

## INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO		
<b>Jefe de Control Interno:</b>	<b>CHEILA ALVARADO ROJAS</b>	<b>Período evaluado: JULIO 2018 a OCTUBRE 2018</b>
		<b>Fecha de elaboración: 15 de noviembre de 2018</b>

El presente informe se realiza en cumplimiento la Ley 1474 de 2011 - artículo 9º correspondiente cuatrimestre julio de 2018 a octubre de 2018. Su estructura se presenta teniendo en cuenta la integración y articulación del Modelo Estándar de Control Interno y las Dimensiones de las cuales trata el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG:

Dimensiones MIPG:

- Primera Dimensión Talento Humano
- Segunda Dimensión Direccionamiento Estratégico
- Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado
- Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado
- Quinta Dimensión Control Interno
- Sexta Dimensión Información y Comunicación
- Séptima Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Componentes del Modelo Estándar de Control Interno –MECI actualizados en el MIPG  
Dicho modelo cuenta con una estructura de cinco componentes:

- Ambiente de Control
- Evaluación del Riesgo
- Actividades de control
- Información y Comunicación
- Monitoreo y seguimiento

Para ello, las entidades, en términos generales deberán diseñar y mantener la estructura del MECI a través de sus cinco componentes i) Ambiente de Control; ii) Evaluación del Riesgo; iii) Actividades de Control; iv) Información y Comunicación; v) Actividades de

Monitoreo. Así mismo, es necesario asignar las responsabilidades en la materia, a cada uno de los servidores, acorde con el esquema de las líneas de defensa.

## 1. AMBIENTE DE CONTROL

**Ambiente de Control.** Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en las siguientes materias: La integridad (valores) y principios del servicio público; asignación de la responsabilidad y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte; definición de una planeación estratégica, responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento; una gestión del talento humano con carácter estratégico y con un despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público<sup>1</sup>.

Se enmarca dentro de las dimensiones del MIPG: Talento humano y Direccionamiento estratégico y Planeación.

### - Dimensión de Gestión Estratégica del Talento Humano

En el periodo evaluado se terminó de realizar el autodiagnóstico de la dimensión Talento Humano, arrojando dando como resultado un 37.4 de implementación de la política estratégica del Talento humano, Por componentes (planeación, ingreso, desarrollo, retiro) lo que presenta mayor desarrollo es la planeación del talento humano con un 42 %y la de menor desarrollo es el Retiro del talento humano con un 0%. En general el desarrollo de esta dimensión es bajo por lo que se recomienda seguir con la etapa de diseño de acciones para la gestión Estratégica del Talento Humano (GETH) y la implementación de estas a través del plan de acción.

El autodiagnóstico de Integridad 5.5 de implementación. Se puede evidenciar en el cuatrimestre mediante actas de capacitación, la socialización de los Valores del Servidor Público en la mayoría de los procesos y personal del hospital, es de resaltar la integración del código de integridad con el programa de humanización. En el congreso de seguridad del paciente se socializo a la comunidad tanto el programa de humanización como el código de integridad.

En el desarrollo del Proceso de Gestión del Talento Humano la ESE cuenta con para la vigencia 2018 con la formulación de su Plan Institucional de Capacitación, Bienestar e

---

<sup>1</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Incentivos, y el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo, los cuales se han venido desarrollando las actividades durante el periodo evaluado de acuerdo a lo contenido en los planes aprobados. En el periodo evaluado se evidencia la realización de las siguientes actividades:

Plan de bienestar: Realización del campeonato de micro femenino masculino denominado mundialito, Integración día del niño de los funcionarios del hospital del Sarare.

Plan de Capacitación: De lo contenido en el plan de capacitación aprobado, se evidencia la capacitación en programas institucionales (tecnovigilancia, farmacovigilancia y programa de seguridad del paciente) y capacitaciones a cargo de los líderes como se evidencia en las actas de capacitación presentadas a la oficina de control interno.

Se realizaron otras capacitaciones no contempladas en plan capacitación priorizadas por la gerencia como respuesta a los cambios normativos del MIPG y el MIAS (modelo integrado de atención en salud):

- Diplomado :Aplicación de herramientas para la integración de los sistemas de gestión de calidad en salud
- Diplomado: Adopción y adaptación del modelo integral de atención en salud
- Curso: Provisión de servicios de salud centrados en el usuario y su familia basados en aspectos humanísticos
- Curso: Gestión institucional basada en los lineamientos del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG)

Es de resaltar de estas últimas capacitaciones el conocimiento y la experiencia del personal docente y el número de personas certificadas con participación de todas las áreas y de diferentes niveles de la institución.

Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo: se destaca la realización en el mes de octubre la semana la salud laboral con diferentes actividades: exámenes periódicos ocupacionales, valoración nutricional, visimetrías, valoración de riesgo cardiovascular, Spa, audiometrías, entre otros a todo el personal de la ESE, se evidencia altos niveles de asistencia; y la realización de seguimiento de vigilancia epidemiológica en facturadores, conductores y odontólogos.

Es de anotar que de acuerdo con el ejercicio del autodiagnóstico realizado a la Dimensión Talento humano, el Plan de Gestión Estratégica del talento humano GETH, se encuentra desarticulado y se puede evidenciar que los planes de Capacitación, bienestar y estímulos no cumplen con todos los parámetros requeridos en su etapa inicial de diagnóstico de necesidades ya que esta etapa no se realizó, en el caso del plan de capacitación se aplicó encuesta a líderes pero no se realizó informe de resultados de la misma por lo que su formulación no responde a un estudio de necesidades y no abarca toda la temáticas de norma. Recomendación dada en informes anteriores.

En el mes de octubre se empezó con el trabajo de documentar los procesos de talento humano los cuales no estaban documentados, así como la revisión de los planes de capacitación y bienestar con la Guía de Estímulos de los Servidores Públicos, se recomienda terminar este proceso a adaptar estos planes a lo estipulado en la guía.

Se cuenta con información actualizada relacionada con la planta de personal en referencia al número de funcionarios de carrera, por provisión, en libre nombramiento y remoción y trabajadores oficiales, cargos ocupados, cargos en vacancia.

En visita de asesoría y acompañamiento con del Departamento Administrativo de la Función pública se realizó revisión de actos administrativos de conformación (estructura orgánica, planta de personal, manual de funciones, entre otros).

Se resalta la gestión de la institución para la capacitación y asesoría recibida por parte del Departamento Administrativo de la función pública mediante dos visitas recibidas directamente en el Hospital en los temas de: Elaboración de manual de funciones y competencias laborales, Arquitectura de la organización (estructura organizacional planta de personal y escalas salariales, etc., revisión de actos administrativos de conformación).

## **2. EVALUACION DEL RIESGO**

**Asegurar la gestión del riesgo en la entidad.** Esto se logra con un ejercicio liderado por el Representante Legal y todo su equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, para identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales<sup>2</sup>

### **- Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación (política de administración del riesgo)**

Mediante Resolución 259 de 2017 el Hospital del Sarare adopto la Política de Administración del riesgo. Esta se encuentra publicada en <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/politicas.html> , internamente ha sido socializada a líderes de proceso y publicada en redes sociales.

Se cuenta con mapas de riesgos en casi todos los procesos en los cuales se identificaron los riesgos, se analizaron y valoraron y se formularon acciones de control, siguiéndolos lineamientos de la guía de Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública. Las acciones planteadas en los mapas de riesgo fueron integradas a los planes de acción por proceso facilitando a los líderes un solo documento de ejecución y monitoreo.

---

<sup>2</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

En el área misional se cuenta con el programa de seguridad del paciente, en donde se tiene establecido un procedimiento de reporte de eventos adversos en la atención, de los cuales se lleva registro, se realizan análisis de riesgo con los involucrados.

En el periodo evaluado se realizó seguimiento a mapas de riesgo con corte 30 de junio en el mes de julio, encontrándose en un porcentaje de ejecución de un 42% de las acciones planteadas.

### **3. ACTIVIDADES DE CONTROL**

**Diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo en la entidad.** En este componente se diseñan e implementan controles, esto es, los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, con el fin de mitigar los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Se involucra la implementación de políticas de operación, procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.<sup>3</sup>

#### **- Dimensión Gestión con valores para Resultados:**

##### Ventanilla hacia adentro:

Se tiene definidas las políticas de seguridad informática, política ambiental,

Se cuenta con mapa de procesos donde se identifica la cadena de valor, se han actualizado el formato de caracterización, se actualizo en su mayoría las caracterizaciones del área misional. Los procesos del área misional se encuentran actualizados, socializados y evaluados conforme a los requerimientos de habilitación. Estos se encuentran en red y pueden ser consultados desde los diferentes computadores.

Durante el periodo evaluado (julio -octubre) se realizaron jornadas de Taller -capacitación y actualización de los procesos misionales de pabellón de medicina interna, pabellón quirúrgico, pabellón pediatría, pabellón ginecobstetricia, cuidados intermedios, urgencias, entre otros logrando unificara procedimientos, guías manuales, protocolos, reduciendo en un 40% los documentos. Lo que facilita mayor comprensión, socialización y dinámica a los procesos de internación.

---

<sup>3</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

En referencia a los recursos físicos durante el periodo evaluado se terminaron de realizar los inventarios de activos fijos, aun no se ha actualizado y/o comparado con los del sistema, se cuenta con plan de mantenimiento el cual se ha ejecutado en su gran mayoría de acuerdo al cronograma establecido, los informes del mismo han sido enviado a la UAESA.

Ventanilla hacia afuera (Relación estado ciudadano):

Se cuenta con espacios de participación ciudadana a través del comité de usuarios, se tiene definidos las estrategias de rendición de cuentas las cuales se encuentran el plan anticorrupción y atención al ciudadano.

#### **4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional.** Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.<sup>4</sup>

**- Dimensión Información y comunicación:**

Se cuenta con tablas de retención documental TRD y tablas de valoración documental TVD. Se tiene establecida mediante acto administrativo la política de gestión documental. Esta es aplicada en los procesos. Facilitando la clasificación, conservación y acceso a la información generada por el Hospital. Durante el periodo evaluado el Comité de Gestión y Desempeño (antes comité de archivo) aprobó el programa de gestión documental PGD y el Plan institucional del archivo PINAR, en donde se encuentran definidos los procesos de gestión y tramite documental, organización documental, los programas específicos,

En referencia a la transparencia y acceso a la información pública cuenta con página web [www.hospitaldelsarare.gov.co](http://www.hospitaldelsarare.gov.co), la cual cumple solo con algunos criterios definidos en la Ley de Transparencia como son la publicación de los procesos contractuales, la planeación, los informes financieros, entre otros.

<sup>4</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

En el periodo evaluado se actualizó la información del SUI (Sistema único de trámites y servicios): se actualizó los usuarios responsables de la gestión de trámites. Se diligenciaron el número de trámites solicitados de manera presencial y parcialmente en línea de: asignaciones citas, solicitud de historia clínica y solicitud de resultado.

En el mes de julio con motivo de la declaración de Bienes y rentas de los empleados públicos se crearon y asignaron la mayoría de las claves del personal de planta, lo que permitió que en su mayoría fueron rendidos a través de esta plataforma.

Se tiene establecidos mecanismos para la recepción PQRS, se consolidó la encuesta de satisfacción de los usuarios del primer semestre de 2018. Se cuenta con mecanismos de consulta para la obtención de la información requerida para la gestión de la entidad (acceso a internet mediante canal dedicado).

Se ha publicado la contratación aplicativa SIA OBSERVA de los meses de julio, agosto, septiembre y octubre, de 2018. Igualmente se encuentra subida la contratación en la página de la SECOP, excepto los contratos del área de talento humano.

Se cuenta con la ventanilla única de correspondencia y Oficina de atención al usuario.

Se tiene fácil acceso a manuales, actos administrativos y otros documentos necesarios para la gestión de los procesos a través de la red interna facilitando el acceso a la información

Se cuenta con un sistema de información integrado (Dinámica Gerencial) que permite la gestión de los datos.

Durante el periodo evaluado se contó con el programa radial “tu salud al día” dirigido a los usuarios el cual se tramita temas de interés a los usuarios como: Qué son las Espirometrías y para qué sirven, Seguridad del Paciente, novedades y proyecciones de la Institución, Atención a víctimas de violencia sexual, atención a los usuarios, PQRS, entre otros.

