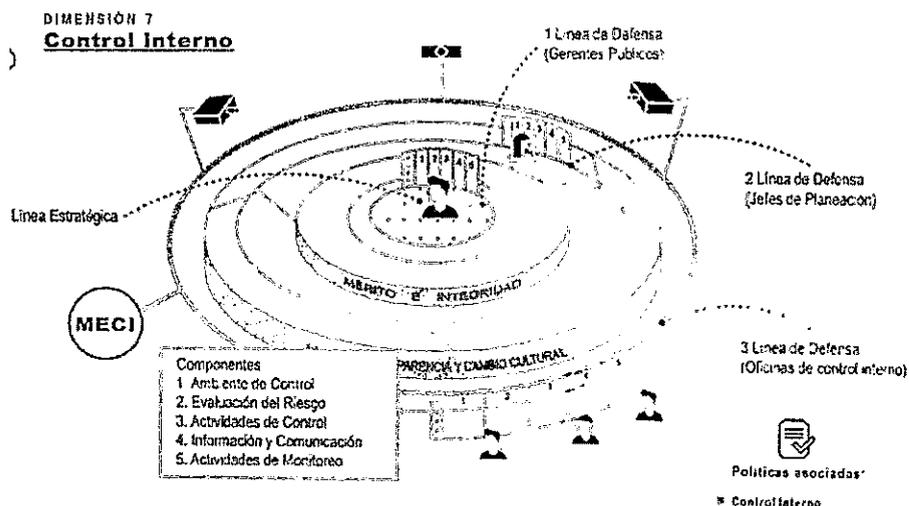




**INFORME ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
E.S.E. HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" GUAMAL - MAGDALENA  
PERIODO EVALUADO 01 JULIO AL 31 OCTUBRE 2018  
FECHA DE ELABORACION NOVIEMBRE 12 DE 2018**

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" de Guamal - Magdalena, en cumplimiento de sus funciones de conformidad con lo dispuesto por la ley 87 de 1993 y en especial en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, presenta el Informe Pormenorizado Cuatrimestral del Estado de Control Interno de la Entidad, para el periodo 01 de Julio al 30 Octubre de 2018, correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia 2018.

**Séptima Dimensión MIPG**



Este informe se continúa presentando bajo la estructura del Modelo MECI, enfocado en la séptima dimensión de control interno dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 del DAFP, se definió un solo sistema de gestión en el cual se articuló e integró el Sistema de Desarrollo Administrativo, el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Control Interno, establecido en el artículo 2.2.23.2 del citado decreto, "Actualización del Estado Modelo

Calle 10 Carrera 5 Esquina / Telefax: (5) 4182016 e-mail: [esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co](mailto:esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co)  
**"Gestión integral para una atención humanizada y segura"**



Estándar de Control Interno MECI (en un esquema de cinco (5) componentes: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación del Riesgo, 3) Actividades de Control, 4) Información y Comunicación y 5) Actividades de Monitoreo), esta actualización se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5º de la ley 87 de 1993, se presenta el informe de acuerdo a los avances en la implementación del modelo MIPG en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen, con el fin de continuar fortaleciendo e implementado el modelo integrado.

## 1. AMBIENTE DE CONTROL

Este componente tiene como propósito asegurar un ambiente de control que le permita a la entidad disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno.

Requiere del compromiso, el liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Este componente focaliza primordialmente el compromiso de la entidad con la integridad y humanización en la prestación del servicio, se evidenció a lo largo de este periodo la gestión institucional, mediante la ejecución de las siguientes actividades:

De acuerdo con lo previsto en el Decreto 648 y 1499 de 2017, la E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" adoptó los actos administrativos relacionados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión; La E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" de Guamal Magdalena, viene avanzando en la adecuación y ajustes para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, por lo que a través de la Resolución 0107 de 15 Junio de 2018, integró y estableció el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional Gestión y Desempeño de la entidad, como órgano rector, articulador y ejecutor a nivel institucional, de las acciones que coadyuven a la implementación del MIPG. Y Comité Institucional del Sistema de Control Interno Resolución 0062 de 2018.

Comité Institucional de Gestión y Desempeño: En el periodo evaluado se llevó a cabo un (1) comité, en los cuales se trataron temas sobre los avances de la operación y articulación del MIPG en la entidad.

