	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 1 de 15
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>		


CI-06

**E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**  
**GUAMAL - MAGDALENA**  
**Dra. MILENA DEL CARMEN CHAVES CHARRIS**  
**GERENTE**

**INFORME PORMENORIZADO DEL MODELO ESTANDAR DE**  
**CONTROL INTERNO 2017 - LEY 1474 DE 2011**

**MALVIS MUÑOZ MORALES**  
**Jefe Oficina de Control Interno**

**Guamal – Magdalena – Febrero 2018**

 <b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 2 de 15

## **INFORME PORMENORIZADO MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO 2017 – LEY 1474 DEL 2011**

**Malvís Muñoz Morales**  
**Jefe Oficina De Control Interno**  
**Periodo Evaluado:**  
**Noviembre 2017 - Febrero 2018**

### **INTRODUCCIÓN**

El Modelo Estándar de Control Interno define una metodología para agregar valor a los Procesos Gerenciales que, junto a los Procesos de Apoyo, garantizan un adecuado cumplimiento de las labores Misionales de la Institución. Visto desde un enfoque temporal, el MECI representa la etapa final, en que se evalúa y retroalimenta a la Gerencia sobre efecto real de los Planes y Procesos implementados:

En cumplimiento de los roles y responsabilidades definidas por la Ley 87 1993, El Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015” determinó en cuanto al MECI y su evaluación lo siguiente:

Artículo 2.2.23.1 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades, el Informe Ejecutivo Anual anteriormente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 del Decreto 1083 de 2015, ha sido modificado, por lo que en adelante será a través del aplicativo FURAG que se estará recolectando la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades, por tratarse de una dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Artículo 2.2.23.3 Medición del Modelo Estándar de Control Interno. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo. La Función Pública establecerá la metodología, la periodicidad y demás condiciones necesarias para tal medición y recogerá la información a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión -FURAG.

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 3 de 15

En este sentido, es importante precisar en el mes de noviembre de 2017 la entidad rindió informe en la evaluación FURAG II, cuyos resultados nos permitirán a todas las entidades contar con la evaluación para la vigencia 2017 de las políticas contenidas en el modelo (incluyendo control interno). La entidad realizó la encuesta de medición, se encuentran los soportes y certificación del cumplimiento en los archivos institucionales Oficina Control Interno de la entidad hospitalaria.

*Ubicación del MECI en la Cadena de Valor del Modelo Integrado de Planeación y Gestión:*




De esta manera, el MECI se constituye en el complemento necesario del Sistema de Desarrollo Administrativo y del Sistema de Gestión de la Calidad, cuyos resultados evalúa y proporciona a los mismos las señales para realizar los ajustes necesarios; a fin de aportar al cumplimiento pleno de la Misión Institucional dentro de un Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

## **1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION**

### **1.1 COMPONENTE DE TALENTO HUMANO**

Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos

La ESE Hospitalaria a través de acuerdos, compromisos y protocolos éticos tiene definidos los estándares de conducta, la E.S.E. cuenta con un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, que se enmarca normativamente al interior de la Institución mediante la Resolución 026 de 2017. Dicho Plan incorpora del Decreto 124 del 26 de enero de 2016, emitido por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, en el cual se definen nuevos elementos metodológicos. La Oficina de Control Interno realizó y publicó el Seguimiento al Plan Anticorrupción presentado.

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 4 de 15
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>		

## Desarrollo del Talento Humano

La E.S.E. cuenta con el Manual de Funciones, Competencias Laborales y Requisitos, actualizado mediante Acto Administrativo Resolucion 0869 del 25 de marzo del 2016, se tiene en cuenta al momento de ingresar un funcionario la selección meritocrática de cargos directivos.


Se preparó Estudio de Formalización Laboral para su presentación a la Junta Directiva. La E.S.E cuenta con El Plan Institucional De Capacitación según Resolución No.0043 del 13 de marzo de 2017. Para la planeación del Talento Humano y las asignaciones civiles la E.S.E tiene en cuenta los Actos Administrativos de creación y/o modificación de la planta de personal.

