

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO  
OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE  
CONTROL INTERNO  
DEL 1 DE MARZO DE 2018 AL 30 DE JUNIO DE 2018

ESTATUTO ANTICORRUPCION  
LEY 1474 DE 2011, Articulo 9°

CARLOS MAURICIO GARCIA ESCOBAR  
Jefe Oficina de Control Interno

## 1. PRESENTACION

La Ley 1474 de 2011, por medio de la cual se dictan algunas normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción, así como la efectividad del control de la gestión pública, estableció en su Artículo 9°:

...El Jefe de la Unidad de la Oficina de Control interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado de control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. La finalidad del Modelo estándar de Control Interno es proporcionar una estructura estandarizada para el control a la planeación, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, en busca del cumplimiento de sus objetivos institucionales y los fines esenciales del estado. Por tanto desde la Oficina de Control Interno, en el marco de sus funciones de evaluación, se contribuye al fortalecimiento del control y a mejorar el desempeño institucional del Hospital en términos de eficacia, eficiencia y transparencia.

## 2. NORMATIVIDAD

La normatividad que enmarca la implementación, la gestión y la evaluación del modelo integrado de planeación y gestión MIPG integrado con el Modelo Estándar de Control Interno en las entidades públicas, está dada por:

- Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción la efectividad del control de la gestión pública.
- Decreto 648 de abril de 2017. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector de Función Pública.
- Decreto 1499 de 2017 decreto de la función publica para el sistema de gestión.

### 3. OBJETIVOS

El informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno en el Hospital San Juan de Dios, tienen como objetivo:

- Identificar los avances y las dificultades de la implementación de los diferentes componentes actualizados del Modelo Estándar de Control Interno MECI- integrado con el MIPG.
- Conceptuar acerca del estado general del Sistema de Control Interno del Hospital, según la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Fomentar el mejoramiento continuo de la institución, a través de la evaluación continua y permanente de sus procesos.

### 4. DESARROLLO

La realización del informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno en la Institución, se basó en los lineamientos definidos para ello por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-. En el cual, se evalúan los ejes temáticos de: Control de planeación y gestión; Control de evaluación y seguimiento e Información y comunicación, elementos que enmarcan el quehacer institucional.

A continuación se presenta el informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno, para el periodo comprendido entre los meses de marzo de 2018 y junio de 2018:

Se continuaron con la reuniones del comité institucional de gestión y desempeño cada 8 días los viernes desde el 01 de marzo hasta el 30 de junio, se han realizado 8 sesiones del comité donde las actividades principales fueron las siguientes:

#### **Sesión 9:**

Se dio inicio a la presentación de los autodiagnósticos:

**Participación ciudadana:** se realizó la socialización del autodiagnóstico, no se realizaron ajustes, se explicó que se estructuró un documento con la política y el

cronograma de actividades pero en general no se tiene un despliegue del mismo. La calificación final fue de 12.1. Los planes de mejora deben iniciar por la caracterización de la población.

**Servicio al ciudadano:** se realizó la socialización del autodiagnóstico, se realizaron unos ajustes pequeños, la debilidad esta en el control, análisis y seguimiento de algunos medios o estrategias de la oficina de atención al usuario. La calificación final fue de 51. Los planes de mejora deben iniciar por la implementación de mecanismos de seguimiento.

**Seguimiento y evaluación:** el asesor de control interno, inicio con la socialización del autodiagnóstico, explica que la calificación obtenida de 21.8 era de esperarse por el poco despliegue de las etapas de seguimiento evidenciadas en los otros instrumentos de autodiagnóstico.

## **Sesión 10:**

**Rendición de cuentas:** se realizó la socialización, se realizaron algunos ajustes al planteado inicialmente, la calificación final fue 16%, se sugiere el inicio del plan de acción con la caracterización de la población, se sugiere implementar la estrategia para la próxima rendición de cuentas en abril.

**Gestión presupuestal:** en aras de la demora en la socialización de este autodiagnóstico, se decidió en el comité realizarlo entre todos y las personas que mas entendían el tema eran el asesor jurídico y la aux admva Marta Ramírez y se pudo dar la realización de este; quedando algunas inquietudes para consultarlas con la contadora Juliana; este autodiagnóstico tiene grandes fortalezas porque se adapta a la norma legal vigente, la calificación fue de 96,5%.

**Política de seguimiento y evaluación:** se socializo este autodiagnóstico y explica que era de esperarse por el poco trabajo que se realiza en materia de evaluación, monitoreo y seguimiento en general en la ESE y evidenciado en todos los autodiagnósticos. La calificación fue de 20,7%.

