



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite:2019110003452-1



05GIS15 - V4 Página 1 de 1

Bogotá, 8 de marzo de 2019

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe pormenorizado del Estado de Control Interno..

Respetado doctor.

Tal como establece la ley 1474 de 2012, en su Artículo 9° Reporte del responsable de Control Interno, adjunto el informe cuatrimestral, pormenorizado de Control Interno, correspondiente al periodo de noviembre 2018 a febrero 2019.

El informe anexo, dentro de su contenido registra observaciones y/o recomendaciones, de contexto estratégico y adherencia en la alta Dirección, sujetas a las construcciones de acciones de mejora permanentes de competencia de cada uno de los servidores públicos dentro del esquema de tres líneas de defensa.

El presente informe debe servir de insumo para la elaboración del plan de acción del equipo MECI vigencia 2019 y para la elaboración del plan de acción del comité Institucional de gestión y desempeño entre otros.

El informe deberá ser publicado en la página WEB de la E.S.E. Hospital Universitario el link planeación gestión y control/control interno/informes cuatrimestrales/ vigencia 2019, según lo establece la ley

Anexo: 26 folios.

Atentamente,

YETICA JHASVEL HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

cc. Dr. Nelson Aristizabal – Dir. Científico
cc. Dr. Ricaurte Osorio O. – Dir. Administrativo
cc. Lic. Nubia Guerrero P. – Dir. Atención al Usuario
cc. Dr. José Jaime Pinzón – Dir. Financiero
cc. Lic. Aitza Vivian Castañeda – Jefe Of. Asesora de Planeación
cc. Dra. Neldy Tinjaca R. – Jefe Of. Asesora Jurídica
cc. Sra Natalia Barrios – Trabajadora en misión



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA	Período evaluado: NOVIEMBRE 2018 - FEBRERO 2019
		Fecha de elaboración: 5 DE MARZO 2019

Para el presente informe se revisó la información de la entidad contenida en la intranet y en la página web, y se constató físicamente los soportes documentales a través del muestreo.

El Artículo 133 de la ley 1753 de 2015 (plan nacional de desarrollo 2014-2018) reglamentada por el Decreto 1499 de 2017 que implementa MIPG integra los modelos de gestión del estado ya existentes, los integra con el fin de simplificar la gestión y mejorar los reportes. Por lo anterior en este informe se esbozarán los avances de la estructura del MECI actualizada y de las 7 dimensiones del MIPG.

La calificación emitida por el DAFP para el 2017, ubica a la entidad en el quintil 4, que indica un nivel de implementación de MECI ALTO. Nos encontramos a la espera de los resultados del 2018.

Calificación comparada con vigencias anteriores

COMPONENTES	RESULTADOS DAFP-2017	QUINTIL	FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
AMBIENTE DE CONTROL	66.5	2	ENTORNO DE CONTROL	1,23	1,91	2,28	2,19
				INICIAL	BASICO		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	71.8	4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43	3,71	2,93	3,16
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
Nota: Direccionamiento estratégico ahora está inmerso en: ACTIVIDADES DE CONTROL	74.4	4	DIRECCIONAMIENTO O ESTRATÉGICO	2,98	3,45	2,47	2,44
				INTERMEDIO	INTERMEDIO		
GESTIÓN DE RIESGO	70	3	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64	4,11	2,45	2,47
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
ACTIVIDADES DE MONITOREO	72.5	4	SEGUIMIENTO	3,26	3,7	3,09	2,86
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
CALIFICACIÓN TOTAL	72.7	4	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	ALTO		RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
CONVENIONES QUINTIL 1,2,3 BASICO 4 Y 5 ALTO			CONVENIONES INICIAL : 0-10 BASICO: 11-35 INTERMEDIO: 36 – 65 SATISFACTORIO: 66-90 AVANZADO: 91 – 100				

La calificación por componentes en la dimensión de control interno (MECI) obtenida en el 2018 fue la siguiente:

COMPONENTES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	DIMENSIÓN DE MIPG
Componente de ambiente de control	66.5	85.5	2	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación
Componente de gestión del riesgo	70.0	88.4	3	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de actividades de control	74.4	90.7	4	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de información y comunicación	71.8	84.8	4	Dimensión de información y comunicación
Componente de actividades de monitoreo	72.5	88.1	4	Dimensión de control interno
Resultado institucional	72.7	87.1	4	

(Nota: el resultado no se obtiene de sumar y dividir las calificaciones de cada dimensión, el resultado está en el informe emitido por el DAFP y se conocen los parámetros y/o variables estadísticas utilizados)

Según la calificación emitida por el DAFP la dimensión de control interno obtuvo una calificación de 72.7 ubicándose en el quintil 4 para un grado de implementación alto. En virtud de lo anterior se recomienda elaborar de manera expedita el plan de acción del equipo MECI con el fin de que se implementen acciones tendientes a mantener el resultado y a mejorarlo teniendo en cuenta que el porcentaje máximo del grupo par fue de 87.1.

De igual manera, se observa en el informe emitido por el DAFP que los componentes que más debemos trabajar son:

El de ambiente de control que quedó ubicado en el quintil dos, componente que pertenece a la dimensión de direccionamiento estratégico y planeación.

Y el componente de gestión del riesgo que quedó ubicado en el quintil 3, componente que pertenece a la dimensión de direccionamiento estratégico y planeación y a la dimensión de gestión con valores para resultados.

Es importante resaltar que desde el 2014 la entidad realiza la autoevaluación la implementación del MECI, mediante una encuesta diseñada y tabulada por la oficina de control interno la cual es diligenciada por el representante Legal, los Directores, Subdirectores, Jefes de Oficinas asesoras, líderes de procesos entre otros, la calificación va de 0 a 5. Para el presente informe se muestran los resultados de dicha autoevaluación teniendo en cuenta que aún no se cuentan con los resultados del furag. Los resultados de la encuesta practicada den febrero de 2019 son los siguientes:

COMPONENTES	AUTOEVALUACIÓN VIGENCIA 2017	AUTOEVALUACIÓN VIGENCIA 2017
Componente de ambiente de control	4,14	4,24
Componente de gestión del riesgo	4,22	3,70
Componente de actividades de control	4,17	3,83
Componente de información y comunicación	4,27	3,65
Componente de actividades de monitoreo	3,61	3,39
Total	4,00	3,7

Nota el informe de autoevaluación fue socializado mediante oficio 3322-1 2019 al comité directivo y puede ser consultado en la página web.

A continuación se hace una revisión del cumplimiento del MECI teniendo en cuenta los atributos de calidad de la dimensión de Control Interno establecidos en MIPG.

7ª. Dimensión: Control Interno

Esta dimensión cuenta con 10 atributos de calidad y se deben fortalecer 4 lo que nos da una implementación del 60%

7.3 Atributos de calidad a tener en la Dimensión

Los siguientes atributos de calidad permitirán a las entidades asegurar la adecuada implementación y desarrollo de un Sistema de Control Interno:

☐ Estándares de conducta y de integridad que direccionan el quehacer institucional. Se cumple

Se cuenta con el código de ética, código de buen gobierno, código de integridad, estatuto y código de ética del auditor.

☐ Niveles de autoridad y responsabilidad apropiadas que facilitan la consecución de los objetivos institucionales

Se cumple con el manual de funciones y el levantamiento de procesos, procedimientos, planes, programas etc.

☐ Servidores alineados con los objetivos de la entidad, que dan valor agregado en desarrollo de sus funciones.

Se cumple

☐ Análisis del entorno institucional que permite la identificación de los riesgos y sus posibles causas. **En desarrollo.** En el 2018 no se consolidó el mapa de riesgos institucional.

☐ Riesgos identificados y gestionados que permiten asegurar el cumplimiento de los objetivos. **En desarrollo**

La entidad cuenta con mapa de procesos actualizado, socializado e implementado.

La entidad cuenta con procesos documentados los cuales tienen identificados los riesgos y controles.

La entidad cuenta con un programa de gestión del riesgo.

La oficina de control interno hace seguimiento a los indicadores riesgos y controles de los procesos y de la matriz institucional de riesgos.

La entidad cuenta con planes de mejoramiento por procesos, el cual tiene dentro de sus fuentes acciones de mejoramiento con fuente gestión del riesgo, acciones a las cuales la oficina de control interno hace seguimiento periódico.

La entidad cuenta con plan anticorrupción y de atención al ciudadano (al cual se le hace seguimiento de norma por parte de la oficina de control interno) y con el mapa de riesgos de corrupción al cual también se le hace seguimiento.

Se debe mejorar la socialización de los riesgos en todos los niveles jerárquicos, dando a conocer entre otros los siguientes documentos: mapa institucional de riesgos, el mapa de riesgos del proceso, el PUMP del proceso al cual pertenece donde se identifican las actividades de mejoramiento derivadas de la fuente de gestión del riesgo, el plan anticorrupción y su mapa de riesgos, hacer partícipe a los funcionarios de todos los niveles en la redacción de los riesgos que van a quedar incluidos en el mapa institucional de riesgos 2019, para ello el líder de proceso debe revisar si los riesgos que actualmente tienen establecidos siguen vigentes o deben ser retirados o ajustados, para ello consulte con el asesor de la oficina de planeación para que redacten en conjunto los riesgos que van a quedar en el mapa institucional de riesgos y el el mapa de riesgos de su proceso. El líder de proceso también debe conocer y socializar con los colaboradores cual es la metodología para la elaboración del mapa de riesgos de corrupción para ello también deben acudir a la oficina de planeación para recibir asesoría. Es importante que los líderes de los procesos incluyan en sus informes de gestión la gestión realizada a los riesgos y controles y se los comunique a la Gerencia. Se debe tener presente siempre por parte de los líderes de los procesos que los riesgos se gestionan a través de los controles y a través de los PUMP con la fuente gestión del riesgo. También se requiere que los riesgos se identifiquen de manera técnica separando las causas de los riesgos y de los efectos, recuerden que las causas son las debilidades que nos pueden llevar a la materialización de un riesgo, el riesgo es el daño que se puede hacer a las personas, bienes de la entidad y las consecuencias son los que se derivan de la materialización del daño. **En la entidad se sigue fallando en la redacción técnica de los controles, confundiendo el riesgo con las causas y efectos lo que dificulta la gestión del riesgo.**

En el cierre del PUMP de la vigencia 2018, realizado por la oficina de planeación y socializado mediante correo electrónico, se informa que la gestión del riesgo representó tan solo el 2% de las fuentes de mejoramiento

☐ Controles diseñados, que aseguran la gestión de los procesos. **En desarrollo**

Se debe mejorar en la redacción e identificación de los controles apropiados para cada riesgo, recordándoles que los controles se efectúan en primera medida por los funcionarios que llevan a cabo las actividades que generan riesgos, así las cosas los controles son esas actividades de verificación que realizan los funcionarios que ejecutan la actividad o el superior del funcionario, tengan en cuenta que los controles pueden ser previos a la entrega del producto o ejecución de la actividad, pueden ser paralelos a la ejecución de la actividad y pueden ser posteriores a la realización de la actividad. También es importante para tener control sobre la actividad que se realiza que el funcionario conozca el propósito de la actividad que realiza así el funcionario solo participe en una parte de las tareas que conllevaran a un resultado, el funcionario debe conocer la finalidad de esa actividad, porque si se conoce el panorama general de la actividad, se va a poder identificar amenazas o errores que pueden afectar el producto o servicio que realizamos; por lo anterior el funcionario debe conocer el ciclo completo de la actividad que realiza, otra forma de control es tener las actividades documentadas y parametrizadas (formatos , procesos y procedimientos) tengan en cuenta que el control es un método para realizar una actividad de manera controlada. Como ejemplos de controles efectivos tenemos: manual de funciones, procedimientos, informes de avance de actividades, reportes, indicadores, estadísticas, visto bueno del supervisor, auditorías, conciliaciones bancarias, manuales, instructivos, formatos, guías y disciplinarios. Los anteriores controles apuntan directamente a la realización de las actividades son previos, paralelos y paralelos; **todo esto se enuncia porque en la entidad se sigue presentando que se pone como controles a riesgos de gran envergadura el código de ética, el código de gobierno, los principios y valores, la inducción y reinducción actividades que son generales y que no apuntan directamente a la ejecución de las actividades que implican riesgos, si se ponen esos controles generales se van a tener que realizar un pump por cada riesgo identificado con actividades específicas, si por el contrario se ponen controles que realmente apunten a la actividad que genera el riesgo no se va a tener que elaborar un pump por cada riesgo que se identifique.**

Es importante recordar que en octubre de 2018 los líderes de los procesos diligenciaron una encuesta de autoevaluación de riesgos y controles, con los resultados de esa encuesta y otras fuentes se hizo una auditoría en donde se puede consultar cual fue el resultado de riesgos y controles del hus.

☐ Actividades de control establecidas que permiten mitigación de los riesgos a niveles aceptables. **En desarrollo**

☐ Información comunicada a nivel interno y externo que facilita la gestión de la entidad

Se cumple

☐ Auditoría interna que genera valor agregado a la entidad.

Se cumple. La entidad cuenta con plan de auditorías 2018 (control interno) PAMEC (Planeación).

☐ Auditoría interna que asegura la calidad de su proceso auditor

Se cumple. La entidad cuenta con plan de auditorías 2018 (control interno) PAMEC (Planeación).

Vistos los atributos de calidad de la dimensión de control interno procederemos a realizar una verificación del cumplimiento de los 5 componentes del MECI.

Ala fecha la oficina de control interno ya diligenció la encuesta del furag que arrojara la evaluación del MECI 2018, las respuestas de la encuesta se produjeron teniendo en cuenta la participación de los líderes de los procesos según el tema que se requería. En el ejercicio del diligenciamiento de la encuesta se observaron algunos aspectos que se deben fortalecer en cada uno de los componentes del MECI. **Lo aquí señalado debe ser tenido en cuenta para elaborar el plan de acción del equipo MECI a cargo de planeación.**

AMBIENTE DE CONTROL

Recomendaciones.

- Compromiso de la alta dirección con la integridad y valores del servicio público.

Para esto se recomienda:

Establecer espacios de participación para todo el personal, donde son escuchados por el representante legal y la alta dirección.

Participación del comité directivo en las actividades de socialización de los valores y principios del servicio público -código de integridad.

Alertas emitidas por el comité institucional e gestión y desempeño para la mejora de la gestión.

- Establecer en la política de administración de riesgos lo siguiente:

Nivel de aceptación de riesgos

Análisis del contexto interno y externo de la entidad

Periodicidad del seguimiento

- En la identificación de riesgos relacionados con fraude y corrupción se recomienda que la entidad:

Analice las diferentes formas de fraude y corrupción que pueden presentarse

Analice factores como presiones internas o externas que puedan derivar en actos de corrupción

Analice situaciones internas que puedan ser indicios de actos de corrupción

Evalúe información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios

Evalúa información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad

- Se recomienda que Los líderes de procesos, programas o proyectos:

Analicen los cambios significativos del entorno (interno o externo) informados por parte de la línea estratégica

Evalúen el riesgo en los procesos, proyectos y programas a su cargo

- La entidad debe establecer instancias para el tratamiento al incumplimiento de las normas de conducta y ética.

COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO

Recomendaciones.