La E.S.E cuenta con Plan de Capacitación, Plan de Bienestar Social e Incentivos, Comité de Seguridad Social en el Trabajo. Reporte de Información de Ley de Cuotas, a través del aplicativo MECI - FURAG.

### 1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

#### Planes, Programas y Proyectos

- La ESE tiene definida su plataforma estratégica con su Misión, Visión, Valores Corporativos, logo institucional, Mapa de Procesos y Organigrama. Así mismo cuenta con su Plan Operativo Anual (POA) que va articulado del Plan de Gestión de la Gerente; Este a su vez divide todas las áreas en tres (3) grandes macro procesos, se fundamentó bajo la modalidad del Cuadro de Mando Integral; direccionando así mismo, la ejecución de las Metas proyectadas en el Plan Operativo Anual – POAI, en cinco grandes ejes estratégicos, con sus respectivos objetivos estratégicos, propuestos en el Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020. Así: 1. Generalidades, 2. Estructura Programática, 3. Caracterizaciones, 4. Análisis Situacional (DOFA). Así mismo, se encuentra compuesto por 5 Ejes Estratégicos.
- 1- Direccionamiento Estratégico. Compuesto por las metas e indicadores que se deben lograr a través del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y el Plan Operativo Anual. Estos dos elementos dan una visión estratégica y de mejoramiento continuo motivado por autoevaluaciones y auditorías externas que fortalecen la E.S.E.
  - 2- Clínico-Asistencial. Realiza el seguimiento necesario para todas las áreas que prestan atención directa a pacientes, desde un enfoque humano, esperando que desde los Servicios Ambulatorios, Hospitalarios y Extramurales se garantice calidad y seguridad tanto en el manejo de los dispositivos médicos, como en los medicamentos. Estas áreas, tienen evaluación permanente a través de metas e indicadores que miden el desempeño.

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 5 de 15
INFORMES CONTROL INTERNO		

- 3- Administrativo y financiero. La sostenibilidad financiera, que busca fortalecer la efectividad en la gestión de cartera y una facturación real; además de establecer los parámetros legales que le generen a la E.S.E. una mayor rentabilidad social. Actividades que son evaluadas a través de indicadores administrativos y financieros.

Se elaboraron y publicaron en la página web institucional de la entidad los siguiente Planes:


- Plan Anual de Adquisición para la vigencia 2017, publicado en la página del SECOP
- Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2017
- Plan de Mantenimiento Hospitalario, radicado en el mes de enero en la Secretaria Seccional de Salud Departamental vigencia 2017
- Plan Institucional de Capacitación, Programa de Bienestar Anual
- Plan de Cargos y Acciones Civiles para 2017
- La estructura del Plan de Desarrollo Institucional de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena,
- Plan de Cargos y Acciones Civiles para 2017: Se encuentran establecido para el año 2017, según el acuerdo N0. 004 del 21 de Diciembre del 2017, con 43 cargos asignados, La planta de personal que tiene actualmente la ESE es insuficiente para el cumplimiento efectivo de los procesos misionales que tiene esta entidad, razón por la cual, el 54.5% del total de la planta del área asistencial del hospital, está vinculado por contratos de prestación de servicios.

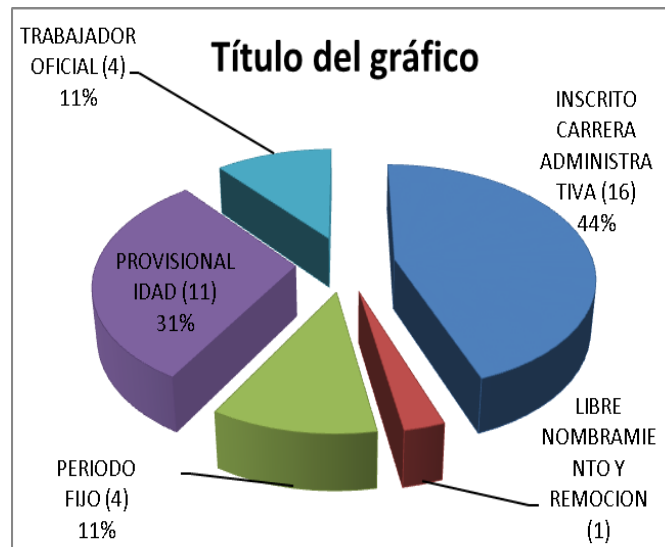
### **Modelo de Operación por Procesos**

La E.S.E. realiza monitoreo a los Procesos que requieren intervención, con el acompañamiento de cada líder de los procesos.