## **5. ACTIVIDADES DE MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA**

**Las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad.** En este componente confluyen las actividades en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias,

y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.<sup>5</sup>

#### - **Dimensión Control Interno**

La principal herramienta de autoevaluación se hace a través de los comités institucionales: comité de archivos, comité de inventarios, comité de historias clínicas, seguridad del paciente, en el periodo evaluado registraron actividades de seguimiento y autoevaluación de los procesos.

Se sigue haciendo acompañamiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, a las diferentes dependencias de la Entidad, resaltando la cultura de autocontrol.

En el periodo evaluado e elaboró y presento las siguientes evaluaciones:

- ✓ Se elaboró Informes de seguimiento al cumplimiento del plan anticorrupción y atención al con corte a 31 de agosto.
- ✓ Informe seguimiento a PQRS primer semestre de 2018.
- ✓ Dentro del periodo evaluado entre otros, se han realizado además de los informes a antes de control las siguientes auditorias:
- ✓ Arqueos a caja menor.
- ✓ Seguimiento a FUID trimestral.
- ✓ Seguimiento a órdenes de pago del contrato de servicios profesionales de medicina especializada.
- ✓ Seguimiento a estudios de conveniencia y oportunidad del periodo evaluado
- ✓ Se realizó Seguimiento a mapas de riesgo con corte a 30 de junio

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

- Se recomienda documentar y aprobar la política de integridad. En necesario que se continúe con los lineamientos impartido por la función pública en lo referentes a los valores del servidor público. Buscar estrategias para que no solo se quede en la etapa de socialización de los valores, sino que se busque la interiorización de los mismos en los colaboradores del hospital. Y no se pierda su complementariedad con el programa de humanización.
- De conformidad con la asesoría recibid por el Departamento Administrativo de la función Pública se recomienda la actualización de los actos administrativos que conforman la arquitectura de la organización (estructura orgánica, planta de personal, manual de funciones, etc.)

<sup>5</sup> Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

- Se recomienda cumplir con la totalidad de los lineamientos de la circular 017 de 2017 de la procuraduría en lo referente al SIGEP.
- Se recomienda llevar al día el proceso de evaluación de desempeño, toda vez que se pudo evidenciar que faltan algunas evaluaciones de desempeño del primer semestre del periodo enero 2018 a febrero 2019.
- Se recomienda realizar los mapas de riesgos de la totalidad del área contable.
- Se recomienda socializar los análisis de los eventos adversos (riesgos de seguridad del paciente) a la totalidad del personal del proceso y/o área donde se presentó el evento.
- Se recomienda la simplificación de los procesos el mapa de procesos cuenta con 22 procesos, se recomienda agrupar por procesos afines.
- Se recomienda terminar con la actualización de las caracterizaciones de los procesos faltantes al nuevo formato de caracterización.
- Definir la política de gestión presupuestal y Eficiencia del gasto público, la política de Gobierno digital, la política de servicio al ciudadano, la política de racionalización de trámites.
- Documentar el programa anual mensualizado de caja.
- Se encuentran desactualizados la mayoría de procesos de Apoyo (administrativos) y dirección cuya última actualización corresponde a la vigencia 2008.
- Las políticas de operación de los procesos en su gran mayoría se encuentran desactualizadas o no se han documentado.
- Se recomienda la actualización de las tablas de retención documental teniendo en cuenta procesos establecidos en el mapa de procesos y no solo la estructura orgánica.
- La página web [www.hospitaldelsarare.gov.co](http://www.hospitaldelsarare.gov.co), no cumple con los requerimientos normativos de la Ley de transparencia y acceso a la información, se tiene desactualizado los trámites y servicios prestados entre otros aspectos. Se recomienda, actualizar la página web de conformidad a la Ley 1712 de 2014.
- Se recomienda dar impulso a otros medios de comunicación a cliente interno y externo por medio de la TICs como son las redes sociales. Estructurar el plan de comunicaciones en base a la identificación de necesidades de información.
- Reactivar el comité de Control Interno.

**CHEILA ALEXANDRA ALVARADO ROJAS**  
Asesor Control Interno