

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

INFORME PORMENORIZADO
SISTEMA CONTROL INTERNO

MALVIS MUÑOZ MORALES
JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

Guamal - Magdalena

10/07/2019

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 1 de 11

Informe Cuatrimestral del Estado del Sistema de Control Interno Periodo Marzo 2019 a Junio 30 2019

De conformidad con las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno presenta y publica el informe Ejecutivo sobre el estado del Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen, Guamal, Magdalena, correspondiente al período marzo a junio 2019.

Este informe se presenta enfocado en la séptima dimensión de la Política de Control Interno establecida en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, bajo la estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, en línea con las buenas prácticas que referencia el Modelo COSO.

ANALISIS DIMENSIONES Y POLITICAS MIPG

1- Institucionalidad

Durante el cuatrimestre del presente informe no se realizaron sesiones del comité de Gestión y Desempeño y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la secretaria técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, convoco en dos ocasiones durante el periodo evaluado y no se lograron concretar las reuniones, inobservando lo establecido, en sus actos de conformación y los Decreto 648 y 1499 de 2017.

2- Dimensión del talento humano


Para el desarrollo de esta dimensión se tienen en cuenta los lineamientos de las siguientes Políticas de Gestión y Desempeño Institucional:

- Adopción de la política de integridad
- Funcionamiento del Comité Bienestar Social

La gestión estratégica de talento humano exige la alineación de las prácticas de talento humano con los objetivos y el propósito fundamental de la entidad, se evidencia las siguientes acciones realizadas al corte

Plan estratégico de talento humano: se observa documento formulado y adoptado, el cual contiene el plan anual de vacantes, plan de incentivos, plan de capacitación y plan de previsión de recursos humanos, no se ha adoptado la política de Gestión de Talento humano, se recomienda que sea revisado en sesión del comité de gestión y desempeño, como instancia articuladora de todas las políticas de gestión

Plan Institucional de Capacitación: se observa documento de plan de capacitación 2018, colgado en la página web institucional, no se observan seguimientos periódicos a la ejecución del plan, en el cual no se evidencien desarrollo, logros, posibles retrasos de actividades programadas.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 2 de 11

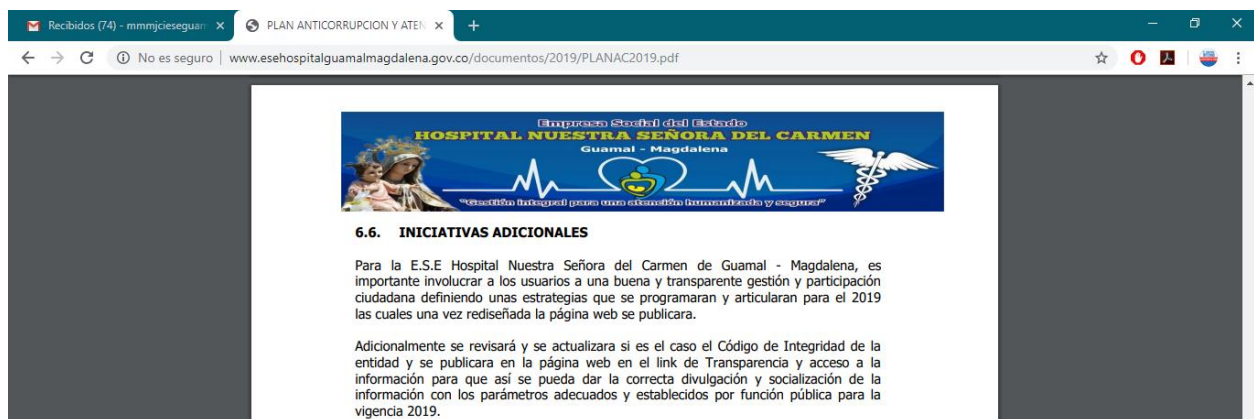
Plan de Estímulos e Incentivos: se observa la adopción en la vigencia 2018, no se evidencien desarrollo, logros, posibles retrasos de actividades programadas.

Plan de trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo: se observan avances y desarrollo de las actividades, evidenciadas con actas e informes de seguimientos.

Plan Anual de Vacantes – Plan de Previsión de talento humano: En lo que refiere este plan, se encontró que no se han iniciado los trámites del proceso respectivo.

Política de Integridad

La gestión de esta política se ha incorporado en su totalidad, en el componente de iniciativas adicionales, del plan anticorrupción 2019.



Como se puede observar de acuerdo a lo proyectado en el último informe de seguimiento, no se evidenciaron resultados ni avances de ejecución, por lo que se recomienda para el cierre del próximo cuatrimestre del PAAC (AGOSTO), realizar las actividades que garanticen su cumplimiento.

Se evidenciaron avances significativos en el fortalecimiento y gestión de la documentación e información histórica del personal, para contar con la trazabilidad electrónica y física de la historia laboral de cada servidor, se cuenta con una matriz actualizada de información para visualizar la conformación de la planta de personal.

Organización de las historias laborales en concordancia a la Circular No.004 de junio 2003 Departamento Administrativo de la Función Pública y Archivo General de la Nación.

No se viene cumpliendo con el proceso de evaluación de desempeño al personal de carrera administrativa, lo que le genera a la entidad incumplimiento de la Ley 909 y posible sanciones e imposibilitando los resultados del desempeño de los servidores públicos de carrera frente a las funciones asignadas, funciones que entre otras cosas no coinciden con la labor que se

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 3 de 11

encuentran desempeñando algunos de los servidores públicos de carrera administrativa, conforme a lo establecido en el manual de funciones y competencias laborales vigente, de igual forma no se evidencia capacitaciones a los evaluados y evaluadores sobre las normas y procedimientos que rigen la materia, en cumplimiento del Acuerdo Comisión Nacional de Servicio Civil No. CNSC 20181000006176 DEL 10-10-2018.

Para la evaluación por áreas o dependencia 2019, por parte de la oficina de control interno, revisar y realizar los ajustes y actualización al manual de funciones y competencias laborales, establecer o crear las áreas para que se determine y especifique las funciones que se encuentran desarrollando los servidores públicos, y éstas coincidan con el que se encuentran desempeñando, de igual manera actualizar y adoptar el organigrama institucional.

3- Direccionamiento Estratégico

Ejecución Presupuestal


Acto administrativo resolución No. 010 03 de enero de 2019, "Por la cual se liquida el presupuesto de ingresos y gastos de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019". Resuelve en su artículo 1º. *Liquidar y desagregar el Presupuesto de Rentas e Ingresos de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019 en la suma de CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MONEDA LEGAL (\$4.393.522.569).* ... en su artículo 2º *Liquidar y desagregar el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento, Operación Comercial e Inversión de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019 en la suma de CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS (\$4.393.522. 569.00).*

Se observa que los resultados de la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público son adecuados, en los resultados del autodiagnóstico preliminar de la dimensión de direccionamiento estratégico, el cual dejo un plan de trabajo que fue revisado con la referente del área de presupuesto y contador público, con el fin de organizar y dar cumplimiento a todo lo que establece el nuevo modelo MIPG, la entidad procura fortalecer esta área designando actividades que ayuden al cumplimiento de la dicha dimensión.

Política planeación Institucional

No ha sido adoptada una política de planeación institucional, no se observa un diagnóstico documentado de capacidades y entornos de la entidad, ni la caracterización de los grupos de valor (usuarios y partes interesadas), que sean tenidas en cuenta para la formulación de los planes de acción y para la planeación estratégica institucional.

Planes de acción anuales – plan de gestión

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 4 de 11

No se observan seguimientos del primer semestre a las metas del plan de gestión, en la cual cada proceso incorpore los avances y genera las evidencias que sustenten el avance.

Actualmente no se tiene profesional quien cumpla con las funciones que guarden estrecha relación con las ocupaciones de planeación en esta entidad, a pesar de lo que se determina en el acto administrativo "Resolución No. 0055 del 02 de mayo de 2019", **artículo primero.** - *Asignarle a la Licenciada en Enfermería Superior, CARMEN CECILIA QUINTANA AVILA, identificada con la cedula de ciudadanía número 1.085.097.875, quien se desempeña como Auxiliar Área Salud, en la planta global de este Hospital, las siguientes funciones inherentes al área asistencial de esta E.S.E.; formulación de políticas y estrategias dirigidas a lograr los objetivos institucionales en coherencia con los Planes Nacional y Departamental de Desarrollo. proponer los lineamientos y criterios para la formulación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos de la E.S.E., asesorar a las dependencias de la E.S.E. en la ejecución y evaluación de los planes, programas, proyectos del área asistencia y proponer las modificaciones para su efectiva implementación, participar con las dependencias de la E.S.E., en el seguimiento de indicadores que permita evaluar la gestión de la E.S.E. y asistirles en su implementación.*

Por lo anteriormente, considero que las instancias administrativas de esta E.S.E., quien asigne funciones y presida los Comité de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, deberá aclarar y subsanar todas estas situaciones.

Es importante que se tengan en cuenta los planes institucionales que se han integrado al plan de acción institucional, (decreto 612/2018), para que se pueda evidenciar un seguimiento integral a la planeación institucional.

4- DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN

Política Participación Ciudadana en la Gestión Pública – no adoptada

Se evidenció con corte a junio 30 del 2019, la realización de proceso de rendición de cuentas de la vigencia 2018, de acuerdo con los cronogramas y protocolos definidos.

Teniendo en cuenta el documento "Estrategias ara la rendición de cuentas 2018", se realizó una verificación de la programación establecida por cada componente, evidenciando un cumplimiento del 100%.

En la página web de la Institución www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co bajo el Link Noticias & Eventos estará el informe de Audiencia Pública - Rendición de Cuentas de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena del año 2018

Política de Servicio al Ciudadano – no adoptada

Para la adopción e implementación de esta política, se tomará como base el avance de las metas definidas en el PAYAC 2019, ES NECESARIO que se verifique el por que no se presentó avance en el periodo evaluado, con el fin que se tomen las medidas oportunas que garanticen

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 5 de 11
INFORME DE CONTROL INTERNO		

el cumplimiento y que redunden en satisfacción a la ciudadanía que accede a los trámites servicios e información de la entidad.

La entidad cuenta con una ventanilla de atención al ciudadano SIAU, en la cual se reciben las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones, igualmente cuenta con buzones de sugerencias y en cada mes se saca un consolidado y con base en estos resultados se toman decisiones, para la mejora del servicio.

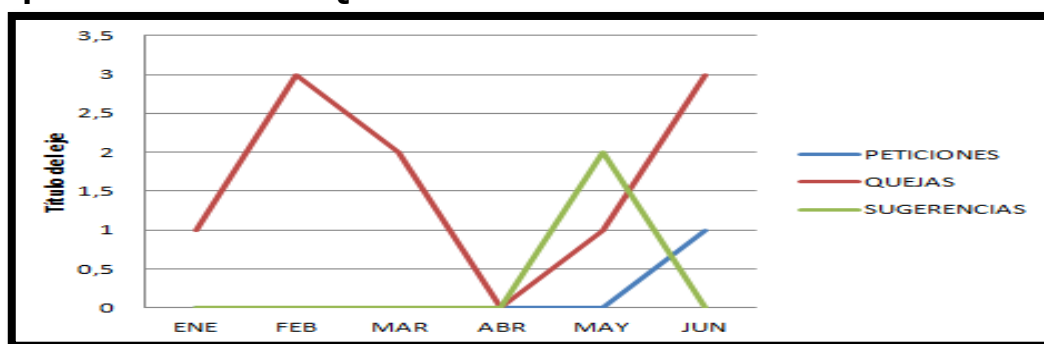
CANAL	MODO DE CONTACTO
Buzones de PQRS	Son 3 los cuales se encuentran estratégicamente ubicados (área de consulta externa, hospitalización y urgencias) y señalizados para que los usuarios tengan un fácil acceso a estos y puedan manifestar a través de estos su solicitud. Son abiertos el último día de cada mes.
Físico	Mediante escritos o documentos Presencial: Directamente en las instalaciones de la Oficina de Atención al usuario
Telefónico	Línea celular 310-6776755 disponible en horas hábiles
Virtual	el correo electrónico siau@hospitalguamalmagdalena.gov.co , y la página web Institucional
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada por la entrada de consulta externa. En horario de 8:00 am – 12:00m. y 2:00 pm – 6:00pm


La causa generadora de mayor número de novedades durante el primer semestre de la vigencia 2019, fue la de prestación de servicio, específicamente la que tiene que ver con el recurso humano, seguidamente la que tiene que ver con infraestructura física, y por ultimo lo que tiene que ver con procesos y procedimientos.

Para el primer semestre del año 2019, la Oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario recibió un total de 13 manifestaciones de los usuarios, de las cuales el 77% (10) son Quejas, el 15% (2) Sugerencias y el 8%(1) son Peticiones.

Novedades Semestre	I	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
Peticiones		0	0	0	0	0	1	1
Quejas		1	3	2	0	1	3	10
Reclamos		0	0	0	0	3	0	0
Sugerencias		0	0	0	0	0	0	2
Total		1	3	2	0	4	4	13

Comportamiento de las PQRS I Semestre 2019



	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 6 de 11

Para el primer trimestre del año 2019 se presentaron un total de 6 novedades (quejas), para el segundo trimestre se registraron 7 novedades entre quejas, sugerencias y peticiones. En términos generales en relación a otros semestres (II 2018) hubo una disminución significativa en el uso de las herramientas con que dispone la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen para la atención al ciudadano.

Medio o Canal utilizado para las novedades

CANAL / NOVEDAD	P	Q	R	S	F	TOTAL
Buzones de PQRS		7		1		8
Físico		1				1
Telefónico						
Virtual						
Presencial	1	2		1		4

Satisfacción del usuario.

Resultado del análisis de la satisfacción de los usuarios de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal – Magdalena, el presente análisis permite conocer la percepción respecto a la calidad de la prestación de los servicios de salud de la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen, por parte de los usuarios que utilizaron los servicios.

Las encuestas son herramientas poderosas para conocer la satisfacción de ellos mismos, y tener argumentos para introducir planes de mejoras en la E.S.E. La realización de las encuestas se hace teniendo en cuenta los siguientes objetivos; conocer el nivel de satisfacción de los clientes, entender sus necesidades, detectar áreas de mejora concretas, entender las expectativas de los usuarios, saber si recomendarían el servicio recibido.

Durante el I semestre de la vigencia 2019, se aplicaron en las distintas áreas funcionales de Servicios de la ESE, Encuestas de Satisfacción, manifestaron satisfacción de sus necesidades y expectativas.

Dentro de las otras actividades que realiza la oficina de SIAU, se realizan fortalecimiento de las actividades de promoción de los mecanismos de participación ciudadana en salud.

Se cuenta con la oficina Sistema de Información y atención al usuario SIAU dotada con todo lo necesario para su funcionamiento, según lo establece el decreto 1757 del 2015.

Política de Racionalización de Trámites - no adoptada

Con corte al 30 de junio se evidencian avances significativos de un 100% de cumplimiento, con el reporte de finalización de racionalización de Trámites inscritos en el SUIT para la vigencia:

- Historia clínica

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 7 de 11

La racionalización de este trámite que incluye la sistematización de las historias clínicas, está implementada y en proceso de adecuación de acuerdo a los requerimientos normativos. Es necesario que realice monitoreo permanente de las actividades en curso, con el fin de que el acceso y su incorporación estén totalmente adecuados que se garantice el trámite oportuno a los ciudadanos.

Política de Gobierno Digital – no adoptada

La entidad en la vigencia 2018, adopto el documento de Plan Estratégico de tecnologías e información PETI (versión julio 2018), en el cual se adecuo el modelo e indicaciones generados por el MINTIC, este plan se encuentra sin ejecución, no hay responsables asignados para el cumplimiento de sus actividades.

Política Seguridad Digital

En 2018 se observa la adopción de documentos internos que tienen como objetivo la seguridad de la información y adecuado manejo de la misma, se recomienda implementar los planes de seguridad y privacidad de la información, para que se implemente la metodología actualizada, sobre la cual a la fecha I semestre del año 2019, no se observa acción alguna.

5- Dimensión Evaluación para el resultado

Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional


Se observa que algunas actividades se realizan separadamente desde cada puesto o área de referencia, no existe consolidación, monitoreo y revisión del seguimiento a las metas institucionales. Para el 2019 se revisaron y ajustaron los indicadores y metas de la planeación institucional en sus respectivos ejes estratégicos, con el fin de sintetizar la gestión, se recomienda realizar un seguimiento claro y oportuno por parte de las dependencias y procesos de la entidad.

Se presenta con oportunidad los estados financieros, la ejecución presupuestal, los cuales son presentadas a la Junta Directiva. No obstante, estos informes no son publicados en la página web de la entidad, inobservando lo establecido en la ley de transparencia y acceso a la información pública ley 1712 /2014, y los principios de publicidad y transparencia.

Planes, Programas y proyectos

En el marco de la Planeación Estratégica Institucional, para la vigencia 2019, a corte de este informe se evidencia la siguiente información;

- Se elaboró la estrategia Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano y se publicó para la ciudadanía en la página web de la Entidad, el 31 de enero 2019 de conformidad con la normatividad vigente, la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, los componentes que hacen parte de estas son, gestión del riesgo de corrupción, racionalización de trámites, rendición de cuentas, mecanismos para mejorar la atención al

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 8 de 11

ciudadano y mecanismos para la transparencia y acceso a la información, se encuentra publicado en el link. <http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2019/PLANAC2019.pdf>, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la ley 1474 de 2011.

- Plan Institucional de Archivos – PINAR, adoptado mediante acto administrativo No.0122 del 29 de junio de 2018, publicado en la página web de la entidad, elaborado bajo los lineamientos del Archivo general de la Nación, dentro del documento se relacionan los productos y los tiempos establecidos para su implementación, a partir de la vigencia 2018, con corte al presente informe no se evidencia ejecución de ninguna de las actividades programadas en las vigencias 2018 y 2019, por lo que se sugiere, revisar y ejecutar las actividades.
- Se encuentra formulado, adoptado y publicado el Plan Estratégico de Talento Humano para la vigencia, se adoptó a través del acto administrativo No. 0114 del 25 de junio de 2018, el cual establece los productos de la gestión del talento humano, identificados a partir del diagnóstico de necesidades e intereses de los servidores de la entidad, **sugiero retomar** estas actividades y estrategias de capacitación, bienestar, teniendo en cuenta que lo establecido en la vigencia anterior no se desarrolló en su totalidad.

Actividades que pueden afectar negativamente la planeación institucional;

- No se encuentra publicado en la página web de la entidad el presupuesto vigencia 2019 debidamente desagregado y aprobado, así como las modificaciones a este, (En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011. Art 74 Estatuto Anticorrupción).
- El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI. Documento utilizado para expresar la estrategia de tecnologías de la información del hospital. Formulado desde el año 2018, con corte al presente informe no se ejecutaron las actividades, este documento fue elaborado, bajo los lineamientos de la Política de Gobierno en Línea, razón por la cual requiere actualización acorde con la nueva Política de Gobierno Digital.

Evaluación Gestión del Riesgo

La Política de Administración del Riesgo adoptada por medio de resolución No. 0754 de 2016 emanada por la gerencia de la E.S.E., se encuentra desactualizada, conforme a lo establecido en el nuevo lineamiento expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, "la nueva Guía de Riesgos Versión Octubre 2018 y los lineamientos de MIPG".

Se requiere actualizar la Política y Metodología de Riesgos; así como elaborar el Manual del usuario, incluir los riesgos de **seguridad digital**, las responsabilidades definidas en las líneas de defensa, las tablas de medición de impacto para los riesgos de **gestión** y los riesgos de **corrupción** actualizadas acorde con los criterios de calificación, unificar el mapa de calor.

La entidad debe fortalecer la evaluación del riesgo, a partir de la definición de los lineamientos para la administración del riesgo, que se constituyen en una política de operación para la entidad.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 9 de 11

Con el fin de desviar prácticas corruptas en la entidad, para dar cumplimiento a la norma legal vigente establecido en el estatuto anticorrupción ley 1474/2011, y para garantizar el cumplimiento de objetivos Institucionales, se estableció el mapa de riesgos de corrupción 2019, el cual se encuentra publicado desde el mes de enero de 2019, en la página web institucional.

6- Dimensión información y comunicación

Política Gestión Documental – no adoptada

La entidad, no ha tenido avances en la construcción del sistema de gestión documental, actividades lideradas por parte del comité institucional de planeación y desempeño, en la implementación del PINAR, que contempla las tablas de retención documental, el plan institucional de archivo y el programa de gestión documental.

Para garantizar el cumplimiento de la gestión documental se deben establecer los siguientes procesos: planeación, producción, gestión y trámite, organización, transferencia, disposición de documentos, preservación a largo plazo y valoración, los cuales se desarrollarán en el Programa de Gestión Documental.

Estos procesos encierran las etapas del ciclo vital del documento, es decir desde su creación pasando por su vida activa y productiva en cumplimiento de unas funciones hasta su destino final que puede ser: eliminación, selección, microfilmación y/o digitalización o conservación total en el archivo histórico de la Empresa.

Política Transparencia y Acceso a la información pública y lucha contra la corrupción – no adoptada

De conformidad con lo establecido en la ley 1712 de 2014 y la resolución 3564 del MINTIC, en la cual se establecen los estándares para publicación y divulgación de la información, se realizó la verificación de la información publicada en la página web institucional, en la cual se observó que no se está dando cumplimiento a las indicaciones y actualización de la información publicada en la página web, por lo que es importante que se impartan lineamientos estandarizados que garanticen la calidad, oportunidad y acceso de la información.

7- Dimensión gestión del conocimiento y la innovación

Se observa en esta dimensión avances significativos como la elaboración de información que consolida y relaciona la gestión presupuestal, gestión talento humano y gestión contractual, que son insumos para la organización de la entidad y la toma de decisiones.

La entidad debe realizar como mínimo el autodiagnóstico del modelo integrado de planeación y gestión MIPG de esta dimensión, para la evaluación y establecer un plan de acción para realizar La medición de las brechas y ajustes que correspondan.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 10 de 11

8- Dimensión control interno


Este se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG y se desarrolla en detalle en el Manual Operativo.

La nueva estructura del MECI - MIPG busca una alineación a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber: 1) ambiente de control, 2) administración del riesgo, 3) actividades de control, (4) información y comunicación y 5) actividades de monitoreo.

Línea estratégica y primera línea de defensa: Se observa que desde esta línea no se han desarrollado reuniones de Comités Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancias en las cuales se deben hacer seguimiento a las principales recomendaciones y observaciones de los seguimientos y auditorías realizadas, gestión del riesgo, y aprobación de plan de auditoria de la oficina de control interno, políticas e instrumentos de gestión documental.

Segunda línea de defensa: en estas líneas se observan alguna de las acciones de monitoreo efectuadas por los líderes de los procesos y demás responsables de realizar actividades de seguimientos en las dependencias de la entidad, al respecto se observa informes de ejecución presupuestal , reporte trimestral oportuno de los informes de medición y seguimiento a los diferentes entes de inspección vigilancia y control, no se observan seguimientos a las metas del plan operativo institucional POAI, monitoreo al mapa de riesgo institucionales. Se recomienda mantener y realizar acciones de autocontrol que permita documentar y llevar la trazabilidad a las acciones de mejora identificada en estas sesiones, con e fin de que se garantice la calidad y la participación de los servidores públicos de la entidad.

Tercera línea de defensa: Se observa ejecución del plan anual de auditorías para la elaboración de informes de ley propios de la oficina de control interno, toda vez que el Plan de auditorías, fue proyectado por la Oficina de Control interno para la vigencia 2019 para su respectiva aprobación por parte del Comité Institucional de Control Interno, convocado a través de oficio de fecha 26 de marzo de 2019 y el 23 de Mayo de 2019, estos comités no se realizaron, por lo que se encuentra pendiente por su aprobación, no obstante la oficina de control interno ha desarrollado y documentado su plan de acción durante el primer semestre, con el desempeño de los roles establecidos en el decreto 648 del 2017.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 11 de 11

Recomendaciones

Sesionar el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en atención a lo dispuesto Circular 01 julio 2015 Función pública, en el Artículo Primero y los párrafos primero, segundo, tercero y cuarto de la Resolución No.0062 del 07 de mayo de 2018, emanada de la Gerencia de esta E.S.E., para tratar entre otros los siguientes aspectos; avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, socialización de los avances del Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General del Departamento del Magdalena CGDM información sobre los estados financieros de la E.S.E. y las recomendaciones a que haya lugar, Revisión de la actualización e implementación de la política de administración del riesgo, aprobación Plan de Auditoria Interna Oficina de Control Interno, vigencia 2019.

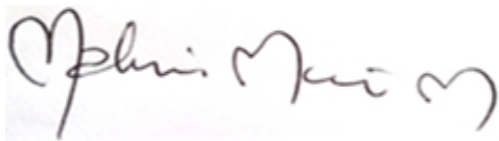
Ejercicio del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la entidad, en atención a lo dispuesto en la Circular 004 de 07 de Marzo de 2019 de la Procuraduría General de la Nación y la Resolución No.0107 del 15 de Junio de 2018, emanada de la Gerencia de esta E.S.E., para tratar entre otros los siguientes aspectos; revisión de los autodiagnósticos MIPG, elaboración y aprobación del Plan de Acción Técnico que contenga las políticas y dimensiones requeridas, acciones de mejora para avanzar en la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión de MIPG, designar líderes y responsables referentes de los planes institucionales y estratégicos incorporados en el plan de acción, en cumplimiento del decreto 612 del 2018.

Identificación y análisis de riesgos administrativos, operativos, tecnológicos y de corrupción, la entidad deberá tomar medidas urgentes frente a la implementación de la administración del riesgo.

Es necesario ajustar el link de transparencia y acceso a la información, conforme a la ley 1712 de 2014, cuyo objeto es regular el derecho al acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía de derecho y las excepciones a la publicidad de la información, así como aplicar los principios de transparencia, buena fe, gratuidad, celeridad, entre otros.

La planeación y ejecución del programa anual de auditorías de gestión, es de gran importancia para la entidad, a través de este, se verifica el cumplimiento de la gestión de los procesos, cumplimiento de la normatividad vigente y genera un mayor control al desarrollo de las diferentes actividades Institucionales, por lo que se debe generar el espacio para su revisión y aprobación.

La planeación y ejecución del plan de bienestar, es indispensable para propiciar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios, que generen espacios de conocimiento, esparcimiento e integración familiar, así como el aumento de los niveles del sentido de pertenencia del servidor público con la Entidad.



Malvis Muñoz Morales
Jefe Oficina Control Interno