## **Sesión 11:**

**Transparencia y acceso a la información:** Cyntia, la asesora de calidad presenta el instrumento de autodiagnóstico, con una calificación de 46.7 posterior a unos cambios en propuestos en la reunión, la implementación del plan de trabajo debe empezar por la revisión de la información publicada según la ley 1712 y se debe articular con las actividades de la oficina de atención al usuario.

Se deben unificar los instrumentos de autodiagnóstico de presupuesto elaborados por la contadora y el jurídico.

se presentó el plan de trabajo que se reportó a la función pública y la gerencia, este plan de trabajo va desde marzo a junio donde se encuentran unificados los planes. Se aclaró que cada dimensión abarca varias políticas, a cada líder se le envío las herramientas descargadas de la función pública para la implementación de cada autodiagnóstico.

## **Sesión 12:**

El doctor Alejandro agregó que todo trabajo de gestión de la calidad parte de la alta dirección y la articulación de todas las áreas, se deben dejar unas tareas específicas a trabajar por cada responsable y hacer revisión en las reuniones. Propone incluir en las reuniones a todos los procesos, pero se le aclaró que en este punto no sería adecuado porque la parte de planeación es mejor trabajar con el grupo primario y cuando se requiera se llamara a las personas de los procesos que se requieran.

El asesor de control interno propone que este año se desarrollen las 16 políticas del modelo hasta su implementación, esto sería un gran avance, hacer modificación del plan de acción planteado hasta el momento.

la estrategia de gobierno digital si tiene tiempos de cumplimiento, debe estar implementada en 2018.

se definió la metodología de trabajo, con previo conocimiento, definir un documento corto y claro del trabajo a realizar, para tener claro los puntos de partidas y las metas a corto plazo.

se constituyó el comité de gestión y desempeño municipal, donde se evidenció que en general las instituciones no tienen muchos avances y conocimientos frente al modelo. Se propuso conseguir una capacitación para todas las instituciones para dar inicio a la implementación del mismo.

## **Sesión 13:**

se realizó socialización de las etapas de la Administración del riesgo, la cual parte del conocimiento de la institución, en nuestro caso se debe iniciar la actualización de la plataforma estratégica, para lo cual se están realizando acercamientos con instituciones educativas y empresas de asesorías para tener varias propuestas de asesorías frente al direccionamiento estratégico y las estrategias para alcanzar los objetivos generales de la actual gerencia.

Se debe iniciar la caracterización de los procesos institucionales, para lo cual se propuso una ficha que se actualizo el año pasado pero que no alcanzo a desarrollar con todas las áreas, se va a revisar y a aclarar algunos puntos para socializarla y que cada líder traiga un ejemplo para solución de dudas.

Se explico cómo se debe realizar la identificación de los riesgos, haciendo las preguntas de: ¿Qué puede ocurrir? ¿Cómo puede ocurrir? ¿dónde puede ocurrir? ¿Qué pasa si ocurre?, posteriormente se realiza una calificación frente a impacto y probabilidad de los riesgos identificados, se implementan puntos de control y se generan acciones. Toda esta información quedara registrada en el mapa de gestión de riesgos institucional, al cual cada líder deberá realizar seguimiento frente a la materialización de los riesgos y la gestión de los mismos, a su vez el Asesor de Control Interno realizara control de esta gestión por parte de los líderes.

Se socializo la metodología de caracterización de los grupos de valor, el cual es uno de los insumos para la construcción de las políticas contempladas en modelo. Se presentaron los objetivos de la metodología de caracterización y se pusieron a consideración los líderes y responsables de recolección y consolidación de la información para dicha caracterización.

Se explico las herramientas de la priorización para el desarrollo de la caracterización de los grupos de valor, esto se va a empezar a revisar pero se le dará prioridad a la caracterización de los procesos.

#### **Sesión 14:**

se inicio con la capacitación general sobre indicadores, donde se incluye la definición, tipos de indicadores según su fórmula matemática, atributos que miden y se da algunos ejemplos de los mismos.

Se reviso la caracterización del proceso de urgencias realizada por Claudia Puerta y se empiezan a resolver dudas:

- Las entradas y salidas no deben ser actividades
- Los proveedores pueden ser externos o internos.
- En la caracterización se exponen los pasos grandes del proceso, ya en los procedimientos se desagregan y explican los pasos, a su vez se generan instructivos y protocolos.
- Los controles son actividades que se realizan durante el proceso y son pasos que si no se pasan no puede continuar el proceso.