Comité Institucional de Sistema de Control Interno: En el periodo evaluado se llevó a cabo un (1) comité, en los cuales se trataron temas sobre la aprobación de los planes institucionales e integración en el plan de acción de la entidad 2018, gestión talento humano.

Implementación e Institucionalización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a través de las 7 dimensiones:

La E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" actualmente avanza con capacitaciones a los líderes de apoyo de las dimensiones, socializaciones del modelo a los funcionarios y

Calle 10 Carrera 5 Esquina / Telefax: (5) 4182016 e-mail: [esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co](mailto:esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co)

**"Gestión integral para una atención humanizada y segura"**



contratistas de la entidad, delegación de un referente apoyo MIPG, asignación de actividades frente a las políticas y dimensiones de los referentes y apoyo a los planes institucionales, desarrollando las siguientes actividades;

### **Materialización a través de la Dimensión Gestión Talento Humano**

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, considera al talento humano como el elemento más importante con el que cuentan las entidades, que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. En el marco de los valores, el servidor público contribuye con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.

Autodiagnósticos MIPG; Gestión de Talento humano; este autodiagnóstico es diligenciado por el coordinador del área de talento humano, estableciendo un plan de acción que debe ser aprobado por el comité de gestión y desempeño. El profesional universitario que coordina esa tarea fue capacitado sobre el Modelo MIPG, en el mes de septiembre de la presente vigencia. Integridad; elaboración del autodiagnóstico por parte de la profesional de apoyo en el área de SIAU, sean adelantado acciones de socialización y talleres de sensibilización sobre el Código de Integridad y los valores del servidor público en el mes de agosto, dirigidos a los funcionarios y contratistas, socializaciones sobre temas de humanización en la prestación del servicio.

La Gestión del Talento Humano se desarrolla a través del "Plan Institucional de Capacitación, Bienestar e Incentivos y Seguridad en el Trabajo" conformado por los planes: "Plan Estratégico del Talento Humano (PETH) vigencia 2018".

El plan de Bienestar e incentivos: No se comprobaron estrategias y/o actividades, encaminadas a mejorar un clima organizacional, que permita a los servidores públicos de la entidad, la satisfacción personal en el cumplimiento de sus labores y la eficiente prestación de los servicios, con corte a este cuatrimestre no se evidencia que se esté dando cumplimiento al plan adoptado y publicado por la entidad.

El talento humano fue capacitado en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se continuó con la realización de exámenes ocupacionales, reactivación del comité paritario de Seguridad y salud en el trabajo COPASST.

Se dio cumplimiento al reporte de la información laboral de los servidores públicos y contratistas, a través del aplicativo del Sistema de Gestión del Empleo Público SIGEP.

Para esta vigencia 2018, se estableció el plan institucional de capacitación e integró al plan operativo anual, el cual fue adoptado y publicado en la página web por la entidad, al corte de este cuatrimestre se realizaron capacitaciones sobre el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, y Modelo Integrado de Atención en Salud MIAS y Rutas Integrales en Atención en Salud RIAS, no obstante se sugiere organizar los cronogramas referentes a capacitaciones planeadas a las líneas de enfoque establecidas en el plan y realizar la revisión y medición de indicadores del plan institucional de capacitación para la vigencia.

Calle 10 Carrera 5 Esquina / Telefax: (5) 4182016 e-mail: [esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co](mailto:esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co)

**"Gestión integral para una atención humanizada y segura"**



## Materialización a través de la dimensión Direccionamiento estratégico

El Plan de Acción Institucional se encuentra publicado en la página web de la Entidad, en el periodo analizado se elaboraron y publicaron en la página web los Planes Estratégicos definidos en el Decreto 612 de 2018, los cuales se articularon al Plan Operativo Anual de los procesos que les aplica; el Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Anual de Vacantes, Plan Institucional de Archivos PINAR, Plan estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de capacitación, Plan de Incentivos Institucionales, Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. No se hace seguimiento periódico de los mismos, no se evidencia total ejecución y cumplimiento de las actividades programadas en los planes articulados en el plan de acción 2018.

Autodiagnósticos MIPG; Direccionamiento estratégico y Planeación; a la fecha no ha sido diligenciado el autodiagnóstico de Direccionamiento estratégico y planeación, no obstante se cuenta con una planeación estratégica adoptada y publicada en la página institucional. Política Gestión Presupuestal; diligenciada por el profesional universitario de apoyo en el área de presupuesto, arrojando unas tareas por definir en concordancia con el área de tesorería y contabilidad. Se evidencia que La entidad **no prepara mensualmente** sus estados contables. Según el análisis de las brechas frente a los lineamientos que establece la política en MIPG.

Se recomienda;

- Darle aplicabilidad y operatividad al comité de Gestión y Desempeño institucional
- Realizar las actividades pertinentes para que se realice los autodiagnósticos y el plan de acción a desarrollarse, para la implementación del MIPG.

## 2. EVALUACION DEL RIESGO

Identificar, evaluar y gestionar los riesgos institucionales es un proceso efectuado bajo el liderazgo del equipo gerencial y de todos los servidores de la entidad, que le permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de sus objetivos institucionales.

La función de la auditoría interna, a través de un enfoque basado en el riesgo, proporcionará aseguramiento sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control interno a la alta dirección de la entidad, incluidas las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa.

La E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" adoptó el acto administrativo No. 0754 del 19 de Marzo de 2016, relacionado con la Política de administración del riesgo, comprometiéndose a gestionar los riesgos institucionales defendiendo medidas

Calle 10 Carrera 5 Esquina / Telefax: (5) 4182016 e-mail: [esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co](mailto:esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co)

**"Gestión integral para una atención humanizada y segura"**



encaminadas a evitar, reducir, compartir, transferir y/o asumir aquellos de mayor probabilidad de ocurrencia e impacto para el desarrollo, de su objeto social, realizando un seguimiento periódico a la efectividad de los controles implementados, contando para tal efecto con el concurso de todos sus servidores para asegurar el mejoramiento de la gestión institucional en procura del interés general como móvil de sus actuaciones”.

A la fecha no se adopta una de las herramientas metodológicas para la valoración de los riesgos asociados a los procesos de la entidad; “los Mapas de Riesgos por procesos”, acudiendo para efectos de su estructuración a los lineamientos fijados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, los cuales en armonía con el apoyo en Calidad resultará responsabilidad de los líderes de proceso estructurar los Mapas de Riesgos, en consecuencia, resultará deber funcional para los mismos su documentación y seguimiento conforme los lineamientos que fije.

La entidad cuenta con un mapa de riesgo de corrupción, el cual hace parte de los componentes que integran el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2018, adoptado y publicado por la entidad en la página web institucional, el cual se le ha realizado seguimiento a los controles establecidos por parte de la oficina de control interno.

Se recomienda;

- Actualizar e implementar la política de riesgo, para dar cumplimiento al Artículo 269 de la constitución política de Colombia, el cual establece que en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas.
- Asegurarse que en cada proceso se reconozca el concepto de “administración del riesgo”, la política y la metodología definida, los actores y en entorno del proceso y definir los riesgos de acuerdo a los lineamientos establecidos por función pública.

### **Materialización a través de la Dimensión Gestión con Valores para el Resultado**

La Entidad cuenta con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño según Resolución interna dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1499/17 Artículo 2.2.22.3.8, el cual está encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, en todas sus dimensiones; evidenciando en el periodo analizado Actas de reunión del Comité.

La Dirección de la Entidad continúa trabajando en la capacidad instalada.



En el portal de la página web institucional los usuarios del Hospital, pueden consultar; como acceder a los servicios y requisitos para trámites, portafolio de servicios de la Entidad y encontrar información relacionada con los horarios de atención, según el área, PQRS.

Autodiagnóstico MIPG; Servicio al ciudadano; socializado y diligenciado con el profesional de apoyo encargado del área de Sistema de información y atención al usuario SIAU, al corte del informe se encuentra con un plan de acción a desarrollar, Frente a la Política de servicio al ciudadano se recomienda verificar las acciones tendientes a disminuir las brechas respecto a: información dirigida a diferentes grupos de población, mecanismos a través de los cuales pueden hacer seguimiento a sus peticiones. Racionalización de trámites; pendiente por diligenciar, no obstante se encuentra socializado y capacitado por el responsable del autodiagnóstico, la estrategia de racionalización de trámites se encuentra con un cumplimiento del 100%, en la página del Sistema Único de Información y Trámites. Participación ciudadana en la gestión pública; no se ha realizado el diagnóstico sobre el estado actual de la política. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea; La entidad no ha implementado la estrategia Gobierno en Línea, lo cual dificulta el avance respecto a Gobierno Digital. Defensa jurídica; En materia de Defensa Jurídica, no se ha realizado el diagnóstico.

Se recomienda;

- Empezar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los lineamientos de Gobierno en línea y así poder avanzar con la política de Gobierno Digital.

### **3. ACTIVIDADES DE CONTROL**

Las actividades de control sirven como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forman parte integral de los procesos, su objetivo es permitir el control de los riesgos identificados, con el fin de lograr los objetivos de la entidad. Se evidencian a través de políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que sean llevadas a cabo aquellas acciones necesarias para administrar el riesgo. Estas actividades, manuales o automáticas, tienen varios objetivos y son aplicadas en diferentes niveles de la organización.

Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión, los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y en general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.

Teniendo en cuenta las limitaciones que ha tenido la oficina de control interno, y la negación o inobservancia frente a lo que se requiere o solicita a algunas áreas de la entidad, la revisión de los registros, soportes y evidencias de los avances del Plan de Acción Institucional 2018 no ha sido oportuno ni objetivo. No se puede establecer un



porcentaje de cumplimiento, ni medición mensual y/o trimestral de los indicadores asistenciales, administrativos y financieros, así como el desarrollo y cumplimiento de los objetivos estratégicos propuestos en el plan de acción y los planes institucionales integrados, para la vigencia 2018.

Se recomienda;

Considerar la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional, socializando los informes respectivos como fuente para la toma de decisiones.

Al establecer los planes y propósitos institucionales, Socializar y comprometer a las áreas o dependencias para participar y contribuir en el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

La planeación y el presupuesto deben estar articulados, para esto se recomienda que el ejercicio de la elaboración del presupuesto, se realice de manera simultánea que la formulación de acciones estratégicas en la entidad

En el plan de acción institucional se debe establecer, el valor de los recursos asignados para llevar a cabo cada actividad de gestión.

Capacitar a los funcionarios y líderes de los procesos que intervienen en el desarrollo de las actividades de gestión institucional, en temas; administración de riesgos, formulación planes y formulación y medición de indicadores.

Concientizar la importancia de que los funcionarios, conozcan de manera permanente los avances en su gestión, logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y generar los efectos deseados para la entidad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.

Priorizar las acciones de los autodiagnósticos e implementarlas con el fin de tener mayor Cumplimiento y adherencia de MIPG.

#### **4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

Este componente permite identificar, capturar y comunicar información pertinente para que los servidores puedan llevar a cabo sus responsabilidades, se deberán utilizar los medios adecuados y en los tiempos oportunos. Se requiere manejar información generada internamente, así como información sobre hechos y condiciones externas necesarias para tomar decisiones y generar informes externos confiables.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión, define la Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse

Calle 10 Carrera 5 Esquina / Telefax: (5) 4182016 e-mail: [esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co](mailto:esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co)

**"Gestión integral para una atención humanizada y segura"**



con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.

La información y comunicación, Gestión Documental, Transparencia y Acceso a la Información, Políticas, directrices y mecanismos de identificación, aseguramiento, consecución, captura y procesamiento de información. Gestión de peticiones, quejas, reclamos o denuncias, son actividades propias de los planes adoptado por la entidad, para establecer políticas de operación para administración, seguridad y reserva de la información, al corte del presente informe, no se evidencian cumplimiento del total de las actividades planeadas en El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, Plan Institucional de Archivos PINAR, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

No obstante por medio de la página Web institucional se realiza publicaciones de eventos, noticias, documentos entre otras; adicionalmente, se consultan los requisitos para los trámites y servicios del Hospital, Transparencia y Acceso a la información Pública.

No se ha diligenciado Autodiagnóstico MIPG; la Política Gestión documental; no se evidencia la adopción o implementación de un programa de gestión documental y tablas de retención documental.

Se recomienda;

Socializar a los funcionarios de la entidad para que conozcan la Ley de Transparencia y acceso a la información pública.

Reforzar a los funcionarios para que sean conscientes que la transparencia y el acceso a la información pública son fundamentales para la modernización del Estado y aporten para conseguir este objetivo.

Darle cumplimiento a los planes adoptados para la vigencia 2018.

## **5. ACTIVIDADES DE MONITOREO**

Este componente permite desarrollar las actividades de supervisión continua (controles permanentes) en el día a día de las actividades, así como evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías) que permiten valorar: (1) la efectividad del control interno de la entidad pública; (2) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (3) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (4) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.



Aunque las actividades de gestión sean evidentes, este componente también busca medir Los resultados de la gestión para detectar desviaciones, generar tendencias, correctivos recomendaciones.

### **Materialización a través de la dimensión gestión el conocimiento y la innovación**

La Gestión del Conocimiento y la Innovación fortalece de forma transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.

Autodiagnóstico MIPG; Gestión Del Conocimiento y La Innovación: El autodiagnóstico por parte de la función pública no ha sido aprobado por tal motivo no se encuentra para su diligenciamiento.

Se recomienda;

Construir la matriz de identificación del conocimiento para el desarrollo de cada uno de los Procesos.

Analizar, evaluar y socializar los resultados de la matriz de identificación del conocimiento para el desarrollo de cada uno de los procesos

### **Materialización a través de la séptima y última Dimensión Control Interno**

El Control Interno se integra, a través del MECI, como una de las dimensiones del Modelo, constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos Institucionales. Estas dimensiones se entienden como el conjunto de políticas, prácticas, herramientas o instrumentos con un propósito común, que puestas en marcha de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG logre sus objetivos.

Autodiagnóstico MIPG; Política de Control Interno; responsable del diligenciamiento la Oficina de control interno.

La Jefe de la Oficina de Control Interno presentó para aprobación del Comité Institucional del Sistema de Control Interno CICI reglamentado por la Resolución Interna No. 0062 del 07 del Mayo del 2018, la propuesta del Plan Anual de Acción y Auditoría Internas 2018, bajo los parámetros y criterios definidos por la Oficina de Control Interno para la selección y programación de las auditorías, se aprobó en forma unánime, según acta de comité de fecha 19 de junio del 2018, en esa misma acta se adopta el Estatuto de Auditoría y el Código del Auditor proyectado por la Jefe de la Oficina de Control Interno, para la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal – Magdalena, teniendo en cuenta lo



establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el Decreto 1499/09/2017.

La Oficina de Control Interno ha reiterado la necesidad de actualizar, socializar e implementar la política de Riesgos Institucionales, para realizar las auditorías en base a riesgos, como lo establece la Guía DAFP.

Se recomienda;

En cumplimiento del rol de Evaluación y Seguimiento se sugiere actualizar Política de Administración de Riesgos, se han presentado retrasos e incumplimientos por parte de la oficina de control interno en el tema de administración de riesgos, toda vez que la entidad no ha realizado acciones que permitan actualizar, institucionalizar y administrar la política de riesgo.

La actividad de auditoría interna debe realimentar a las entidades en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos promoviendo la mejora continua. Así mismo, para formarse una opinión sobre la adecuación y eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control.

Invito muy respetuosamente a todos los que intervienen dentro del que hacer institucional a través de las tres líneas de defensas a ser sensibilizados y concientizados sobre los modelos y políticas que el gobierno dispone para el rediseño institucional, a tener total disposición y compromiso con el sistema de control interno en la entidad, cultura de respeto con el servidor público, amabilidad en el proceso que cada quien representa o desarrolla. Toda vez, que esto es una "responsabilidad de todos, en cabeza de la representante legal".

### **OPERATIVIDAD TRES LÍNEAS DE DEFENSA**

<b>LÍNEA ESTRATÉGICA</b>		
Define el marco general para la gestión del riesgo y el control A cargo de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
<b>1ª. Línea de Defensa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A cargo de los Gerentes públicos y líderes de procesos o gerentes operativos de programas y proyectos de la entidad</li> <li>La gestión operacional se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.</li> </ul> 	<b>2ª. Línea de Defensa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A cargo de servidores con responsabilidades de monitoreo y evaluación de controles y riesgos: Jefes de planeación, supervisores, interventores, coordinadores de otros sistemas.</li> <li>Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente</li> </ul>	<b>3ª. Línea de Defensa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A cargo de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quién haga sus veces</li> <li>Proporciona información sobre la efectividad del SCL, la operación de la 1ª y 2ª Línea de defensa con un enfoque basado en riesgos</li> </ul> 

  
**MALVIS MUÑOZ MORALES**  
 Jefe Oficina Control Interno E.S.E

Calle 10 Carrera 5 Esquina / Telefax: (5) 4182016 e-mail: [esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co](mailto:esehospital@esehospitalguamalmagdalena.gov.co)  
**"Gestión integral para una atención humanizada y segura"**