

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Marzo - Junio 2018

INTRODUCCION

Por la naturaleza pública de los recursos con los que opera el Estado, los controles que se han diseñado para su gestión son muy exigentes: control interno, extensas reglas de contratación, criterios de selección y meritocracia para el servicio civil, seguridad digital, lineamientos de archivo y publicación de la información, entre otros.

En cumplimiento de su misión, las entidades públicas deben ser eficientes, sin desconocer las reglas que rigen la Administración Pública. Además, es necesario que garanticen la participación ciudadana en su gestión y que trabajen sin descanso por mejorar la cultura de servicio a la comunidad, razón de ser del servicio público.

La ESE Hospital San Roque de Pradera, reconoce el Control Interno como parte integral de la estructura Administrativa y funcional, tal como lo establecen los artículos 209 y 269 de la Constitución Nacional y lo reglamente la Ley 87 de 1993; lo cual implica que la institución acata lo referido en el Decreto No. 1083 del 26 de mayo de 2015 “Único de la Función Pública” y en los Decretos 648 de abril de 2017 y 1499 de septiembre de 2017, que lo modifican y adicionan. Igualmente, cumple las directrices del Consejo Asesor Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

En tal sentido, hoy día el Sistema de Control Interno se define como la séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual es una herramienta transversal clave para el mejoramiento continuo de la entidad y para asegurar razonablemente que las demás dimensiones del MIPG cumplan su propósito; evaluando los componentes de Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y comunicación y Actividades de Monitoreo; aplicando las actividades de la Tercera Línea de Defensa que orienta el MIPG.

MIPG es reflejo del compromiso que tenemos todos los servidores públicos con nuestros conciudadanos. Si todos nos comprometemos a que el Estado invierta menos recursos en su gestión interna superando los estándares de eficiencia, dedicaremos más esfuerzos a satisfacer las solicitudes de la ciudadanía. En últimas, y este es el mensaje que persigue el MIPG: todos estos esfuerzos administrativos valen solo si terminan teniendo impacto donde más importa: mejor calidad y cubrimiento de los servicios del Estado.

Mientras se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 2, la medición del Sistema de Control Interno, se efectuará en el aplicativo en el que se diligencia el Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión, FURAG. Esta medición tendrá como propósito conocer el estado del sistema y el nuevo esquema de evaluación.

Para avanzar en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se realizará el autodiagnóstico en cuanto a:

DIMENSION DEL MODELO	CUESTIONARIOS	RESPONSABLE
1. Talento Humano	1.1 Gestión del Talento Humano	Coordinador del Talento Humano
	1.2 Integridad	
2. Direccionamiento Estratégico y Planeación	2.1 Direccionamiento y Planeación	Coordinador de Planeación
	2.2 Plan Anticorrupción	
3. Gestión con valores para el resultado	3.1 Gestión Presupuestal	Jefe de Presupuesto
	3.2 Gobierno digital (Antes gobierno en línea)	Coordinador de Planeación y coordinador área de Sistemas
	3.3 Defensa Jurídica	Abogado encargado del área jurídica
	3.4 Servicio al ciudadano	Coordinador de Calidad y Líderes de proceso
	3.5 Trámites	Coordinador de Planeación
	3.6 Participación ciudadana	
	3.7 Rendición de cuentas	
4. Evaluación de resultados	4. Evaluación y seguimiento del desempeño institucional	Coordinador de Planeación
5. Información y Comunicación	5.1 Gestión Documental	Técnico en Estadística
	5.2 Transparencia y acceso a la información	Coordinador de Planeación, Coordinador de Calidad y líderes de proceso
6. Gestión del Conocimiento	NA	
7. Control Interno	7. Control Interno	Asesora de Control Interno

Para conocer el estado de las dimensiones el Departamento de la Función Pública estableció una escala de cinco niveles:

Puntaje	Nivel	Color
0 - 20	1	
21 - 40	2	
41 - 60	3	
61 - 80	4	
81 - 100	5	

Para obtener un diagnóstico lo más real posible es necesario que los puntajes

	INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO MARZO A JUNIO DE 2018	Página 4 de 9
---	---	----------------------

ingresados sean muy objetivos con el debido soporte, lo cual conlleva a identificar oportunidades de mejora.

Para este cuatrimestre la oficina de Control Interno como tercera línea de defensa refleja los resultados de la estructura del MECI en sus cinco componentes:

1. AMBIENTE DE CONTROL

- Fortalecer la implementación de la Planeación Táctica del talento humano, mejorar la estructura del componente financiero del programa de capacitación, Seguridad y Salud en el Trabajo; y avanzar en la laborización de planta de personal; acorde con la disponibilidad de recursos.
- Aún no se ha actualizado el Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE Hospital San Roque de Pradera, que es uno de los compromisos de integridad (valores) y principios del servicio público. Una vez actualizado el Código de Ética y Buen Gobierno se deben realizar actividades permanentes sobre los principios y valores éticos para todos los funcionarios de la Entidad
- Se adoptó la metodología para la evaluación del desempeño laboral de la Comisión Nacional del Servicio Civil y se hace necesario realizar la evaluación dentro de los términos establecidos, comunicar los resultados y elaborar los planes de mejoramiento individual.
- La organización debe implementar estrategias pedagógicas y comunicativas para reforzar el significado que tiene para los servidores el ejercicio de la función pública y su responsabilidad con la comunidad y partes interesadas.
- Los directivos de la organización deben inspirar a los equipos de trabajo a que adopten los valores institucionales y se comprometan con el logro de los resultados. Igualmente tener la habilidad de dirigir y aconsejar a los servidores del equipo de trabajo, para anticipar y gestionar los problemas y dificultades en el desempeño de sus labores con el fin de demostrar el compromiso hacia la mejora continua y la innovación orientada a cumplir los objetivos propuestos.
- Aún continúa sin actualizarse el Link de “Transparencia y Acceso a la información pública”.
- Se encuentra en construcción el acto administrativo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

2. EVALUACION DEL RIESGO

- Para este cuatrimestre se verifica que los líderes de proceso realizan seguimiento a los indicadores de los riesgos que pueden amenazar el cumplimiento de los objetivos de la organización.
- Programar la actualización del Mapa de Riesgos de acuerdo a la nueva versión expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y sensibilizar a los líderes sobre el permanente seguimiento y evaluación de los riesgos de los procesos institucionales; depurando riesgos que permitan contar con un mapa mucho más efectivo y ajustado a las actividades de las caracterizaciones.
- Actualizar la política de administración del riesgo, acorde con los objetivos estratégicos de la entidad, a fin de tener lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.
- En la actualización del Mapa de Riesgos la entidad debe unificar los riesgos por proceso, los riesgos de corrupción y los riesgos de seguridad del paciente, con ello se asegura un efectivo seguimiento y control.
- La Oficina de Control Interno realizó capacitación a los líderes de Proceso en el Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano y metodología para la Administración del Riesgo.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

- La institución cuenta con el modelo de operación por procesos, en el cual se determinan las interacciones entre los diferentes procesos de la entidad.
- Las políticas de operación están inmersas en los procedimientos establecidos por cada proceso.
- Aún no se han definido controles en materia de Tecnologías de Información y Comunicación.
- A través del Plan de Desarrollo Institucional se desarrolla la gestión de la entidad, la cual es medida a través del cumplimiento de los planes de acción y encaminada al logro de los objetivos, metas, programas y proyectos institucionales.

- Cada procedimiento establecido en la organización tiene inmerso los controles a los riesgos, los cuales se comprueban por medio de la auditoría interna.

4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

- De conformidad con el artículo 9 Ley 1712 de 2014, la Entidad debe publicar y mantener actualizada en su página Web información relacionada con:
 - ✓ La descripción de su estructura orgánica y funciones
 - ✓ ubicación de sus sedes y horario de atención al público.
 - ✓ Presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual y planes de gasto público para cada año fiscal, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011.
 - ✓ Directorio que incluya cargo, correo electrónico y teléfonos del despacho de los funcionarios y las escalas salariales correspondientes a las categorías de todos los servidores, de conformidad con el formato de información de servidores públicos y contratistas.
 - ✓ Todas las normas generales y reglamentarias; políticas, lineamientos o manuales; las metas y objetivos de las unidades administrativas con sus programas operativos y los resultados de las auditorías al ejercicio presupuestal e indicadores de desempeño.
 - ✓ Plan de compras anual
 - ✓ Las contrataciones adjudicadas para la correspondiente vigencia en lo relacionado con funcionamiento e inversión, las obras públicas, los bienes adquiridos, arrendados y en caso de los servicios de estudio o investigaciones, su tema específico, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011.
 - ✓ Los contratos de prestación de servicios (incluyendo objeto, monto de los honorarios, direcciones de correo electrónico y plazos de cumplimiento), de conformidad con el formato de información de servidores públicos y contratistas.
 - ✓ Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (artículo 9 Ley 1712 de 2014).
 - ✓ De conformidad con el artículo 11 Ley 1712 de 2014, la Entidad debe publicar y mantener actualizada en su página Web información relacionada con:
 - ✓ Información correspondiente a los trámites que se pueden realizar en la Entidad, incluyendo: la normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos.
 - ✓ Los informes de gestión, evaluación y auditoría.
 - ✓ Informe pormenorizado de Control Interno cada 4 meses (artículo 9 Ley 1474 de 2011).
 - ✓ El link de quejas, sugerencias, reclamos y denuncias de fácil acceso para todos los ciudadanos (artículo 76 Ley 1474 de 2011).
 - ✓ Registro de las publicaciones con los documentos publicados.

- Avanzar en la implementación del Programa de Gestión Documental.
- Agilizar la puesta en marcha de la página web institucional, para brindar la transparencia en la información y la comunicación a los usuarios y partes interesadas.
- Una vez se actualice la página web, establecer la estrategia de Gobierno Digital, de acuerdo a los plazos establecidos por la normatividad legal vigente.
- Colocar en funcionamiento el Link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, a través de la página web.

5. MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA

- Fortalecer el autocontrol, autorregulación y autogestión en la Institución, desde la misma elaboración de Planes de Mejoramiento, tanto internos como externos; y su posterior cumplimiento dentro de la oportunidad establecida; contribuyendo así con el mejoramiento continuo del Hospital.
- Se requiere hacer efectiva la implementación y cumplimiento de Planes de Mejora derivados de las Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, tanto internas como externas, de conformidad con el procedimiento institucional.
- Producto de la auditoría Interna de la vigencia 2017 se suscribieron 17 de planes de mejora por los líderes de proceso, a los cuales de acuerdo con el tiempo de ejecución programado, se les realizó el respectivo seguimiento y evaluación, alcanzando un cumplimiento del 72%.
- Se recibió una Auditoría especial a la facturación, glosas y cartera por parte de la Contraloría Departamental del Valle. Esta auditoría correspondió a las vigencias 2014 a 2017, alcanzando un control fiscal interno del 96.7% y en cuanto al cumplimiento de legalidad se obtuvo un porcentaje del 98.1%

ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de control Interno de la ESE Hospital San Roque de Pradera debe seguir fortaleciéndose tomando como base las nuevas directrices del MIPG; resaltándose lo siguiente:

- El compromiso de la Representante Legal de la entidad en contar con la operatividad del Comité de Control Interno, el cual se constituye en base orientadora para el fortalecimiento del Sistema.
- El reporte oportuno de los informes a los diferentes entes de control por los procesos involucrados, acercándose a un reporte oportuno, con calidad y veracidad de la información, fortaleciéndose los pilares del Sistema de Control Interno, como son el Autocontrol, la Autogestión y la Autorregulación.
- Igualmente la Oficina de Control Interno, en cumplimiento a sus funciones y normatividad vigente, presentó todos sus informes de Ley; conservando la independencia en cada uno de ellos.
- Bajo la Coordinación de Calidad, se actualizaron procedimientos de procesos asistenciales y administrativos.
- Reactivación de los Comités del proceso asistencial que van encaminados a fortalecer el direccionamiento estratégico de la entidad.

RECOMENDACIONES

- El control, es responsabilidad de **TODOS** con la coordinación de la Alta Dirección de la entidad.
- Cada líder de proceso debe garantizar que todas las actividades bajo su responsabilidad se cumplan cabalmente, apoyar y asesorar a las personas a su cargo y hacerles un seguimiento continuo.
- Las medidas correctivas que tome permitirán solucionar de forma oportuna los eventos que se presenten en cualquier proceso.
- Separar el comité unificado de Calidad y Control Interno y crear el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.
- Se requiere una disposición especial hacia el mejoramiento continuo.
- A través del control interno se obtienen los resultados de la mejor manera posible con un manejo óptimo de los recursos.

ORIGINAL FIRMADO

RUTH MUÑOZ DUARTE
Asesora de Control Interno