

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	<b>1.0</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 20</b>

## INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2018

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA  
HORMIGA PUTUMAYO**

**MILE MORILLO GOMEZ  
GERENTE**

**GLORIA ERMILA GUALPAZ  
JEFE DE CONTROL INTERNO**

**LA HORMIGA VALLE DEL GUAMUEZ  
FEBRERO 2019**

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal  
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029  
[www.hospitalhormiga.gov.co](http://www.hospitalhormiga.gov.co) - Email: [esehormiga2008@hotmail.com](mailto:esehormiga2008@hotmail.com)  
 La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	2 de 20

## INTRODUCCION

Con el propósito de fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública emanados en la ley 1474 de 2014 el jefe de Control Interno de la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS presenta el informe ejecutivo anual del sistema de control interno en la entidad teniendo en cuenta los lineamientos plasmados en el manual técnico del sistema de gestión MIPG, decreto 1499 de 2017.

Según el decreto 1083 de 2015 modificado por el decreto 648 de 2017 artículo 4. “**Informe ejecutivo anual**. El Jefe de la Oficina de Coordinación del Control Interno además de las funciones señaladas en la ley y en el reglamento, deberá presentar un informe ejecutivo anual al Ministro o Director de Departamento Administrativo correspondiente, acerca del estado del sistema de control interno, los resultados de la evaluación de gestión y las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización”

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		1110-37.20	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	3 de 20

<b>INFORME ANUAL SOBRE LA EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS</b>
---

<b>GLORIA ERMILA GUALPAZ</b> Jefe de Control Interno	<b>PERIODO EVALUADO:</b> Del 01 de enero al 31 de diciembre de 2018
	<b>FECHA DE ELABORACION:</b> 20 febrero de 2019
<b>MARCO LEGAL</b>	Ley 87 de 1993 Ley 1474 DE 2011 Decreto 1083 de 2015 modificado por el decreto 648 de 2017 y Decreto 1499 de 2017

El **informe ejecutivo anual** de la Oficina de Control Interno, según el decreto 1083 de 2015 se fundamenta en informar sobre el estado del sistema de control interno, los resultados de la evaluación de gestión y las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización”, con la nueva actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, Decreto No. 1499 de 2017, donde el MECI se incorpora al Modelo y queda inmerso en las dimensiones del sistema, con el propósito de generar resultados de la gestión de la entidad de acuerdo a los lineamientos correspondientes de cada dimensión. La séptima dimensión es de control Interno por lo tanto es competencia de la OCI hacer el respectivo seguimiento a los cinco componentes:

1. Ambiente de control
2. Evaluación del riesgo
3. Actividades de control
4. Información y comunicación y
5. Actividades de monitoreo.

En este informe se refleja el estado actual de Control Interno de la vigencia 2018, con el propósito de promover el mejoramiento continuo de La ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús en el cumplimiento de su misión, desarrollando las políticas.

MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	4 de 20

## 1. AMBIENTE DE CONTROL

El ambiente de control es el conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno.

En el mes de abril de 2018 el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se creó el comité institucional de Coordinación de Control Interno de igual forma aprobó el Plan Anual de auditorías, estatuto de Auditoría Interna y código de Ética del Auditor.

### **Gestión Estratégica del Talento Humano**

De acuerdo al decreto 1499 de 2017 la dimensión de talento humano es el corazón del sistema, por lo tanto dentro de las instituciones públicas es la base para el planteamiento y ejecución de la misión institucional, en la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, se han venido adelantando algunos planes que hacen parte de la Gestión Estratégica del Talento Humano –GETH con el propósito de dar cumplimiento al decreto No. 612 de 2018.

### **Plan Anual de Vacantes**

Este Plan identifica las necesidades primordiales de la planta de persona con el propósito de proveer de forma definitiva los cargos vacantes, de acuerdo al decreto 612 de 2018, este plan se encuentra publicado en la página [www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/](http://www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/)

### **Plan de Previsión de Recursos Humanos**

Define las características de los cargos existentes en la entidad, su planeación es muy importante el cual permite seleccionar el personal idóneo en cada cargo, este plan se encuentra publicado en la página [www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/](http://www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/)

### **Plan Institucional de Capacitación**

El PIC es el conjunto coherente de acciones de capacitación y formación, cuyo objetivo es fortalecer las competencias laborales, en nuestra entidad se encuentra por áreas, el cual es muy difícil de medir y obtener un puntaje. Este plan se encuentra publicado en la página [www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/](http://www.hospitalhormiga.gov.co/decreto-612/)

En el año 2018 no se asignaron recursos para capacitaciones para los funcionarios lo que indica que no se incentiva al personal mediante la adquisición de nuevos conocimientos a través de la educación formal, generando desmotivación en sus labores.