Se reviso la clasificación de indicadores propuesta en el formato de caracterización de calidad, producción y efectividad. Se propuso la clasificación de estructura, proceso y resultado, pero solo se harían de procesos y resultado. Los líderes de los procesos administrativos preguntaron los indicadores de ellos en cual se clasificarían con algunos ejemplos y al ver que esto podría crear confusión se toma la decisión de dejar solo indicadores sin ninguna clasificación. se modificara el formato y lo enviara con el acta. Cada líder empezara a revisar su proceso y se realizará una reunión con todos los lideres de procesos y subprocesos para socializar el formato y ponerle fecha de entrega.

### **Sesión 15:**

Se socializo la ficha definitiva con la modificación en el ítem de indicadores, dejandolo sin clasificación, además se recuerdan algunas aclaraciones:

- Las entradas y salidas no deben ser actividades
- Los controles son actividades que se realizan durante el proceso y son pasos que si no se pasan no puede continuar el proceso.

Se definió un plazo de para la entrega de las fichas de caracterización diligenciadas.

Se presento la política de Gestión documental y la de Control interno.

Se definió que la política quedara como un anexo de la resolución de adopción y no dentro de la misma resolución, además se recuerda la estructura que deben llevar todas las políticas. El ítem de definiciones se dejara al inicio de la política para dar claridad frente al resto del contenido.

### **Sesión 16:**

Se socializo la política de transparencia y acceso a la información, en la cual se tiene en cuenta el procedimiento de PQRS y tratamiento de datos. Se especificaron los tiempos, medios y herramientas para la solicitud de información.

Se debe organizar el procedimiento de recepción de PQRS porque muchas de los usuarios con manifestaciones llegan directamente a las oficinas sin filtro. Se debe concientizar al personal en cuanto a la responsabilidad de todos para orientar al usuario aun cuando no somos la persona que le puede dar solución.

Se presento el informe de gestión y desempeño institucional según la aplicación del Furag II. Se presentaron los puntajes obtenidos por cada política y el quintil donde se ubica, además se socializaron las recomendaciones obtenidas.

Se presento la estrategia del lenguaje claro, la cual es transversal a todas las políticas, donde indica que el uso del lenguaje claro promueve el desarrollo y el alcance de los objetivos.

### **Sesión 19:**

el jefe de talento humano hizo una pequeña contextualización de la situación del area de talento humano, después de haber realizado una recalificación del autodiagnóstico y un análisis del proceso. En general se identifica una necesidad de articular los procesos del hospital con los de las agremiaciones de modo que las directrices sean dadas por el hospital y aplicadas por las agremiaciones en cuanto a procesos de selección, capacitación y en general de la gestión del talento humano.

Se realizó la socialización de la política de talento humano, se hicieron algunos ajustes en los objetivos, roles y responsabilidades y en la monitoria, mas de forma que de fondo y se aprobó la política.

### **Sesión 20:**

Las próximas reuniones se destinarán para la implementación de la dimensión de Direccionamiento estratégico y planeación. Esto mediante la actualización de la plataforma estratégica, donde ejecutaran las siguientes actividades:

1. Revisar la normativa que le es propia, desde su acto de creación hasta las normas más recientes en las que se le asignan competencias y funciones. Clasificar y agrupar las funciones por líneas gruesas que van a permitir identificar claramente cuales propósito de la entidad. Revisar si la misión es coherente y está alineada con los aspectos que enmarcan el propósito de la entidad.
  - Quienes somos
  - Que hacemos
  - Donde lo hacemos
  - Para quien lo hacemos
  - Para que lo hacemos



- A partir de la misión establecida, definir como la entidad quiere ser reconocida en un futuro (visión).Cuál es la imagen deseada de la entidad a futuro.
  - Que hará la entidad en el futuro.
  - Lo deseado en el tiempo determinado (mediano y largo).
  - Qué resultados se propone conseguir a futuro.
  - Tenga en cuenta los valores que enmarcan el actuar (Código de integridad).
2. Caracterizar los grupos de valor de acuerdo a unas características..
  3. Para construir los objetivos institucionales, se recomienda hacer uso de la herramienta matriz DOFA, con el propósito de identificar las condiciones internas y externas.
  4. Estructurar los objetivos institucionales (estratégicos), los cuales se constituyen en los propósitos o logros que la entidad espera alcanzar en el mediano y largo plazo.

La actualización de la plataforma estratégica se debe hacer de forma participativa, por lo cual para el 28 de septiembre cada responsable de la actividad presentara una propuesta, las cuales se pondrán a consideración de los líderes de todos los procesos y procedimientos institucionales.

CARLOS MAURICIO GARCIA ESCOBAR

Jefe de la Oficina de Control Interno

Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro.