



Bogotá, 27 de diciembre de 2021

Doctor -

YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA

Jefe Oficina Asesora de Planeación

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E. S. D.

Ref.: Informe de Auditoria de Gestión MIPG vigencia 2020 -

Respetado funcionario.

Adjunto el Informe de Auditoria del Informe de Gestión MIPG, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido por la normatividad y al Plan de Auditorias de la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana con el fin de que se realice el correspondiente Plan de Mejoramiento y se tomen las acciones pertinentes para dar cumplimiento a la norma; favor allegar dicho plan de mejora antes del día viernes 28 de enero de 2022.

Nota: Se anexan 21 folios.

Atentamente,

**YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA**
Jefe de Control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS. - Gerente
cc. Dra. LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS - Dir. Científica
cc. Lic. NUBIA GUERRERO P. - Dir. Atención al Usuario
cc. Dr. JOSE JAIME RIAÑO PINZON - Dir. Financieras
cc. Dra. SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA. - Dir. Administrativa
cc. Dra. NEIDY TINJACA R. - Jefe of. Asesora Jurídica



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

SEGUIMIENTO A LA AUTOEVALUACION E IMPLEMENTACION DE MIPG

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, Diciembre de 2021

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Verificar la gestión realizada en cumplimiento del decreto 1499 de 2017 y la normatividad accesoria para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, dentro del marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

2. MARCO LEGAL

- Constitución Política artículo 269
- Ley 87 de 1993, artículo 27 al 29
- Ley 1474 de 2011 Artículo 7 numeral cuarto y artículo 73 y 76.
- Ley 1753 de 2015 (plan nacional de desarrollo 2014-2018) Artículo 133
- Ley 489 de 1998
- Ley 872 de 2003
- Decreto 1083 de 2015
- Decreto 1499 de 2017
- Circular 001 de 2011 Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.

3. ALCANCE

El Sistema de Gestión. El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.

4. METODOLOGIA

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.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS

CUMPLIMIENTO.

1. 2019. Se creó el Comité Institucional de Gestión y desempeño
2. 2019. Se actualizó la conformación del equipo MECI
3. 2019. Se expidió el Estatuto del Auditor.
4. 2020. Se socializó el Informe del DAFP 2017 MIPG calificación herramienta FURAG.
5. 2019. Se capacitó al personal sobre MIPG en la ESAP.
6. 2020. Se emitieron videos explicativos sobre MIPG por parte de la Oficina de Control Interno.
7. 2020. El Comité Coordinador de Control interno se ha reunido según el cronograma establecido.
8. 2020. Se cuenta con plan de auditorías de control interno.
9. Las auditorías de control interno están enfocadas a la gestión del riesgo.
10. 2019. Se auditó por parte de control interno la gestión de indicadores riesgos y controles de la institución.
11. 2019. 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.
12. 2021. Se elaboró plan anual de implementación y mantenimiento del MIPG 2021, por parte de la oficina de planeación y se revisó su cumplimiento en la auditoría realizada por la oficina de control interno a los planes, programas y proyectos de la entidad.

PENDIENTE

1. En el 2021 se realizaron 2 reuniones del comité institucional de gestión y desempeño
2. No realizaron las autoevaluaciones de las 7 dimensiones de MIPG con sus correspondientes planes de acción.
3. Aprobar el plan de acción del plan de acción consolidado de las 7 dimensiones de MIPG en comité institucional de Gestión y desempeño.
4. Envío de soportes a control interno de todas los responsables de la calificación obtenida en la autoevaluación de las dimensiones.
5. Culminar el proceso de esquema de centros de costos del Hospital.

La calificación emitida por el DAFP para el 2020 para la implementación de MIPG.

