


E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO
DE CONTROL INTERNO

MALVIS MUÑOZ MORALES
JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

Guamal - Magdalena

28/02/2019

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 1 de 12

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno Periodo Noviembre 2018 a Febrero 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 sobre el estado del Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen, Guamal, Magdalena, correspondiente al período Noviembre 2018 - Febrero 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, y actualizado 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, el cual se desarrolla en detalle en el Manual Operativo MIPG V2, en agosto de 2018, emitido por el Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional.

Institucionalidad


De acuerdo con lo previsto en el Decreto 648 y 1499 de 2017, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen, actualizó los actos administrativos relacionados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, con el objetivo de asegurar que la entidad cuente con una estructura de control de la gestión que fortalezca el Sistema de Control Interno.

Para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se realizaron capacitaciones y socializaciones, a líderes de las dimensiones, la entidad conformó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño a nivel institucional, pero no se encuentra en funcionamiento, no se han desarrollado actividades tales como la revisión de los autodiagnósticos MIPG, elaboración y aprobación del Plan de Acción Técnico de MIPG, responsables o referentes de las políticas y dimensiones, entre otros.

Se sugiere revisar los resultados del FURAG para poder fortalecer las debilidades identificadas en cada uno de los procesos, convocar al Comité Institucional de gestión y desempeño por parte del encargado de planeación o quien haga sus veces para que estos ejerzan sus funciones y de esta manera fortalecer la entidad haciendo el respectivo seguimiento, elaborar y publicar los indicadores de gestión donde sea de fácil acceso a los funcionarios y comunidad en general, delegar referentes o responsables de las dimensiones del MIPG, realizar todos los autodiagnósticos del MIPG, para elaborar el Plan de Acción Técnico -PAT que contenga las acciones de mejora para avanzar en la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

1- DIMENSION DEL TALENTO HUMANO

Esta dimensión orienta el ingreso y desarrollo de los servidores garantizando el principio de mérito en la provisión de los empleos, el desarrollo de competencias, la prestación del servicio, la aplicación de estímulos y el desempeño individual.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 2 de 12

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


Responsable asignado de esta dimensión: Coordinador de Talento Humano	
Políticas relacionadas MIPG	Estado
Política de Gestión de Talento Humano	No adoptada
Política de Integridad	No adoptada
Comités relacionados	Estado
Comité de Bienestar Social, capacitación e incentivos	Conformado mediante resolución No. 0043 del 2017, no se encuentra en funcionamiento.
Comité de Convivencia Laboral COCOLA	Conformado mediante acta de reunión de conformación del comité.

Se realizó un autodiagnóstico de la dimensión talento humano, el cual dejó un plan de trabajo que fue socializado ante el Comité Institucional de Control Interno CICI, debido a la complejidad de esta área y con el fin de organizar y dar cumplimiento a todo lo que establece el nuevo modelo MIPG, la entidad deberá fortalecer esta oficina designando actividades que ayuden al cumplimiento de la dicha dimensión.

Responsable asignado de esta dimensión: Coordinador de Talento Humano	
Políticas relacionadas MIPG	Estado
Política de Gestión de Talento Humano	No adoptada
Política de Integridad	No adoptada
Comités relacionados	Estado
Comité de Bienestar Social, capacitación e incentivos	Conformado mediante resolución No. 0043 del 2017, no se encuentra en funcionamiento.
Comité de Convivencia Laboral COCOLA	Conformado mediante acta de reunión de conformación del comité.

De acuerdo con las acciones del Plan Estratégico de Talento Humano, se observó que en el periodo evaluado, la entidad ha fortalecido y generado algunas oportunidades de mejora al proceso de Gestión del Talento Humano, como son:

Fortalecimiento de la seguridad laboral y la promoción y prevención de la salud, en el periodo evaluado principalmente se adelantaron actividades para los Servidores Públicos y contratistas del hospital, a través de un cronograma de trabajo planificado; pausas activas, comité de convivencia laboral, capacitaciones riesgo ergonómico, valoraciones médicas ocupacional, socializaciones del reglamento de higiene y seguridad, aplicación matriz de peligros, simulacros, prevención del riesgo psicosocial, funciones y conformación del COPASST entre otros. Cumplimiento de la verificación, registro y actualización de la información de la hoja de vida de los servidores públicos y contratista en el aplicativo del Sistema Gestión del Empleo Público SIGEP.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 3 de 12

Es importante tener en cuenta las siguientes situaciones administrativas, del proceso de gestión talento humano:

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 encuentran desempeñando algunos servidores públicos, si los términos de referencia de evaluación fuera el manual de funciones y competencias laborales, no se han realizado capacitaciones a los evaluados y evaluadores sobre las normas y procedimientos que rigen la materia. No obstante la oficina de control interno, avanzó en la evaluación por áreas o dependencias con el seguimiento del Plan Operativo Anual, en la ejecución de las metas programadas, y el reporte de los indicadores gerenciales, asistenciales y administrativos, que hacen parte integral del mismo, áreas que actualmente coadyuvan en los planes institucionales, es importante aclarar que estas actividades son lideradas y ejecutadas por asesores y contratistas de la entidad, por lo que los servidores públicos de carrera administrativa no participan directamente en la planeación institucional.

No se cuenta con la información de la caracterización de los servidores públicos de carrera administrativa.

No se realiza re inducción de acuerdo con las exigencias de la norma.

No se reconocen incentivos en su desempeño laboral en cada nivel jerárquico.

No se realizan actividades de bienestar social.

No se detecta la necesidad de capacitación, ni se realizan capacitaciones institucionales que incluya la percepción de los servidores públicos de carrera administrativa, el mayor número de capacitaciones, son externas y dirigidas al personal contratista de la entidad.

Se hace necesario realizar los ajustes y actualización del manual de funciones y competencias laborales, para que se determine y especifique las funciones que se encuentran desarrollando los servidores públicos, y éstas coincidan con los cargos y áreas en el que se tiene asignado.

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.

Contar con un mecanismo de información que permita visualizar la planta de personal.


Actualizar y adoptar el organigrama de la entidad.

2- DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN

En esta dimensión el propósito es permitirle a la entidad, definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

Resultado De Cumplimiento Del Plan Operativo Anual, vigencia 2018.

Durante el periodo 2018, se culminaron y consolidaron las acciones para la el Plan de Acción Anual - PAA, revisando los productos desarrollados por la entidad en las vigencias 2018, acorde a la estructura del Plan de Desarrollo Institucional de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 4 de 12

Carmen de Guamal, Magdalena, se fundamentó bajo la modalidad del Cuadro de Mando Integral; direccionando así mismo, la ejecución de las Metas proyectadas en el Plan Operativo Anual - POAI de la vigencia 2018, en cinco grandes ejes estratégicos (fortalecer la prestación de los servicios de salud, gestión centrada en el usuario y la comunidad, implementar y mantener un sistema integrado de gestión de calidad, contribuir a la formación y consolidación de competencias del talento humano, gestión financiera), con sus respectivos objetivos estratégicos, propuestos en el Plan de Desarrollo Institucional Gerencial incluyendo: productos a desarrollar, acciones, metas, articulación con otros planes (Decreto 612 de 2018), tiempos de ejecución, responsables, las cuales se describen por cada eje, para facilitar el seguimiento y la aplicación de los controles que aseguren el cumplimiento de las metas estratégicas y los objetivos institucionales.

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, se realizó tres seguimientos en los meses de mayo, septiembre y diciembre, se evidencio los avances con el apoyo de todas las áreas que están inmersas en cada uno de los componentes y subcomponentes, 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 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 reprogramar las actividades.

No se elaboró y publicó el Plan de Acción Anual 2019, en el portal de la página web de la entidad a corte del presente informe, que especifiquen los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.

No se publicó el informe de gestión del año inmediatamente anterior (2018).

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.

No se encuentra formulado, adoptado y publicado el Plan Estratégico de Talento Humano 2019, no obstante para la vigencia 2018, se adoptó un plan estratégico 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 replantear y retomar estas actividades y estrategias de

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 5 de 12

capacitación, bienestar, de seguridad y salud en el trabajo, teniendo en cuenta que lo establecido en la vigencia anterior no se desarrolló en su totalidad.

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.

Administración Gestión del Riesgo en la Entidad.

La Política de Administración del Riesgo, se encuentra desactualizada, según lo establecido en el nuevo lineamiento expedido por el DAFP acorde con la nueva Guía de Riesgos 2018 y los lineamientos de MIPG. Por lo que se sugiere 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.

Con el fin de desviar prácticas corruptas la ESE y para dar cumplimiento a la norma legal vigente y para garantizar el cumplimiento de objetivos Institucionales, se estableció el al mapa de riesgos de corrupción 2019, se encuentra publicado desde el mes de enero de 2019, en la página web institucional.


3- DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Gestión con valores para resultados, la cual agrupa un conjunto de políticas, o prácticas e instrumentos que tienen como propósito permitirle a la entidad realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

En el proceso de fortalecimiento institucional y simplificación de procesos, la entidad deberá contratar la asesoría de un profesional de calidad, para desarrollar talleres, capacitar, socializar y divulgar con los líderes de procesos y funcionarios de la ESE, para la actualización y mejora de la estandarización de la documentación de los procesos (procedimientos, instructivos, manuales, caracterización, indicadores y formatos) de acuerdo a las necesidades y a los lineamientos del procedimiento interno.

Servicio al Ciudadano

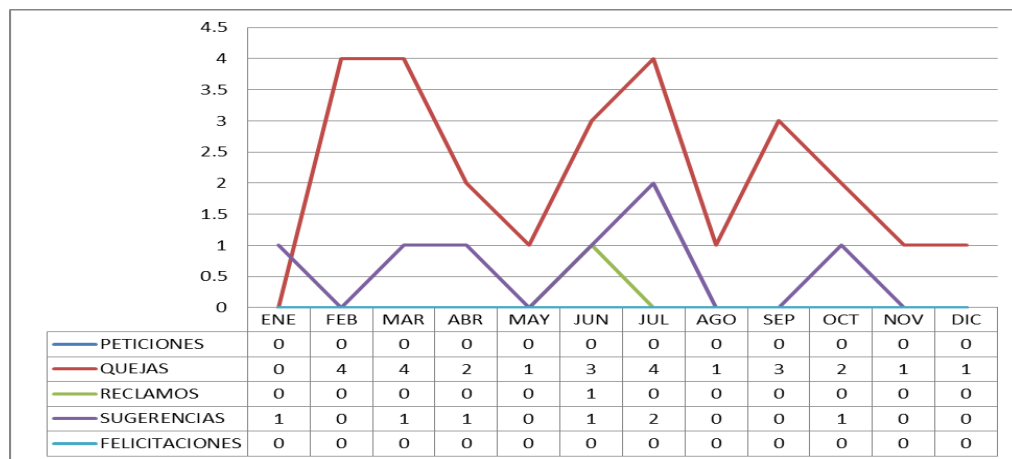
La entidad cuenta con una ventanilla de atención al ciudadano SIAU, en la cual se reciben todas, las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones, igualmente cuenta con buzones de sugerencias y en cada mes se saca un consolidado y con base en estos resultados se toman decisiones, para la mejora del servicio.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 6 de 12

La gestión de los Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos, consiste en la recepción, radicación, registro y envío al responsable de estas manifestaciones, seguimiento y registro de la gestión para cierre final.

Para el 2018 la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen recibió un total de 34 manifestaciones de los usuarios, de las cuales el 76% (26) son Quejas, el 21% (7) Sugerencias y el 3% (1) Reclamo.

NOVEDADES 2018- I	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
PETICIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QUEJAS	0	4	4	2	1	3	4	1	3	2	1	1	26
RECLAMOS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
SUGERENCIAS	1	0	1	1	0	1	2	0	0	1	0	0	7
FELICITACIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	4	5	3	1	5	6	1	3	3	1	1	34




CAUSAS GENERADORAS	P	Q	R	S
Prestación del servicio: Procesos y procedimientos				2
Prestación del servicio: recurso humano		26	1	
Prestación del servicio: infraestructura física				5
Total		26	1	7

La causa generadora de mayor número de novedades durante la vigencia 2018 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.

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 durante la vigencia 2018

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 7 de 12

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 durante el año 2018.

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 la vigencia 2018, se aplicaron en las distintas Unidades Funcionales de Servicios Asistenciales de la ESE, Encuestas de Satisfacción a (3040) usuarios, de los cuales, (2923), que corresponde al 96% de los encuestados, manifestaron satisfacción de sus necesidades y expectativas; mientras que solo el 4% restante (121) usuarios, no manifestaron satisfacción de las mismas.

VIGENCIA 2018	USUARIOS ENCUESTADOS	USUARIOS SASTISFECHOS	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN	USUARIOS INSATISFECHOS	PORCENTAJE DE INSATISFECHOS
I TRIMESTRE	797	768	96%	29	4%
II TRIMESTRE	751	717	95 %	34	5%
III TRIMESTRE	730	708	97%	22	3%
IV TRIMESTRE	766	730	95%	36	5%
TOTAL	3040	2923	96%	121	4%

Racionalización De Trámites

La entidad, ha propuesto en la identificación de trámites revisar y actualizar los trámites de la entidad cargados en el Sistema Único de Identificación de Trámites (SUIT) para su actualización.

Realizar un despliegue y apropiación de los trámites y servicios de la entidad con trabajadores, usuarios y entidades prestadoras de salud.

Rendición De Cuentas

Plan de Rendición de Cuentas vigencia 2018 y realización de la Audiencia de Rendición de Cuentas. Este informe y la evaluación de la rendición de cuentas, se presentó con oportunidad a la Superintendencia de Salud y publicación en la página web, en el link <http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/rendicion/>

<http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/rendicion/>

La rendición de cuentas a la ciudadanía, se pretende que genere información y transparencia sobre aspectos relacionados con la gestión Institucional, la prestación de los servicios y ejecución de planes.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 8 de 12

4- DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Esta dimensión tiene como propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico.

Tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad

- Saber permanentemente el estado de avance de su gestión
- Plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas
- Al final del periodo, determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos.

La Evaluación de Resultados permite también definir los efectos de la gestión institucional en la garantía de los derechos, satisfacción de las necesidades y resolución de los problemas de los grupos de valor.


En términos generales, MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados obtenidos. Tanto el seguimiento como la evaluación exigen contar con indicadores para monitorear y medir el desempeño de las entidades. Estos indicadores se diseñan en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, y dada la importancia que tienen, deben enfocarse en los criterios, directrices y normas que orientan la gestión, y en los productos, resultados e impactos derivados de ésta.

Seguimiento Y Evaluación Del Desempeño Institucional

El Plan Operativo Anual, que a corte de diciembre de 2018, reflejó un porcentaje de cumplimiento del 95%, en la ejecución de las metas programadas, según se evidencia en el reporte de los indicadores gerenciales, asistenciales y administrativos, que hacen parte integral del mismo. Hay puntos que deben fortalecerse pero en términos generales en todas las áreas se logró un avance significativo, las áreas que actualmente han cumplido con la meta esperada, contarán con el apoyo en la gestión para continuar su desempeño.

Eje Estratégico 1:	porcentaje de cumplimiento:	100%
Eje Estratégico 2:	porcentaje de cumplimiento:	100%
Eje Estratégico 3:	porcentaje de cumplimiento:	100%
Eje Estratégico 4:	porcentaje de cumplimiento:	75%
Eje Estratégico 5:	Porcentaje de Cumplimiento:	100%

Se obtuvo como resultado, un porcentaje de cumplimiento en la ejecución de las metas programadas en el Plan Operativo Anual, durante la vigencia 2018, por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena del 95%.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 9 de 12

Indicador N°3 de la Resolución 408 de 2018: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	
CONCEPTO	
... Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación (2018)	22
... Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación (2018)	23
Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo Anual del PDI aprobado en la vigencia 2018	0.95

En el mes de diciembre se realizó seguimiento a las actividades plasmadas en PAMEC, en el grupo de Direccionamiento y Gerencia especialmente al cumplimiento de los programas de las siguientes políticas:

- Política de Gestión del Riesgo
- Política de Talento Humano
- Política de Gestión Ambiental
- Política de la Tecnología


CONSOLIDADO AVANCE DEL PAMEC 2018 ESE HNSC GUAMAL - MAGDALENA								
	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	TALENTO HUMANO	AMBIENTE FISICO	INFORMACION	TECNOLOGIA	TOTAL
EJECUCION DEL PAMEC	Completo	2	2	1	1	1	1	8
	En desarrollo	0	0	0	0	0	0	0
	Atrasado	0	0	0	0	0	0	0
	No iniciado	0	0	0	0	0	0	0
	Acciones evaluadas	2	2	1	1	1	1	8
AVANCE DE CUMPLIMIENTO	Actividades programadas	2	2	1	1	1	1	8
	Actividades completas	2	2	1	1	1	1	8

Fuente: Seguimiento PAMEC 2018 corte 28 de Diciembre de 2018

Se concluye que el resultado de PAMEC 2018 fue del 100% cumpliendo con la Meta propuesta en el Plan Operativo Anual vigencia 2018 y con la Resolución 408 de 2018.

Se sugiere que para el Plan de trabajo del año 2019, el encargado de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, considere interactuar oportunamente con los responsables de facilitar la información y líderes de los equipos de autoevaluación y sus colaboradores, con el fin de que este proceso sea enfocado a la realidad institucional.

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, y los principios de publicidad y transparencia.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 10 de 12

5- DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Tiene como propósito garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información y que se encuentran articuladas en el autodiagnóstico de Gobierno en digital, lo que corresponde actividades de indicadores de resultados, componente TIC para gobierno abierto.

Este componente presenta un avance mínimo, se pudo identificar lo siguiente:

No cuenta con un sistema móvil para la recepción, trámite y respuesta de PQRD.

No cuenta con trámites o procedimientos administrativos disponibles en línea.

No existe un indicador que evalúe el porcentaje de satisfacción de los trámites en línea (asignación de citas).

No se tiene implementado un link para Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias en la página web.

No está publicada la totalidad de la información obligatoria en el link de "transparencia y acceso a la información pública", e incluso, hay alguna información que aún no se ha establecido (ejemplo: tablas de retención documental, índice de información clasificada y reservada, informes de demandas y procesos judiciales, entre otros).

No se han establecido cuáles son los conjuntos de datos estratégicos, por lo tanto no se han publicado ni monitoreado.

No se han desarrollado aplicaciones a partir de los conjuntos de datos abiertos

No se ha formulado un plan de acción respecto a la medición del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).

La Entidad no tiene implementado un programa de correcta disposición final de los residuos tecnológicos.

Política De Gestión Documental

La entidad, no ha tenido avances en la construcción del sistema de gestión documental, no se tiene tarea por parte del comité institucional de planeación y desempeño 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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 11 de 12

Política De Transparencia Y Acceso A La Información Pública Y Lucha Contra La Corrupción

La entidad elaboro en el mes de enero, el plan anticorrupción, de acuerdo a la guía del DAFP, con sus componentes y subcomponentes con la identificación del mapa de riesgos de corrupción y se publicó en la página web, a este se le realizará seguimiento y evaluación cada 4 meses, tal como determina la ley, para verificar que las acciones que están inmersas se ejecuten y se cumplan. Con respecto al link de transparencia y acceso a la información, este se debe ajustar e ingresar la información con las directrices de publicación establecidas por la norma, hasta la fecha se ha subido parcialmente esta información.

6- DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

Dinamiza el ciclo de política pública, facilita el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconecta el conocimiento entre los servidores y dependencias, y promueve buenas prácticas de gestión.

La entidad debe realizar el autodiagnóstico de esta dimensión, para la evaluación y establecer un plan de acción para realizar los ajustes que corresponda a esta.

7- 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, 3i) actividades de control, (4) información y comunicación y (5) actividades de monitoreo.

Actividades de Monitoreo y Supervisión Continua

Plan de auditorías: En el mes de enero de 2018 la Oficina de Control interno preparo el plan de auditorías para la vigencia 2018 y este fue aprobado por el comité coordinador de control interno, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las normas, políticas, procesos, planes, programas, proyectos y controles de la ESE.

Para este periodo, en el plan de auditorías, se desarrollaron las siguientes auditorias por parte de la oficina de control interno, las cuales no se cumplieron en su totalidad.

Planes de Mejoramiento

Se realizó seguimiento y evaluación al avance en el cumplimiento del Plan de Mejoramiento suscrito por la ESE frente a la Contraloría General del Departamento del Magdalena CGDM.

Se realizó seguimiento y evaluación al avance en el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento suscrito a los procesos de talento humano y proceso gestión contable.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	14-FEB-2017
INFORME DE CONTROL INTERNO	CODIGO:	HNSC-CI-IF-001
	PAGINA	Página 12 de 12

RECOMENDACIONES

La entidad se encuentra en un proceso de implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, por tanto es necesario que este sistema se integre en su totalidad al Sistema de Gestión de Calidad para garantizar la operación transversal de los sistemas en la entidad.

Es importante la aplicación de las tablas de retención documental que permita establecer cuáles son los documentos de la entidad, su necesidad e importancia en términos de tiempo de conservación y preservación.

Es importante fortalecer el seguimiento, retroalimentación y trazabilidad de la PQRSF, lo cual permitirá asegurar el cumplimiento de las expectativas del Ciudadano.

Es necesario fortalecer en la aplicación de los Planes de Mejoramiento y el cumplimiento de sus acciones, para poder dar cumplimiento y generar aspectos de mejora que son fundamental para la prevención de riesgos.

Es necesaria implementar la estandarización de la documentación de los procesos (procedimientos, instructivos, manuales, guías y formatos) que sirven como herramientas administrativas para realizar de una forma organizada y controlada las diferentes actividades y para conocer los lineamientos.

A partir de los análisis de datos de riesgos administrativos, operativos, de corrupción, indicadores y controles establecidos, La Entidad deberá tomar medidas urgente frente a la administración del riesgo, de la misma manera realizar la autoevaluación de la gestión, generando acciones de mejora que sean realmente necesarias.

Es necesario actualizar el directorio institucional de todos los funcionarios y contratistas en la página web; que incluya el cargo, el objeto del contrato, correo electrónico y teléfonos de los empleados y funcionarios, las escalas salariales correspondientes a las categorías de todos los servidores públicos y contratistas, con el fin de dar cumplimiento a la ley 1712 de 2014, de transparencia y acceso a la información.

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 en la Entidad, para verificar el cumplimiento de la gestión de los procesos, cumplimiento de la normatividad vigente y de la misma manera para generar un mayor control al desarrollo de las diferentes actividades Institucionales.

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
ESE Hospital