

INFORME CUTRIMESTRAL DEL ESTADO DEL SITEMA DE CONTROLINTERNO

PERIODO MARZO DE 2019 A JUNIO DE 2019

El presente informe cuatrimestral corresponde al periodo de marzo de 2019 a junio de 2019. Se realiza en cumplimiento de Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno.

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

Asegurar un 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 público¹.

¹ Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

1.1 Compromiso con la Integridad

La efectividad del ambiente de control se consolida mediante una cultura ética, 2“la integridad consiste en la coherencia entre las declaraciones y las realizaciones”, entendiéndose esta como una característica personal, que en el sector público también se refiere al cumplimiento de la promesa que cada servidor le hace al Estado y a la ciudadanía de ejercer a cabalidad su labor.

Como se tiene un sistema integrado el Código de integridad en el Hospital se maneja junto con el programa de Humanización integrando sus actividades.

Para el periodo evaluado se puede evidenciar las siguientes actividades del Código de Integridad (valores del servidor público):

N°	FECHA	COBERTURA	ACTIVIDAD	LUGAR
1	15-feb-19	Redes sociales	Publicación Video de Código de Integridad con el capellán de la institución Heiler Giraldo, integrando el primer valor HONESTIDAD.	https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/699160270486029/?t=3 https://www.youtube.com/watch?v=zT5xw1y-twg https://twitter.com/i/status/1107760179569930241
2	277feb/2019	Redes Sociales	Publicación Video Valor RESPETO , con funcionarios y capellán del Hospital, lo que hago...	https://www.facebook.com/HospisSarareEse/videos/2264395617175914/UzpfSTEWMDAwNzgyODQxNTk2ODoyMzE2NiMyNzU1Mjc0MzE2/?lst=100007828415968%3A100007828415968%3A1564159097&subkey=manage https://www.youtube.com/watch?v=c80jtPcghpM https://twitter.com/i/status/1107987536272637953
3	13-mar-19	211 funcionarios alcanzados.	Campaña de vacunación contra la DESHUMANIZACIÓN – ANTI-ITEGRILINA para todos los funcionarios de la institución	Sede principal - Área misional
4	14-mar-19	48 funcionarios alcanzados	Campaña de vacunación contra la DESHUMANIZACIÓN – ANTI-ITEGRILINA para todos los funcionarios de la institución	Sede principal-Área Administrativa

² Manual MIPG

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 3 de 32

5	14-mar-19	Redes sociales	Publicación Video Valor COMPROMISO por parte de del capellán de la institución Heiler Giraldo.	https://www.youtube.com/watch?v=CHGw_akFjio https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/395662791167052/
6	15-mar-19	44 funcionarios alcanzados	VACUNACION CONTRA LA DESHUMANIZACIÓN – ANTI-ITEGRILINA	Sede UNAP- Área misional
7	28-mar-19	12 funcionarios alcanzados	Embajadores de Humanización y Código Integridad con líderes de cada procesos de la institución	Auditorio ANTHOC- Jorge Eduardo Prieto
8	1-abr-19	Redes sociales	Publicación de Video Valor DILIGENCIA por parte del capellán de la institución Heiler Giraldo	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/778716969195571/?t=7 https://www.youtube.com/watch?v=c80jtPcghpM https://twitter.com/i/status/1112830837710602240
9	22-may-19	Emisora Sarare Stereo 88.3 Fm	Programa de Código de integridad, a la población por parte del capellán de la institución Heiler Giraldo	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/2415668705321739/?t=627
10	27-may-19	20 funcionarios alcanzados	Actividad de Activación de lazo YO NUNCA HE y Activación de DADO con el personal del Área de Cirugía	Sala de TAC proceso de Cirugía Hospital del Sarare ESE

Como puedo observar se de acuerdo al Manual del MIPG la política de integridad presenta un grado alto de desarrollo: se formó los miembros del equipo de trabajo, se priorizo las actividades a realizar, se armonizó con otros documentos éticos (política de humanización) y se encuentra en la etapa sensibilización y de adaptación del código de integridad.

1.2 Asegurar una adecuada Gestión del Talento Humano

Un ambiente de control se fortalece a partir del aseguramiento de la política del talento humano y con el desarrollo de la Gestión Estratégica del Talento humano de acuerdo a la primera dimensión del MIPG.

Para el periodo evaluado se evidenciaron las siguientes acciones:

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página **4** de **32**

- Se elaboró y publico el Plan de Bienestar social del a vigencia 2019, de acuerdo a los resultados de la a través de la ficha diagnostica de las guías de función pública, por lo que las actividades plantadas responden en gran medida a los resultados de la encuesta aplicada a los trabajadores <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/TALENTOHUMANO/2019-PLAN-DE-BIENESTAR-SOCIAL.pdf>, se realizó su aprobación mediante Resolución de Gerencia 074 del 29 de marzo de 2019.
- Aprobación del plan de capacitación 219 mediante Resolución 074A de 29 de marzo de 2019. Y publicado en: <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/TALENTOHUMANO/PLAN-CAPACITACIONES-2019.pdf>
- Aprobación del plan de incentivos 219 mediante Resolución 074A de 29 de marzo de 2019. Y publicado en: <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/TALENTOHUMANO/INFORME-INCENTIVOS-2018.pdf>

Para la elaboración de los planes de capacitación y bienestar se aplicó la *Ficha diagnostica de bienestar Laboral* de la guía de estímulos para servidores públicos versión septiembre de 2019. Lo que permitió conocer las opiniones del personal del hospital acerca de las necesidades de capacitación y bienestar. Dentro del periodo evaluando se pudo evidenciar las siguientes actividades de ejecución del plan de bienestar: Conmemoración de día de la secretaria, del bacteriólogo, día de la enfermería, desarrollo del campeonato de minitejo con participación del 50% del personal.

Dentro del área de Protección de servicios Sociales, en el desarrollo del programa de seguridad y salud en el trabajo se formuló el Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019, este documento fue publicado en: <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/SG-SST2019/PLAN-DE-TRABAJO-SG-SST-2019.pdf>.

Dentro de las actividades más relevantes ejecutadas en el periodo evaluado se encuentran: Actividades de promoción y prevención de la salud:

- Ejecución del sistema de vigilancia epidemiológica (SVE):
 - Seguimiento a personal expuesto a radiaciones ionizantes (personal con riesgo más alto de las instituciones): Realización de exámenes periódicos de salud ocupacional, seguimiento biológico, seguimiento a dosimetría de expuestos y control al uso de elementos de protección personal.
 - Seguimiento y control a personal con riesgo alto (conductores) realización de exámenes periódicos, exámenes de laboratorio y placa de rayos x.
 - Seguimiento SVE a personal con riesgo biomecánico osteomuscular de los cuales hay 6 enfermedades laborales: Talleres de higiene postural (personal de cirugía,

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 5 de 32 medicina interna y UCIM), adquisición de tablas de transferencias, Taller de higiene postural servicios generales por ser población en riesgo priorizado.

- Programa de inmunización: en el año 2019 se han realizado 11 campañas de vacunación al personal de la institución de todas las áreas, aplicando 331 dosis de biológico al personal de la institución del personal faltante por esquemas.

Actividades de entorno laboral saludable: las actividades más relevantes ejecutadas de acuerdo al diagnóstico:

- Se realizaron 9 visitas de inspección a áreas: locativas, orden y ase, riesgo eléctrico, luminarias, entre otras.
- Se realizó contrato para adquisidor de sillas para puesto de trabajo priorizados.

