

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO POR EL PERIODO  
CUATRIMESTRAL COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE JULIO AL 31 DE  
OCTUBRE DE 2014

HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO NOVENO DE  
LA LEY 1474 DE 2011 y EN COORDINACIÓN CON LO SEÑALADO EN LA  
CIRCULAR 04 DE 2014 DE LA SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDIA  
MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

OFICINA DE GESTIÓN PÚBLICA Y AUTOCONTROL

Bogotá; D.C. 10 de noviembre de 2014

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

El Departamento Administrativo de la Función Pública, a partir de la expedición de su Decreto 943 de 2014, presentó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) actualizado en su forma, aclaró algunos conceptos, facilitó su comprensión e, introdujo estrategias de simplificación que permiten su efectiva operación.

El MECI proporciona pautas o directrices dirigidas a controlar la planeación, gestión, evaluación y seguimiento en las entidades de la Administración Pública, facilitando el desarrollo del Sistema de Control Interno.

### **Responsables de la operatividad del MECI**

El Manual Técnico del MECI establece instancias de participación que comprometen a la Alta Dirección, al Comité de Coordinación de Control Interno y al equipo MECI. En lo que corresponde a la Alta Dirección el Representante Legal puede delegar su función en un directivo de primer nivel. Sobre lo anterior tenemos los siguientes comentarios:

1. Con motivo de la expedición del Decreto 943 de 2014 y por los cambios ocurridos en la nómina de funcionarios que conformaban los equipos de trabajo para la implementación del MECI 2005 se requirió la actualización de tales designaciones que permanecieron sin variación por varios años. Así las cosas, y aunque las nuevas designaciones no fueron oficializadas mediante actos administrativos, el Gerente con sus subgerentes y Asesores conformarían el Equipo Directivo, el Asesor de Gestión Pública y Autocontrol y sus colaboradores conformarían el equipo evaluador y, se conformaría un nuevo equipo MECI involucrando a trece (13) funcionarios referentes de los servicios.

No obstante la pretendida designación nominal del Equipo Directivo, que se conformaría con posterioridad a la publicación del informe pormenorizado de control interno por el periodo de cuatro meses terminados el 30 de junio de 2014, estaría desactualizada en la fecha de corte de este informe debido a los nuevos cambios que a nivel directivo y

administrativo han ocurrido en el Hospital a partir del mes de septiembre de 2014.

Por lo anterior, es consecuente afirmar que al 31 de octubre de 2014 en el Hospital no se ha actualizado ni oficializado su Equipo Directivo para los efectos del MECI, ni se tiene oficializada la conformación del equipo MECI. Así las cosas, se diluyen las responsabilidades al no tener a quien indilgar las debilidades o falencias que se identifiquen para la implementación del nuevo MECI.

También, en consecuencia de lo anterior, teóricamente no estarían definidos los responsables para los estudios de diseño, apoyo y coordinación con las diferentes dependencias para lograr la óptima implementación y los de, asumir el rol de facilitadores al interior de las diferentes dependencias, apoyando el adecuado funcionamiento de los elementos y controles.

2. Por lo que corresponde al Asesor de Planeación y Sistemas, como representante del Gerente ante el MECI, ha orientado, dirigido y coordinado el mantenimiento del Modelo y actualmente adelanta las acciones para la actualización del mismo bajo los estándares de la nueva versión. La actual desactualización de la documentación de soporte de este Modelo, así como de los manuales de procesos y procedimientos y demás documentación institucional, obedece en gran medida a las limitaciones en recursos humanos, tecnológicos, económicos y de infraestructura física.
3. Por su parte, el Comité Coordinación del Sistema de Control Interno ha mantenido su operación dentro de los parámetros establecidos en el Modelo. La designación y funciones, contenidas en la Resolución Interna 028 de 2005, no han tenido variaciones.

### **Actividades para la implementación del nuevo MECI:**

El Decreto 943 de 2014 del Departamento Administrativo de la Función Pública definió cinco fases para la implementación del MECI en su versión 2014 las cuales, según el cronograma presentado por el Hospital, se iniciaron el 29 de mayo y finalizarán el 20 de diciembre de este mismo año, así:

1. La primera y segunda fases se cumplieron satisfactoriamente y, así, el 25 de julio se cumplió con el diagnóstico que fue entregado a la Veeduría Distrital según fue establecido en la Circular 09 del 8 de julio de 2014 de la mencionada Entidad.

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol acompañó el proceso efectuado por la Oficina de Calidad, adscrita a la Oficina de Planeación y Sistemas del Hospital, para el diagnóstico de la situación del MECI. Para lo anterior se indagó a los funcionarios que directa o indirectamente tienen conocimiento o relación con los elementos de control que se detallaban en el Anexo 4 de la citada Resolución y, se buscó la evidencia documental que soportaría los “productos mínimos” o preguntas de cada uno de esos elementos de control.

Como resultado del proceso se halló que de las 65 preguntas o “productos mínimos”, 15 no tienen documento que las soporte; 12 documentos están en proceso de construcción; 36 están documentados y, 2 están evaluados. Para este ejercicio de diagnóstico se consideró como documentados y evaluados algunos de los soportes del MECI:1000-2005 que pueden requerir de algún detalle para su actualización a la versión 2014.

Por lo anterior, es necesario incrementar los esfuerzos para la actualización de toda la documentación existente, organizarla y retomar las consideraciones conceptuales iniciales y verificar su armonización con el plan de desarrollo Bogotá Humana y el Plan de Desarrollo de la Institución.

2. La tercera fase para la implementación debió cumplirse el 20 de agosto de 2014 y consistía en la identificación de las actividades a realizar y la asignación de los funcionarios responsables de desarrollarlas. Así las cosas, en esta tercera fase se definirían las acciones para subsanar las debilidades o falencias que se identificaron en la segunda fase o de diagnóstico de la situación del Hospital para la actualización del MECI.

Para el cumplimiento de esta tercera fase el Hospital le solicitó a la Veeduría Distrital, en una comunicación vía internet del 28 de agosto de 2014, un concepto sobre la conveniencia de articular la implementación del nuevo MECI con las actividades o plan de acción para la implementación del Sistema Integrado de Gestión (SIG), debido a que

encontraba que todos los elementos y conceptos les eran comunes. La citada solicitud de concepto no tuvo respuesta de la Veeduría Distrital y, por esta circunstancia, el Hospital no adelantó el diseño de las acciones como se exigían en esta fase.

Como se menciona en el párrafo anterior, el Hospital estudió la forma como se articularían las acciones para la actualización del MECI con las actividades de la implementación del SIG. Para lo anterior, con el acompañamiento de la Oficina de Gestión Pública, se evaluó el avance de la implementación del SIG a través de la respuesta objetiva a las 208 preguntas que, distribuidas en 16 aspectos sujetas a la verificación, contenía el cuestionario provisto por la Dirección de Desarrollo Institucional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Como resultado de la citada evaluación se concluyó que en el Hospital la implementación del SIG era del 51,44%, es decir, que se requería un esfuerzo adicional para actualizar, primero el SIG y, después para armonizarlo con el MECI.

3. De acuerdo con el cronograma, la cuarta fase de la actualización del MECI está en curso y terminará el 20 de diciembre de 2014. Lo anterior será posible una vez se diseñen y apliquen las acciones para subsanar las debilidades y falencias identificadas en la fase dos o de diagnóstico. Ante el anterior panorama el Hospital adquiere el compromiso de establecer la metodología y la asignación de los funcionarios que responderán por la actualización de la documentación y/o por la estructuración de la información que falte para acogerse favorablemente al MECI en su Versión 2014.

No obstante todo lo anterior y como una forma objetiva de evaluar el avance en la implementación del MECI 2014, como gestión de la nueva administración, el Hospital estableció como estrategia intervenir el servicio de quirúrgica para revisar y actualizar la documentación relativa a los manuales de operación, de procesos y de procedimientos y de la demás que se requiere para la prestación del mencionado servicio. Así mismo, con esta intervención se están revisando las condiciones de las instalaciones y de los muebles, equipos y enseres para disponer y autorizar el debido mantenimiento. En términos generales se busca mantener este servicio en las condiciones que exigen las normas para su habilitación y propender, posteriormente, en la acreditación. Después de esta intervención se

intervendrá otro servicio y, así sucesivamente hasta intervenir la totalidad instalada.

Para el desarrollo de esta estrategia de intervención la Administración dispuso la celebración de eventos de capacitación dirigida a los funcionarios que adelantarán los procesos de actualización documental y de mantenimiento de las instalaciones y de los equipos y enseres de este servicio de quirúrgica. Tales capacitaciones tienen relación con la forma práctica de actualizar las caracterizaciones de los procesos y sobre la identificación de riesgos para la construcción técnica de los mapas de riesgo. Aunque el proceso está en marcha puede inferirse que su resultado será exitoso.

## **Estructura del MECI**

### **Módulo de control de planeación y Gestión:**

Este módulo contiene los componentes de talento humano, direccionamiento estratégico y administración de riesgos.

#### **1. Con relación al componente de talento humano:**

El Hospital ha efectuado en lo corrido del año 2014 dos procesos de inducción y reinducción. El segundo de ellos se dirigió a los funcionarios del Área de quirúrgicas en virtud de la intervención al servicio como se mencionó anteriormente.

Los procesos de inducción y de reinducción, que en el Hospital se desarrollan en una misma sesión, fueron dictados por los funcionarios directivos y por los referentes de los servicios. El contenido de las exposiciones incluyeron los aspectos que cada conferencista consideró suficientes y necesarios según su propio criterio y experiencia porque, en general, no hubo el direccionamiento de parte de la Dirección sobre el enfoque, alcance y las formalidades de tales exposiciones.

#### **2. Con relación al componente de direccionamiento estratégico:**

A disposición de los funcionarios y de terceros interesados se publica en la página web del Hospital, bajo el link de “Nuestra institución” y en su aparte de “políticas institucionales”, los acuerdos, compromisos y

protocolos éticos resumidos en los códigos de ética y de buen gobierno así como los manuales de procesos y procedimientos, seguridad del paciente y, calidad y, también la definición de las políticas, entre ellas, las correspondientes a lo ambiental, humanización, tecnovigilancia, seguridad del paciente y seguridad de la información.

Con las citadas publicaciones se cumple el compromiso de mantener informada a la comunidad de usuarios sobre los acuerdos y protocolos éticos instituidos en el Hospital. No obstante, como apoyo al cumplimiento de los objetivos institucionales es necesario integrar los valores, políticas y principios en un proceso de aprendizaje y comunicación continuos, de tal forma que se conviertan en factores relevantes y sean interiorizados por todos los miembros de la organización para ser puestos en práctica en las acciones cotidianas.

Los procesos de aprendizaje y comunicación continuos, antes citados, deberían definirse a partir del análisis de las conductas observadas en los funcionarios, es decir, identificando aquellas que requieren mayor grado de interiorización. Por su parte para lograr la comunicación continua, además de los procesos de inducción y reinducción que deberían programarse con mayor regularidad, podrían emplearse, entre otros, el Outlook del Hospital, el fondo de la pantalla fijado en los computadores, las carteleras y los talleres de sensibilización.

3. Con relación al componente de administración de riesgos:

Las entidades de control del Estado y del Distrito Capital así como los estamentos de control interno producen documentos que dan cuenta de los hallazgos de auditoría que son comunicados a la Dirección o a los Referentes de las Áreas, para que los valoren, se subsane lo observado y para que se tomen las medidas tendientes a evitar que los hallazgos se repitan en el futuro. Los citados hallazgos y la definición de las tareas se constituyen en los llamados planes de mejoramiento sobre los cuales se hace el debido seguimiento.

Por su parte, para procurar la administración de los riesgos se establecieron en el Hospital los mapas de riesgo por procesos, que incluye los riesgos misionales y los administrativos y, el mapa de riesgos de corrupción y atención al ciudadano. La revisión y/o actualización, que



conceptualmente debe hacerse de manera periódica o cada vez que se considere indispensable, es en la realidad ocasional.

Por lo mencionado anteriormente el informe publicado en la página web del Hospital sobre el seguimiento a las estrategias del plan anticorrupción y atención al ciudadano, por el periodo cuatrimestral terminado en agosto de 2014, consistió en reiterar las observaciones del periodo cuatrimestral inmediatamente anterior haciendo énfasis en la necesidad de revisar el contenido de los mapas de riesgo y de ajustarlos según las identificaciones en cada una de las Áreas.

### **Módulo de evaluación y seguimiento**

Este módulo contiene los componentes de planes de mejoramiento, Autoevaluación institucional y planes de mejoramiento.

#### **1. Con relación a la Autoevaluación Institucional**

La autoevaluación requiere, en primera instancia, dar a conocer formal y permanentemente las funciones de cada uno de los funcionarios y dar a conocer los procesos y procedimientos institucionales atribuibles a cada uno de ellos.

También la autoevaluación supone, en segunda instancia, el examen del funcionario en su condición de servidor público sobre el cumplimiento de sus deberes según lo establecido en los manuales de funciones, de procesos y de procedimientos. Cuando todos los integrantes de un equipo de trabajo se hayan autoevaluado podría autoevaluarse la unidad y, en consecuencia, cuando todas las unidades se hayan autoevaluado podría evaluarse integralmente la institución.

Lo mencionado en los anteriores párrafos se lograría con la actualización de la información relevante que debería mantenerse actualizada y publicada en la página web institucional para facilitar la oportuna consulta. Después de la toma de conocimientos de parte de los funcionarios es pertinente la aplicación integral de todos los conceptos y directrices con lo cual, en conjunto, generará el mecanismo de autoevaluación para que forme de la cultura institucional.



En la práctica, la autoevaluación no es aplicada en el Hospital y, en su defecto se efectúa la evaluación de desempeño anual que por cada funcionario hacen los directores a sus funcionarios de grupo asignados. Por lo anterior es deseable, como lo aconseja el MECI dentro del principio de la auto-regulación, establecer alguna forma de autoevaluación aplicable a las diferentes áreas de servicios y administrativas en las que mediante actas de reuniones periódicas se rinda un informe sobre sus desarrollos y actividades encaminados al cumplimiento de los planes de desarrollo institucional.

## 2. Con relación a la Auditoría Interna

Entendemos la auditoría como una actividad independiente y objetiva de verificación de la aplicación de los controles que mitigan los riesgos y la actividad mediante la cual se evalúa la eficiencia y eficacia de tales controles para que, en su conjunto, se obtengan los elementos de juicio para formular las recomendaciones a que haya lugar para subsanar las debilidades identificadas.

En el anterior sentido la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha establecido su actuar cotidiano, buscando los programas y mecanismos de evaluación para revelar a la Administración sus hallazgos y recomendaciones las cuales se han materializado en un aceptable número de comunicaciones.

Para el ejercicio de la auditoría se han aplicado los roles tales como la evaluación y seguimiento, acompañamiento y asesoría, valoración de los riesgos, relación con Entes de Control Externos y participación en el fomento de la cultura del control.

## 3. Con relación a los planes de mejoramiento

Los planes de mejoramiento corresponden a las acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el sistema de control interno y en la gestión de los procesos, como resultado de la autoevaluación.

Durante la vigencia del cuatrimestre terminado el 31 de octubre de 2014 la Contraloría de Bogotá efectuó en el Hospital su visita de control con enfoque integral por la vigencia del año 2013 y cerró, por haberse

cumplido las acciones de mejora, la mayoría de los hallazgos identificados en los años anteriores. Por la reciente terminación de la visita de control, los reportes de cumplimiento se efectuarán en su oportunidad.

Pero no solamente el Hospital atiende los planes de mejoramiento diseñados para subsanar las debilidades o falencias que identificó la Contraloría de Bogotá, porque también atiende su propio Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero que se constituye, sin detrimento de la importancia de demás planes, en el punto de partida para promover el auto-sostenimiento como verdadera Empresa Social del Estado. No obstante lo anterior, el compromiso de ejecutar las tareas para cumplir con el Plan y/o de su seguimiento periódico, debe afianzarse con el compromiso individual de los responsables entregando oportunamente los informes con los debates que se requieran cuando se identifiquen situaciones que razonablemente indiquen su incumplimiento.

Preparado por

JAIRO TOMÁS PARRA CALIXTO  
Asesor de Gestión Pública y Autocontrol