- El comité coordinador de Control Interno debe:

Analizar los resultados de otras evaluaciones externas (FURAG u otras)

Analizar las observaciones y solicitudes del comité institucional de gestión y desempeño

Analizar los cambios en el entorno

- Se recomienda a Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos que realicen actividades de verificación a la gestión del riesgo mediante:

Evaluando el cumplimiento de la política de administración del riesgo en todos los niveles de la entidad

Identificando y alertando al comité de coordinación de control interno de posibles cambios que pueden afectar la evaluación y tratamiento del riesgo

Evaluando y alertando oportunamente sobre cambios que afecten la exposición de la entidad a los riesgos de corrupción y fraude

Evaluando las actividades adelantadas por la segunda línea de defensa frente a la gestión del riesgo específicamente frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo

Asesorando de ser necesario a la segunda y primera línea de defensa frente a la identificación y gestión del riesgo y control

- Se debe fortalecer el seguimiento que realizan los supervisores a los riesgos de los contratos quienes deben informar las alertas a que haya lugar.
- los líderes de los procesos, programas o proyectos deben a partir de la política de administración del riesgo, definir responsables para el seguimiento y monitoreo de los riesgos y Establecen las acciones para mejorar los controles existentes o crear nuevos controles.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

Recomendaciones.

- **En cuanto a mapas de riesgos se deben fortalecer las siguientes actividades:**

Divulgación oportuna del mapa de riesgos.

Monitoreo o seguimiento de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo

Actualización de acuerdo con los resultados del monitoreo o seguimiento

Divulgación oportuna de la actualización del mapa de riesgos

COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Recomendaciones.

- Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión en materia de información deben Comunicar a la alta dirección y a los distintos niveles los eventos de información y comunicación que pueden afectar el funcionamiento del control interno.
- Los líderes de proceso, proyectos o programas (o en su defecto el representante legal) en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno deben Asegurar que entre los procesos fluya información relevante y oportuna, así como hacia los ciudadanos, organismos de control y otros externos.
- Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno deben:

Recopilar información del sistema de control interno y la comunicarla a la primera (personal operativo) y la tercera línea de defensa (control interno).

Deben Analizar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sea proporcional y apoye el logro de los objetivos.

COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO

Recomendaciones.

- **El representante legal y el comité institucional de control interno deben fortalecer las siguientes actividades**

Verificar que se estén llevando a cabo por parte de los líderes de los procesos, programas o proyectos, autoevaluaciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Verificar que se estén llevando a cabo por parte del jefe de planeación, o quien haga sus veces, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos los seguimientos que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Determinar el estado del sistema de control interno a partir del resultado de las evaluaciones y define los ajustes o modificaciones a que haya lugar.

Verificar que los ajustes y modificaciones se implementen de manera oportuna y den solución a las deficiencias detectadas.

- **Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos deben fortalecer las siguientes actividades:**

La adecuada formulación de los planes de mejoramiento

El avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones, seguimientos y auditorías

- Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos deben verificar que las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de los resultados.
- **El representante legal y el comité institucional de control interno deben fortalecer las siguientes actividades de monitoreo:**

Análisis de las evaluaciones de la gestión del riesgo, llevadas a cabo en la entidad por diferentes instancias

Asegura que los servidores responsables cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias al respecto.

- **Los líderes de procesos, programas o proyectos, deben fortalecer las siguientes actividades de monitoreo:**

Seguimiento a los riesgos y controles de sus procesos, programas o proyectos a cargo

Informar periódicamente a las instancias correspondientes sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos

Identificar deficiencias en los controles y proponer los ajustes necesarios

- Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos deben realizar las siguientes actividades de monitoreo:

Evaluaciones para monitorear el estado de los componentes del sistema de control interno.

Informa sobre deficiencias de los controles a las instancias correspondientes.

- **Los planes de mejoramiento de la entidad deben fortalecerse para que:**

Contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales

Mejoren la gestión por procesos

Mejoren la gestión del riesgo control

Den respuesta oportuna y efectiva a las necesidades de los grupos de valor (ciudadanía)

Promuevan una gestión transparente que mitigue los riesgos de corrupción

OTROS ASPECTOS A MEJORAR

El Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana debe fortalecerse por el representante de la alta Dirección o directamente la Gerencia, conminando al EQUIPO MECI para difundir en todos los servidores públicos la información referente a su operación y cumplimiento de los objetivos, de esta forma se realizarán las transformaciones y los cambios necesarios en los resultados de la Evaluación interna del Modelo estándar de Control Interno - MECI. **A través del equipo MECI se debe articular el sistema de control interno con sistema de acreditación constituyendo al equipo MECI en uno de los equipos primarios de mayor impacto.**

Se debe publicar el mapa de riesgos institucional 2019. Responsable oficina de planeación.

En la revisión previa que se realizó se observó que los aspectos en los que más se debe trabajar o fortalecer son:

- Inducción y re inducción (se hace de manera general y no sobre las funciones a desarrollar – falta la inducción en el puesto de trabajo y su relación con los objetivos de la entidad y los fines del estado),
- Medición del clima laboral (elaborar y ejecutar acciones resultado de ella)
- Programas de bienestar (aumentar el porcentaje de cumplimiento de los cronogramas de actividades e incentivos (establecer actividades de incentivos)
- Modernización de la planta de cargos, para lo cual se sugiere revisar la caracterización de los procesos y procedimientos en los que se determine cuanto personal mínimo se requiere y se determinen de manera clara los tiempos y movimientos de las actividades que realiza el hus; esta oficina considera que la revisión de los procesos y procedimientos es de vital importancia para establecer las necesidades de personal.
- Se debe elaborar un informe sobre el análisis realizado a las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa que sirva de insumo para: detectar riesgos, necesidades de personal, necesidades de capacitación etc.,
- Se debe fortalecer la calidad de los riesgos descritos, toda vez que en muchos de ellos se observa que no se describió el riesgo si no la consecuencia del riesgo lo cual vela la correcta formulación de acciones de mejora que contribuyan a mitigarlo o desaparecerlo. Se recomienda que la oficina de planeación publique el PUMP consolidado de la institución, con el fin de que la oficina de control interno pueda hacer el seguimiento a las acciones de mejora de la fuente de gestión de riesgos, así mismo se les solicita a todos los líderes de los procesos que publiquen el PUMP 2018 de sus procesos en la intranet.
- Gestión y manejo del producto no conforme. Se debe utilizar los mecanismos de evaluación de la satisfacción de usuario para que este manifieste si ha recibido productos o servicios no conformes. Es de señalar que la entidad debe fortalecer la evaluación en la que indique la gestión realizada al producto o servicio no conforme. En la entidad la revisión del producto no conforme se realiza principalmente a través del seguimiento y gestión de los eventos adversos. Es importante señalar que en el PUMP institucional de la entidad – publicado en el proceso de calidad solo se encontraron dos acciones de mejora cuya fuente es el servicio no conforme, por lo tanto se debe propender por que las acciones de mejora para atender el servicio no conforme queden en el PUMP para realizar el correspondiente seguimiento.
- Toma de decisiones basadas en las auditorías internas (las auditorías que realiza control interno no son tenidas en cuenta en el plan único de mejora por procesos).
- Valoración de riesgos basados en auditorías internas. (Los líderes de los procesos y la oficina asesora de planeación deben tener en cuenta las auditorías internas al momento de valorar los riesgos)
- Identificación de grupos de interés (Los Grupos de Interés se definen como todos aquellos grupos que se ven afectados directa o indirectamente por el desarrollo de la actividad empresarial, y por lo tanto, también tienen la capacidad de afectar directa o indirectamente el desarrollo de éstas (Freeman, 1983),
- Gestión documental. Se debe elaborar un documento estableciendo el mecanismo para los riesgos de pérdida, de información en su soporte físico.
- Gestión Documental (Procesos y procedimientos asociados al tema contable – soportes documentales de los registros contables - archivo y organización de los soportes contables- presentan grandes debilidades en la organización de los soportes contables específicamente del área de cartera). **Se han reportado avances pero se debe seguir trabajando**
- Dirección estratégico. Se observan debilidades en planes programas y proyectos en temas como: cuantificación, asignación y ejecución presupuestal de los planes programas y proyectos (la entidad debe

cuantificar el presupuesto de los planes (PUMP-PAS etc.) programas y proyectos y revisar su ejecución presupuestal),

- Se debe impulsar desde la alta dirección la implementación del sistema de costos. **Actividad en desarrollo**
- Continuar con la implementación del TUCI incluyendo los procesos de apoyo y revisando que los indicadores establecidos en la caracterización coincidan con la información del TUCI).
- El formato del plan indicativo para 2017-2020 cambió y ahora tiene una casilla denominada OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL motivo por el cual la oficina de control interno deberá en adelante establecer y socializar el avance en el cumplimiento de los objetivos estratégicos a la par que realiza el seguimiento al PAS. Sin embargo queda pendiente elaborar una herramienta-INDICADOR COMPUESTO que nos permita medir el cumplimiento de la misión y la visión de la entidad la cual sugiere la oficina de control interno se tenga como algunos de los insumos los reportes de la circular única de la supersalud y el decreto 2193 y los demás que a bien considere la alta dirección y la oficina de planeación.
- Rendición de cuentas. Se debe fortalecer la participación ciudadana y de los grupos de interés en la rendición de cuentas (sindicato, proveedores, veedurías, asociaciones de usuarios etc.), se deben elaborar planes de mejora resultado de la observaciones de la ciudadanía en la rendición de cuentas y de la autoevaluación, se deben establecer incentivos para la participación.