A junio de 2019 se evidencio que un trabajador solicito y se encuentra disfrutando de horario laboral flexible, con permiso académico compensado 6 trabajadores. De acuerdo a la encuesta realizada el 86% de personal califico el horario flexible como bueno. Por lo que se debería trabajar más en este aspecto.

1.3 Fortalecer el Sistema de Control Interno-Direccionamiento estratégico

Este componente focaliza primordialmente el compromiso, liderazgo y lineamientos de la Alta Dirección de Función Pública y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para disponer de las condiciones en el ejercicio del control interno, así como establecer los lineamientos para fortalecer el Sistema de Control Interno en la entidad.

En el “Esquema de Líneas de Defensa”, la Alta Dirección es la “Línea Estratégica” y le corresponde evaluar los controles desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Para ello, en el periodo evaluado, se llevaron a cabo los siguientes Comités, en los cuales se tomaron decisiones para garantizar un ambiente de control y asegurar la gestión del riesgo en la entidad:

Reunión del comité de control interno el día 16 de mayo de 2019, en donde se trato los siguientes temas:

- Resultados del FURAG, del MECI y MIPG.
- Socialización y aprobación del mapa de riesgos institucional
- Aprobación de plan anual de auditorías.

En este comité se les explico a los integrantes el modelo de planeación y gestión MIPG y la importancia y la responsabilidad dentro de la línea estratégica de control interno.

1.4 Gestión con valores para resultado

Para fortalecer un “Ambiente de Control” se han implementado las políticas de la 3ª. Dimensión de MIPG “Gestión con Valores para Resultados”, cuyas actividades han permitido, durante el periodo evaluado, el logro de las metas propuestas en el Plan de Acción Institucional 2019:

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 6 de 32

Ventanilla hacia adentro:

1.4.1 Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos:

³El propósito de esta política es permitirles a las entidades contar con una estructura organizacional y un modelo de procesos que facilite la operación alineada con el Direccionamiento Estratégico y Planeación de la entidad.

De acuerdo al resultado de la encuesta FURAG el avance en la implementación en la vigencia 2018 fue de 45.9. En el primer semestre de 2018 dentro de las acciones adelantadas para la implementación de la política de fortalecimiento institucional y simplificación de procesos se evidencia:

- Justificación y proyección de actualización los actos administrativos que conforman la arquitectura de la organización.
- Presentación de nueva estructura orgánica a junta directiva y presentación y aprobación por parte de la asamblea departamental, quien aprueba mediante ordenanza 04E de 2019.
- Actualización y aprobación de la planta de personal de acuerdo a la normatividad vigente sin aumento de número de cargos mediante Acuerdo 06 de 2019.

Relación estado ciudadano

1.4.2 Rendición de cuentas

Dentro del Plan anticorrupción atención al ciudadano Institucional, se formuló la Estrategia de rendición de cuentas,

dentro de las actividades planteadas en la estrategia se ha desarrollado las siguientes:

³ Política de fortalecimiento institucional MIPG

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 7 de 32

Actividades		Meta o producto	Responsable	Actividades cumplidas
1.1	Publicar en Página Web el Plan Anual De Adquisiciones	Plan Adquisiciones	Almacén/sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/ALMACEN/2019PAA.pdf
1.2	Publicar en página Web Evaluación plan de Acción 2018 y proyección 2019	Plan de acción Evaluado ; Plan de Acción Proyecto do	Planeación/sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/EVALUACIONPLANDEACCION2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/PLANDEACCION2019-2.pdf
1.3	Publicar Plan Anticorrupción 2018 y sus respectivas evaluaciones	Plan Anticorrupción , Evaluación Plan anticorrupción	Planeación/sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANANTICORRUPCIONYATENCIONALCIUDADANO2019.pdf
1.4	Publicación de Informes Pormenorizados de Control Interno	Informes control Interno	Sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2019/INFORME-CUTRIMESTRAL-MECI-NOV-2018-A-FEBRERO-2019.pdf
1.5	Envío de informes a los diferentes entes de control		Planeación/	Se verifico el envío oportuno de los siguientes informes Contraloría Departamental, Supersalud, CGR, Contaduría General de la Nación, Ministerio de Salud correspondientes al primer trimestre. A la fecha de corte 30 de junio/2019, no se han cumplido las fechas de envío del semestre.
1.6	Publicación de Estados Financieros	Estados financieros publicados	sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/2018-4TRIM/9.-ESTADO-DE-RESULTADOS-INTEGRAL.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/2018-4TRIM/8.-ESTADO-DE-LA-SITUACION-FINANCIERA.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2019/ESTADO-DE-RESULTADO-INTEGRAL-MARZO-31-DE-2019.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2019/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-MARZO-31-DE-2019.pdf

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 8 de 32

1.7	Publicación en página Web de la institución, SECOP, Contraloría	Publicación de etapas contractuales	Jurídica Talento humano	Se evidenció el cargue y envío oportuno de la información de los contratos realizados semestre al SIA OBSERVA. Se publicó en página las invitaciones a contratar de mínima y menor cuantía. A la fecha de elaboración de este informe no se ha cargado la totalidad de la contratación en la SECOP.
2.1	Realizar Cuatrimestralmente Reunión con asociación de Usuarios para debatir temas relacionados con la institución	Evidencia formato acta de reunión (3 por año)	SIAU Control Interno Planeación Dirección Calidad	Se realizó reunión con asociación de usuarios y grupos de interés los días 28 de mayo de 2019 y una segunda reunión para continuación de temas el día 12 de junio de 2019.
2.2	Realizar Mensualmente foro interactivo con usuarios mediante Facebook y dos publicaciones semanales con información de interés	Foro de Conversación mediante redes sociales	Comunicaciones	Actividad no iniciada
2.3	Realizar diariamente encuestas de Satisfacción a usuarios y consolidar el informe trimestralmente	Resultado de Encuesta	SIAU	En el primer trimestre se realizaron 1358 encuestas. Se realizó informe trimestral de satisfacción el cual fue enviado a al UAESA. Para la fecha de corte de este informe no se ha consolidado la información del segundo trimestre, sin embargo se pudo evidenciar la aplicación de la encuesta de satisfacción durante el segundo trimestre. Se evidencia la realización de encuestas de satisfacción a través de medios electrónicos, lo que facilita la revisión y tabulación
2.4	Realizar 1 programa de radio en vivo y transmitido en Facebook live, con periodicidad semanal a partir del mes de Febrero, para brindar participación a la población del municipio y su área de influencia	Programa de Radio	Comunicaciones	Durante el semestre se realizaron 25 programas de radio con temas de interés, de los cuales 18 se transmitieron en vivo a través del Facebook live, cumpliendo la meta de un programa en los meses de mayo y junio. Lo que demuestra que se acataron las recomendaciones del seguimiento del cuatrimestre.
3.1	Identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la entidad para promover la participación en la implementación de los ejercicios de rendición de cuentas con base en fuentes externas.	Manual único de rendición de cuentas	Planeación/ Control Interno	Se encuentra en proceso de elaboración el Manual único de rendición de cuentas.
3.2	Identificar las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural para afectan el desarrollo de la rendición de cuentas.			
3.3	Disponer de mecanismos para que los grupos de interés colaboren en la generación, análisis y divulgación de la información para la rendición de cuentas.		Dirección	Se realizó reunión con equipo de Audiencia de rendición de cuentas con el fin de dar a conocer el objetivo de la misma y realizar la preparación teniendo en cuenta el lenguaje a ultimar. Se evidencia acta de reunión del 04 de mayo de 2019.

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 9 de 32

3.4	Realizar reuniones preparatorias y acciones de capacitación con líderes de organizaciones sociales y grupos de interés para formular y ejecutar mecanismos de convocatoria a los espacios de diálogo.	Acta de reunión	Planeación/Control Interno	Se realizó reunión preparatoria día 07 de mayo de 2019, se evidencia acta de reunión preparatoria previa a la audiencia pública de rendición de cuentas.
3.5	Asegurar el suministro y acceso de información de forma previa a los ciudadanos y grupos de valor convocados, con relación a los temas a tratar en los ejercicios de rendición de cuentas definidos	Informe de rendición de cuentas	Dirección Control Interno Planeación	Se elaboró informe de rendición de cuentas de la vigencia 2018 con el fin de ser consultado antes de la rendición de cuentas. http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/INFORME--RENDICION-DE-CUENTAS-2018_compressed.pdf .
4.1	Estandarizar formatos internos de reporte de las actividades de rendición de cuentas que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: Actividades realizadas, grupos de valor involucrados, aportes, resultados, observaciones, propuestas y recomendaciones ciudadanas.	Formatos de reporte	Control Interno	Actividad en desarrollo
4.2	Elaborar proceso de rendición de cuentas de los diferentes procesos que componen la institución	Proceso de rendición de cuentas	Control Interno	Se elaboró y aplicó lista de chequeo de rendición de cuentas teniendo como base la Circular 08 de 2018 de la Supersalud.
4.3	Realización de la jornada de rendición de cuentas	Evento dirigido a la comunidad en general	Gerencia	Se realizó jornada de rendición de cuentas el día 11 de mayo de 2019
4.4	Evaluación del proceso de Rendición de cuentas	Encuesta de calificación	Control Interno	Se aplicó encuesta de satisfacción de la jornada de rendición de cuentas.
4.5	Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas en la entidad	Plan de mejoramiento de la estrategia rendición de cuentas	Planeación/Control Interno	Producto de la rendición de cuentas se levantó acta de rendición de cuentas de acuerdo a los parámetros de la circular 08 de la supersalud, en donde incluyen los compromisos adquiridos en la audiencia rendición de cuentas.
4.6	Publicar los resultados de la rendición de cuentas clasificando por categorías, las observaciones y comentarios de los ciudadanos, los grupos de valor y organismos de control,	Informe de rendición de cuentas	Control Interno	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Rendicioncuentas/ACTA-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-11-DE-MAYO-DE-2019.pdf

1.4.3 Servicio al ciudadano

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página **10** de **32**
Se actualizo el procedimiento de recepción de PQRSDf de conformidad con la circular 08 de 2018 de la Supersalud, agregando la información faltante solicitada en la circular como EPS del usuario, medio de recepción, cedula entre otros.

A través del programa de humanización se ha realizado en las salas de espera de urgencias y consulta de medicina especializada socialización de derechos y deberes de los usuarios.

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 institucionales⁴

- 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> .
- En el área misional se cuenta con el programa de seguridad del paciente, en donde se tiene establecido un link de reporte de eventos adversos en la atención, de los cuales se lleva registro, se realizan análisis de riesgo con los involucrados. Mensualmente se reúne el comité de seguridad del paciente con el fin de exponer los eventos e incidentes presentados en el mes.
- En los meses de marzo y abril se llevó a cabo la elaboración del mapa de riesgo institucional, de acuerdo a la nueva guía de Administración del Riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 4. (Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital).
- Mediante Resolución 101 del 16 de mayo de 2019 Se actualizo la política de Administración del Riesgo en el hospital del Sarare. En donde se definieron las responsabilidades de los riesgos en las tres líneas de defensa de control interno.
- El 16 de mayo de 2019 fue presentado al Comité de control interno el mapa de riesgo Institucional, siendo aprobado: mapa de riesgos de corrupción articulado a riesgos LA –FT (Se priorizaron 4 riesgos), mapa de riesgos de seguridad digital (Se priorizaron 4 riesgos) y mapa de riesgo institucional –procesos (Se priorizaron 3). Para un total de 11 riesgos identificados y priorizados con acciones de gestión del riesgo.

➤ **Mapa de riesgos de corrupción:**

⁴ Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno



Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 11 de 32

No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE			RESULTADO DEL CONTROL	REDUCE	RIESGO RESIDUAL			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
		PROBABILIDAD	IMPACTO	EVALUACION RIESGO			PROBABILIDAD	IMPACTO	NEUEVA EVALUACION				
R1	Contratar con personas naturales o jurídicas, o formas asociadas que se encuentren involucradas a fines restrictivos por trabajo de activo y blanqueo del patrimonio o que tengan acciones registrales por áreas de control del Estado Colombiano.	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	NO PRESENTA CONTROLES	IMPACTO	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	Reducir el Riesgo	Realizar seguimiento a la revisión de listas restrictivas cada vez que se realice un contrato.	Oficial de Cumplimiento SARLAFT	Proponer revisados en Listas restrictivas total de Proponer
R2	Favorecimiento o tramazo en procesos Contractuales y/o Jurídicos	1	4	ZONA DE RIESGO ALTA	NO PRESENTA CONTROLES	IMPACTO	1	4	ZONA DE RIESGO ALTA	Reducir el Riesgo	1. Definir una herramienta de verificación de tiempos de los procesos 2. Seguimiento a los procesos internos e externos 3. Auditoría interna permanente sobre procesos jurídicos	Oficina Jurídica	Actividades Realizadas/actividades Programadas
R3	Pérdida de bienes y activos de la institución	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	NO PRESENTA CONTROLES	PROBABILIDAD	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Reducir el Riesgo	1. Monitoreo a través de inventarios conforme lo estipula el manual de propiedad planta y equipo 2. Capacitación acerca de la responsabilidad y uso de bienes del estado a todos los responsables de activos	Almacén	Actividades Realizadas/actividades Programadas
R4	Faltantes en el inventario de bienes de consumo e insumos para la prestación de los servicios	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	NO PRESENTA CONTROLES	PROBABILIDAD	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Reducir el Riesgo	Monitoreo a través de inventarios conforme lo estipula el manual de propiedad planta y equipo	Almacén y Farmacia	Actividades Realizadas/actividades Programadas

➤ **Mapa de riesgos institucional**

No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE			RESULTADO DEL CONTROL	REDUCE	RIESGO RESIDUAL			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PROCESO	
		PROBABILIDAD	IMPACTO	EVALUACION RIESGO			PROBABILIDAD	IMPACTO	NEUEVA EVALUACION					
R1	Fallo de Demandas en contra de la institución	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABLEDAZ	2	4	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y optimizar procesos de tramitación por comité de conciliación • Actualizar el sitio administrativo de conformación del comité de conciliación • Establecer el reglamento del Comité de Conciliación y aprobar mediante resolución o circular • Realizar estudio de casos atendidos a través del comité de conciliación • Realizar informe que contenga las conclusiones del análisis y las propuestas de acción en cuanto a las medidas que se deben implementar para mejorar y prevenir las problemáticas identificadas, al comité de conciliación, para que se adopten las decisiones a seguir a la luz de... • Realizar plan de acción del comité de conciliación para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, medir la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación • Diseñar y aplicar el documento de políticas de defensa • Documentar los procedimientos asociados a la oficina jurídica teniendo en cuenta nueva normatividad, nuevas formas de operación y propuestas de optimización. • Elaborar un repositorio de los casos que lleva la entidad • Subseguir en la entidad casos litigiosos o litigiosos de todo lo respectivo al trámite de los procesos judiciales. Adicional a ello registrar las actuaciones y decisiones de cada proceso en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado, de acuerdo con las manuales e instrucciones que para el efecto produce la División de Gestión de Información. • Medir y evaluar los resultados de los indicadores de... 	Oficina Jurídica	JURIDICA	
R2	Incumplimiento de los pagos por venta de servicios	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA		IMPACTO	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Mitigar el riesgo		Cartera		
R3	Incumplimiento de las metas definidas por los EAPB para los programas de PyP de la institución.	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABLEDAZ	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento a la gestión de los programas EAPB, a través de la base de datos del Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado, de acuerdo con las manuales e instrucciones que para el efecto produce la División de Gestión de Información. 2. Realizar seguimiento a la gestión de los programas de identificación familiar, control parental y atención del niño, a través de la base de datos del Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado, de acuerdo con las manuales e instrucciones que para el efecto produce la División de Gestión de Información. 3. Verificar en las bases de datos los usuarios por grupos de usuarios, realizar verificación de los antecedentes a través de las atenciones en la unidad móvil con la solicitud de los formularios de verificación (registro e implementación de capacitación técnica) que permitan realizar una demanda inducida efectiva, así como la educación a la participación de los adolescentes y jóvenes a las consultas para la selección temprana de atenciones. 4. Evaluar en los contextos los usuarios en edad fértil a quienes se no han realizado a la consulta de identificación familiar, canalizarlas así mismo cuando estas accedan a los demás programas (consulta de planeación, salud, nutrición, optimización, a través de los formularios de las instituciones subseguir o seguir que asistan como acompañantes. Brindando educación en la importancia de la asistencia al programa de identificación familiar no solo como mecanismo para el sustento del... 	Líder de PyP	PyP	

➤ **Mapa de riesgos de seguridad digital**

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 12 de 32

No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE			RESULTADO DEL CONTROL	REDUCE	RIESGO RESIDUAL			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	IN
		PROBABILIDAD	IMPACTO	EVALUACION RIESGO			PROBABILIDAD	IMPACTO	NUEVA EVALUACION				
R1	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Facturación perteneciente al Software Dinámica General	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	1. Realizar parametrización del módulo de facturación donde se ingresan las tarifas correspondientes a los contratos Capítulos y códigos CUP's. 2. Realizar reunión de conciliación con los responsables de los diferentes módulos con los que interactúa el módulo de Facturación y dejar evidencia física de las mismas.	Líder de Facturación	
R2	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Cartera perteneciente al Software Dinámica General	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	DEBIL	IMPACTO	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Mitigar el riesgo	1. Realizar aplicación de Anticipo y facturas 3. No se evidencia Conciliación entre los valores del Módulo de Cartera con los diferentes módulos que interactúa. 4. No se cuenta con políticas y documentación correspondiente al proceso. 5. Dificultad para generar estados Cartera donde se verifique la edad en día de la Cartera y su clasificación según edades	Reparametrizar, e	
R3	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Tesorería perteneciente al Software Dinámica General	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	3	ZONA DE RIESGO ALTA	Mitigar el riesgo	1. Registrar en el Software (Dinámica General) as conciliaciones bancarias realizadas 2. Realizar reporte oportuno al área de Cartera, de los registros que llegan al módulo de tesorería 3. Realizar conciliación entre los valores del Módulo de Tesorería, con los diferentes módulos que interactúa, dejar evidencia física de las mismas. 4. Documentar y aprobar los procedimientos del proceso. 5. Parametrizar el cheque en de abstracción del presupuesto; en el Concepto de Pago del módulo de tesorería		
R4	Pérdida de Integridad en la Información correspondiente al Módulo de Presupuesto perteneciente al Software Dinámica General	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	DEBIL	PROBABILIDAD	4	4	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Mitigar el riesgo	1. Realizar activación de la interfaz de presupuesto con los demás módulos. 2. Realizar reunión de conciliación con los responsables de los diferentes módulos con los que interactúa el módulo de Presupuesto y dejar evidencia física de las mismas.		

A la fecha de realización de este informe se encuentra en proceso de seguimiento la evaluación de las actividades planteadas en los diferentes mapas de riesgos

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.⁵ Este componente se evidencia a través de políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que sean llevadas a cabo aquellas acciones necesarias para administrar el riesgo. Estas actividades, manuales o automáticas, tienen varios objetivos y son aplicadas en diferentes niveles de la organización

3.1 Implementar políticas de operación

Teniendo en cuenta la importancia de las Políticas de Operación como elemento de control, para la definición de lineamientos alineados a los procesos y procedimientos, se evidencia la aprobación de las siguientes políticas

En el periodo evaluado se ha definido las políticas tiene definidas las políticas:

- Política de seguridad del paciente

⁵ Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página **13** de **32**

- Política de humanización
- Política ambiental,
- Política de seguridad vial,
- Política de gestión documental,
- Política de seguridad y salud en el trabajo
- Política de administración del riesgo.
- Política de seguridad informática.

Se tienen documentadas pero pendientes por aprobación las siguientes políticas:

- Política de integridad
- Política de fortalecimiento Institucional y simplificación de procesos
- Política de Talento humano.

3.2 Monitorear la implementación de lineamientos del riesgo

El monitoreo de las actividades de control sirven como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forman parte integral de los procesos, su objetivo es permitir el control de los riesgos identificados, con el fin de lograr los objetivos de la entidad.

Como parte del monitoreo está en proceso de actualización el Manual de administración del riesgo, documento que permite la gestión de los riesgos, este monitoreo es realizado por el área de planeación, articulado lo contenido en los mapas de riesgos a los planes de acción por procesos permitiendo el monitoreo cada tres meses

3.3 Modelo de operación por procesos

⁶La adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización.

Se cuenta con un sistema de gestión integrado que integra el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual se encuentra en actualización adaptación a los requerimientos del MIPG.

Se cuenta con mapa de procesos Institucional donde se identifica la cadena de valor y los cuatro tipos de procesos. En el momento se encuentra en proceso de actualización del mapa de procesos de acuerdo a la integración de los modelos MIPG, SOGCS y MIAS.

Los procesos del área misional se encuentran actualizados en su gran mayoría, socializados y evaluados conforme a los requerimientos de habilitación. Los procesos y procedimientos del área contable se encuentran en proceso de actualización,

⁶ Trabajo por procesos MIPG

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 14 de 32 documentados pendientes por revisión y aprobación. Estos se encuentran en red y pueden ser consultados desde los diferentes computadores.

4. EFECTUAR EL CONTROL A LA INFORMACION Y A LA COMUNICACIÓN

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.⁷

4.1 Gestión Documental

Para el cumplimiento a los lineamientos requeridos a los procesos de producción, archivación, recepción, distribución, trámite organización documental, consulta, conservación y disposición final de los documentos de la entidad, sirve de guía el conjunto de políticas operativas, orientaciones, procesos, metodologías, instancias e instrumentos técnicos y administrativos diseñados para garantizar la organización y disponibilidad de la documentación e información que sirve como soporte al cumplimiento de la misión de la entidad.

Se aplica para toda documentación de la institución que genere o reciba, desde su origen hasta su destino final con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

De igual forma es de gran importancia precisar la gestión documental donde se relaciona de la siguiente manera:

- Política de Gestión documental aprobada por Resolución 221 – A de 20 de octubre de 2017 dando como objetivo la implementación de los mecanismos necesarios para garantizar la conservación de la información durante el ciclo vital (archivos de gestión, archivo central y archivo histórico)
- Tablas de Retención Documental aprobada por Resolución 168 de 20 de junio de 2013 dando como objetivo el listado de series con el correspondiente tipo documental, donde asigna el tiempo de permanencia en cada etapa de ciclo vital del documento
- Inventarios Documentales el cual se debe hacer entrega por el formato SIS-03-F20 cada trimestre.
- Tabla de Valoración Documental el cual permite planificar las acciones de acuerdo al tratamiento de la documentación, señalando los tiempos en que un documento debe seleccionarse, eliminarse y preservarse. Aprobado por Resolución 173 de 19 de septiembre de 2017.

⁷ Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 15 de 32

Para la eliminación de un documento se realiza reunión con el comité de Gestión y Desempeño y se levanta acta de reunión formato SEI-01-F15, por lo tanto, para el primer y segundo trimestre se realizaron dos actas de eliminación.

- Plan Institucional de Archivos- PINAR establece un marco de referencia para la planeación y desarrollo de la función archivística para garantizar la sostenibilidad financiera, Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida, Optimizar la gestión de los procesos del SGI y mantener actualizados los sistemas de información, por el cual está aprobada por Resolución 141 18 de julio de 2018.
- Programa de Preservación Documental se aplica a todos los procesos de la Institución, teniendo en cuenta el ciclo vital de los documentos, usando como instrumento las tablas de retención documental en las diferentes fases de los archivos aprobada mediante Resolución 161 de 01 de julio de 2015.
- Los Procedimientos- Auditorias se realiza cada trimestre comunicando mediante carta de compromiso por control interno informando el objetivo y alcance de la auditoria, el cual la dependencia auditada presenta carta de representación confirmando el desarrollo de las auditorias.
- Guía Terminológica de Series y subseries Documentales donde facilita a los usuarios a acceder a la información bajo los parámetros de la Tabla de Retención Documental, dando la aplicabilidad a todos los procesos estratégicos misionales, de apoyo y de seguimiento y control.

4.2 Comunicar internamente la información

La comunicación interna manifiesta a la necesidad de difundir información institucional al interior de la Entidad dando a conocer de manera rápida, oportuna y clara, sobre los objetivos, planes, estrategias, normatividad y demás temas pertinentes de cada una de las áreas de la institución.

MEDIO INFORMATIVO	IMPORTANCIA
WhatsApp	Por medio de grupos de cada dependencia se envía la información pertinente de importancia. Por el cual se recomienda oficializarlo como medio de comunicación rápida y eficiente.
Facebook Interno	Se publica información de interés solo para los funcionarios de la entidad. https://www.facebook.com/hospital.delsarare
Correo Institucional	Se envía información solo para los líderes de proceso ya que solo tienen acceso a esta plataforma. https://dallas149.arvixeshared.com:2096/

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 16 de 32

4.3 Comunicarse con los Grupos de Valor

Para el cumplimiento de la publicidad y transparencia donde tiene como objetivo contactar, difundir y transmitir toda aquella información de calidad a los grupos de valor, la Entidad presenta estadísticas del periodo evaluado de: Marzo a junio de 2019

PROGRAMAS RADIALES 2019				
GUION #	NOMBRE DE PROGRAMA	PROFESIONAL	FECHA	MEDIO DE COMUNICACIÓN
1	DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS (SIAU)	EDIL RODRIGO TUMAY	01/02/2019	https://www.facebook.com/hospital.de/sarare/videos/2299235230347402/?t=18
2	PROGRAMA HUMANIZACIÓN	NILSE MILENA TELLEZ	27/03/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/260971568115040/?t=7
3	PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	YENNY CONTRERAS	24/04/2019	No se presentan evidencias en el Facebook externo de la institución
4	POLITICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CLARA NUBIA ROLON	03/05/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/856487684703964/?t=17
5	GENERALIDADES DE LA TERAPIA RESPIRATORIA	GABY RAMIREZ	08/05/2019	No se presentan evidencias en el Facebook externo de la institución
6	RENDICION DE CUENTAS	JHONATAN SOLANO	10/05/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/383689405572396/?t=23
7	SUICIDIO	YESIKA LORENA SANCHEZ	17/05/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/182462619344707/?t=13
8	CODIGO DE INTEGRIDAD	PADRE HEILER GIRALDO	22/05/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/2415668705321739/?t=6
9	GENERALIDADES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	RUBY STELLA CHACON	24/05/2019	Se evidencia fotografía pero no el video en el Facebook externo de la institución



Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 17 de 32

10	APLICACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR	MAYERLIN REYES	29/05/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/1084544231746014/?t=2
11	GENERALIDADES DE LA FONOAUDIOLOGIA	CLARA INES CRISTANCHO	31/05/2019	Se evidencia fotografía pero no el video en el Facebook externo de la institución
12	REGISTRO CIVIL	ELIZABETH AVELLANEDA	05/06/2019	No se presentan evidencias en el Facebook externo de la institución
13	SOCIALIZACION DERECHOS Y DEBERES DE LA COMUNIDAD	FLOR MARIA TRILLOS	07/06/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/655226784942675/?t=29
14	LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS	CLARA NUBIA ROLON	12/06/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/2240660622684379/?t=2
15	ASIGNACION DE CITAS TELEFONICAS	MARITZA MARTINEZ(SIAU)	14/06/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/925118061164961/?t=30
16	SOAT	ROSALBA BASTOS	19/06/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/1261400304029824/?t=33
17	SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN LABORATORIA CLINICO	MARIA JESUS GELVEZ	21/06/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/374896273168511/?t=11
18	SALUD MENTAL	YURI GELVIS	26/06/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/2458607540870624/?t=11
19	VIOLENCIA DE GENERO	ADRIAN PUERTA	28/06/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/201324927463661/?t=10
20	CLASIFICACION TRIAGE	YANED GRUESO	03/07/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/882230962109649/?t=2
21	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	ALEJANDRA AGUILAR	05/07/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/621233091722573/?t=4

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 18 de 32

	IDAS POR VECTORES			
22	GENERALIDADES DE RADIOLOGIA	MILTON MATEUS	17/07/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/151511245529222/?t=5
23	GENERALIDADES DE LA FISIOTERAPIA	LORENA AVELLANEDA	19/07/2019	https://www.facebook.com/HospiSarareEse/videos/873468963032447/?t=4
24	OBESIDAD	DAIRO ORTEGA	24/07/2019	Se evidencia fotografía pero no el video en el Facebook externo de la institución
25	PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	EDITHLEY PERILLA	26/07/2019	Se evidencia fotografía pero no el video en el Facebook externo de la institución

Durante el periodo se realizó seguimiento en los medios de comunicación interna y externa el cual la institución cuenta con redes sociales, Facebook Interno y Externo, Instagram, Twitter, YouTube, Portal web, cartelera y radio; donde a través de estos medios se publican información sobre actividades y gestión para el cumplimiento de la misión de la institución.

4.4.1 Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias

se realizó el informe correspondiente a la clasificación, interpretación y análisis de los resultados obtenidos a partir Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, felicitaciones y Demandas recibidas en el sistema de información y atención al usuario, SIAU para el primer y segundo trimestre del año 2019.

Primer Trimestre

Peticiones	1	138	74.19%
Quejas	2	22	11.82%
Reclamos	3	20	11.81%
Sugerencias	4	2	1.1%
Felicitaciones	5	4	2.15%
Demandas	6	0	0%
TOTAL		186	100%

Se presentaron 186 PQRSFD en los buzones que se encuentran en toda la entidad.

Segundo Trimestre

Peticiones	1	3	4.05%
Quejas	2	19	25.67%
Reclamos	3	41	55.40%

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 19 de 32

Sugerencias	4	1	1.35%
Felicitaciones	5	10	13.51%
Demandas	6	0	0%
TOTAL		74	100%

Se presentaron 74 PQRSFD en los buzones que se encuentran en toda la entidad.

4.4.2 Política de Operación “Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias”

Para dar cumplimiento a los requerimientos establecidos por la Circular Externa 000008 del 4 de septiembre de 2018 de la SUPERSALUD y Ley 1755 de 2015 se encuentra actualizado a la normatividad vigente el procedimiento “Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos o Sugerencias” a través del formato SIC-01-P01, el cual tiene como objetivo establecer los mecanismos para la recepción y vías de solución a las PQRS y demás solicitudes de información manifestadas por la comunidad.

Los canales de atención a las PARSFD son recibidos por los buzones de sugerencias, presenciales, portal web, correspondencia y a la asociación de usuarios ASOSALUPA. Las aperturas de buzones se realizan los días 15 y 30 de cada mes, en compañía de un representante de ASOSALUPA, personal del SIAU, Representante de Control Interno y un delegado del sindicato, por lo tanto, se cuentan y se firma el formato de apertura de buzones de toda la entidad.

El plazo de respuesta es de 15 días hábiles, donde se realiza un acta de reunión con el líder de proceso de la dependencia del peticionario y se firma dando respuesta a la misma, se llama al afectado y se hace entrega ya sea por medio de correo electrónica, personal, Cartera de la institución y/o vía WhatsApp.

4.4.3 Sistemas de información, herramientas y recursos de software

Se relaciona los recursos tecnológicos en la siguiente tabla para el procesamiento de la información de la Entidad del primer y segundo trimestres de 2019 cuyos controles están inmersos a la información administrativos y misionales de la institución, por lo tanto, los servicios de información y tecnologías están alineados a los objetivos institucionales.

SISTEMA DE INFORMACION ADMINISTRATIVO	SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL
Gestión Documental – Nivel consulta	Dinámica Gerencial – Misional
SIGEP- Sistema de información y Gestión del Empleo	CNT- Nivel Consulta
Función Pública- Nivel Consulta	EDL-APP Evaluaciones de Desempeño
Furag- Avance de gestión	
Dinámica Gerencial – Administrativos	
WIMAS- Nivel Consulta	

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 20 de 32

MURAC- Manual único de rendición de cuentas	
Gestor Normativo – Función Publica	
Bancos: BBVA, Banco Agrario, Davivienda, Bancolombia.	
EDL-APP Evaluaciones de Desempeño	
SECOP – Publicación de Documentos de Proceso	
Pamec- mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad	

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.⁸

En el periodo evaluado se realizaron las siguientes actividades permanentes y periódicas de monitoreo y supervisión, con el fin de verificar el cumplimiento de actividades pactadas y el cumplimiento normativo:

En el periodo evaluado se realizaron los siguientes informes y evaluaciones:

- Se elaboró y se reportó Informe ejecutivo anual del estado del control interno vigencia 2018 a la Contraloría Departamental.
- Se realizó la evaluación por dependencias de la vigencia 2018, a los procesos que contaban con plan de acción.
- Informe a la contraloría departamental: informe de gestión de la oficina de control interno e informe del estado del sistema de control interno.
- Se elaboró Informes de seguimiento al cumplimiento del plan anticorrupción y atención al con corte a 30 de abril de 2019
- Informe seguimiento a PQRS primer y segundo trimestre de 2019.
- Informe de seguimiento de constatación oportuna de derechos de petición y solicitudes de los ciudadanos.

⁸ Tomado MIPG Lineamientos de la Política de Control Interno

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 21 de 32

- Informe de seguimiento de austeridad del gasto: servicios públicos (agua, luz, telefonía fija y móvil), combustible.

Dentro del periodo evaluado entre otros, se han realizado además de los informes a entes 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 primer trimestre 2019.

Como principal herramienta de autoevaluación se tiene los comités institucionales; en el periodo evaluado se evidencian actas de reunión con compromisos pactados de los siguientes comités:

- Comité de Gestión y Desempeño (Archivos)
- Comité de Gestión y Desempeño (Inventarios)
- Comité de Gestión y Desempeño (Gestión Ambiental)
- Comité de Gestión y Desempeño (Emergencias)
- Comité de Gestión y Desempeño (Calidad)
- Comité de Gestión y Desempeño (Compras)
- Comité de Gestión y Desempeño (Bienestar Social)
- Comité de Gestión y Desempeño (Rendición de cuentas)
- Comité COPASST
- Comité de Convivencia
- Comité de Conciliación
- Comité de Historias clínicas
- Comité de seguridad del paciente
- Comité de ética
- Comité docente asistencial
- Comité de control interno

5.1 Evaluación independiente FURAG 2018

De acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la función pública en los meses de marzo de 2019 se realizó la evaluación a la implementación del MECI y MIPG a través del formulario único de avance en la gestión FURAG correspondiente a la vigencia 2018.

Los resultados del avance de MECI y MIPG fueron presentados al Comité de Control Interno el día 16 de mayo de 2019, a continuación, se presentan los resultados del FURAG 2018:

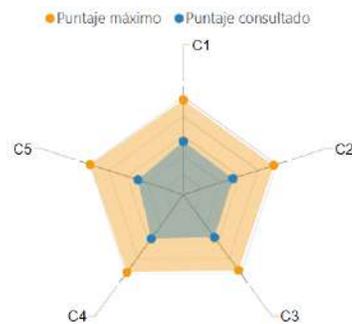
5.1.1 MECI

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 22 de 32
Índice de Control Interno: Mide la capacidad de la entidad pública de contar con una serie de elementos clave de la gestión, cuyos controles asociados son evaluados de forma permanente, con niveles de autoridad y responsabilidad definidos a través de las líneas de defensa, orientados a la prevención, control y gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora continua:



El avance en la implementación del MECI se encuentra en 52% un punto por encima de los promedios de los Grupos Par con los cuales fuimos comparados quienes están en el 51.7%, este resultado se debió a que la forma de evaluación comparada con los años anteriores es más detallada en las preguntas sobre la implementación del modelo estándar de control interno (MECI), se pudo observar NO se tienen actividades y/o lineamientos en temas como evaluación de cumplimiento de los valores y principios del servidor público, evaluación de clima laboral, estructuración y establecimiento de los canales de comunicación internos, promoción de espacios de capacitación a líderes y sus equipos en la gestión del riesgo, análisis del riesgo de la planeación estratégica, operatividad del comité de gestión y desempeño en temas de mejora continua, evaluación del cumplimiento de la política de gestión del riesgo, identificación gestión de riesgos por procesos (documentación de acciones y evaluación) por parte de los líderes de proceso, **Diseño de controles teniendo en cuenta los 6 requisitos, es decir no cumplen con los elementos par aun diseño adecuado de control (asignar responsable, definir periodicidad, descripción de cómo se realiza el control, manejo frente a desviaciones, y evidencia de la ejecución,** la verificación de que los controles correspondan al diseño para el cual fueron creados, establecimiento de lineamientos y/o política para generar y comunicar la información, Contar con una estrategia de comunicaciones, mecanismos de evaluación de la efectividad, accesibilidad, confiabilidad, oportunidad, etc. de la comunicación, Verificación de la integralidad y confiabilidad de la información, establecimiento de líneas de denuncias que permitan comunicación anónima y confidencial, información a líderes sobre sus responsabilidades de control interno, formulación de planes de mejoramiento de procesos producto de comités, autoevaluaciones, auditorias de proceso, verificación de avance de las acciones de mejoramiento, plan de auditoria basado en riesgos.

II. Índices de desempeño de los componentes MECI



Nota: Para las consultas por entidad el puntaje máximo corresponde al puntaje máximo del grupo par, para las demás consultas corresponde al puntaje máximo general.

Dimensión	Puntaje consultado	Puntaje máximo
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	53,7	96,31
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	52,4	95,50
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	53,1	94,21
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	54,9	96,02
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	48,1	96,64

5.1.2 MIPG

Gestión estratégica del talento humano



Medición del nivel de avance de la política de talento humano: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para gestionar adecuadamente su talento humano de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad, las normas que les rigen en materia de personal y la garantía del derecho fundamental al diálogo social y a la concertación, promoviendo la integridad en el ejercicio de las funciones y las competencias de los servidores públicos.

Integridad



Medición del nivel de avance de la política de integridad: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para implementar la estrategia de cambio cultural que incluya la adopción del código de integridad del servicio público, el manejo de conflictos de interés y el fortalecimiento de la declaración de bienes y rentas, la gestión de riesgos y el control interno.

Planeación institucional



Medición del nivel de avance de la política de planeación institucional: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para, a partir de las necesidades de sus grupos de valor, proyectar sus objetivos, metas y resultados, definir los mejores cursos de acción y recursos para lograrlos, identificar los riesgos a los que está expuesta y diseñar los mecanismos para el seguimiento, control y evaluación.

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 24 de 32



Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos



Medición del nivel de avance de la política de fortalecimiento organizacional: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para desarrollar y formalizar un diseño o rediseño organizacional, donde a partir del entendimiento de los objetivos institucionales de la entidad, se realice una revisión técnica que oriente el modelo de operación por procesos, la estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines.



Gobierno digital



Medición del nivel de avance de la política de gobierno digital: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para usar y aprovechar tecnologías de la información y las comunicaciones TIC para consolidar un Estado y ciudadanos proactivos e innovadores que generan valor público en un entorno de confianza digital.



Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción



Medición del nivel de avance de la política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para garantizar el acceso a la información pública por parte de las entidades.



Servicio al ciudadano



Medición del nivel de avance de la política de servicio al ciudadano: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para emprender estrategias de fortalecimiento de componentes visibles (de la ventanilla hacia afuera) y no visibles (de la ventanilla hacia adentro) por sus usuarios, para la entrega de servicios oportunos, certeros, de calidad y satisfactorios.



Participación ciudadana en la gestión pública



Medición del nivel de avance de la política de participación ciudadana en la gestión pública: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para diseñar y ejecutar la estrategia anual con los mecanismos, espacios y acciones a través de las cuales se facilitará y promoverá la participación de la ciudadanía y sus organizaciones en los asuntos de su competencia, permitiendo con ello niveles de incidencia y contribución ciudadana al logro de resultados institucionales para la satisfacción de las necesidades y derechos.



Seguimiento y evaluación del desempeño institucional



Medición del nivel de avance de la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para conocer de manera permanente los avances en su gestión y la consecución efectiva de los resultados planteados con la oportunidad, cantidad y calidad esperadas, e implementar acciones para mitigar los riesgos que la desvían del cumplimiento de sus objetivos y metas. Así mismo, el compromiso de la entidad para identificar aciertos y desaciertos en su gestión y promover acciones de mejora para superarlos.

Control interno



Medición del nivel de avance de la política de control interno: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Se recomienda operatividad el Comité de Gestión y Desempeño en lo referentes al seguimiento a la implementación del MIPG.
- Se recomienda 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.
- Se recomienda realizar con oportunidad los Planes de Capacitación e Incentivos de conformidad al Decreto 612 de 2018 y la guía de Estímulos de servidor público última versión.
- Se recomienda cumplir con los lineamientos de la circular 017 de 2017 de la procuraduría en lo referente al SIGEP.
- Se recomienda llevara al día el proceso de evaluación de desempeño, toda vez que se pudo evidenciar que faltan muchas evaluaciones de desempeño del primer semestre del periodo enero 2018 a febrero 2019. Y no se han terminado de concertar los objetivos del periodo enero 2019 a febrero 2020.
- Realizar capacitación a líderes de proceso en gestión del riesgo y formulación de controles (con el cumplimiento de los 6 requisitos de un control). Mayor socialización de los mapas de riesgos.
- Definir la política de gestión presupuestal y Eficiencia del gasto público, la política de Gobierno digital, servicio al ciudadano, racionalización de trámites, participación ciudadana, gobierno en línea, defensa jurídica, Transparencia y acceso a la información, etc, y demás faltantes del MIPG.
- Dar cumplimiento a las estrategias definidas de para la defensa jurídica en I actualización de los consentimientos informadas de acuerdo a lo definido en el comité de conciliación y defensa jurídica.

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 26 de 32

- Se recomienda actualizar la política de calidad donde se incluya la periodicidad de actualización de procesos y procedimientos tanto del área misional como el área administrativa.
- Las políticas de operación de los procesos en su gran mayoría se encuentran desactualizadas o no se han documentado.
- Se recomienda para la vigencia 2019, realizar la autoevaluación para la acreditación en el último bimestre de 2019 y/o enero de 2020 con el fin de armonizar los planes de acción y PAMEC.
- Si bien se tiene medios de comunicación se recomienda definir y/o aprobar plan de comunicaciones basado en necesidades de comunicación tanto internas como externas, definiendo la evaluación de la efectividad de la estrategia de comunicación utilizadas.
- Efectuar revisión, aprobación y divulgación a los documentos pendientes por aprobación.
- Realizar la medición de la calidad de la información y formular plan de calidad de la información. Establecer un proceso documentado e implementado para el procesamiento y análisis de la información.
- Realizar análisis y seguimiento a indicadores reportados a entes de control del Decreto 2193 de 2004 y Resolución 256 de 2016.

CHEILA ALEXANDRA ALVARADO ROJAS
Asesor Control Interno

ANEXO RECOMENDACIONES MIPG

Dimensión del talento humano

El propósito de la primera dimensión de MIPG Talento Humano es ofrecerle a una entidad pública las herramientas para gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro),

- Gestión Estratégica del Talento Humano
- Integridad

Las actividades que arrojaron una la más baja calificación las cuales deben ser priorizadas en plan de mejoramiento y/o plan de acción:

- Definir la política de gestión estratégica del talento humano con los lineamientos del MIPG
- Conocer y considerar toda la normatividad aplicable al proceso de TH (debe estar recopilada, organizada y fácilmente accesible la normatividad aplicable al proceso de Talento Humano de la entidad).
- Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional
- Realizar reinducción a todos los servidores máximo cada dos años
- Llevar registros apropiados del número de gerentes públicos que hay en la entidad, así como de su movilidad
- Contar con información confiable y oportuna sobre indicadores claves como rotación de personal (relación entre ingresos y retiros), movilidad del personal (encargos, comisiones de servicio, de estudio, reubicaciones y estado actual de situaciones administrativas), ausentismo (enfermedad, licencias, permisos), prepensionados, cargas de trabajo por empleo y por dependencia, personal afrodescendiente y LGBTI.
- Llevar a cabo las labores de evaluación de desempeño de conformidad con la normatividad vigente y llevar los registros correspondientes, en sus respectivas fases.

Dimensión direccionamiento estratégico y planeación:

El propósito es permitirle a una entidad pública, definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

- Definir la política de Planeación de acuerdo a los lineamientos del MIPG
- Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, a fin de tomar decisiones en el momento justo.

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página **28** de **32**

- Identificar, por parte del equipo directivo, aquellos riesgos que impidan el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas.

Dimensión gestión para resultados con valores

Esta dimensión agrupa un conjunto de políticas, o prácticas e instrumentos que tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público. Esta dimensión se entenderá desde dos perspectivas: la primera, asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación de la organización, en adelante “de la ventanilla hacia adentro”; y la segunda, referente a la relación Estado Ciudadano, “de la ventanilla hacia afuera”.

Para el desarrollo de esta dimensión deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas de gestión y desempeño institucional:

De la ventanilla hacia adentro:

- Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
- Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público
- Gobierno digital
- Seguridad digital
- Defensa jurídica
- Mejora normativa

Relación Estado Ciudadano:

- Racionalización de Trámites
- Participación ciudadana en la gestión pública
- Servicio al Ciudadano
- Gobierno Digital
- Integridad

Las actividades que arrojaron una la más baja calificación las cuales deben ser priorizadas en plan de mejoramiento y/o plan de acción:

- Definir la política de Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público
- Realizar el Programa Anual Mensualizado de Caja PAC
- Definir política de Gobierno digital
- Terminar con la actualización en el sitio web oficial de conformidad al ITA.
- Actualizar y difundir los datos abiertos respecto del total de datos estratégicos identificados por la entidad
- Formular en la estrategia de participación ciudadana, cuáles de las siguientes actividades se pueden realizar a través de medios electrónicos:
- Formular y actualizar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI), de acuerdo con el marco de referencia de Arquitectura Empresarial del Estado

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 29 de 32

- Definir una metodología de gestión de activos de información donde se tengan en cuenta aspectos como: Cumplimiento legal, fechas de actualización, propietarios y criticidad de los activos.
- Definir e implementar la estrategia de gobierno en línea
- Definir política de defensa jurídica. Definir Políticas a través de comité y adoptarlas, definir plan de acción del comité de conciliación para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, medir la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación. Y Diseñar y aplicar el documento de políticas de defensa. Documentar los procedimientos asociados a la defensa jurídica teniendo en cuenta la normatividad. Organizar el archivo de gestión de los casos que lleva la entidad. Realizar Capacitación de casos más frecuentes de para prevenir daño antijurídico.
- Definir la política de servicio al ciudadano
- Definir mecanismos de evaluación periódica del desempeño de sus servidores en torno al servicio al ciudadano.
- Definir la política de Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano
- Determinar una política de tratamiento de datos personales, con lineamientos para la protección y conservación de datos personales.
- Definir la Política de Racionalización de tramites de Acuerdo a los Lineamientos establecidos en el MIPG.
- Definir la política de Participación ciudadana en la gestión pública
- Estandarizar formatos internos de reporte de las actividades de rendición de cuentas que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: Actividades realizadas, grupos de valor involucrados, aportes, resultados, observaciones, propuestas y recomendaciones ciudadanas.

Dimensión Evaluación de Resultados

El propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico.

- Definir la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional
- Realizar tablero de Control de Indicadores
- Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados. Para ello se debe realizar gestión oportuna de indicadores por cada uno de las áreas o procesos misionales como de apoyo, con el fin de que el análisis de los indicadores sea pertinente para la mejora en la toma de decisiones y en el control organizacional.
- Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para definir o redefinir cursos de acción, trayectorias de implementación y objetivos, metas y resultados.

Dimensión información y comunicación.

La entidad debe diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro de ella y en su entorno, que 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

Es importante señalar que, en materia de sistemas de información y comunicación, se deben seguir las indicaciones señaladas en materia de TIC para gestión de la política de Gobierno Digital implementar un adecuado esquema operativo en las organizaciones.

Las actividades que arrojaron una la más baja calificación las cuales deben ser priorizadas en plan de mejoramiento y/o plan de acción:

- Actualización de Tabla de Retención Documental
- Realizar preservación de documentos en soporte digital.
- Realizar clasificación de la información y establecimiento de categorías de derechos y restricciones de acceso a los documentos electrónicos, definir requisitos del documento electrónico.
- Definir una política de Transparencia, acceso a la información pública
- Diseñar estrategia de comunicación que permita capacitar a los funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014.
- Hacer seguimiento a la gestión en el tema de transparencia y acceso a la información pública a través de indicadores que son medidos periódicamente.
- Formalizar medio y/o canales de comunicación, aplicar instrumento de eficiencia de los canales de comunicación actuales ay partir del mismo definir estrategia de comunicaciones.

Dimensión Control Interno:

El objetivo del MECI es proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol). Para ello, las entidades, en términos generales deberán diseñar y mantener la estructura del MECI a través de sus cinco componentes y asignar las responsabilidades en la materia, a cada uno de los servidores.

Las actividades que deben se reforzadas por cada uno de las líneas de defensa:

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 31 de 32
Es necesario realizar la capacitación sobre las responsabilidades y funcionamiento de las tres líneas de defensa y su rol dentro del Sistema de Control Interno, toda vez que esta estructura es nueva para la entidad.

Por líneas se recomienda reforzar:

❖ **Primera línea de defensa (subgerentes y líderes de proceso):**

- Evaluar el cumplimiento de los valores del servidor público
- Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las medidas de mejora.
- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales
- Definir y mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el quehacer de los procesos.
- Establecer formalmente los canales de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de control interno
- Informar (difundir) sobre la evaluación a la gestión institucional (plan de acción, mapa de riesgos, etc.) a todos los integrantes del proceso.
- Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad

❖ **Segunda línea de defensa (líder de planeación, de calidad, de sistemas de información, de salud ocupacional):**

- Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales.
- Revisar y Asegurar los controles definidos por la primera línea de defensa se efectivos e informar sobre la ocurrencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada
- Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI
- Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones

❖ **Tercera línea de defensa (control interno)**

- Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa
- Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.
- Suministrar recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.
- Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa

Informe cuatrimestral MECI marzo 2019 a junio de 2019 del Página 32 de 32

ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ DE CONTROL INTERNO

- Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa.
- Asegurar el cumplimiento de la política de administración del riesgo.
- Dar más operatividad al comité de control interno.
- Asegurar que los servidores responsables (tanto de la segunda como de la tercera línea defensa cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias