Manual de Operación: Instrumento de carácter normativo que integra los elementos relativos a los Subsistemas de Control Estratégico y Control de Gestión que facilitan la comprensión del Control a la operación de la Empresa.

Componente de Información:

Facilita la operación de la Empresa y el control de los procesos, al garantizar que el manejo de los datos e informes requeridos para su gestión sean útiles, oportunos y confiables, permitiendo:

- Control a la obtención, procesamiento y mantenimiento de la información requerida para la operación de la entidad.
- Registro y generación de información, oportuna y confiable que soporte los procesos de toma de decisiones.
- Cumplimiento de las obligaciones de información ante los diferentes grupos de interés.
- Elaboración de información requerida para la rendición de cuentas a la Comunidad.

Permitiendo los siguientes elementos: Información primaria, secundaria y sistemas de Información.

Información Primaria: Compendia la información y los requerimientos de los diferentes grupos de interés, en especial la comunidad y los convierte en insumos para la planeación.

Información Secundaria: Informes que se procesan al interior del Hospital, tomando como base la información primaria y aquella que se deriva de su operación.

Sistemas de Información: Permiten la captura y reporte de la información primaria y secundaria de manera oportuna y exacta para soportar la planificación, la operación, el control y la información de la Empresa.

Comunicación Pública: El componente de Comunicación Pública da lugar a:

- Garantizar las acciones y mecanismos necesarios a la socialización de la información pública a los diferentes grupos de interés internos y externos de la Empresa.
- Organiza los flujos de comunicación internos requeridos para el desarrollo de la función.
- Divulgación transparente, oportuna y veraz de los propósitos, resultados de la gestión adelantada, los proyectos ejecutados y la situación financiera con especial énfasis en la rendición de cuentas.
- Manejo adecuado de los medios de comunicación que permita que la información llegue efectivamente a donde va dirigida.

Tiene la conformación de los siguientes elementos: Comunicación Organizacional, Comunicación Informativa y Medio de Comunicación.

Comunicación Organizacional: Garantiza la coordinación de las acciones a través de la divulgación de las políticas y de la información generada internamente para una clara identificación de los objetivos, estrategias, planes, programas y proyectos hacia los cuales se enfoca la Empresa.

Comunicación Informativa: Favorece la rendición de cuentas y propicia el respeto por el público, mediante la divulgación de información hacia los diferentes grupos de interés externos.

Medios de Comunicación: Garantiza la circulación amplia y dirigida de la información de la Empresa hacia los diferentes grupos de interés mediante la utilización de los mecanismos necesarios.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

Se estructura para satisfacer los objetivos de cumplimiento del sistema de Control Interno; en este sentido proporciona: herramientas y metodologías para la auto evaluación permanente de los controles Internos y seguimiento a la gestión.

Soporte a la toma de decisiones, mediante la verificación y evaluación independiente del Sistema de Control Interno

Configuración de acciones oportunas de corrección y mejoramiento de la gestión a través de su evaluación y seguimiento por todos los niveles administrativos y personal de la Empresa.

Se estructura bajo los siguientes componentes: Auto evaluación, Evaluación Independiente y Planes de Mejoramiento.

Componente de Auto Evaluación: Garantiza la mediación oportuna de los efectos de la gestión, por parte de los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad, con el fin de evaluar su capacidad para generar los resultados previstos y tomar las medidas correctivas que sean necesarias, a través de:

- La evaluación de la operación y logro de los objetivos del Sistema de Control Interno, en cada uno de los procesos y áreas responsables de la Empresa.
- Análisis de la gestión de la Entidad a través del monitoreo permanente sobre los indicadores.

Lo anterior permite derivar los siguientes elementos: Auto evaluación del Control, Auto evaluación de gestión.

Auto Evaluación del Control: Establece el grado de avance del Sistema de Control Interno y la efectividad de su operación en cada uno de los procesos de las unidades organizacionales a nivel corporativo de la Empresa.

Auto Evaluación de Gestión: Permite conocer el grado de cumplimiento a los objetivos y metas institucionales y la forma de administrar los bienes y recursos.

Componente de Evaluación Independiente: Proporciona el análisis neutral y objetivo por parte del equipo de la Unidad de Control Interno sobre la efectividad del control y el cumplimiento de los planes, programas y proyectos relativos a la función Constitucional de la Empresa, mediante:

- Evaluación del cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.
- Examen independiente de las acciones llevadas a cabo por la Empresa, para dar cumplimiento a sus propósitos.

Esto genera dos elementos:

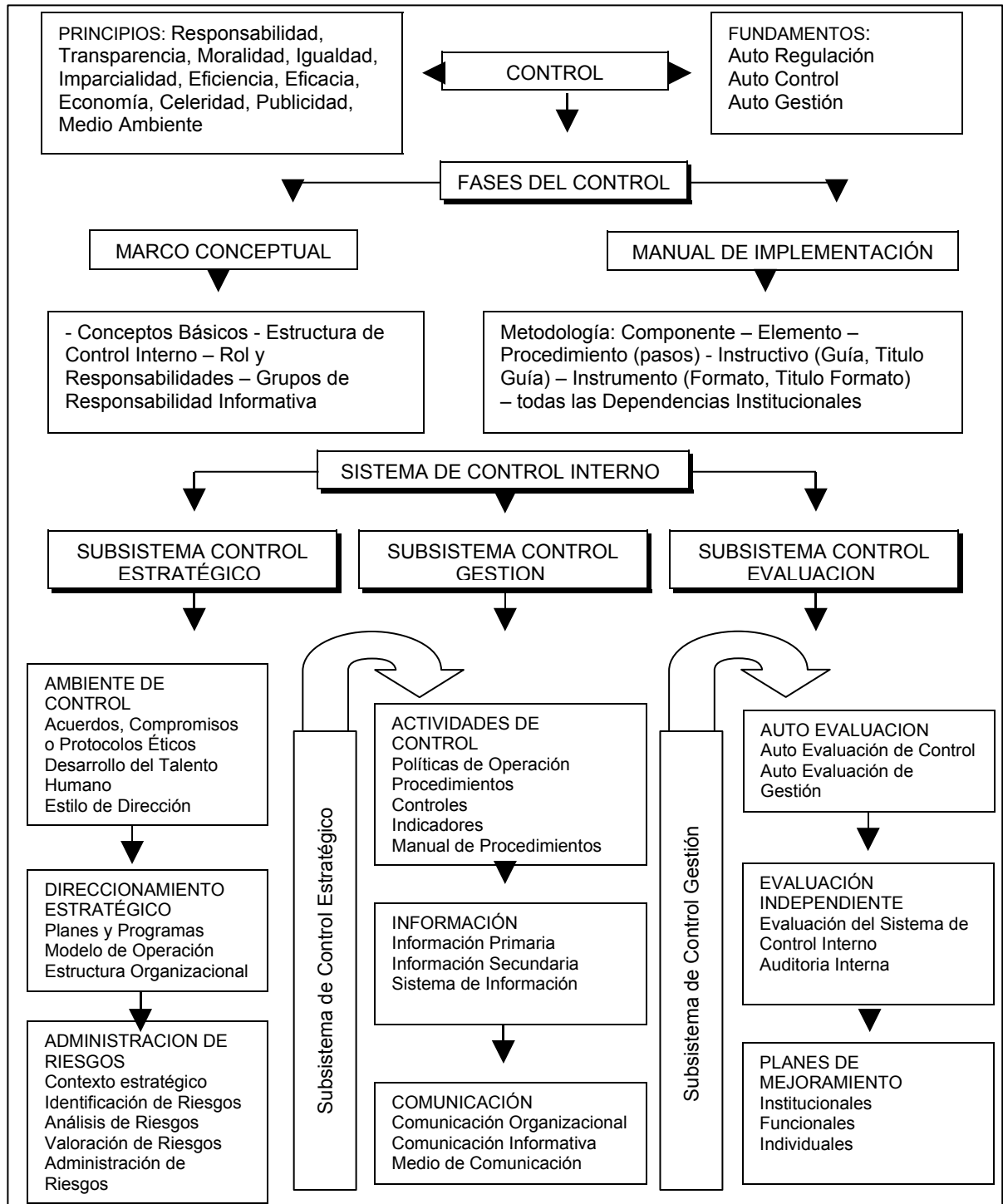
Evaluación del Sistema de Control Interno y auditoría Interna.

Evaluación del Sistema de Control Interno:

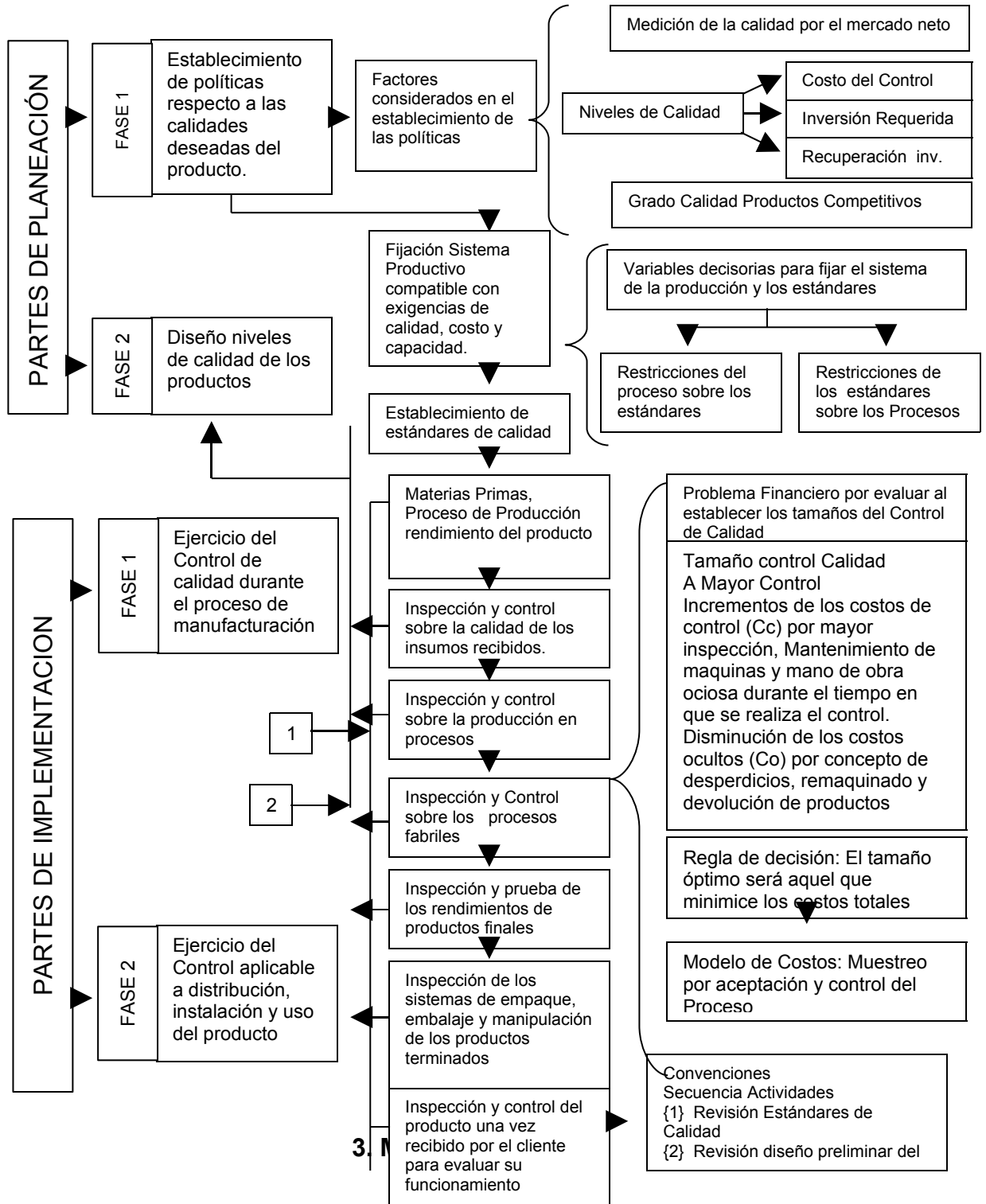
Examina la situación y efectividad del Sistema de Control Interno, identifica sus deficiencias o alternativas de mejoramiento y recomienda a la máxima autoridad y sus directivas las acciones a seguir.

Auditoria Interna: Permite en forma independiente, fundar los juicios sobre el desempeño de las áreas o procesos bajo examen.

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO



ETAPAS COMPONENTES DEL CONTROL DE LA CALIDAD



3.1 PLAN TEMATICO

- Programa educativo de sensibilización a la alta gerencia sobre MECI.
- Programa educativo a todo el personal sobre MECI.
- Elaboración de cartilla informativa sobre MECI.
- Operativización de las acciones a desarrollar por los miembros del Comité de Control Interno Institucional.
- Organización de los Grupos de Mejoramiento Continuo por Unidades Estratégicas.
- Definición de responsabilidades en la ejecución del MECI.
- Diseño del MECI para el HUSJ ESE.

3.2 OPERATIVIZACION DEL PLAN TEMATICO

3.2.1. Programa educativo de sensibilización a la alta gerencia sobre MECI.

- Presentación de la normatividad al Comité Técnico de Planeación mediante la metodología de conferencia.
- Elaboración y entrega de folleto resumen sobre la norma y disposiciones generales del MECI.

3.2.2. Organización del Grupo MECI.

- Determinación del talento humano por perfiles.
- Determinación de funciones del Comité.
- Adopción por acto administrativo.
- Definición del cronograma de trabajo.

3.2.3. Programa educativo a todo el personal sobre MECI.

- Presentación de la normatividad a los funcionarios del Hospital San José en conferencias por áreas de servicio tanto asistenciales como administrativas.
- Elaboración y entrega de folleto resumen sobre la norma y disposiciones generales del MECI.

3.2.4. Elaboración de cartilla informativa sobre MECI.

- Estudio de la norma.
- Priorización de conceptos y síntesis de resultados.
- Revisión, edición.
- Publicación.
- Distribución.

ACTIVIDAD	MATERIALES	METODOS
Diagnostico institucional desde la perspectiva del Control interno	Desarrollo del aplicativo de la pagina Web del Departamento Administrativo de la Función Publica (D.A.F.P.): Avance en la implementación MECI 1. Encuesta 2. Informe ejecutivo	1. Se aplica cargando solo al personal de planta de manera aleatoria, el programa selecciona al zar 180 funcionarios. 2. Aplicación de la encuesta: evaluación independiente al sistema de control interno. 3. Elaborar informe ejecutivo del aplicativo deL D.A.F.P 4. Análisis del informe ejecutivo 5. Recomendaciones
Diseño del proyecto	1. Normatividad: Ley 87 de 93 y Decreto 1599/05 2. Resultados del Diagnostico institucional	1. Análisis de la normatividad 2. Análisis de resultados del diagnostico
Recolección de información	Formato evaluación independiente del sistema de control interno	Diligenciamiento del formato y obtención de calificación
Análisis de la información	Formato Consolidado implementación del MECI	Diligenciamiento del formato Consolidado implementación del MECI
Elaboración del plan de Ejecución del proyecto	Plantillas para la planeación, implementación y seguimiento del modelo estándar de control interno en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.	Diligenciamiento de las plantillas para implementación y seguimiento del MECI
Presentación del plan de ejecución		Aplicación del 5W2H y Semaforización según resultados en su aplicación

El procedimiento para aplicar la semaforización dentro de la herramienta de seguimiento al cumplimiento de tareas para la implementación de los elementos del MECI se realizó como se demuestra en la tabla siguiente:

EVALUACION	SEMAFORIZACION
REALIZADO	
EN PROCESO	
POR INICIAR	

El seguimiento al cumplimiento de la implementación del elemento se realizara teniendo en cuenta el número de tareas definidas en la plantilla para su desarrollo,

expresada en porcentajes conforme al total de tareas establecidas, es decir cada tarea tiene el mismo valor sobre el total de las mismas. Cuando cumple su desarrollo totalmente su valor porcentual se determinara dividiendo 100 entre el número de tareas, en caso de estar en proceso valdrá la mitad del porcentaje anterior y si esta por iniciarse su valor será cero.

Así por ejemplo, en el subsistema de control estratégico, el componente ambiente de control tiene cinco tareas que se deben cumplir para alcanzar el desarrollo del elemento denominado “acuerdos, compromisos o protocolos éticos”, para éste caso si la tarea está cumplida totalmente, tiene un valor del 20% (100/5), si está en proceso su valor será el 10% (20%/2) y si esta por iniciar su valor será cero. El resultado final de la evaluación del elemento será la suma de los porcentajes obtenidos en cada tarea, evaluados en las fechas establecidas.

El patrón de seguimiento para las evaluaciones se realizara en diciembre del 2007, junio y diciembre de 2008, donde se esperan cumplimientos según la siguiente matriz:

FECHA DE EVALUACION	RESULTADO ESPERADO EN PORCENTAJE
DICIEMBRE 2007	50%
JUNIO 2008	75%
DICIEMBRE 2008	100

4. RESULTADOS

4.1 DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL CONTROL INTERNO.

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

DEBILIDADES

1. No existe un plan de manejo de riesgos.
2. No se ha elaborado el mapa de riesgos.

FORTALEZAS

1. Empíricamente se han identificado riesgos significativos por área y proceso sin estar documentados.
2. Se cuenta con código de ética médica.
3. Se cuenta con Plan estratégico de desarrollo el cual se operativiza con un plan de acción el cual es evaluado por la Oficina de Control Interno.
4. Existe manual de funciones y competencias.
5. Existe plan de bienestar social para empleados de planta.
6. Se cuenta con Plan Institucional de Capacitación.
7. Se cuenta con estilo de Dirección de puertas abiertas.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

DEBILIDADES

1. No se han establecido los controles a los procesos para prevenir riesgos.
2. El sistema de quejas y reclamos no muestra resultados.
3. El recurso tecnológico para la generación de la información es insuficiente y en algunos casos obsoleto.
4. Se carece de un medio de comunicación interno para información Institucional.
5. No se cumple la ley general de archivos.

FORTALEZAS

1. Los procesos están definidos y documentados en el área administrativa.
2. Existen algunos indicadores definidos para medir resultados.
3. La Gerencia utiliza los medios de comunicación masivos para difundir información Institucional.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION

DEBILIDADES

1. No se cuenta con plan de mejoramiento individual para desempeño laboral.

2. No se ha hecho seguimiento a los proceso y procedimientos administrativos.

FORTALEZAS

1. Se cuenta con un plan de mejoramiento Institucional para el cumplimiento de las auditorias realizadas por los entes de control, evaluado semestralmente por control interno.
2. La autoevaluación del control se hace a través del plan de acción y de mejoramiento de acuerdo a los indicadores, lo que permite hacer seguimiento a la gestión de los responsables de procesos.

4.2 ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA INSTITUCION

En términos generales la calificación del estado del MECI es DEFICIENTE, porque en el Sistema de control estratégico no se ha podido administrar el riesgo, en el ambiente de control no se ha trabajado en plan de incentivos y acuerdos de gestión, en el control de gestión no se ha trabajado en el Manual de Controles, falta el sistema de información masivo interno, y se ha trabajado minimamente en el manual de indicadores. En el subsistema de control de evaluación no se han realizado planes de mejoramiento a las observaciones de control interno.

RESULTADO DE EVALUACION MECI	No. DE ELEMENTOS	PORCENTAJE
SATISFACTORIO	7	24,14%
ADECUADO	5	17,24%
DEFICIENTE	4	13,79%
INADECUADO	13	44,83%
TOTAL	29	100,%

4.3. DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO AL DESARROLLO DEL M.E.C.I.

Después de analizar la normatividad y elaborar un diagnostico institucional, desde el punto de vista del desarrollo del control interno, se procedió a elaborar una herramienta que muestra los subsistemas, componentes y elementos del MECI a desarrollar de una manera sistemática, estableciendo para su implementación, actividades, tareas, indicadores de evaluación y responsables definidas en la

estrategia 5W2H. Adicionalmente se establece un mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las acciones descritas, utilizando la metodología de colores del semáforo como indicativo del estado de implementación del modelo.

A continuación se presentan los resultados de la semaforización aplicada en las plantillas elaboradas para el cumplimiento de este proyecto, y el avance de la Institución en el desarrollo del MECI posterior al diagnostico inicial o línea base para el inicio de éste trabajo, con base en los materiales y métodos definidos previamente.

**SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL
VALOR DE LA TAREA REALIZADA 20%**

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO			
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Jun-07	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos	Encuesta sobre valores que regirán el desempeño laboral de los funcionarios	Diseño, aplicación y análisis de resultados				90%	90%		
	Adopción por acto administrativo	Elaboración de la resolución de Gerencia para la adopción							
	Definición del Código de ética Institucional	Elaboración, adopción y despliegue							
	Creación comité de ética médica	Adopción del comité y formalización en acto administrativo							
	Seguimiento al cumplimiento del código de ética	Encuestas al cliente interno y externo							

**SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
 COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL
 VALOR DE LA TAREA REALIZADA 8%**

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO			
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08	
Desarrollo del Talento Humano	Elaboración del plan de recursos humanos	Establecer las necesidades de recursos humanos por servicios, proyectos y tipo de vinculación				48%			
	Selección talento humano	Definición de criterios para selección del talento humano de carrera administrativa							
		Definición de criterios para selección del talento humano de libre nombramiento y remoción							
		Definición de criterios para selección del talento humano por contratación							
		Definición de criterios para selección del talento humano como trabajador oficial							
	Inducción, adiestramiento y entrenamiento	Elaboración de los planes de inducción por servicios y cargos							
	Capacitación	Elaboración y adopción del Plan Institucional de Capacitación							
	Bienestar social	Elaborar el plan de incentivos							
		Implementar el programa de bienestar social del talento humano							
	Evaluación del desempeño	Definir criterios de evaluación y los formatos para la misma a aplicar al personal en carrera administrativa							
	Evaluación de actividades	Definir criterios de control y seguimiento al desempeño de las actividades del talento humano en provisionalidad y en contratación estableciendo los formatos para al misma							
	Definición de las políticas y procedimientos para retiro del trabajador	Establecer los funcionarios a retirarse en la vigencia, por servicios, periodo y tipo de vinculación							
		Establecer las acciones para el reconocimiento al desempeño de los funcionarios a retirarse							

**SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
 COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL
 VALOR DE LA TAREA REALIZADA 13%**

COMPONENTE	ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
				REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
AMBIENTE DE CONTROL	Estilo de Dirección	Gestion estrategica	Definir Plataforma estrategica	■			65%		
			Definicion de politicas Insitucionales	■					
			Definicion de estrategias para el desarrollo de las politicas planteadas	■					
			Definicion de tableros de mando		■				
		Gestion por indicadores	Definicion de variables a medir		■				
			Determinacion de los valores esperados del comporamiento de las variables en el tiempo		■				
		Gestion por resultados	Comparacion del resultado obtenido con el resultado esperado		■				
			Adopcion de medias correctivas o preventivas para correccion de desviaciones			■			

**SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
 COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
 VALOR DE LA TAREA REALIZADA 25%**

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Planes y Programas	Definición del Plan Estratégico de Desarrollo	Definición de programas				75%		
		Definición de proyectos						
		Establecer planes de acción						
		Establecer planes operativos						

**SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
 COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
 VALOR DE LA TAREA REALIZADA 33%**

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Modelo de Operación por procesos	Elaboración del mapa de procesos de la Institucion	Caracterización de procesos y estandarización de procedimientos				34%		
		Odopción del manual de proceso y procedimietos por acto administrativo						
		Seguimiento, evaluación y ajuste a los procesos prioritarios						

SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
VALOR DE LA TAREA REALIZADA 50%

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Estructura Organizacional	Definición de la estructura organica y estructura funcional de la Institución	Establecer y documentar los cargos, relaciones y niveles de responsabilidad				100%		
		Adopción del manual de funciones Institucional						

SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO
VALOR DE LA TAREA REALIZADA 25%

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
			Contexto estratégico	Establecer una política Institucional del manejo del riesgo.	Reunion de directivos y otros niveles para difusion de la metodologia de gestion del riesgo			
Lluvia de ideas								
Plan estrategico para la administracion del riesgo								
Definir politica frente al manejo del riesgo, documentarla, adoptarla por acto administrativo y socializarla								

SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO
VALOR DE LA TAREA REALIZADA 20%

SUBSISTEMA	COMPONENTE	ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
					REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
					Identificación de Riesgos				Capitacion en conceptos de riesgo, priorizacion de riesgos, causas internas y externas, descripción y efectos	
Elaboración y adaptación del formato de identificación de riesgos										
Análisis del contexto estratégico (identificar factores internos y externos del riesgo, generar los riesgos)										
Priorización de riesgos										
Definir y documentar el riesgo por causas y efecto identificables										

SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO
VALOR DE LA TAREA REALIZADA 50%

SUBSISTEMA	COMPONENTE	ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
					REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
		Análisis de Riesgos Dcto 1599/2005		Calificación y evaluación del riesgo. Aplicación de la matriz de calificación evaluación y respuesta (texto guía pg 19)						
				Definir las acciones a implementar para minimizar el riesgo o el impacto				25%		

SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO
VALOR DE LA TAREA REALIZADA 17%

SUBSISTEMA	COMPONENTE	ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
					REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
		Valoración de Riesgos		Identificación de controles según riesgo. Aplicar matriz de evaluación de controles						
				Valoración de riesgos cruce de matriz de calificación de riesgos con matriz de evaluación de controles, ponderación, priorización de riesgos según resultados del cruce)						
				Documentación de controles existentes y faltantes						
				Aplicación de controles						
				Medir la efectividad del control						
				Elaboración del mapa de riesgos						
								17%		

**SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO
 COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO
 VALOR DE LA TAREA REALIZADA 25%**

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Políticas de Administración de Riesgos: Evitar el riesgo, disminuir el riesgo, compartir o transferir el riesgo, asumir el riesgo.	Evaluación y ajuste de procesos según resultados de matriz de calificación de riesgos	Listar los procesos o procedimientos con mayor riesgo				0%		
	Implementación de acciones y controles para evitar, disminuir, compartir o transferir el riesgo	Clasificar los riesgos según se puedan evitar, reducir, transferir o asumir riesgo						
	Formalizar acciones	Documentar y adoptar las acciones por actos administrativos e incluirlos en los planes de acción y operativos de las dependencias						
	Valoración del impacto por la disminución o eliminación del riesgo	En términos económicos, en términos de racionalización del tiempo, términos de acciones judiciales o penales o procesos administrativos						

**SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION
 COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL
 VALOR DE LA TAREA REALIZADA 33%**

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Políticas de operacion	Documentar los flujos de trabajo establecidos en la operacion de la empresa	Analisis del mapa de procesos y elaboracion de Matriz de interrelacion de procesos						
	Parametros para Diseño de actividades y tareas	Estandarizacion de formatos para levantamiento de procesos , procedimientos, instructivos, documentos y sistemas de comunicacion interna				17%		
	Criterios de actuacion para toma de decisiones en las desviaciones presentadas	Elaboracion de planes de mejoramiento a las desvaciones que afectan significativmanete los procesos						

SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION
COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL
VALOR DE LA TAREA REALIZADA 9%

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO			
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08	
Procedimientos	Elaboracion, adopcion y socializacion del Manual de procesos, procedimientos e instructivos administrativos	Capacitacion en levantamiento de procesos, procedimientos e instructivos	█			90%			
		Revisión, ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos	█						
		Recopilación de los procesos y procedimientos	█						
	Elaboracion, adopcion y socializacion del Manual de procedimientos asistenciales de enfermeria, laboratorio clinico, terapia fisica, terapia respiratoria	Capacitacion en levantamiento de procesos, procedimientos e instructivos	█						
		Revisión, ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos		█					
		Recopilación de los procesos y procedimientos	█						
	Elaboracion, adopcion y socializacion de las guias clinicas de atencion	Definición de las primeras diez causas de morbimortalidad por egresos hospitalarios	█						
		Revisión bibliográfica	█						
		Invitación a las EAPB para su participación en la elaboración	█						
		Elaboración de la guía clínica	█						
		Adopción y socialización de las guías clínicas		█					

SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION
COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL
VALOR DE LA TAREA REALIZADA: CONTROLES 17%
VALOR DE LA TAREA REALIZADA: INDICADORES 17%
VALOR DE LA TAREA REALIZADA: MANUAL PROCEDIMIENTOS 50%

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Controles	Por Unidades estrategicas y Por centro de costos y de produccion	Priorizacion de procesos		■		8%		
		Listar controles			■			
		Priorizar controles			■			
		Estandarizar formato de control de controles			■			
		Realizar control de controles			■			
		Evaluar efectividad de los controles			■			
Indicadores	Elaboracion del Manual de indicadores	Establecer la jerarquia de indicadores	■			51%		
		Establecer la matriz de construccion de indicadores	■					
		Construccion de indicadores		■				
		Consolidar en el manual de indicadores		■				
		Presentacion, discusi'on, ajuste y adopcion por acto administrativo			■			
Socializacion			■					
Manual de procedimientos	Elaboracion de manual de procedimientos	Presentacion, aprobacion y adopcion por acto administrativo del Manual de procesos y procedimientos por Junta Directiva		■		50%		
		Socializacion del manual de procesos y procedimientos		■				

SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION
COMPONENTE: INFORMACION
VALOR DE LA TAREA REALIZADA: CONTROLES 12,5%

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Informacion primaria	Obtencion de información de la comunidad	Recopilacion y analisis de encuestas de satisfacción	■			57%		
		Recopilacion y analisis de quejas y reclamos	■					
		Recopilacion y analisis de buzón de sugerencias	■					
	Definición de la información externa requerida por la Institución	Establecer en comite las fuentes de informacion a consultar obligatoria y periodicamente			■			
		Asignar responsables de consulta de la informacion externa		■				
		Estandarizar la forma de presentacion de la informacion requerida definiendo los soportes		■				
		Analisis y toma de decisiones			■			
		Establecer archivo final		■				

SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION

COMPONENTE: INFORMACION

VALOR DE LA TAREA REALIZADA: INFORMACION SECUNDARIA 11%

VALOR DE LA TAREA REALIZADA: SISTEMAS DE INFORMACION 33%

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Informacion secundaria	Clasificación de la información asistencial	Determinación de los reportes estadísticos periódicos obligatorios a reportar por UEN definiendo fechas de presentación				0%		
		Estandarización de la presentación de los reportes estableciendo los soportes respectivos						
		Presentación y análisis						
		Establecer archivo final						
	Clasificación de la información administrativa	Determinación de los reportes periódicos obligatorios a reportar por UEA, definiendo fechas de presentación						
		Estandarización de la presentación de los reportes						
		Presentación y análisis						
	Elaboración del proceso para la formulación de sugerencias por parte de los funcionarios	Documentar el proceso						
Sistemas de información	Asegurar la captura, procesamiento y distribución de la información	Unificar la Información Institucional en DGH				0%		
		Conciliación de los reportes institucionales						
		Generación de copias de seguridad						

SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION
COMPONENTE: COMUNICACIÓN PUBLICA
VALOR DE LA TAREA REALIZADA: COMUNICACION ORGANIZACIONAL 50%
VALOR DE LA TAREA REALIZADA: COMUNICACIÓN INFORMATIVA 33%
VALOR DE LA TAREA REALIZADA: MEDIOS DE COMUNICACIÓN 100%

ELEMENTO	ACTIVIDAD	TAREA	CUMPLIMIENTO DE TAREAS			SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACION DEL ELEMENTO		
			REALIZADO	EN PROCESO	POR INICIAR	Dic-07	Jun-08	Dic-08
Comunicacion organizacional	Difundir la informacion institucional a los funcionarios	Estandarizar la informacion organizacional (objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la Entidad), definiendo responsable de la difusion				0%		
		Cronograma de reporte de informacion obligatoria						
Comunicacion informativa	Difundir la informacion institucional a los funcionarios	Definir los grupos a quienes se esta obligado a comunicar proyectos, ejecucion y resultados				0%		
		Establecer la informacion a presentar por grupos Cronograma de difusion de informacion						
Medio de comunicacion	Establecer los mecanismos, metodos, recursos e instrumentos para garantizar la divulgacion	Elaborar formato que contenga el medio de comunicacion definido para el tipo de informe que se va a difundir y que incluya los recursos requeridos				0%		

4.4 CONTRIBUCIONES DEL PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO AL DESARROLLO DEL M.E.C.I.

Durante el desarrollo de éste proyecto, los aportes puntuales para contribuir a la implementación de los elementos del MECI conforme al procedimiento planteado en este trabajo fueron:

- Elaboración del código de ética adoptado por acto administrativo.
- Participación en la definición de los criterios para la selección de talento humano de carrera administrativa y de libre nombramiento y remoción.
- Elaboración del plan de capacitación institucional.
- Definición de criterios para la determinación del instrumento de evaluación del desempeño.
- Definición de la plataforma estratégica, políticas institucionales, estrategias de desarrollo de las políticas, tableros de mando.
- Definición de indicadores.
- Seguimiento de algunos indicadores de gestión institucional.
- Definición del plan estratégico de desarrollo y planes de acción por anualidad.
- Caracterización de procesos y estandarización de procedimientos.
- Elaboración y adopción del manual de procesos y procedimientos administrativos.
- Establecimiento y documentación de los cargos, relaciones y niveles de responsabilidad.
- Adopción del manual de funciones.
- Capacitación y difusión de la metodología de gestión del riesgo.
- Elaboración, difusión de la metodología para la gestión del riesgo.
- Elaboración, adopción de protocolos asistenciales.
- Estandarización de las guías clínicas de atención.
- Iniciación del manual institucional de indicadores.
- Elaboración, aplicación y análisis de las encuestas de satisfacción, quejas y reclamos, buzones de sugerencias.
- Elaboración del manual de usuario.

5. CONCLUSIONES

- 5.1 A pesar de que el Gobierno Nacional, el 29 de Noviembre de 1993, expidió la Ley 87 que estableció las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado de una manera general, y la reglamentación respectiva mediante el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, la ESE Hospital esta en mora de desarrollar totalmente dicha disposición.
- 5.2 La evaluación del subsistema de control estratégico, subsistema de gestión y subsistema de evaluación muestran un resultado DEFICIENTE.
- 5.3 De los 29 elementos que conforman el M.E.C.I. el 59% muestran una calificación de inadecuada o deficiente, el 17% alcanza una evaluación de adecuado y un 24% alcanza el nivel de satisfactorio.
- 5.4 En general, teniendo en cuenta el numero de elementos del Modelo Estándar de Control Interno, el MECI en la ESE Hospital Universitario San José se encuentra en un desarrollo DEFICIENTE.
- 5.5 La E.S.E cuenta con un Plan estratégico de desarrollo como carta de navegación, en el cual se contempla la gestión para desarrollo del control interno institucional, como una prioridad lo que permite a futuro su desarrollo, seguimiento y evaluación.
- 5.6 Existe un grupo para el desarrollo e implementación del MECI, el cual muestra inoperancia en su gestión.
- 5.7 La mayor dificultad encontrada para el desarrollo e implementación del MECI esta representada en la falta de aceptación y compromiso del talento humano, para asumir las acciones y responsabilidades de su competencia.
- 5.8 La norma y su reglamentación no considera en su texto acciones operativas para su implementación, situación que pretendemos subsanar con el desarrollo de este proyecto, generando una herramienta que sea fácilmente entendible y logre su adopción en cada puesto de trabajo, permitiendo su auto evaluación y seguimiento permanente.
- 5.9 El logro del desarrollo total del MECI en la Institución es un proceso lento que depende en gran porcentaje de la aceptación y adopción del modelo por parte

del talento humano institucional, más que de los recursos que se requieran para su completo desarrollo.

- 5.10 Uno de los principales componentes del MECI es la GESTION DEL RIESGO el cual se convierte en pilar fundamental para la gestión administrativa y asistencial en la Institución. La calificación de dicho componente esta en le rango de INADECUADO.
- 5.11 El Grupo establecido para la operativización y cumplimiento de los elementos del MECI, debe asumir mayor compromiso en el desarrollo de actividades y tareas en busca de lograr los objetivos del modelo.
- 5.12 No existe adherencia al cumplimiento de lo dispuesto en el MECI en el nivel operativo institucional, debido a la falta de compromiso del talento humano en las disposiciones legales, como también la falta de compromiso del nivel ejecutivo en el desarrollo del modelo.
- 5.13 A falta de compromiso para asumir el modelo puede atribuirse en gran parte a que mas del 50% de los funcionarios están vinculados bajo la modalidad de contratación a través de cooperativas de trabajo asociado los cuales rotan periódicamente y de otro lado muestran insatisfacción por su asignación salarial.

6. RECOMENDACIONES

- 6.1 Se deben adelantar acciones por parte de la Gerencia encaminadas al seguimiento del grupo MECI, con el objeto de que se cumplan las tareas para la implementación del modelo.
- 6.2 Se deben adelantar acciones de difusión y ambientación en el modelo de control interno, que abarquen todos los niveles de la ESE, con el fin de que se perciba como una oportunidad de mejoramiento Institucional y no como un mecanismo de presión laboral.
- 6.3 La Institución debe generar un programa encaminado a incentivar a los funcionarios en la medida en que se alcancen las metas establecidas en la implementación del MECI.
- 6.4 Dentro del pensum académico en el pregrado y especialmente en el postgrado las Universidades EAN y del Cauca, deben contemplar un modulo que desarrolle el Modelo Estándar de Control Interno, en vista de que es una herramienta de gestión, que contribuye al desarrollo del sistema de calidad en cualquier sector.
- 6.5 Sensibilizar al talento humano para generar bases que creen una cultura de la evaluación, autocontrol y del control Institucional.
- 6.6 La Institución debe establecer una rutina para la implementación, desarrollo, seguimiento y evaluación del MECI, mediante la declaración de una jornada dedicada al desarrollo del modelo.
- 6.7 El plan de acción institucional debe incluir dentro de sus programas el desarrollo del Modelo Estándar de control Interno, como pilar fundamental para cumplir con el plan estratégico de desarrollo.
- 6.8 La evaluación de desempeño debe tener en cuenta las acciones definidas en el plan de acción institucional el cual debe contemplar en sus tareas la aplicación de las disposiciones del MECI.
- 6.9 Se debe elaborar un cronograma para cumplir con la implementación de los elementos faltantes y dar cumplimiento así a la disposición legal de tener funcionando el modelo a diciembre del 2008.

- 6.10 Para agilizar el desarrollo del modelo consideramos importante aplicar las plantillas elaboradas en este trabajo, las cuales se realizaron teniendo en cuenta la situación actual y avance en la aplicación del MECI.
- 6.11 Desarrollar una política de administración del riesgo estableciendo el mapa de riesgos, aplicando monitoreo permanente, el cual permite identificarlos, valorarlos y tomar decisiones para prevenir su ocurrencia o minimizar el impacto.
- 6.12 Establecer los controles a procesos y procedimientos previa priorización de los mismos.
- 6.13 Elaborar y ejecutar el manual de indicadores.
- 6.14 Establecer un adecuado sistema de quejas y reclamos que garantice la elaboración de planes de mejoramiento tendiente a satisfacer las necesidades de los usuarios.
- 6.15 Institucionalizar un boletín informativo que permita la comunicación a todos los niveles de la Empresa.
- 6.16 Dar cumplimiento a lo establecido en la ley general de archivos.
- 6.17 Establecer evaluaciones del desempeño individual, en las cuales se logre determinar el cumplimiento de lo establecido en el MECI como actividad importante en el Plan de Acción Institucional.

BIBLIOGRAFIA

- Departamento administrativo de la función pública, Decreto 1599 del 20 de mayo 2005, por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
- Wesberry Jim Prácticas corporativas para minimizar el fraude por Proyecto ATLATL
- Departamento Administrativo de la Función Pública, Guía de la Administración del Riesgo
- Modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 1000:2005
- Hernán Jiménez & asociados división de consultoría. Documento MECI.

ANEXOS

FICHA BIBLIOGRAFICA	
TIPO	Trabajo Dirigido
TITULO	Diseño e implementación del sistema de control interno en el Hospital Universitario San José de Popayán ESE
PROGRAMA	Especialización en Auditoria y Garantía de la Calidad con Énfasis en Epidemiología
MODALIDAD PROGRAMA	Postrado
EDICION	Popayán, Universidad del Cauca – Escuela de Administración de Negocios - EAN, 2007.
AUTOR (es)	Omar Arturo, Solano López; Luis Felipe, Muñoz Hurtado
PALABRAS CLAVE	Control; Autocontrol; Acreditación.
DESCRIPCION	Este estudio evalúa, diseña e implementa el Sistema de Control Interno en el Hospital Universitario San José de Popayán en cumplimiento de las normas legales vigentes que rigen la materia.
FUENTES	Departamento administrativo de la función pública, decreto 1599 del 20 de mayo 2005, Modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 1000:2005, Wesberry Jim Prácticas corporativas para minimizar el fraude por Proyecto ATLATL, Hernán Jiménez & asociados división de consultoría. Documento MECI.
CONTENIDO	El trabajo contiene 6 capítulos: el primero presenta el título del trabajo y una Descripción de Hospital Universitario San José, teniendo en cuenta características históricas, direccionamiento estratégico, estructura organizacional y la descripción del desarrollo del control interno al igual que describe la definición del trabajo, la justificación y los objetivos del mismo, en el segundo se plantea el marco teórico y legal; el tercero recopila la metodología empleada en la elaboración del trabajo; el cuarto capítulo contiene los resultados obtenidos; el quinto y sexto plantea las conclusiones y recomendaciones.
METODOLOGIA	Con un enfoque descriptivo, se plantea el plan temático y la operativización del mismo definiendo una serie de actividades y tareas a desarrollarse con un plan de seguimiento, que de alcanzarse en su totalidad, se consigue efectivamente la implementación del MECI.
CONCLUSIONES	El Hospital Universitario San José de Popayán ESE adolece de un sistema de control interno estandarizado que permita hacer seguimiento, control y evaluación de los procesos, procedimientos, indicadores, objetivos y metas trazadas, con el ánimo de corregir las desviaciones que se presenten, siempre tendientes a cumplir con la misión que ha definido la institución y a lograr el mejoramiento continuo en la prestación de sus servicios y en la ejecución de sus procesos.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD EAN

Nosotros, LUIS FELIPE MUÑOZ HURTADO y OMAR ARTURO SOLANO LOPEZ mayores de edad, vecinos de Popayán Cauca Colombia, identificados respectivamente con las cédulas de ciudadanía N° 10.549.465 y 76.303.849 de Popayán, actuando en calidad de autores del trabajo de grado titulado DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN ESE, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de LA EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de LA EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me dé crédito al trabajo de grado.

Manifestamos que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizamos sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumimos toda la responsabilidad.

Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

LUIS FELIPE MUÑOZ HURTADO
c.c. 10.549.465

OMAR ARTURO SOLANO LOPEZ
c.c. 76.303.849