ASPECTOS A MEJORAR DETECTADOS EN VIGENCIAS ANTERIORES

- Dada la rotación de personal se genera pérdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional.
- No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.
- El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.
- No se cuenta con las mediciones de:
Comunicación Interna: Percepción de carretelas
Interacción página Web
Boletines
Comités y reuniones
- Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.
Brindar apoyo comunicacional a todos los procesos para desplegar la información que apoye el desarrollo de sus diferentes actividades y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales).
- Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento, constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.
- Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.
- Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias.
- La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.

- Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.
- Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.
- Se debe socializar a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados.
- Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.
- Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS.
- No se realizan actividades de autoevaluación, los espacios que se utilizaban para ello (comités directivos ampliados) solo se utilizan ahora para comunicar asuntos de acreditación, ya no se comunica en ellos los resultados de la gestión y/o para impartir directrices para mejorar la gestión.
- La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.
- Se caracterizó el procedimiento de auditoría interna integral y de auditoría de calidad-ambas a cargo de la oficina de control interno.
- MAPA DE PROCESOS – Si embargo de debe ajustar el mapa de procesos a la estructura gerárquica para identificar la Dirección administrativa y la Dirección científica.

FORTALEZAS DEL MECI

- La entidad cuenta con mapa de procesos actualizado, socializado e implementado.
- La entidad cuenta con procesos documentados los cuales tienen identificados los riesgos y controles en muchos de sus procesos.
- La entidad cuenta con un programa de gestión del riesgo.
- La oficina de control interno hace seguimiento a los indicadores riesgos y controles de los procesos y de la matriz institucional de riesgos cuando esta se publica.
- La entidad cuenta con planes de mejoramiento por procesos, el cual tiene dentro de sus fuentes acciones de mejoramiento con fuente gestión del riesgo, acciones a las cuales la oficina de control interno hace seguimiento periódico.
- La entidad cuenta con plan anticorrupción y de atención al ciudadano (al cual se le hace seguimiento de norma por parte de la oficina de control interno) y con el mapa de riesgos de corrupción.
- La entidad cuenta con estatuto y código de auditoría interna ajustado a la normatividad vigente.
- La entidad adopto 12 políticas dentro del proceso de direccionamiento estratégico (publicadas en la intranet) en el mes de septiembre de 2013.
- La entidad se encuentra ACREDITADA, lo cual ha generado que se implemente la cultura del auto evaluación para el cumplimiento de todos los estándares aplicables en materia de salud según la normatividad vigente. De lo anterior se deriva que gracias a este propósito de la acreditación, el hospital está capacitando a todo su personal responsable de procesos y directivos lo cual producirá a mediano plazo un posible cambio en la cultura organizacional, beneficiando a los usuarios toda vez que se están depurando todos los procesos, procedimientos, guías, manuales, planes etc., que a su vez replicará de manera positiva en la integración de los sistemas de calidad y control interno.

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y CONTROL MIPG

La calificación emitida por el DAFP para el 2017, ubica a la entidad en el quintil 4, que indica un nivel de implementación de MIPG ALTO. Nos encontramos a la espera de los resultados del 2018.

Desglosando la calificación emitida por el DAFP para MIPG en el 2018 por dimensiones el resultado es el siguiente:

Dimensión	Calificación	Puntaje grupo par	Quintil
Talento Humano	73.0	84	4
Direccionamiento estratégico y planeación	73.0	73.3	4
Dimensión de gestión con valores para resultados	72.4	80.5	4
Dimensión de evaluación de resultados	70.6	88.4	4
Dimensión de información y comunicación	72.4	85.5	4
Dimensión del conocimiento y la innovación	75.0	92.3	5
Dimensión de control interno	72.7	87.1	4
Resultado general del desempeño institucional.	71.8	86.0	4

(Nota: el resultado no se obtiene de sumar y dividir las calificaciones de cada dimensión, el resultado está en el informe emitido por el DAFP y se conocen los parámetros y/o variables estadísticas utilizados)

Se realizaron las siguientes actividades para implementar MIPG

CUMPLIMIENTO.

1. Se creó el Comité Institucional de Gestión y desempeño
2. Se han realizado reuniones del Comité institucional de Gestión y Desempeño
3. Se actualizó la conformación del equipo MECI
4. Se expidió el Estatuto del Auditor.
5. Se realizaron las autoevaluaciones de las 7 dimensiones de MIPG con sus correspondientes planes de acción.
6. Se socializó el Informe del DAFP 2017 MIPG calificación herramienta FURAG.
7. Se capacitó al personal sobre MIPG en la Esap.
8. Se emitieron videos explicativos sobre MIPG por parte de la Oficina de Control Interno.
9. El Comité Coordinador de Control interno se ha reunido según el cronograma establecido.
10. Se aprobó el plan de acción del equipo MECI 2018.
11. Se cuenta con plan de auditorías de control interno 2018.
12. Las auditorías de control interno están enfocadas a la gestión del riesgo.
13. Se auditó por parte de control interno la gestión de indicadores riesgos y controles de la institución.
14. Se emitió resolución 338 de 2018, por medio de la cual se da formalidad al esquema de centros de costos, por medio del cual se efectúa el análisis de costos institucional.

PENDIENTE

1. Aprobar el plan de acción del plan de acción consolidado de las 7 dimensiones de MIPG en comité institucional de Gestión y desempeño.
2. Envío de soportes a control interno de todas los responsables de la calificación obtenida en la autoevaluación de las dimensiones.
3. Culminar el proceso de esquema de centros de costos del Hospital.

La oficina asesora de control interno evaluó la implementación de las 7 dimensiones de MIPG teniendo en cuenta el cumplimiento de los atributos de calidad de cada una de ellas el resultado general fue el siguiente:

DIMENSIÓN	# DE ATRIBUTOS DE CALIDAD	# DE ATRIBUTOS DE CALIDAD QUE SE DEBEN FORTALECER	% DE IMPLEMENTACIÓN
-----------	---------------------------	---	---------------------

Información y Comunicación	12	3	75%
Gestión del Conocimiento y la Innovación	7	2	71.42%
Control Interno	10	4	60%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	15	6	60%
TALENTO HUMANO	13	6	53.84%
Gestión con Valores para Resultados	13	6	53.84%
Evaluación de Resultados	12	6	50%
			Total sumando y dividiendo los porcentajes obtenidos 53.39%
TOTAL	82	33	Total teniendo en cuenta que se han cumplido 49 atributos de calidad de 82 59.75%

A continuación se hace una revisión detallada del cumplimiento de MIPG teniendo en cuenta los atributos de calidad por dimensiones:

DIMENSIÓN DEL TALENTO HUMANO

Se encuentran cumplido 7 de los 13 atributos de calidad se deben fortalecer 6 para una implementación del 53.84%

1.3 Atributos de calidad de la Dimensión

Los siguientes atributos de calidad permitirán constatar que las entidades han logrado la consolidación de la presente dimensión:

Talento Humano:

Vinculado mediante el mérito, que responde a los perfiles y competencias definidos para atender las prioridades estratégicas y satisfacer las necesidades de los grupos de valor.