### **Estructura Organizacional**

Se proyectó el nuevo Organigrama Institucional, el cual cubre aquellas dependencias que cuentan con personal de planta, por definir la estructura operativa de las dependencias en aquellos casos cubiertos mediante Personal contratista.

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 6 de 15



## Indicadores de Gestión

A través de la formulación de indicadores de gestión y por procesos se logra el monitoreo a los factores críticos de éxito, permitiendo establecer las medidas correctivas que garanticen la continuidad de las operaciones y el logro de los objetivos institucionales. Se está dando aplicación a la normativa aplicable en el proceso de transición a las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), para lo cual se elaboró oportunamente el correspondiente Estado de Situación Financiera de Apertura, la valuación de procesos judiciales y el informe de valorización de inventarios.

En este periodo mes a mes se envía la información financiera, contable, presupuestal e indicadores de calidad a la Superintendencia Nacional de Salud.

La entidad cumple con oportunidad los reportes de los diferentes informes a los entes de control.

En el mes de marzo de 2017, la gerente presenta ante la Junta Directiva, informe anual análisis de indicadores del Plan de Gestión Gerencial 2016, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la resolución 710 de 2012 (modificada por la resolución 743 del 2013), por medio de la cual, se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión.

Se ha venido trabajando en la matriz de responsabilidades de la información y la comunicación y la preparación de los respectivos procedimientos, a través del mecanismo para la transparencia establecido en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2017, dando cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 103 de 2015 que la reglamenta parcialmente, con el fin que los usuarios y ciudadanía en general tengan acceso a aquella información clasificada como pública o sin reservas.

En procura de conocer las necesidades y requerimientos de los usuarios, se realizan encuestas de satisfacción, de manera permanente, las cuales no son analizadas carecen retroalimentación para la toma de decisiones por parte de la entidad.

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 7 de 15
INFORMES CONTROL INTERNO		

## Políticas de Operación

La E.S.E. cuenta con sus respectivos Manuales de Políticas aplicables a cada una de las áreas y procesos los cuales deben ser revisados, actualizados, socializados e implementados.

El Plan de Gestión para el período 2016-2020, implica la necesidad de actualizar los Manuales de Proceso para su adaptación a esta nueva plataforma estratégica, y contar con un Manual Operativo Institucional

### 1.3. COMPONENTE DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO


Políticas de Administración del Riesgo La E.S.E. No cuenta con todas las herramientas para el análisis y la valoración del riesgo, no tiene identificados todos los riesgos por proceso. Se encuentran formalizada la Política para la Administración de Riesgos a través del respectivo Acto Administrativo Resolución Nro. 0754 de 2016. Se está dando cumplimiento al artículo 73 de la ley 1474 de 2011 (Matriz de Riesgos de Corrupción y sus seguimientos por parte de control interno).