Desglosando la calificación por dimensiones el resultado es el siguiente:

La calificación por componentes en la dimensión de control interno fue la siguiente:

Los resultados de la calificación del DAFP para la vigencia 2020 publicados son:

Nota: Se recomienda reactivar el comité institucional de gestión y desempeño MIPG, elaborar y ejecutar el plan de acción que permita medir la mejora, y realizar la autoevaluación de la vigencia 2021y 2022. El líder de este tema es la Oficina asesora de planeación y garantía de la calidad.

Calificación 2020

DIMENSION	COMPONENTES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DE REFERENCIA
		2020	
D1	Talento Humano	73.6	90.2
D2	Direccionamiento Estratégico y Planeación	55.6	98.2
D3	Gestión con valores para resultados	67.3	97.9
D4	Evaluación de resultados	55.1	97.6
D5	Información y Comunicación	70.7	98.3
D6	Gestión del Conocimiento y la innovación	56.2	98.2
D7	Control Interno	66.5	97.4
	Resultado institucional	67	97.8

2019

DIMENSION	COMPONENTES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DE REFERENCIA
		2019	
D1	Talento Humano	63.2	98
D2	Direccionamiento Estratégico y Planeación	67.5	98
D3	Gestión con valores para resultados	75.2	98
D4	Evaluación de resultados	82	98
D5	Información y Comunicación	75.5	98
D6	Gestión del Conocimiento y la innovación	79.9	98
D7	Control Interno	71.5	98
	Resultado institucional	72.8	98

HISTORICO DE CALIFICACIONES DEL DAFP

COMPONENTES	CALIFICACIÓN 2018	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	CALIFICACIÓN 2017	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	DIMENSIÓN DE MIPG
Componente de ambiente de control	63,8	98,31	3	66.5	85.5	2	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación
Componente de gestión del riesgo	52,1	95,50	2	70.0	88.4	3	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de actividades de control	54,3	94,21	2	74.4	90.7	4	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de información y comunicación	64,6	96,82	3	71.8	84.8	4	Dimensión de información y comunicación
Componente de actividades de monitoreo	57,7	98,64	2	72.5	88.1	4	Dimensión de control interno
Resultado institucional	58,6	80,01	2	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)			

6. A CONTINUACIÓN SE HACE UNA REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD POR DIMENSIONES:

DIMENSIÓN DEL TALENTO HUMANO

1. 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:

Ø 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. En la actualidad se encuentra adelantando un proceso de convocatoria pública para proveer cargos de planta.

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

Las necesidades de personal están justificadas en los contratos con las empresas temporales y cooperadas.

Ø 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

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

Se debe fortalecer.

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

Se cumple.

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

Se cumple.

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

Se debe implementar la medición de este aspecto; la cual solo se hace al personal de carrera con la evaluación del desempeño laboral. La medición se debe hacer en todo el personal sin importar el tipo de vinculación.

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.

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 ALMERA, 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.

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.

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 ALMERA 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 cumple.

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

Se está fortaleciendo.

3ª. Dimensión: Gestión con Valores para Resultados

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.

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. Se realizan auditorías por parte de la oficina de control interno sobre este tema.

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

La entidad se encuentra inscrita en el SUIT. Se han racionalizado algunos trámites.

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

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.

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. Se audita anualmente la gestión de las PQRSD por parte de la oficina de control interno.

4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados

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

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 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

El 21 de diciembre de 2021 se radicó al comité Directivo y se publicó en la página web del hospital la auditoría sobre el cumplimiento a planes programas y proyecto. En esta auditoría se observó entre otras cosas que se deben revisar los planes y programas que se encuentran publicados pues muchos de ellos están en desuso o desactualizados, de igual manera se debe fortalecer el monitoreo a los mismos y la actualización de los indicadores de cumplimiento en el sistema almerá, dicha actividad corresponde a la primera y segunda línea de defensa quienes deberán conjuntamente hacer las actividades tendiente a atender las recomendaciones de la tercera línea de defensa.

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 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.

Se cumple. La oficina de control interno hace seguimiento anual a los riesgos y controles de corrupción e institucionales y la oficina de planeación implementó en el 2021 un seguimiento trimestral enfocado en los riesgos materializados. Al respecto se está adelantando plan de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de control interno.

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.

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 concretan 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.

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 debe seguir fortaleciendo la actividad de elaborar y desarrollar los planes de mejora producto de las auditorías internas realizadas por la oficina de control interno. En la actualidad algunos procesos optan por decir que hacen acciones correctivas sin embargo cuando se les hace seguimiento algunas de ellas no han hecho nada y tampoco han elaborado plan de mejora. La oficina de control interno realizó 4 seguimientos al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías de control interno.

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

No se cumple.

5ª Dimensión: Información y Comunicación

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.

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 ALMERA (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

Ø Información disponible, íntegra 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 debe fortalecer el adecamiento 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

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.

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

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:

Ø Estándares de conducta y de integridad que direccionan el quehacer institucional

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

Ø 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.

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

Se cumple

Ø Análisis del entorno institucional que permite la identificación de los riesgos y sus posibles causas.

La entidad cuenta con mapa de riesgo institucional, por procesos y de corrupción

Ø Riesgos identificados y gestionados que permiten asegurar el cumplimiento de los objetivos.

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 una matriz de riesgos institucional priorizada en donde se establecen los 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 y de corrupción.

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 planeación hace seguimiento

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

Ø Controles diseñados, que aseguran la gestión de los procesos.

Se cumple

Ø Actividades de control establecidas que permiten mitigación de los riesgos a niveles aceptables.

Se cumple.

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

Se cumple

Ø Auditoría interna que genera valor agregado a la entidad.

Se cumple. La entidad cuenta con plan de auditorías 2021 (control interno) PAMEC (Planeación).

Ø Auditoría interna que asegura la calidad de su proceso auditor

Se cumple. La entidad cuenta con plan de auditorías 2021 (control interno) PAMEC (Planeación).

7. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – ESTRUCTURA DEL MECI ACTUALIZADO

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.
- La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central que cumplan con todos los requisitos de norma.
- 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 ALMERA 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.
- 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, de 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. La oficina de control interno realizó en el mes de diciembre de 2021 una auditoría sobre el seguimiento a los indicadores que permiten medir el cumplimiento de la plataforma estratégica, auditoría que contiene varias recomendaciones sobre indicadores y deberá ser trabajada mediante plan de mejoramiento.
- 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.

Las principales fortalezas detectadas son las siguientes:

De igual manera, desde la oficina de control interno se ha liderado la ejecución de actividades con miras a la implementación de MIPG y se ha capacitado personalmente y utilizando medios audiovisuales sobre MIPG.

- El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales.
- La caracterización de procesos permanentemente actualizada para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación.
- Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.
- Se está desarrollando la política de cero papel.
- Implementación de los planes de mejoramiento.
- Reactivación del comité coordinador de control interno
- Se cuenta con un programa de auditorías para la vigencia 2021 a desarrollar por parte de control interno que abarca todos los temas de norma que se deben auditar.

- Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.
- Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación..
- MAPA DE PROCESOS – Si embargo de debe ajustar el mapa de procesos a la estructura jerárquica para identificar la Dirección administrativa y la Dirección científica.
- ALMERA – Tablero único de control de indicadores / Los indicadores se manejan desde enero de 2020 en el aplicativo ALMERA. Sin embargo se deben publicar los indicadores de la caracterización de los procesos.
- Actualización permanente de en la intranet de los procesos de la entidad.
- Se evalúa de manera periódica la gestión del riesgo por parte de la oficina de control interno.
- Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación.
- Se mantiene la ACREDITACIÓN EN SALUD y la ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO.
- Se ha fortalecido el desempeño de la primera y segunda línea de defensa gracias a las actividades desarrolladas por la oficina de planeación y de control interno.



YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe De Control Interno

Bogotá, Diciembre 27 de diciembre de 2021