La entidad tiene definidos los perfiles y competencias en el manual de funciones. Se adelantó un proceso de convocatoria pública para proveer cargos de planta.

Gestionado de acuerdo con las prioridades fijadas en la dimensión de Dirección Estratégico y Planeación.

Las necesidades de personal están justificadas en los contratos con las empresas temporales y cooperadas y en la matriz de necesidades de personal que diligencia cada líder.

Vinculado de acuerdo con la naturaleza de los empleos, la normatividad que los regula y que responde a la estructura óptima de la entidad.

Se cumple

Conocedor de las políticas institucionales, del Dirección Estratégico y Planeación, de los procesos de operación y de su rol fundamental dentro de la entidad.

Se debe fortalecer.

Fortalecido en sus conocimientos y competencias, de acuerdo con las necesidades institucionales.

Se debe fortalecer en el personal administrativo,

Comprometido a llevar a cabo sus funciones bajo atributos de calidad en busca de la mejora y la excelencia.

Se debe fortalecer.

Comprometido y ejerciendo en su actuación los valores del servicio público.

Se debe fortalecer. La evidencia del compromiso de debe ver reflejado en la disminución de PQRSD y Disciplinarios por causas asociadas al cumplimiento de los deberes

Ø Con condiciones de salud y seguridad en el trabajo que preservan su bienestar y con mínimos niveles de riesgos materializados.

Se realiza seguimiento al cumplimiento de la normatividad de seguridad en el trabajo, y se hace seguimiento a los riesgos materializados, tomando las acciones correspondientes con los funcionarios afectados. Se debe trabajar más en la prevención.

Ø Con altos índices de productividad y cumplimiento de resultados.

Se debe monitorizar por parte de los servicios la productividad de lo que realizan tomando las medidas de manera oportuna para ello se debe fortalecer los centros de costos.

Esta medición se hace al personal de carrera con la evaluación del desempeño, al personal vinculado por prestación de servicios con la supervisión de los contratos y al personal cooperado y de empresa temporal con los resultados de los indicadores de los procesos establecidos en el TUCI, así como con el cumplimiento de los planes de mejoramiento internos, externos, con el cumplimiento del PAS Y PI.

Ø Preparado física y emocionalmente para el retiro de la entidad por la culminación de su ciclo laboral.

Se adelantan actividades previas al retiro del personal, de igual manera se les reconoce en actos públicos sus años de servicio.

Equipo directivo:

Ø Enfocado tanto en el logro de resultados como en el desarrollo de las personas a su cargo

Se debe fortalecer el enfoque al desarrollo de las personas.

Ø Que ejemplifica los valores del servicio público con su actuación diaria en ejercicio de sus funciones.

Se cumple.

Ø Que con su liderazgo lleva a la entidad al cumplimiento de propósito fundamental

Se cumple.

2. DIMENSIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN.

Esta dimensión cuenta con 15 atributos de calidad y se deben fortalecer 6 atributos de calidad lo que nos da un grado de implementación del 60%

2.3 Atributos de calidad para la Dimensión

Los siguientes atributos de calidad permitirán a las entidades asegurar un adecuado desarrollo del Direccionamiento Estratégico y Planeación:

Direccionamiento estratégico:

Ø Orientado al propósito fundamental para el cual fue creada la entidad y a la generación de valor público.

Se cumple. La Misión, la Visión, los objetivos estratégicos, las políticas, los planes y programas se encuentran alineados para cumplir con el propósito principal de la entidad.

Ø Que responde al análisis del contexto externo e interno y a su capacidad para lograr los resultados.

Se debe fortalecer el análisis del contexto externo actualizando el portafolio de servicio a los intereses de los grupos de valor

Ø Comunicado e interiorizado por todos los servidores y contratistas.

Se comunica a los servidores y contratistas, sin embargo la interiorización de los parámetros del direccionamiento debe **fortalecerse** mediante la inducción y reinducción (personal de planta) y mediante la supervisión de los contratos de las empresas temporales cooperadas y las personas vinculadas por prestación de servicios.

Ø Con clara definición de roles y responsabilidades

Se cumple

Ø Basado en principios de integridad y legalidad

Se cumple.

Ø Con metas estratégicas de gran alcance, coherentes con el propósito y las necesidades de los grupos de valor.

Se debe **fortalecer** la identificación de los grupos de valor para de esta manera identificar sus necesidades. Al parecer la contratación de un epidemiólogo que elabore el perfil epidemiológico de las personas que reciben la prestación de servicios de salud en la ESE es de vital importancia para avanzar en este aspecto.

Ø Que permite la articulación interinstitucional y alianzas estratégicas, así como la inclusión de mejores prácticas

Se cumple

Planeación Institucional:

Ø Definida como resultado de un proceso de participación de sus grupos de valor.

Partiendo de la base de que se debe fortalecer la identificación de los grupos de valor; esta actividad no se cumple.

Ø Articulada con los planes de desarrollo nacional o territorial según sea el caso y el Direccionamiento Estratégico.

Se cumple y es verificada por la secretaría de Salud Departamental a través de la aprobación y seguimiento del PAS Y PI.

Ø Articulada con los recursos físicos, de infraestructura, tecnológicos, entre otros, disponibles

Se cumple. Evidencia reportes a entes externos circular Única

Ø Con resultados anuales para el cumplimiento de las metas estratégicas

Se cumple y es verificada por la secretaría de Salud Departamental a través de la aprobación y seguimiento del PAS Y PI.

Ø Orientada a resultados y a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, con los recursos necesarios que aseguren su cumplimiento.

No se cumple. Partiendo de la base de que se debe fortalecer la identificación de los grupos de valor se recomienda adelantar acciones para el cumplimiento de esta actividad.

Ø Soportada en un esquema de medición para su seguimiento y mejora.

La entidad ha implementado herramientas como el TUCI que permite medir los resultados mediante indicadores, sin embargo dicha herramienta **aún está siendo ajustada**.

Ø Con riesgos identificados y controles definidos para asegurar el cumplimiento de gestión institucional.

Se cuenta con riesgos y controles pero se debe **fortalecer** la identificación del riesgo y los controles que se definen

Ø Que incorpore las acciones a desarrollar para las demás dimensiones de MIPG

Se está fortaleciendo.

3ª. Dimensión: Gestión con Valores para Resultados

Esta dimensión tiene 13 atributos de calidad y se deben fortalecer 6 lo que nos da una implementación del 46.15%

3.3 Atributos de calidad para la Dimensión

Los siguientes atributos de calidad permitirán constatar que las entidades han logrado la consolidación de la presente dimensión:

Ø La gestión de la entidad se soporta en:

– El trabajo por procesos, el cual tiene en cuenta los requisitos legales, las necesidades de los grupos de valor, las políticas internas de la entidad y los cambios del entorno, para brindar resultados con valor.

Se debe fortalecer la identificación de las necesidades de los grupos de valor.

– El uso de las TIC para tener una comunicación fluida con la ciudadanía y atendiendo las políticas de Gobierno Digital y Seguridad

La entidad cuenta con muchos canales de información apoyados en las TIC, como Página web, Facebook, twitter; sin embargo se debe evaluar el impacto en los grupos de valor a quienes va dirigida la información.

– La consulta de las disposiciones legales que regulan su gestión.

Se cumple

– Una estructura organizacional articulada con los procesos y que facilita su interacción, en función de los resultados institucionales.

Fortalecer. La estructura organizacional no está alineada con el mapa de procesos, se recomienda avanzar en la implementación de macro procesos.

– El compromiso con la preservación del medio ambiente.

Se tiene contratado la gestión de residuos hospitalarios, se hacen campañas de ahorro de energía, se clasifican los residuos para facilitar el reciclaje etc. **Se debe fortalecer la medición del impacto de las medidas adoptadas**

– Trámites simples y eficientes que faciliten el acceso de los ciudadanos a sus derechos.

Se debe fortalecer. La entidad se encuentra inscrita en el SUIT. Desde el 2017 no se actualiza el SUIT

– La promoción de espacios de participación ciudadana que evalúa para generar acciones de mejora

Se debe fortalecer. La audiencia de rendición de cuentas es el espacio más utilizado por la ciudadanía. En este punto se recomienda que una vez identificados los grupos de valor se estipulen espacios de trabajo con los representantes de esos grupos de valor en el que se les escuchen sus necesidades, sus felicitaciones etc., esto con el fin de complementar las encuestas que se les aplican y obtener información de primera mano que permita generar acciones de mejora enfocadas a sus necesidades.

Ø La delegación o tercerización (cuando procede) de procesos, bienes y/o servicios se ajusta a los requerimientos de la entidad y a sus grupos de valor.

Se debe fortalecer la justificación de la contratación y las necesidades de los grupos de valor. Se deja claro que toda contratación que se realiza en la entidad es justificada sin embargo no se enmarca claramente en las necesidades de grupos de valor específicos.

Ø El uso de los recursos disponibles atiende las políticas de transparencia, integridad y racionalización del gasto público.

La entidad contrata bajo los principios de la contratación estatal y en virtud del estatuto de contratación, todo de conformidad con el plan anual de adquisiciones.

Ø Los procesos judiciales en los que intervenga la entidad cumplen parámetros de pertinencia y oportunidad dentro del ámbito de la legalidad.

Se cumple.

Ø La entidad rinde permanentemente cuentas de su gestión promoviendo la transparencia, la participación y la colaboración de los grupos de valor y grupos de interés.

La entidad cumple con la rendición de cuentas. **Fortalecer la participación de los grupos de valor.**

Ø La entidad establece mecanismos de fácil acceso y comprensibles para que los grupos de valor presenten sus PQRSD.

La presentación de PQRSD es de fácil acceso pero no están parametrizadas por grupos de valor.

Ø La entidad responde de manera clara, pertinente y oportuna, las PQRSD y son insumo para la mejora continua en sus procesos.

Se cumple. La entidad contesta en términos de ley y elabora planes de mejoramiento derivados de las PQRSD

4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados

Esta dimensión tiene 12 atributos de calidad y se deben fortalecer 6 lo que nos da una implementación del 50%

4.3 Atributos de calidad de la Dimensión

Los siguientes atributos de calidad permitirán constatar que las entidades han logrado la consolidación de la presente dimensión:

Ø Ejercicios de evaluación y seguimiento diseñados y planificados que establecen lo que se va a medir, cómo se va a medir y en qué momento.

Se encuentran documentados los procedimientos de auditoría interna y de calidad, se cuenta con plan de auditorías internas y con PAMEC.

Se cuenta con tablero de indicadores TUCI
Poa, PI Y PUMP

Ø Evaluaciones que permiten a la entidad saber si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos; con las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con el uso óptimo de recursos.

Se realiza seguimiento periódico al PAS Y PI

Ø Evaluaciones que determinen los efectos de la gestión institucional en la garantía de los derechos, satisfacción de las necesidades y atención de los problemas de los grupos de valor

En desarrollo. En este punto se recomienda que una vez identificados los grupos de valor se estipulen espacios de trabajo con los representantes de esos grupos de valor en el que se les escuchen sus necesidades, sus felicitaciones etc, esto con el fin de complementar las encuestas que se les aplican y obtener información de primera mano que permita generar acciones de mejora enfocadas a sus necesidades.

Ø Seguimiento y evaluación efectuados por los servidores que tienen a su cargo cada proyecto, plan, programa o estrategia, en sus diferentes etapas de desarrollo

A través del AUTOCONTROL los funcionarios hacen seguimiento mensual y trimestral a los proyectos a su cargo, el seguimiento se presenta en los informes de gestión.

Ø Indicadores validados que brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados.

Se está fortaleciendo la herramienta TUCI, la cual dentro de poco será complementada con ALMERA.

Ø Desviaciones detectadas en los avances de gestión e indicadores que permitan establecer las acciones preventivas, correctivas o de mejora, de manera inmediata.

No se cumple. Las desviaciones se detectan cada tres meses cuando se presentan los informes de gestión.

Ø Seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la política de administración de riesgos establecida por la entidad.

En desarrollo. La oficina de control interno hace seguimiento periódico al asunto, sin embargo se debe fortalecer el seguimiento por parte de la primera y segunda línea de defensa (personal operativo y oficina asesora de planeación)

Ø Medición de la percepción y satisfacción ciudadana, como un ejercicio constante que permite identificar puntos críticos de trabajo, oportunidades de mejora, y necesidades de los grupos de valor.

En desarrollo.

Se hace a través de encuestas.

En este punto se recomienda que una vez identificados los grupos de valor se estipulen espacios de trabajo con los representantes de esos grupos de valor en el que se les escuchen sus necesidades, sus felicitaciones etc, esto con el fin de complementar las encuestas que se les aplican y obtener información de primera mano que permita generar acciones de mejora enfocadas a sus necesidades.

Ø Evaluación de la alta dirección del desempeño institucional que permite generar lineamientos claros para la mejora.

Se concertar acuerdos de gestión, compromisos laborales y comportamentales de los cuales se hace el seguimiento de norma.

Se realiza la evaluación por áreas o dependencias por parte de la oficina de control interno, **sin embargo se debe fortalecer la elaboración de planes de mejora producto de la misma.**

Ø Análisis de la información y evaluación de los datos que surgen por el seguimiento y la evaluación para mejorar los productos y servicios y la satisfacción de los grupos de valor

Entendiendo que se debe fortalecer la identificación de los grupos de valor, se recomienda adelantar actividades para el cumplimiento de este punto. **En desarrollo**

Ø Toma de decisiones basada en el análisis de los resultados de los seguimientos y evaluaciones, para lograr los resultados, gestionar más eficiente y eficazmente los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos y organismos de control.

Se debe documentar la trazabilidad de las decisiones tomadas a partir de los seguimientos y evaluaciones.

Se deben elaborar y desarrollar los planes de mejora producto de las auditorías internas realizadas por la oficina de control interno. **En desarrollo**

Ø Evaluación del cumplimiento de los atributos de calidad en el desempeño institucional para garantizar la satisfacción de los grupos de valor.

Se cumple con el TUCI

5ª Dimensión: Información y Comunicación

Esta dimensión tiene 12 atributos de calidad y se deben fortalecer 3 lo que nos da una implementación del 75%

5.3 Atributos de calidad a tener en cuenta en la Dimensión

Los siguientes atributos de calidad permitirán un adecuado desarrollo de la gestión de la Información y Comunicación:

Ø Necesidades de información identificadas para la gestión interna y para atender los requerimientos de los grupos de valor.

Se debe fortalecer.

Ø Información disponible en lenguaje claro y sencillo para ofrecer a los ciudadanos con claras condiciones de tiempo, modo y lugar en las que podrán solucionar sus inquietudes y gestionar sus trámites.

Se cumple.

Ø Información necesaria para el análisis y gestión de los procesos de la entidad y la toma de decisiones basada en la evidencia.

En desarrollo.

La entidad cuenta con aplicativos como DGH, en la que se maneja entre otras la gestión financiera del Hospital, en la actualidad los módulos se encuentran siendo actualizados para el cumplimiento de las normas NIIF. Los módulos financieros no tienen un sistema de costos por procesos lo que dificulta la toma de decisiones de manera inmediata, sujetándose a realizar otras operaciones para conocer los costos por proceso

La información que se encuentra en el TUCI (tablero único de control de indicadores), no es actualizada en tiempo real, lo que dificulta la toma de decisiones de manera inmediata.

Ø Sistema de información documentado, que permite monitorear periódicamente la gestión de la entidad y realizar los ajustes necesarios, para alcanzar los resultados esperados.

La entidad cuenta con un sistema de información.

Ø Información considerada como un activo de la entidad para la generación de conocimiento.

Se cumple. En materia de datos abiertos de incluyó i grupo de datos abiertos para la generación de conocimiento de toda la humanidad.

Ø Información disponible, integra y confiable para el análisis, la identificación de causas, la generación de acciones de mejora y la toma de decisiones.

Se cumple.

Ø Canales de comunicación identificados y apropiados donde se difunde información sobre las políticas, el direccionamiento estratégico, la planeación y los resultados de gestión de la entidad, promoviendo la transparencia en la gestión y la integridad de los servidores públicos.

Se cumple.

Ø Canales de comunicación identificados y apropiados a través de los cuales se transmite información de interés a los grupos de valor de la entidad, promoviendo la transparencia en la gestión y la integridad de los servidores públicos.

Se debe fortalecer la identificación de los grupos de valor.

Ø Mejoramiento en los procesos de gestión de la entidad como resultado de la producción y análisis de la Información.

Se cumple

Ø Información segura que no se afecta durante los procesos de producción, análisis, transmisión, publicación y conservación.

Se cumple.

Ø La información que se soporta en el uso de las TIC, se genera, procesa y transmite de manera segura, garantizando su disponibilidad, integridad y veracidad.

Se cumple

Ø Gestión de la información que asegura la conservación de la memoria institucional y la evidencia en la defensa jurídica de la entidad Mejora en los canales de información internos y externos, como resultado de la evaluación de la efectividad de los mismos.

Se encuentra en desarrollo el adecuamiento del área física del archivo central. Se debe avanzar en la conservación del archivo para lo cual se recomienda el escaneo del archivo de gestión.

La oficina Asesora Jurídica recopiló los expedientes de los procesos vigentes en los cuales la entidad está vinculada.

6ª Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación

Esta dimensión tiene 7 atributos de calidad y debe fortalecer 2 lo que nos da una implementación del 71.42%

6.3 Atributos de calidad a tener en cuenta en la dimensión

Los siguientes atributos de calidad permitirán a las entidades adelantar una adecuada Gestión del Conocimiento y la Innovación:

Ø Gestión documental y recopilación de información de los productos generados por todo tipo de fuente.

Se cumple.

Ø Memoria institucional recopilada y disponible para consulta y análisis.

Se debe fortalecer

Ø Bienes o productos entregados a los grupos de valor, como resultado del análisis de las necesidades y de la implementación de ideas innovadoras de la entidad.

Ø Espacios de trabajo que promueven el análisis de la información y la generación de nuevo conocimiento.

Por ser un Hospital universitario se promueve el análisis de la información en los comités asistenciales, (COVE, EVENTOS ADVERSOS ETC) en ellos se genera nuevo conocimiento, de igual manera mediante las charlas magistrales del área asistencial se genera nuevo conocimiento. Por último el hospital cuenta con grupos de investigación categorizados en Colciencias que promueven el análisis de información y generación de nuevo conocimiento. Se asegura la permanencia de este conocimiento pues se almacenan en el canal de youtube del hus.

Ø Los resultados de la gestión de la entidad se incorporan en repositorios de información o bases de datos sencillas para su consulta, análisis y mejora.

Se debe fortalecer. Toda vez que en la actualidad los resultados de la gestión por cada vigencia se recopilan en los informes de gestión del Gerente los cuales suelen ser extensos.

Ø Decisiones institucionales incorporadas en los sistemas de información y disponibles.

Se comunican las decisiones institucionales de manera masiva a través de los sistemas de información

Ø Alianzas estratégicas o grupos de investigación donde se revisen sus experiencias y se compartan con otros, generando mejora en sus procesos y resultados.

El hospital cuenta con grupos de investigación categorizados en Colciencias. El Hospital tiene convenios docente asistencial que genera mejora en los procesos y resultados.

7ª Dimensión: Control Interno

Esta dimensión cuenta con 10 atributos de calidad y se deben fortalecer 4 lo que nos da una implementación del 60%

La explicación se encuentra en el acápite del MECI

Ala fecha la oficina de control interno ya diligenció la encuesta del furag que arrojava la evaluación de MIPG 2018, las respuestas de la encuesta se produjeron teniendo en cuenta la participación de los líderes de los procesos según el tema que se requería. En el ejercicio del diligenciamiento de la encuesta se observaron algunos aspectos que se deben fortalecer en cada uno de los componentes del MECI. **Lo aquí señalado debe ser tenido en cuenta para elaborar el plan de acción de MIPG a cargo de planeación.**

MIPG

POLITICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO GENERALES

Antes de iniciar con cada detalle de lo que debemos mejorar les recuerdo que el DAFP emitió una cartilla para caracteriza los grupos de valor como se habrán dado cuenta esa es una necesidad de la entidad tanto para MIPG, como para MECI y para ACREDITACIÓN. La cartilla se denomina "caracterización de grupos de valor y otros de interés de la función pública" la encuentran en la siguiente dirección:

http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506977/Caracterizaci%C3%B3n+Grupos+de+Valor_2017/838953b8-715b-4e8c-a79e-4f6edc0af67c

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Recomendaciones.

- Identificar los grupos de valor y sus características (sociales, geográficas, económicas o las que la entidad considere de acuerdo con su misión), así como los grupos de interés (organizaciones sociales, academia, investigadores y las asociaciones)
- Tomar decisiones de planeación con base en las necesidades de los grupos de valor
- El plan de acción anual institucional de la entidad debe fortalecer:
La Identificación de recursos (financieros, humanos, físicos, tecnológicos) asignados para lograr los objetivos definidos
Identificar los mecanismos a través de los cuales se facilita y promueve la participación de las personas en los asuntos de su competencia.

GESTIÓN PRESUPUESTAL

Recomendaciones.

- utilizar la Tienda Virtual del Estado Colombiano para hacer compras de los bienes y servicios de características técnicas uniformes disponibles en la plataforma.

GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO

Recomendaciones.

- **La entidad debe estar en la capacidad de generar reportes de forma inmediata sobre:**

Características de los servidores (edad, género, estudios, experiencia laboral, personas sindicalizadas, idiomas, etnia, limitaciones físicas)

- **La planta de personal de la entidad (o documento que contempla los empleos de la entidad)**

Debe procurar contar con los empleos suficientes para cumplir con los planes y proyectos

- **Para llevar a cabo la selección de un gerente público o de un empleo de libre nombramiento y remoción, la entidad debe realizar las siguientes actividades:**

Verificar en la planta de personal que existan servidores de carrera que puedan ocupar dichos empleos en encargo o comisión

Verificar que los candidatos cumplan con los requisitos del empleo

Aplicar las pruebas necesarias para garantizar la idoneidad de los candidatos

- **La entidad debe desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre:**

Participación ciudadana, rendición de cuentas y control social

El código de integridad, con el fin de guiar el actuar de los servidores públicos

Política de servicio al ciudadano

INTEGRIDAD

Recomendaciones.

- La entidad debe tener en cuenta las sugerencias y recomendaciones de los servidores para mejorar la implementación del Código de Integridad
- La entidad cuenta con un mecanismo para gestionar el cumplimiento de la política de integridad por parte de los servidores, que se encuentra documentado, que tiene un responsable o área encargada y que permita acciones pedagógicas para su implementación.
- La entidad debe implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Recomendaciones.

- **La entidad tiene en cuenta para la mejora sus procesos y procedimientos los siguientes aspectos:**

Sugerencias, expectativas, quejas, peticiones, reclamos o denuncias por parte de la ciudadanía

Resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos

Análisis de costo-beneficio de los procesos

Seguimiento a los indicadores de gestión

- **Para la adecuada gestión de los bienes y servicios de apoyo la entidad debe :**

Dispone de espacios de trabajo adecuados a las necesidades de los diferentes procesos y áreas de trabajo de la organización

GOBIERNO DIGITAL

Recomendaciones.

- **Para la optimización de las compras de tecnologías de información (TI), la entidad debe:**

Utilizar Acuerdos Marco de Precios para bienes y servicios de TI

Utilizar mecanismos o contratos de agregación de demanda para bienes y servicios de TI

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

Recordemos que control interno hizo una auditoría sobre transparencia e información al ciudadano radicada el en el mes de julio de 2018 en donde se revisó el cumplimiento de la normatividad aplicable revisando ítem por ítem que se estuviera publicando en la página web y en otros medios los solicitados por la norma Ley 1712 de 2014 y Decreto 103 de 2015.