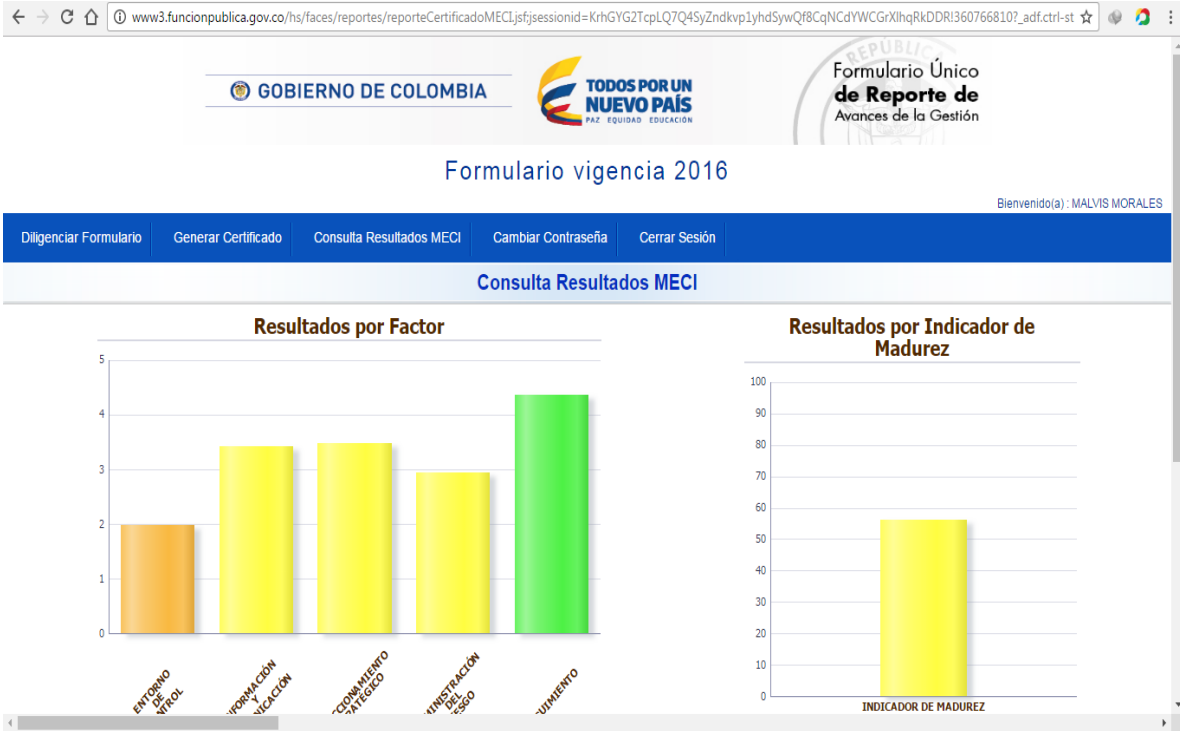
## 2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

### 2.1. COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

En cada vigencia se ha procurado de manera sistemática aumentar el grado de rigor en la calificación a fin de reflejar con mayor precisión el estado real del Sistema de Control Interno. Asimismo, se han incorporado las nuevas metodologías propuestas por el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante la encuesta FURAG, en la cual se realiza un análisis más exhaustivo que permite evidenciar detalles anteriormente ignorados

La Evaluación por Componentes al Sistema de Control Interno permite evidenciar con respecto al periodo anterior en los componentes de Información y Comunicaciones, Valoración del Riesgo y Actividades de Control:

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 8 de 15



FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
Entorno de Control	1.98	BÁSICO
Información y Comunicación	3.42	INTERMEDIO
Direccionamiento Estratégico	3.48	INTERMEDIO
Administración del Riesgo	2.93	INTERMEDIO
Seguimiento	4.36	SATISFACTORIO
Indicador de Madurez MECI	55.87	INTERMEDIO


Por favor consultar el instructivo para la interpretación de las calificaciones por componente, las cuales explican las acciones de mejora para cada uno

[Ir a Instructivo](#)


## 2.2. COMPONENTE DE AUDITORÍA INTERNA

Se da cumplimiento al Decreto 648 de 2017 expedido por el DAFP, en su Artículo 2.2.21.4.7. Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. "Parágrafo 1. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva. Este informe se basa, en la gestión adelantada por la Entidad durante el período, relacionada con el




 <b>HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN</b> Guamal - Magdalena	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNCS-IF-001
	PAGINA	Página 9 de 15

Sistema de Control Interno, a través de los diferentes procesos y dependencias, conforme a la normatividad aplicable a la E.S.E.

 <b>HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN</b> Guamal - Magdalena <small>"Cuidado Integral para una atención humanizada y segura"</small>		<b>E.S.E. HOSPITAL NUES</b>						
		<b>PROGRAMA</b>						
TITULO DE LA AUDITORIA	Estrategia	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	ENERO	FEBRERO	MARZO	A
<b>AUDITORIAS A PROCESOS</b>								
<b>1</b>	<b>Gestión Financiera</b>							
1.1	seguimiento a planes de mejoramiento balance 2015							
1.2	seguimiento a planes de mejoramiento balance 2016							
1.3	auditoria de caja menor							
1.4	auditoria a la ejecución presupuestal							
1.5	cuenta de bancos							
1.6	rendición de cuentas 2016							
1.7	auditoria al balance 1 semestre 2017							
1.8	auditoria propiedad planta y equipo							
<b>2</b>	<b>Gestión Contractual</b>							
2.1	contratación reporte al secop							
2.2	seguimiento a plan de mejoramiento contratación 2015							
2.3	seguimiento al convenio y contrato de compras conjuntas							
2.4	seguimiento al plan de adquisiciones 2017							

Las Auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, en las áreas administrativas, verifican las actividades para determinar el grado de economía, eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos y los controles. La ESE debe adoptar un Manual de Auditoría y socializarlo en cada una de las áreas. Implementar procedimientos estandarizados que permiten una mayor agilidad y claridad para los que intervienen en el proceso de Auditoría; auditados y auditor. El rol central, por el que suele conocerse a la Oficina de Control Interno, y al que dedica la mayor parte de sus recursos, es el seguimiento y evaluación de los diferentes procesos, el cual debe realizarse principalmente a través de dos mecanismos, a saber: Las Auditorías Internas y la Evaluación por Componentes. Durante la vigencia 2017 fueron programadas auditorías, todas incluidas en el Plan Anual Auditorias 2017, auditorías regulares, de las visitas por parte de la Contraloría General del Magdalena, y de las actividades de acompañamiento y asesoría, tomamos auditorías basados en el plan de mejoramiento (CGDM 2016-2016).

La Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Gerencia, ha venido fortaleciendo su Componente de Auditoría, tanto en la sensibilización de su talento humano como en aspectos metodológicos, legislativos, y normativos a fin de brindar mejores insumos para la detección de oportunidades de mejora y formulación y cumplimiento de los respectivos Planes de Mejoramiento.

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 10 de 15
INFORMES CONTROL INTERNO		

### 2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

Con el fin de dar sostenibilidad al continuo avance en los resultados de Auditoría y seguimiento a Planes de Mejoramiento Institucional emitidos por la Contraloría General del Magdalena en las últimas dos vigencias, se ha incorporado el seguimiento a cada uno de los compromisos adquiridos como acciones correctivas en el último Plan de Mejoramiento Institucional suscrito; quedando incluido como parte del Programa Anual de Auditorías aprobado por la Gerencia a través del comité institucional de control interno para la vigencia 2017.


Adicionalmente, se realiza el seguimiento a los Planes de Mejoramiento Interno que surgen de las Auditorías por parte de la secretaria de salud del magdalena, los cuales se les hizo seguimiento por la Oficina de Control Interno.

#### • RELACION DE AVANCES PLAN MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORIA GENERAL DEL MAGDALENA AUDITORIA DE BALANCES 2015

No. HALLAZGOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	% DE CUMPLIMIENTO
H-A1	07-07-16	31-12-16	100%
H-A2	07-07-16	31-12-16	100%
H-A3	07-07-16	31-12-16	100%
H-A4	07-07-16	30-06-17	100%
H-A5	07-07-16	30-06-17	100%
H-A6	07-07-16	31-12-16	100%
H-A7	07-07-16	30-06-17	100%

#### • RELACION DE AVANCES PLAN MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORIA GENERAL DEL MAGDALENA AUDITORIA REGULAR Y DE BALANCES 2016

No. HALLAZGOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	% DE CUMPLIMIENTO
H-A1	23-03-17	31-12-17	50%
H-A2	30-06-2017	31-12-17	70%
H-A3	30-06-2017	31-12-17	100%

 <b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 11 de 15

H-A4	30-04-2017	31-12-17	100%
------	------------	----------	------

- [RELACION DE AVANCES PLAN MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORIA GENERAL DEL MAGDALENA AUDITORIA CONTRATACION 2015](#)

No. HALLAZGOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	% DE CUMPLIMIENTO
H-A1	10-01-2016	30-10-17	100%
H-A2	10-01-2016	30-10-17	95%
H-A3	10-01-2016	30-01-17	100%
H-A4	10-01-2016	30-06-17	80%
H-A5	10-01-2016	30-10-17	100%
H-A6	10-01-2016	30-10-17	70%
H-A7	10-01-2016	30-10-17	70%


**VER ANEXO: SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA A DICIEMBRE 30 DE 2017**

Se observa un mejoramiento continuo en este ámbito, logrando progresivamente la reducción en el número de hallazgos reprogramados, a la par del menor número de nuevos hallazgos en las auditorías practicadas. Con el fin de dar sostenibilidad al continuo avance en los resultados de Auditoría y seguimiento a Planes de Mejoramiento Institucional emitidos por la Contraloría General del Magdalena.

### **3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

#### **Información y Comunicación Externa**

La E.S.E. no cuenta con el área de Comunicaciones no obstante para darle aplicabilidad al decreto 943 de mayo 21 de 2014, donde aparece la comunicación interna, y externa como eje transversal, facilitándole tanto al cliente interno como externo una participación directa en el logro de sus objetivos. En este marco se cuenta con el Portafolio de Servicios. La E.S.E. Garantiza la difusión de la información sobre su funcionamiento, gestión y resultados de una manera transparente hacia los diferentes grupos de interés. Se actualiza permanentemente la página Web dentro de la cual se publican todos los acontecimientos asistenciales y los reportes administrativos como informes financieros, planes programas y proyectos. Se cuenta con la Oficina de Servicio de Información al Usuario (SIAU) la cual es operativa y está ubicada en un lugar estratégico de la ESE. A través de ésta se realiza la recepción y gestión de peticiones, quejas y reclamos (PQRS). Se ha logrado mantener canales de comunicación con los usuarios y se cuenta con la participación de sus representantes en espacios definidos para tal fin (alianzas de usuarios). Se tiene implementado el Directorio Institucional. La entidad rediseñó la metodología para la

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 12 de 15
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>		

aplicación, tabulación y generación de resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios, así como la recepción y respuesta a reclamaciones, la cual fue con el Manual del SIAU y aprobada. Desde la Oficina de Control Interno se han realizado las verificaciones necesarias en cuanto al cumplimiento y oportunidad en el envío de información a todos los entes de control. Como parte del Programa Anual de Auditoría, se está realizando gestiones para el seguimiento a la efectividad de las actividades de soporte y actualización, buscando que se cuente con la información confiable, en línea y en tiempo real, sobre la prestación de servicios de la E.S.E., debidamente procesada para la oportuna toma de decisiones tanto gerenciales como operativas.


La Entidad cuenta con canales de información virtual como la página web: <http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co>, la cual permiten la interacción con los usuarios para la rendición de cuentas a la ciudadanía y partes interesadas y la validación de los instrumentos, entre otras. De nuestra página web se puede obtener información acerca de la institución, de sus organización, planes, programas, normatividad, contratación, informes MECI, noticias de interés, etc.

Se perciben dificultades para avanzar en la implementación de las fases de la Estrategia de Gobierno en Línea debido a las implicaciones que estas tienen en términos de red de internet, administrador y responsable de la página web y cargue de la información designado por parte de la gerencia, link al Secop, Suit, Sigep, actualización, racionalización y automatización de trámites; temas sobre los cuales la E.S.E. viene desarrollando los primeros avances, los cuales son significativos como se puede evidenciar en los seguimientos al Plan Anticorrupción 2017 y Atención al ciudadano 2017; Mecanismo de Transparencia y acceso a la información pública y Racionalización de Tramites, página SUIT.

Se sugiere adecuar el área física para el archivo de los expedientes de procesos judiciales, acciones de tutelas, derechos de petición y documentos del comité de defensa judicial, realizando la tabulación consecución, revisión, organización y actualización de los expedientes de procesos judiciales que no existían en la ESE.

Si bien los resultados de las Auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno han generado un impacto positivo en el ajuste de pocos procesos, se requiere y continúa la necesidad de acompañamiento a cada una de las áreas administrativas, para de esta manera generar en cada una de ellas una cultura de autocontrol y mecanismos para un mejor desempeño en el cumplimiento de las funciones y actividades por parte de los dueños de cada proceso. Se sigue avanzando en el proceso de implementación de la versión actualizada del MECI (V 2014) en sus diferentes módulos, componentes y ejes transversales. Por parte de la gerencia hay un reconocido compromiso en la implementación del Sistema de Control Interno y las acciones de mejora resultantes de éste


## **AVANCES**

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
<p style="text-align: center;">INFORMES CONTROL INTERNO</p>	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 13 de 15

- 1- Se cuenta con el Comité Coordinador de Control Interno de la E.S.E., Resolución No. 3548 de 17 Noviembre del 2015, presidido por la Gerente, en su calidad de representante legal de la Entidad. Quien tiene como función determinar la convocatoria para la realización de sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité, presidir las reuniones y moderar la intervención de los miembros, firmar las actas del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, designar funciones, responsabilidades o tareas a los miembros del Comité, recomendar y ordenar la realización de proyectos a que haya lugar relacionados con el control interno, promover la activa participación de sus miembros en cada uno de los proyectos y evaluar la realización de los mismos. El Secretario Técnico el Jefe de Control Interno quien participará de las deliberaciones con voz, pero sin voto.
- 2- En el 2017 se tiene el avance en la inscripción de trámites SUIT en un 100% de los trámites de la entidad hospitalaria y proceso de racionalización con un avance de un 50%.
- 3- Así mismo, se cumplió con el diligenciamiento de Derechos de Autor Software para la vigencia 2016, queda pendiente, diligenciar la información de 2017, puesto que el aplicativo a la fecha no está activo, su vencimiento es 20 de marzo de 2018.
- 4- La Oficina de Control Interno reportó un seguimiento al Comité de Conciliación y Defensa Judicial; el asesor jurídico de la entidad reportó información en el aplicativo SIHO Decreto 2193 y se evidencian reportadas por parte de la ESE las controversias judiciales de la misma.
- 5- Existe una política de Riesgo adoptada mediante Resolución No. 0754 de marzo de 2016.
- 6- Elaboración de la matriz de riesgos de la cuenta Propiedad Planta y Equipo Manual de políticas contables en base a las NICPS vigencia 2017
- 7- Se lleva un control de los registros por parte del profesional de apoyo en el área presupuestal, para determinar qué cuentas de cobro posee la entidad con corte 180 a 360 días, elaboración de un instructivo para el manejo y la recuperación de cartera de vigencias anteriores y acciones administrativas para optimizar la gestión cartera en la entidad.
- 8- Avance sobre el 90% de cumplimiento al POA de la entidad, vigencia 2017.
- 9- Aplicación de la normatividad referente al Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo


### **RECOMENDACIONES**

- 1- Se recomienda realizar la identificación y valoración de controles en el Mapa de Riesgos que sirva como insumo para la formulación de los Planes institucionales y la actualización de los Procesos en todas las áreas. Se debe avanzar en el establecer Puntos de Control a los procesos que permitan una mayor efectividad en la gestión del Riesgo.
- 2- Es conveniente, que la entidad a través del área administrativa de la entidad, realice actividades masivas que permitan concientizar a los servidores públicos sobre la importancia de conocer y mantener actualizado el Mapa de Riesgos de los

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 14 de 15

procesos, programas y/o proyectos institucionales, ya que si bien es cierto, el responsable de la identificación y actualización de los riesgos es el Líder del Proceso, los miembros del equipo de trabajo son quienes en la práctica conocen que actividades están mayormente expuestas al riesgo. Lo anterior, debido a que se evidenció que algunos funcionarios de la entidad durante las Auditorías de la vigencia 2017, la falta de participación que tienen los funcionarios en el seguimiento y control del Mapa de Riesgos.

- 3- Implementar y Fortalecer una cultura de autocontrol en las áreas administrativas y asistenciales apoyados en la guía del DAFP.
- 4- Cumplir a cabalidad con la permanente actualización del Nomograma Institucional por parte de la Oficina Jurídica.
- 5- Actualizar manual de procesos y procedimientos de la entidad
- 6- Actualizar manual de funciones en número del código y nombre del cargo, ajustándolo a lo establecido del acuerdo de aprobación de proyecto del presupuesto 2018, (asignaciones civiles).
- 7- Integración de las dependencias que generan información financieras necesarias para la recopilación y registro, adquirir e implementar un aplicativo con los módulos administrativos o un software financiero, a fin de asegurar que en todo momento se disponga de información organizada, ordenada, confiable, en línea y en tiempo real.
- 8- Teniendo en cuenta que este se realiza en forma manual en el programa de Excel, observar y establecer los requisitos mínimos que exige el proceso contable, en la Resolución 525 de 13 de septiembre de 2016, un formato o libro que permita demostrar su existencia con exactitud, la información del proceso contable generada en la entidad hospitalaria, que conserve y permita determinar el origen, la fecha en que fue producido el documento del proceso de registro contable.
- 9- Se deben consolidar las diversas políticas y manuales de la E.S.E. a través de la construcción de un Manual Operativo Institucional, que sirva como guía a los líderes de las áreas; además de actualizar y completar la formulación de los manuales específicos para las áreas o procesos en que aún no se encuentran adoptados e implementados.
- 10- Debe haber coherencia entre el plan de gestión, plan de desarrollo y mapa de riesgos Institucional.
- 11- Implementar las Auditorias basadas en el riesgo y continuar con las auditorias sobre los hallazgos del Plan de Mejoramiento vigentes.
- 12- Continuar asegurando la integridad de la información financiera, mediante el ajuste en los procesos de conciliación entre Contabilidad, Presupuesto, Facturación, Cartera, jurídica y Tesorería, logrando la plena correspondencia entre los informes presentados desde las diversas perspectivas
- 13- aplicabilidad en las disposiciones de la Resolución 119 de abril 27 de 2006 de la Contaduría General de la Nación, en el sentido de implementar el Modelo Estándar de Procedimientos para la Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública; lo anterior, debido a la falta de depuración contable real a los saldos de las cuentas de los estados financieros.

	VERSION:	01
	FECHA DE ACTUALIZACION:	31-ENE-2017
<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>	CODIGO:	HNSC-IF-001
	PAGINA	Página 15 de 15

- 14- En el menú de la página web de la ESE, en el link de Transparencia y acceso a la información pública no aparecen la información de manera organizada y ordenada, estas publicaciones deben guardar coherencia con lo establece la normatividad vigente aplicable para las entidades públicas ley de transparencia y acceso a la información pública (ley 1712/2014)
- 15- Realizar trámites para el cargue a la página del SIGEP
- 16- Gestionar y adoptar una política de Gestión del Talento Humano
- 17- Realizar autodiagnósticos por parte de cada líder de área, Los formularios por dimensiones y áreas (Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG). Proporcionados por el Departamento Administrativo de la función pública DAFP. <http://www.funcionpublica.gov.co>
- 18- Es importante que se dé a conocer a todos los servidores públicos las metas, proyectos y programas que desarrolla la entidad y cómo se aporta a su cumplimiento de manera individual, sin importar el área, dependencia o proceso al que pertenezcan, con el fin, de lograr que todos los funcionarios tengan claridad sobre dichos temas.



**MALVIS MUÑOZ MORALES**  
Jefe Oficina Control Interno

