INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Conforme el asunto de la circular Externa No. 100-006 de diciembre 19 de 2019, el decreto 2106 de diciembre de 2019 articulo 156, las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD[1], el Decreto 1499 de 2017 que implementa MIPG integra los modelos de gestión del estado ya existentes. Por lo anterior se elabora y publica el presente informe correspondiente al '*informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control Interno*'.

En la vigencia 2019 la oficina Asesora de Control Interno diligencio el formulario del FURAG, sin embargo No se cuenta con calificación del índice de desempeño institucional MIPG correspondiente al 2018, lo anterior obedece a que la oficina de Planeación no diligenció el formulario FURAG. Por lo anterior no se pueden mostrar los avances de las 7 dimensiones del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG.

Una vez digitada la información de Control Interno, La calificación emitida por el DAFP por componentes en la dimensión de control interno (MECI) obtenida fue la siguiente:

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

[1] **Objetivo y estrategias**
Se fortalecerá la capacidad de vigilancia del control interno, bajo el liderazgo del DAFP y la Vicepresidencia, a través de la Secretaría de Transparencia, mediante la 113 BASES DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018 - 2022 PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD profesionalización de las OCI a nivel nacional y territorial, con criterios técnicos y personal cualificado, teniendo en cuenta los grados de complejidad de las entidades. • El DAFP diseñará un sistema de selección meritocracia, evaluación del desempeño, formación y capacitación de jefes de OCI para asegurar la competencia y experiencia técnica anticorrupción en las entidades públicas del orden nacional y territorial. • El DAFP definirá directrices de auditoría para la detección de fraude y corrupción, con el fin de mejorar las capacidades de auditoría en la detección de fraudes (por parte de las OCI), la administración de riesgos (por parte de las oficinas de planeación y los equipos directivos de las entidades), la adopción de un modelo de auditorías compartidas en sectores de alto riesgo y la implementación de comités de auditorías en las empresas estatales. • El DAFP diseñará lineamientos y metodologías a implementar por parte de las entidades nacionales y territoriales, para la administración del riesgo y el ejercicio de auditorías internas a partir de la analítica de datos, técnicas asistidas por computador, muestreos, análisis de proporción, análisis de variación y auditorías forenses. b) Con la finalidad de fortalecer la detección, investigación y sanción efectiva de conductas asociadas a la corrupción

COMPONENTES	CALIFICACIÓN 2018	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	CALIFICACIÓN 2017	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	DIMENSIÓN DE MIPG
							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**[2]	**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)							

Según la calificación emitida por el DAFP la dimensión de control interno obtuvo una calificación de 58,6 ubicándose en el quintil 2 para un grado de implementación de enfoque. En virtud de lo anterior, la oficina Asesora de Control Interno, se recomendó elaborar de manera expedita el Plan de acción del equipo MECI con el fin de que se implementen las acciones tendientes a mantener el resultado y a mejorarlo teniendo en cuenta que el porcentaje máximo del grupo par fue de 80.1.

RESULTADOS MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG 2018

El Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP emitió los resultados del índice de desempeño[3] institucional de MIPG y MECI vigencia 2018 el día 13 de mayo de 2019; sin embargo la entidad solo fue evaluada en el desempeño del MECI, lo anterior obedece a que la Oficina de

[2] Los resultados de la calificación obtenida fueron socializados al comité directivo mediante oficio y de manera presencial en el comité Coordinador de Control Interno.

[3] Definición del índice de desempeño laboral: Mide la capacidad de las entidades públicas colombianas de orientar sus procesos de gestión institucional hacia una mejor producción de bienes y prestación de servicios, a fin de resolver efectivamente las necesidades y problemas de los ciudadanos con criterios de calidad y en el marco de la integridad, la legalidad y la transparencia.

Planeación de la Entidad no diligencio el formulario FURAG, motivo por el cual no se tiene medición del índice de desempeño institucional de MIPG para la vigencia 2018.

El diligenciamiento del formulario FURAG por parte de la oficina Asesora de Planeación permitía entre otras cosas medir en la vigencia 2018 lo siguiente:

1. El resultado General del desempeño institucional (en la vigencia 2017 si fue medido por cuanto se diligencio el formulario FURAG por parte de planeación)
2. El puntaje obtenido en cada una de las 7 dimensiones. (en la vigencia 2017 si fue medido por cuanto se diligencio el formulario FURAG por parte de planeación)
3. La medición de la 16 políticas de MIPG / Alineado con el Decreto 612 de 2018 / alineado con el monitoreo al PAS que hace la Junta Directiva (en la vigencia 2017 si fue medido por cuanto se diligencio el formulario FURAG por parte de planeación).

Las anteriores mediciones debían constituir la base para el presente cuatrenio y el insumo para elaborar el correspondiente plan de acción del comité institucional de Gestión y desempeño. Teniendo en cuenta que la medición no se obtuvo se recomienda que la entidad haga las gestiones necesarias para que el DAFP permita al HUS de manera extemporánea diligenciar el formulario FURAG por parte de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad y de esta manera obtener la línea base sobre la cual se debe presentar la mejora.

En la construcción del correspondiente plan de acción del modelo integrado de planeación y gestión – MIPG, la oficina Asesora de Control Interno recomendó que se tenga en cuenta la definición de índices de desempeño, documento suministrado por el DAFP y que mide cada una de las 7 dimensiones.

RESULTADOS MECI

El índice de desempeño de Control Interno obtenido de la calificación del DAFP para la vigencia 2018, es de 58.6%, que ubica a la entidad en el quintil 2, modalidad enfoque.

La calificación emitida por el DAFP se realizó de la siguiente manera: Se agrupan las entidades en grupos pares, los resultados numéricos de las entidades se ordenaron y sub-agruparon en quintiles (cinco categorías cada una con el mismo número de entidades, equivalente al 205 del total de entidades). El quintil es una medida de ubicación que le permitirá a la entidad conocer que tan lejos esta del puntaje máximo obtenido dentro del grupo par. Una entidad con buen desempeño estará ubicada en los quintiles más altos (4 y 5), mientras que una entidad con bajo desempeño se ubicara en los quintiles más bajos (1, 2 y 3).

RESULTADOS GENERALES					
DIMENSIÓN	PUNTAJE POR ENTIDAD	QUINTIL GRUPO PAR	PROMEDIO DEL GRUPO PAR	MAXIMO GRUPO PAR	MÍNIMO DEL GRUPO PAR
7 DE CONTROL INTERNO	**58,6 MODO ENFOQUE**	**2 MODO ENFOQUE**	60.02	80,01	12,5
POLITICA					
16: Control Interno	PUNTAJE POR ENTIDAD	QUINTIL GRUPO PAR	PROMEDIO DEL GRUPO PAR	MAXIMO GRUPO PAR	MÍNIMO DEL GRUPO PAR
	58,6		60.02	80.01	12,5

INDICE DE DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES DEL MECI

COMPONENTES	PUNTAJE POR ENTIDAD	QUINTIL GRUPO PAR	PROMEDIO DEL GRUPO PAR	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	MÍNIMO DEL GRUPO PAR	DIMENSIÓN	RESPONSABLES	LINEAS DE DEFENSA
I74:CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	57,7			98,64		Dimensión de control Interno	Líderes de los procesos. Jefe de Oficina Asesora de Control Interno	SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Jefe de Oficina de planeación Líderes de los procesos Supervisores de los contratos. TERCERA LINEA DE DEFENSA Control interno Auditoría interna Planeas de mejoramiento
I70:CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	63,8			98,31		Direccionamiento Estratégico y Planeación	Alta Gerencia Comité Directivo	PRIMERA LINEA DE DEFENSA. Nivel Directivo Planes, programas, código de integridad, talento humano
I73:CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	64,6			96,82		Dimensión de información y comunicación	Dirección administrativa Proceso Gestión de la Información	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Comité Directivo y Líderes de los procesos

I71:CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	52,1			95,50		Direcciona miento Estratégico y Planeación. Dimensión de gestión con valores para resultados	Oficina Asesora de planeación. Comité Directivo Líderes de los procesos.	PRIMERA LINEA DE DEFENSA. Nivel Directivo Políticas SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Oficina de planeación (identificación del riesgo – Análisis y valoración del riesgo) Líderes de los procesos (monitoreo y evaluación de controles y riesgos) Supervisores de los contratos
I72:CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	54,3			94,21		Direcciona miento Estratégico y Planeación. Dimensión de gestión con valores para resultados	Comité Directivo Oficina Asesora de planeación. Líderes de los procesos.	PRIMERA LINEA DE DEFENSA. Líderes de los procesos. (supervisando controles y cumplimiento de procesos) PRIMERA LINEA DE DEFENSA Comité Directivo. Monitoreando con indicadores de gestión y políticas de operación (procesos, procedimientos, manuales, guías etc.)

I75:CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno

En esta ocasión se buscó que la Oficina de Planeación y Garantía de la calidad, participara en la evaluación independiente al sistema de control interno, teniendo en cuenta que en nuestra entidad no se dio la participación no tenemos calificación.
Nota generada por el aplicativo:
El índice de evaluación independiente solo aparece para aquellas entidades en las que el jefe de planeación diligenció el FURAG

INDICE DE DESEMPEÑO DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA

	PUNTAJE POR ENTIDAD
I76: CONTROL INTERNO: Institucionalidad (esquema líneas de defensa) adecuada para la efectividad del control interno. SEGÚN ESTA CALIFICACIÓN ESTAMOS EN LA **MODO ENFOQUE**	59,2
LE. CONTROL INTERNO LINEA ESTRATÉGICA	62.2
I78:CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa	61,0
I79:CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa	52,6
I80:CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa	62,2

TALENTO HUMANO –

Los servidores públicos que conforman el talento humano de la E.S.E. son funcionarios públicos de la Planta de personal, últimas modificaciones:

- Resolución 1758 de junio 2019 en donde se aprueban los acuerdos No. 017 de 2019 por la cual se modifica la planta de empleos públicos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y se dictan otras disposiciones y acuerdo No 018 de 2019, por la cual se modifica el Manual especifico de funciones y de competencias laborales de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- Resolución 1760 de junio de 2019 en donde se aprueban los acuerdos No. 019 de 2019 por la cual se modifica la planta de empleos públicos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y se dictan otras disposiciones y acuerdo No 020 de 2019, por la cual se modifica el Manual especifico de funciones y de competencias laborales de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

De prestación de servicios, de Empresa de Servicios temporales, cooperativa y el suministro de personal producto de la contratación de servicios.

Los planes de Plan estratégico de Talento Humano, el plan de previsión de recursos humanos, el plan anual de vacantes, el plan institucional de capacitaciones, el plan de incentivos institucionales, el plan de trabajo anual de seguridad y salud de trabajo, conforme lo establece la norma, hacen parte del Plan Indicativo 2017-2020 (modificado con acuerdo 002 de 2019), del Plan de Atención en salud PAS 2019 (aprobado con acuerdo No. 003 de 2019) y la oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad realiza los respectivos seguimientos para el cumplimiento de las metas.

Código de Integridad - La resolución No. 526 de 2018 adopta el código de Integridad para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana; la resolución No. 467 de agosto 28 de 2019 modifica la resolución 526 de 2018 por la cual modifica el código de Integridad de la E.S.E., En la vigencia 2019 se socializo al 52% de los servidores públicos de la E.S.E.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana conforme lo establecen las normas ha elaborado, aprobado y desarrollado el Plan Indicativo 2017-2020 - modificado con acuerdo 002 de 2019, el Plan de Atención en salud PAS 2019 - aprobado con acuerdo No. 003 de 2019, en el primer semestre registro un avance del 100% (misional 88%, plan de acción de decreto 612 (planes) 12%) a le fecha se realiza la ejecución del cumplimiento de la vigencia, para aprobación de la Junta Directiva.

Cuenta con los doce planes establecidos por norma para las entidades públicas, planes que han sido incorporados al Plan indicativo y hacen parte del PAS 2019.

En la vigencia 2019 se encontraban vigentes los planes de mejora aprobados por entes de Control:

✓ La superintendencia Nacional de Salud Planes de mejoramiento de las vigencias 2014 y 2015 con cumplimiento.

- ✓ La Contraloría de Cundinamarca, el Plan de mejoramiento de la Auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad especial no presencial de la vigencia 2017, la comisión auditora determinó en el informe de fecha octubre 29 de 2019 en el que reportó un cumplimiento al plan de mejoramiento del 100%.
- ✓ La Contraloría de Cundinamarca, El Plan de mejoramiento de la Auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad integral vigencia 2018, aprobado en el mes diciembre de 2019 para su desarrollo en la presente vigencia.

Los Planes Únicos de mejora por proceso – PUMP han sido elaborados y desarrollados en la vigencia por cada uno de los procesos establecidos en la resolución No. 125 de 2016, Los PUMP deben recoger y contener todas las acciones de mejora establecidas necesarias para el mejoramiento de los procesos de la E.S.E. Su seguimiento es realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

Los Planes únicos de mejora, producto de las Auditorias independientes realizadas de Control Interno son elaborados de manera parcial; producto de la ausencia de los planes de mejora de las auditorias, la Contraloría de Cundinamarca en la Auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad integral vigencia 2018 lo evidencio como hallazgo (Numero 8).

El presupuesto de la vigencia 2019 vigencia 2019 Que mediante el Acuerdo No. 025 del 30 de Octubre de 2018 fijó el Anteproyecto del presupuesto de Ingresos y Gastos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para la vigencia fiscal 2019, la Resolución No. 229 de Diciembre 5 de 2018 del Consejo Superior de Política Fiscal de Cundinamarca "Confiscun" aprobó el presupuesto de Ingresos y Gastos de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana para la vigencia fiscal 2019 por la suma ciento ochenta y tres mil cuatrocientos siete millones doscientos ochenta y dos mil trescientos siete pesos ($183.407.282.307.oo) m/cte.
Que mediante Acuerdo No. 004, 008, 014, 021, 022, 025, 026, 031, 032, 035, 038, 039, 042, 046, 048 y 051 de 2019 aprobados por la Junta Directiva, se efectuaron modificaciones al presupuesto de Ingresos y Gastos para la vigencia fiscal 2019, quedando aprobado en el presupuesto de Ingresos $240.742.406.540 y en el Presupuesto de Gastos la suma de $240.742.406.540 y la Disponibilidad Final $0. Que al cierre de la vigencia a Diciembre 31 de 2019 el presupuesto de ingresos presento una ejecución del 99%.

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, cuenta con el aplicativo tablero único control de indicadores - TUCI implementado por procesos (24 procesos), áreas, niveles (táctico, estratégico y operativo), normas y responsables. Mediante el TUCI la E.S.E., hace seguimiento a los indicadores que son evaluados sobre los diferentes estándares y oportunidades de mejora de acreditación. En la vigencia 2018 se observó que esta herramienta tiene algunas limitantes con respecto al manejo de la información, por lo cual se hizo necesaria la contratación de otro sistema, dando como resultado la suscripción del contrato 460 de 2018 cuyo objeto es la adquisición e implementación del software ALMERA; en la vigencia 2019 luego de una suspensión del contrato se viene realizando la transición.

GESTION DE VALORES PARA RESULTADOS

La E.S.E. da cumplimiento al decreto 1712 de 2014 y se viene realizando seguimiento a la norma sobre la matriz elaborada por la Procuraduría General la Nación, se han presentado los informes ITA; en lo correspondiente a los planes se desarrollan los planes de:

- la implementación del plan estratégico de tecnologías de la información.
- Implementación del Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información.
- Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información.

La gestión de la participación ciudadana se centra en el 'plan de acción para los procesos de salud con participación ciudadana'.

La seguridad jurídica - el estado de los procesos judiciales de la entidad – Defensa Judicial y la Defensa Constitucional se encuentran actualizadas y tiene seguimiento permanente por la oficina asesora Jurídica.

SUIT - tramites

Control Interno informo a la oficina de planeación y gestión de la calidad, de la Directiva presidencial No. 07 de 2019, con el fin de que se de cumplimiento a la misma y se identifiquen los tramites y otros procedimientos administrativos que consideren pueden ser racionalizados, simplificados o eliminados.
La oficina de Planeación y garantía de la calidad con el fin de dar un avance de necesidades, incluyo en el PUMP de imágenes diagnósticas, la implementación de la asignación de citas de imágenes diagnósticas. La Subdirección de defensoría del usuario - BOGOTA realizo un informe de diagnóstico de necesidades de nuevos trámites (11) del año 2019, dentro de los que se encuentran: Oferta de servicio, solicitud de citas e información sobre preparación para exámenes diagnósticos, confirmación de incapacidades, entre otros.
En el aplicativo del SUIT No se evidencia acciones de racionalización implementadas, monitoreo, seguimiento y evaluación a la racionalización de trámites y/o a la estrategia racionalización en la vigencia 2019.

Los Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano – los lineamientos generales para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias han realizado las siguientes actividades:
En el seguimiento al cumplimiento de Agendas Médicas programadas de Consulta Externa en cada una de las especialidades es realizado por la Dirección científica y la subdirección de Consulta Externa sobre las bitácoras de llegadas de especialistas.
Se recepciónan las PQRSDF y se les da tramite a las solicitudes de información en un promedio de tiempo de 7 días hábiles (III trimestre 2019) se les da respuesta y a las peticiones un promedio de 8 días hábiles en Bogotá, en la UFZ el tiempo de respuesta de cada solicitud esta entre 5 y 15 días, y a las peticiones se realiza dentro de los términos de ley, en el sitio WEB son publicadas las PQRSDF.

El tercer componente del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Rendición de cuentas, conforme a las etapas, se realizó y su cumplimiento es del 100%.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

El Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano de la vigencia 2019 se elaboró, publico en el sitio WEB, sus seguimientos conforme lo establecido, se realizaron y se publicaron por la oficina Asesora de Control Interno, el cumplimiento terminada la vigencia es del 90%.

La matriz de activos de información de Bogotá,, se encuentra construida en base al acuerdo No. 001 de 1996 - Estatuto de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, que en su capítulo III articulo 12 y 13 establece la estructura orgánica y dirección de la E.S.E., artículos derogados con el decreto No. 178 de 2006 – Acuerdo No. 015 de agosto de 2006 y posteriormente el decreto No. 00190 de 2007 – acuerdo No. 0016 de octubre de 2017 por el cual se adopta la organización interna de la E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana y se dictan otras disposiciones. ,

Se cuenta con el programa de gestión documental, código del documento 01GIS11-V1; Las Tablas de retención documental – TRD, lo mismo que los activos de información están elaboradas y aprobadas por el Consejo Departamental de archivo del Departamento de Cundinamarca, se realizan las trasferencias documentales y la eliminación. En desarrollo el Plan Institucional de archivos de la entidad – PINAR.

EVALUACION DE RESULTADOS

RIESGOS Y CONTROLES - Riesgos Institucionales 2019

PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019			OBSERVACIÓN
		RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	
PROCESOS MISIONALES - TRANSVERSALES		7	90	22	
TERAPIAS		6	20	6	No es un proceso Institucional
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	8	1	4	1	
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	4	1	16	2	
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	6	3	13	8	
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	5	5	37	10	
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	9				

PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019			OBSERVACIÓN
		RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	
APOYO DIAGNOSTICO	7	4	18	19	
ATENCION FARMACEUTICA	10	3	3	11	
BANCO DE SANGRE	61				
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	4	2	35	6	
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	3	2	14	2	
INVESTIGACION					
DOCENCIA	5	2	5	3	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6	2	4	7	
GESTION DEL TALENTO HUMANO	2	2	5	6	
GESTION FINANCIERA	13	2	10	5	
GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	5				
GESTION DE LA INSFRAESTRUCTURA	2	2	37	4	
GESTION DE LA INFORMACION	4	2	12	6	
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	6				
HOTELERIA HOSPITALARIA	9	2	12	7	
DESARROLLO DE SERVICIOS	2				
FACTURACION Y RECAUDO	10	3	8	3	
ESTERILIZACION	2	2	15	8	
GESTION DE LA CALIDAD	16	1	3	2	
GESTION JURIDICA	4	1	1	1	
EXTRAMURAL					
AUDITORIA Y CONTROL	2				
TOTAL	**205**	**55**	**362**	**139**	

Fuente: Auditoria Riesgos y Controles Institucionales.

Desarrollada la encuesta de riesgos institucionales elaborada por la oficina Asesora de Control Interno, dirigirla a una población de 282 personas[4] (directores, subdirectores, Líderes de proyecto y líderes de proceso), que ejecutan actividades y funciones como servidores públicos en la E.S.E., se obtuvo una respuesta de la 79.43% de la población a quien estaba dirigida.

A la pregunta si se materializo el riesgo de los procesos, se evidencia un indicador de riesgos materializados del 54% y que corresponde a 30 riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2019, procesos y riesgos que se detallan a continuación:

[4] La ficha técnica de la encuesta de riesgos vigencia 2019 establece a quienes va dirigida por cada uno de los riesgos de los procesos..

PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS 2019
procesos Misionales - Riesgos transversales	Caídas de Pacientes en la Atención de Salud
	Infecciones asociadas al cuidado de la salud
	Identificación inadecuada de pacientes
	Lesiones de piel y/o ulceras por presión durante la estancia hospitalaria
	Utilización Inadecuada de medicamento
	Morbimortalidad Materna de Alto Riesgo
	Morbimortalidad del Recién Nacido Prematuro
Imágenes diagnosticas	Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas
	Posibilidad de extravasación de medio de contraste
Atención al paciente ambulatorio	Posible aumento de la Inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa
Atención al paciente quirúrgico	Inoportunidad en la programación quirúrgica
	Infecciones del sitio operatorio
Gestión del Talento Humano	Realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos a los cuales si se tiene derecho
Gestión Financiera	Baja o nula rentabilidad
TERAPIAS	Posibilidad de Lesiones Pulmonares Asociadas a la Ventilación Mecánica S
	Posibilidad que se desplace la vía aérea artificial del paciente
	Posibilidad que el paciente sufra lesiones en la piel facial asociada a adhesivos
	Posibilidad que reportes críticos no sean informados oportunamente
Gestión de la Calidad	Inoportunidad en el seguimientos a las acciones de mejora
Gestión de la Infraestructura	Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento
Atención Farmacéutica	Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos
Atención Farmacéutica	Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos
facturación y recaudo	Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información
	Negación del pago de los servicios por autorización
Docencia	Supervisión inadecuada o insuficiente de personal en formación.
Apoyo Diagnostico	Posibilidad de toma de muestra incorrecta
	Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto
	Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte
Hotelería Hospitalaria	Fuga o perdida de usuarios de la institución
	Inadecuado manejo de residuos hospitalarios

Fuente: Auditoria Riesgos y Controles Institucionales.

Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública[5] y elaborada la Auditoria por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los aspectos allí establecidos para cada uno de los controles de la matriz de riesgos institucional 2019, la sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de **67**, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, **por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL.**

[5] publicación de octubre de 2019

Riesgos de Corrupción 2019

El mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2019, con sistema de riesgo ESTRATÉGICO y tipología de riesgo CORRUPCION, contenidos en 10 procesos, el 37.3% de los procesos de la E.S.E.

PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION/ ZONA DE RIESGO.	OBSERVACION
GESTION DE LA INFORMACIÓN	Posibilidad de supervisión no adecuada de contratos en cumplimiento de las funciones, que permita omitir sanciones a contratistas	EXTREMA	ALTA	
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	ALTO	BAJA	
GESTION FINANCIERA	Inclusión de gastos no autorizados	EXTREMA	BAJA	
	Pago de obligaciones no adquiridas	ALTA	BAJA	
	Devolución de dineros a terceros de manera injustificada	ALTA	MODERADA	
	Uso inapropiado del dinero en efectivo que se reciben en cajas.	ALTA	MODERADA	
	Adulteración de la información contable y financiera	EXTREMA A MODERADA	EXTREMA A MODERADA	
ESTERILIZACION	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	EXTREMA	MODERADA	Contenido en la Matriz de Riesgos Institucionales de 2019
GESTION JURIDICA	Dilatación de los proceso con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecer un tercero	EXTREMA	MODERADA	
	Falta de transparencia en la información respecto del estado de los procesos judiciales de la entidad - defensa judicial.	EXTREMA	MODERADA	
	Falta de transparencia en la información respecto del estado de los procesos judiciales de la entidad - defensa constitucional.	EXTREMA	MODERADA	

PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION/ ZONA DE RIESGO.	OBSERVACION
APOYO DIAGNOSTICO	Posibilidad de pérdida o hurto de reactivos y equipos	MODERADA	BAJA	
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Posibilidad e uso inapropiado de las instalaciones para beneficio personal o de terceros.	MODERADA	BAJA	
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCA	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulancia.	MODERADA	BAJA	
ATENCION FARMACEUTICA	Detrimento patrimonial relacionado con productos farmacéuticos	EXTREMA	BAJA	
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Posibilidad de violar procesos de selección en beneficio de terceros,	ALTA	MODERADA	Contenidos en la Matriz de Riesgos Institucionales de 2019
	Realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión o pagos	EXTREMA	MODERADA	

CONTROL INTERNO

La oficina asesora de Control interno cuenta con una jefe de oficina, una profesional especializada y una secretaria; realizo las siguientes Auditorias independientes:

1. Informe entrega de turno asistencial -administrativo 2018
2. Resultados de la autoevaluación del MECI 2018
3. Seguimiento al sistema único de información de trámites -SUIT
4. Verificación del cargue de la contratación en SECOP I y SIA OBSERVA
5. Informe de evaluación por dependencias
6. Informe de verificación hardware - software 2018
7. Verificación del cargue de la información en el aplicativo SIA observa.
8. Análisis de riesgos y controles de corrupción 2019.
9. Riesgos, evaluación, seguimiento y monitoreo a los controles establecidos en la matriz de Riesgo Institucional 2019
10. Informe de Control Interno Contable a diciembre de 2018
11. Informe a los Ingresos abiertos
12. Auditoria arqueos dineros públicos en cajas menores
13. Seguimiento a la auditoria procedimiento tramité de procesos disciplinarios
14. Seguimiento auditorio informe de gestión PQRSD.
15. Informe de austeridad del gasto 2019 en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

16. Informe de la evaluación de la gestión - verificación indicadores de la caracterización de los procesos e indicadores publicados en el aplicativo TUCI – tablero único control indicadores.
17. Informe de seguimiento auditoria segregación en la fuente, desactivación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final proceso de los residuos hospitalarios y similares en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
18. Auditoria cumplimiento de las políticas, procedimientos - SARLAFT
19. Auditoria Implementación MIPG 2019
20. Alertas de corrupción.

Seguimientos conforme a lo establecido, a los planes de mejoramiento de los entes de control, al Plan de Anticorrupción y de Atención al ciudadano y seguimientos a: Pagos de seguridad social EST, Plan de seguimientos vigencia 2019, soportes de supervisión de contratos, RUAF, Ingresos abiertos, factura con cumplimiento de requisitos, MIPRES, cartera mayor a 360 días, cobro de cartera vigencia 2019, acuerdos de gestión 2019, tercera línea de defensa MIPG, segunda línea de defensa MIPG, rendición de cuentas vigencia 2018, Auditoria concurrente 2019, Entrenamiento en puesto de trabajo, inventarios de propiedad y planta de la E.S.E., Uso de recaudo de la estampilla, perdida en imágenes diagnósticas, seguimiento cirugía general, contrato ALMERA, centros de costos de la E.S.E., entre otras.

MARIA CLARA MARTINEZ R.
Jefe Oficina Control Interno (E)

Bogotá, Enero 27 de 2020