Recomendaciones.

- La entidad ha identificar los riesgos de corrupción misionales, de evaluación, archivo y estratégicos.
- Los controles definidos por la entidad para mitigar los riesgos de corrupción deben incluir:

Propósito del control
Frecuencia del control
Descripción detallada de la operación del control
Manejo de las desviaciones del control
Nombre del control

- **La información que publica la entidad debe tener estas características:**

Estar disponible en formato accesible para personas en condición de discapacidad visual (videos cortos informativos)

Estar disponible en formato accesible para personas en condición de discapacidad auditiva (videos con subtítulos y/o lenguaje de señas)

Estar disponible para personas con discapacidad psicosocial (mental) o intelectual (Ejemplo: contenidos de lectura fácil, con un cuerpo de letra mayor, videos sencillos con ilustraciones y audio de fácil comprensión)

Estar disponible en otras lenguas o idiomas.

- **La entidad debe publicar en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web oficial lo siguiente:**

Funciones y deberes de la entidad
Plan de gasto público
Proyectos de inversión en ejecución
La totalidad de los trámites que ofrece al ciudadano (la oficina de control interno hizo una auditoría sobre el asunto y encontró que desde el 2017 no se actualiza el SUIIT)
Registro de Activos de Información
Índice de Información Clasificada y Reservada
Esquema de publicación de información
Directorio de agremiaciones, asociaciones, entidades del sector, grupos étnicos y otros grupos de interés

SERVICIO AL CIUDADANO

Recomendaciones.

- **La política o estrategia de servicio al ciudadano debe:**

Estar implementada y adoptada en todas las dependencias de la entidad

Estar alineada con el plan sectorial

Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación

- **La entidad debe de forma periódica un análisis de la suficiencia del talento humano asignado a cada uno de los canales de atención**

- **La entidad debe contar con indicadores de seguimiento y medición del desempeño de la política de servicio al ciudadano, uno de esos indicadores debe medir las características y preferencias de los ciudadanos**
- **La entidad debe contar con Personal que acredite las competencias establecidas en el Decreto 815 de 2018, relacionadas con la orientación al usuario y al ciudadano y en la Resolución 667 de 2018 (catálogo de competencias)**
- **Formación específica en temas de servicio al ciudadano**
- **La entidad cuenta con una estrategia para interactuar (chat) de manera virtual con los ciudadanos a través de:**

Página web

Redes sociales

Aplicaciones móviles

- **Se deben establecer mecanismos de control para garantizar que la información entregada a los ciudadanos a través de los diferentes canales sea la misma**
- **La línea de atención de la entidad, el PBX o conmutador de la entidad debe contar con:**

Tiene operadores capacitados en servicio y lenguaje claro

Tiene capacidad de grabar llamadas de etnias y otros grupos de valor que hablen en otras lenguas o idiomas diferentes al castellano para su posterior traducción

Tiene operadores que pueden brindar atención a personas que hablen otras lenguas o idiomas (Ej.: etnias)

Cuenta con un menú interactivo con opciones para la atención de personas con discapacidad

Cuenta con operadores que conocen y hacen uso de herramientas como el Centro de Relevos o Sistema de Interpretación-SIEL en línea para la atención de personas con discapacidad auditiva

- **La entidad debe auditar el cumplimiento de La norma técnica colombiana NTC 6047 (Infraestructura)**
- **La entidad debe evaluar la complejidad de los documentos utilizados para comunicarse con sus grupos de valor (formularios, guías, respuestas a derechos de petición, etc.) para ello se puede incluir esa pregunta en las Encuestas de percepción ciudadana**

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Recomendaciones.

- **La participación de los grupos de valor deben permitir a la entidad mejorar en aspectos como:**

Elaboración de normatividad

Formulación de la planeación

Formulación de políticas, programas y proyectos

Ejecución de programas, proyectos y servicios

Rendición de cuentas

Racionalización de trámites

Solución de problemas a partir de la innovación abierta

Promoción del control social y veedurías ciudadanas

- **Retroalimentar a los grupos de valor como resultado de su participación**

- **En la rendición de cuentas la entidad debe:**

Identificar debilidades, retos, u oportunidades institucionales

Implementar acciones de mejoramiento

Divulgar las acciones de mejoramiento a los ciudadanos, usuarios o grupos de interés

- **La entidad debe medir el nivel de satisfacción de los grupos de valor respecto de la rendición de cuentas.**
- **En el proceso de rendición de cuentas la entidad debe informar sobre:**

Trámites

Espacios de participación en línea

Oferta de información en canales electrónicos

Oferta de información en canales presenciales

Conjuntos de datos abiertos disponibles

Enfoque de derechos humanos en la rendición de cuentas

El Plan anticorrupción y de atención al ciudadano

- **La entidad debe ejecutar actividades en la vigencia para cumplir las obligaciones establecidas en la implementación del acuerdo de paz.**

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Recomendaciones.

- **Los indicadores utilizados por la entidad para hacer seguimiento y evaluación de su gestión deben ser**
 - Estimados con la periodicidad establecida
 - Revisados y mejorados continuamente
- **A partir del análisis de los indicadores de la gestión institucional, el equipo directivo debe:**
 - Reorganizar equipos de trabajo y/o recursos para asegurar los resultados
- **SE DEBEN MEJORAR LAS REUNIONES DEL COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO PUES EN ELLAS SE DECIDE SOBRE EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.**

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Recomendaciones.

- El proceso documentado e implementado para el procesamiento y análisis de la información debe incluir la Evaluación de la calidad de los datos

GESTIÓN DOCUMENTAL

Recomendaciones.

- La planeación de la función archivística de la entidad debe contar con proyectos sobre gestión documental inscritos o en desarrollo

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

Recomendaciones.

- La entidad debe definir los proyectos y metas de innovación en los cuales va a trabajar a corto mediano y largo plazo
- **La entidad debe desarrollar para conservar el conocimiento de los servidores públicos lo siguiente:**

Clasificar el conocimiento asociado a la formación, capacitación y experiencia para su análisis respectivo

Sistematizar el conocimiento de las personas de acuerdo con la clasificación establecida previamente

Analizar qué personas tienen un conocimiento altamente demandado por la operación de la entidad

Diseñar mecanismos, procedimientos y/o procesos para transferir el conocimiento

Planear la transferencia del conocimiento entre las personas de la entidad

Gestionar los riesgos y controles relacionados con la fuga de capital intelectual

Garantizar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información

- **Las acciones implementadas en la entidad para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje deben permitir:**

Desarrollar herramientas y/o instrumentos para transferir el conocimiento y mejorar su apropiación

Evaluar sus productos y servicios antes de ser implementados

Asumir retos de la entidad relacionados con la generación de productos y servicios

Fomentar la transferencia del conocimiento hacia adentro y hacia afuera de la entidad

Estado general del Sistema de Control Interno – Estructura del MECI ACTUALIZADO

El sistema de control interno de la institución se encuentra en un grado de implementación ALTO

Recomendaciones

ASPECTOS A MEJORAR DETECTADOS EN VIGENCIAS ANTERIORES

- Dada la rotación de personal se genera pérdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional.
- No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.
- El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.
- No se cuenta con las mediciones de:
Comunicación Interna: Percepción de carterelas
Interacción página Web
Boletines
Comités y reuniones

- Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.

Brindar apoyo comunicacional a todos los procesos para desplegar la información que apoye el desarrollo de sus diferentes actividades y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

- Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales).
- Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.
- Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.
- Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias.
- La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.
- Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.
- Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados.
- Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.
- Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS.
- Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.
- No se realizan actividades de autoevaluación, los espacios que se utilizaban para ello (comités directivos ampliados) solo se utilizan ahora para comunicar asuntos de acreditación, ya no se comunica en ellos los resultados de la gestión y/o para impartir directrices para mejorar la gestión.
- La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.

YETICA JHASVELLA JERNANDEZ ARIZA