### **Plan de Incentivos Institucionales**

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	5 de 20

Este plan viene inmerso al plan de bienestar social, el cual busca incentivar y motivar el desempeño eficaz y el compromiso de los empleados, en la vigencia del año 2018 no se dio cumplimiento a la normatividad.

### **Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG-SST)**

Este sistema consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, lo cual incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en los espacios laborales.

#### **Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo**

Este Plan es el conjunto de actividades a realizar, define responsables, recursos y tiempos de ejecución a través de un cronograma, el cumplimiento de estas acciones disminuye los riesgos laborales, la ocurrencia de accidente de trabajo, la exposición al factor de riesgo y desarrollo de la enfermedad laboral.

El Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo fue aprobado por comité de COPASST para la vigencia 2018, que consta de 48 actividades las cuales se encuentran divididas por programas

### **Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP**

En el año 2018 se recibieron dos capacitaciones una en el municipio de Puerto Asís y la otra en Mocoa, se está en la espera de la asignación del usuario debido a que somos entidad descentralizada el proceso es lento porque el municipio a la fecha no ha gestionado este trámite antes el DAFP.

### **Manual de funciones y Competencias Laborales**

En el año 2018 se contrato con una empresa para hacer los respectivos ajustes al manual de funciones establecido, y el estudio de cargas laborales de la planta de personal, en el momento se encuentra para aprobación de la junta directiva de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### **Código de Integridad**

En el marco del sistema de MIPG, la función pública implemento una guía la cual comprende estrategias y acciones que le permiten a las entidades fortalecer una cultura organizacional, orientada al servicio, la integridad, la transparencia y rechazo a la corrupción, mediante la apropiación de valores y generación de cambio comportamental, lo cual se verá reflejado en la prestación de bienes y servicios, y el aumento de la confianza de los ciudadanos en las entidades públicas.

La entidad en el año 2018 adopto y socializo el código de integridad con los funcionarios, de igual forma se requiere que las capacitaciones sean didácticas para un mayor entendimiento.

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

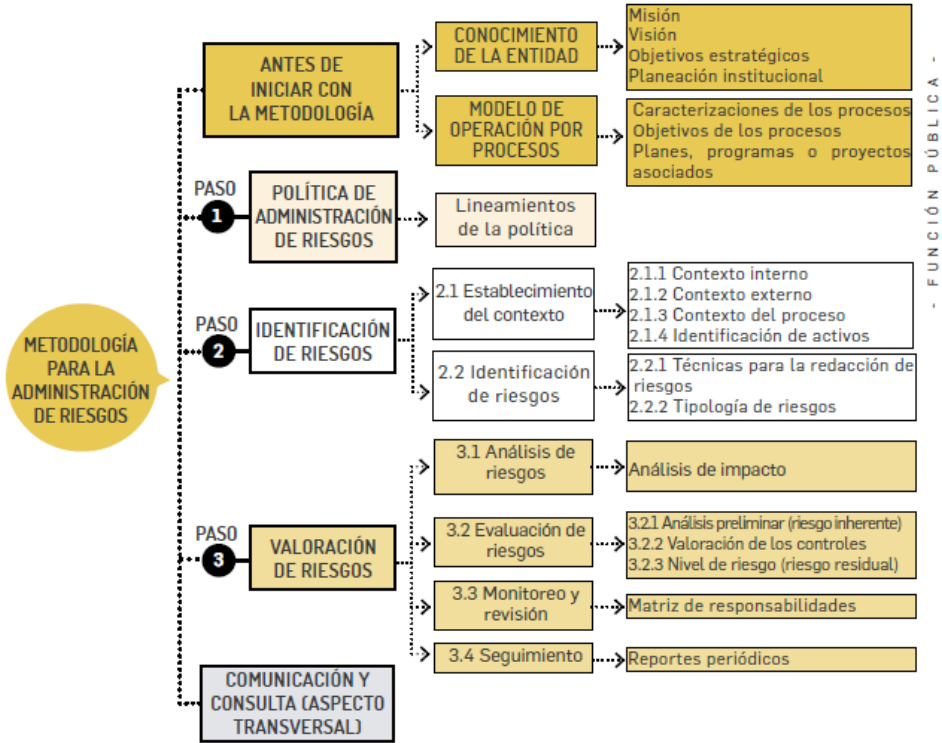
	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	6 de 20

## 2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús en cumplimiento con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión se acogió a los lineamientos dados por la Función Pública en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, la cual unifica criterios con el Plan anticorrupción; su actualización es un proceso dispendioso porque abarca los posibles riesgos que se puedan presentar en la entidad. La Evaluación del riesgo es un proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

La utilización de esta herramienta gerencial evita duplicidades o reproceso en el cumplimiento de sus objetivos misionales, porque permite al Hospital identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos. En el año 2018 se presentó la versión actualizada según la guía establecida por la Función Pública con el propósito de verificar y ajustar algunas acciones en el próximo año.

La nueva versión está compuesta por:



*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		1110-37.20	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	7 de 20

### 3. ACTIVIDADES DE CONTROL

Las actividades del control son acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos

#### **Auditoria Interna:**

En el mes de marzo el comité Institucional de Control Interno aprobó el Plan de Auditorias que contiene 7 actividades de seguimiento y 8 auditorías internas, de igual forma se elaboró el estatuto de Auditorias y código de ética del auditor, documentos indispensables para el desarrollo de las auditorias.

El avance de este plan ha sido muy lento, debido a que la oficina de control interno solo funciona con el jefe de oficina, y estas actividades son muy dispendiosas y se requiere de personal de apoyo.

#### **Auditorias ejecutadas:**

PROCESO	SUBPROCESO	OBSERVACIONES
Talento Humano	Evaluación de desempeño	Pendiente Plan de mejoramiento
Talento Humano	Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo	Pendiente Plan de mejoramiento
Recursos financieros	Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, Costos, Cartera y Facturación.	Pendiente Plan de mejoramiento
Sistemas de Información	Gestión de Sistemas y Comunicaciones	Pendiente Plan de mejoramiento
Contratación	Contratación	Pendiente Plan de mejoramiento
Talento Humano	Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo	Pendiente Plan de mejoramiento
Almacén	Mantenimiento	Pendiente Plan de mejoramiento
Recursos financieros	Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, Costos, Cartera y Facturación.	Pendiente Plan de mejoramiento

#### **Seguimiento a comités institucionales:**

La oficina de Control Interno en función al rol de Evaluación y seguimiento en el año 2018 ha efectuado la inspección a los comités institucionales, en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	8 de 20

han identificado 26 comités institucionales, de los cuales 24 cuentan con resolución de creación y dos de ellos no tienen acto administrativo.

N°	COMITÉS INSTITUCIONALES	CUENTA CON SOPORTES		OBSERVACION
		SI	NO	
1	COMITÉ DE FACTURACIÓN CARTERA Y GLOSAS	X		Al día
2	COMITÉ DE CALIDAD	X		No presento Actas de enero a junio
3	COMITÉ TÉCNICO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI CONTABLE	X		Inactivo
4	COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS Y PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN	X		No se evidencio concertacion de actividades con los empleados.
5	COMITÉ DE CONTROL INTERNO	X		Al día
6	COMITÉ DE LAS NIIF	X		Le falta actualizarlo
7	COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL	X		Le falta hacer auditorias al sistema de SST
8	COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	X		Al día
9	COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	X		Pendiente por revisar
10	COMITÉ DE GAGAS	X		Falta actualizar
11	COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	X		Pendiente por revisar
12	COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA E IAMI Y AIEPI	X		Pendiente por revisar
13	INSTITUCIONAL DE VACUNACIÓN	X		Al día
14	COMITÉ DE ESTADISTICAS VITALES	X		Al día
15	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	X		Al día
16	COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL	X		Al día
17	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	X		Al día
18	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	X		Al día
19	COMITÉ DEL PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	X		Pendiente por revisar
20	COMITÉ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	X		Pendiente por revisar
21	COMITÉ DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO	X		Falta actualizar según los lineamientos dados por el MIPG.
22	COMITÉ DE ARCHIVO Y GESTION DOCUMENTAL	X		Falta actualizar según los lineamientos dados por el MIPG.
23	COMITÉ DE COMPRAS	X		No cuentas con carpeta para con actas. Se solicita mayor responsabilidad por los responsables.
24	COMITÉ DE SATISFACCION DE USUARIOS, QUEJAS Y RECLAMOS		X	Las aperturas de buzones se dan cumplimiento pero no tengo el soporte de conformacion del comité.
25	COMITÉ DE CONCILIACION Y DEFENSA JUDICIAL		X	No tengo soportes para su revisión. Se solicita mayor responsabilidad por los responsables.
26	Comité de Ética Hospitalaria		X	No cuenta con soportes de creacion.

*¡Calidad y Atención Humanizada!*



	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		1110-37.20	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	9 de 20

### **Plan anticorrupción:**

El plan Anticorrupción del Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con seis componentes, dicho plan no cumple con los lineamiento del Decreto 124 de 2016 sobre las estrategias para la construcción del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano Versión 2. De igual forma el jefe de Control interno cumplió con sus funciones e hizo el seguimiento a las actividades establecidas con el propósito de dar cumplimiento a la normatividad.

Las recomendaciones se han presentado en los informes respectivos para que se tengan en cuenta en el siguiente año. El porcentaje de avance de seguimiento y evaluación del periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2018 fue de 83.93 %, tal como lo muestra el siguiente cuadro.

COMPONENTES	ACTIVIDADES		NIVEL DE AVANCE
	EJECUTADAS	PROGRAMADA	
Mapa de Riesgos de corrupción.	16	27	61.90%
Racionalización de trámites.	6	6	100.00%
Rendición de cuentas	7	7	100.00%
Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.	31	39	83.33%
Mecanismos para la transparencia y acceso a la información.	36	36	100.00%
Iniciativas adicionales	14	24	58.33%
<b>TOTAL EJECUTADO EN EL AÑO</b>			<b>83.93%</b>

### **Seguimiento a Planes de Mejoramiento:**

#### **Área asistencial**

#### **Área de Salud pública y vacunación**

De 51 planes de mejoramiento entre de los años 2016 y 2017 discriminados de la siguiente manera:

No. DE PLANES 2016	HALLAZGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES PENDIENTES
36	154	144	10
Porcentaje de cumplimiento			93,5 %

No. DE PLANES 2017	HALLAZGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES PENDIENTES
8	21	21	100

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>		<b>CÓDIGO</b>	
			<b>1110-37.20</b>	
			<b>Versión</b>	1.0
			<b>Página</b>	10 de 20

	7	43	19	24
TOTAL	15	64	40	24
Porcentaje de cumplimiento				76.51%

### Área administrativa y financiera

En el año 2018, se levantaron dos planes de mejoramiento por parte de la contraloría General del departamento del Putumayo en los cuales se identificaron ocho (08) hallazgos a finales de diciembre se reporte el siguiente avance de ejecución.

<b>AÑO AUDITADO</b>	<b>HALLAZGOS IDENTIFICADOS</b>	<b>ACCIONES CERRADAS</b>	<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>
AÑO 2016	6	3	83.33%
AÑO 2017	2	0	00.00%
TOTAL	Porcentaje de cumplimiento		83.33%

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		1110-37.20	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	11 de 20

#### 4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.

Dentro del MIPG se ha identificado como una dimensión transversal cuyo propósito es 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.

En este sentido, es importante que tanto la información como los documentos que la soportan (escrito, electrónico, audiovisual, entre otros) sean gestionados para facilitar la operación de la entidad, el desarrollo de sus funciones, la seguridad y protección de datos y garantizar la trazabilidad de la gestión. Por su parte, la comunicación hace posible difundir y transmitir la información de calidad que se genera en toda la entidad, tanto entre dependencias como frente a los grupos de valor.

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús utiliza diferentes medios de comunicación, para el usuario interno y externo:

- ❖ Internet (Página web institucional, Red social Facebook/Instagram), cartelera institucionales, pautas radiales en emisoras locales y departamental), prensa, televisión, perifoneo y material impreso.
- ❖ Infografía (técnica de comunicación gráfica) facilita la comprensión al lector a través de imágenes y textos cortos que puedan entenderse e interpretarse instantáneamente.
- ❖ Realización de publicidad impresa con el fin de promocionar servicios/programas/estrategias de la institución. (Pendones, vallas, carpetas, folletos, plegables, afiches entre otros.)

#### **Gestión documental:**

En el Hospital sagrado Corazón de Jesús, se encuentran la caracterización del sistema por Procesos que identifica los Macroprocesos, procesos, sub-procesos, actividades y tareas en la en la entidad, el cual se adoptó mediante la resolución Nro. 737 de 28 de mayo de 2009, enfoque basado en procesos, en el ámbito de un sistema de Gestión de la Calidad e Implementación del "MECI",

El organigrama institucional a la fecha se encuentra desactualizado, el responsable del subproceso de Registro médico y archivo manifiesta que se ha radicado en gerencia la propuesta de un

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		1110-37.20	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	12 de 20

profesional en archivo para la asesoría en Gestión documental, en el año 2018 no se dio cumplimiento al decreto No. 612 en lo que corresponde al Plan Institucional de Archivo – PINAR.

### **Sistemas y comunicaciones**

La institución para dar cumplimiento a la normatividad se encuentra en proceso de elaboración de los siguientes planes:

1. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
2. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
3. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

### ***Sistema De Información y Atención al Usuario - SIAU***

#### **Tramites de PQRS**

El Hospital con el propósito de mejorar la prestación del servicio de la salud pública, como derecho fundamental del individuo, ha implementado el sistema de buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias ubicados en lugares estratégicos; tres de ellos en la sede de consulta externa, urgencias y hospitalización y uno en la sede de Promoción y Prevención, para que los clientes y usuarios depositen sus inconformidades o sus felicitaciones, que persigue la mejora continua de los servicios ofertados por la entidad.

Según el proceso implementado en la oficina de SIAU se da apertura cada quince días, el comité de PQRS es el responsable de su apertura y tramite respectivo, según el último reporte por la oficina de Atención al Usuario en lo recorrido de enero a diciembre de 2018 se radicaron 115 trámites, Hubo una corrección en el primer semestre el cual se modificó en el mes de febrero de 2019.

La responsable de esta dependencia no entrega oportunamente las actas, soportes, ni los informes trimestrales que son los informes para efectuar el seguimiento y elaborar los informes semestrales que le competen a control interno.

Periodo	Petición	Queja	Reclamo	Solicitudes	Felicitaciones	Total
I SEMESTRE	5	34	1	3	29	72
II SEMESTRE	3	29	1	4	6	43
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>35</b>	<b>115</b>

Fuente: informe de SIAU

En el cuadro anterior se muestra el consolidado de los trámites recibidos y gestionados; de los 115 trámites se evidencia que las quejas ascienden a 63 y en segundo lugar con 35 son felicitaciones funcionarios por la buena atención.

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	13 de 20

## 5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Las actividades de monitoreo, busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente

### **Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión**

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús se encuentra en la etapa 3, “Diligenciamientos de los autodiagnósticos por cada uno de los coordinadores encargados del proceso”. El primer paso es la socialización para dar a conocer la temática del modelo y posteriormente conformar el comité de institucional de gestión y desempeño mediante acto administrativo; luego con cada uno de los coordinadores diligenciar el diagnóstico que le corresponde para poder empezar a llenar cada uno de los ítem, y de esta manera poder determinar el plan de acción que arroja la matriz he incorporar aquellas actividades más relevantes dentro del plan operativo anual para su respectivo seguimiento.

Su avance ha sido muy poco teniendo en cuenta que la entidad ya cuenta con un plan de desarrollo institucional aprobado, lo cual indica que los recursos ya están direccionados hacia unas metas para el cumplimiento de la misión y visión institucional. Cabe resaltar que el personal con el cual cuenta la entidad es insuficiente lo que limita la implementación de las políticas del sistema de gestión.

Cabe recalcar que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión es de gran ayuda al momento de diligenciar la segunda dimensión de direccionamiento; tercer diagnóstico de planeación estratégica, donde se da apertura al plan de desarrollo institucional hasta su aprobación por la junta directiva, este permite poder avanzar en la consolidación de los objetivos estratégicos mediante sus siete líneas de acción articuladas con la misión y visión para el cumplimiento del plan de desarrollo 2016-2019.

### **Avances del comité Institucional de Gestión y desempeño**

El comité se creó con la resolución 148 del 25 de mayo de 2018, el trabajo primordial es dar cumplimiento al sistema de gestión MIPG, por esta razón planeación y los responsables de estos procesos vienen trabajando con en las autoevaluaciones con el objetivo de obtener los planes de acción los cuales se deben alinear con las metas del plan de desarrollo institucional.

### **Diagnósticos de las evaluaciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.**

De los 15 diagnósticos que comprende el sistema de MIPG, se han evaluado 12, esta tarea se venido realizando con los coordinadores de cada área bajo la supervisión del profesional de planeación.

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	14 de 20

DIMENSIONES DEL MODELO	POLITICAS DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	QUIENES DEBERIAN DILIGENCIARLO	AVANCE	AUTODIAGNOSTICOS	AVANCE	OBSERCVACIONES
1. TALENTO HUMANO	Política de Gestión Estratégica del Talento Humano.	Jefe de Talento Humano	30%	1.1 Gestión del Talento Humano	40,7%	Existe una política de humanización en la prestación
	Política de Integridad		0%	1.2 Integridad	0,0%	
2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATERICO Y PLANEACIÓN	Política de Planeación Institucional	Jefe de Planeación	0%	2.1 Direccionamiento y Planeación	51,9%	Existe una política de Administración del Riesgo
			30%	2.2 Plan Anticorrupción	52,0%	
	Política de Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Jefe del área financiera	50%	3.1 Gestión Presupuestal	94,3%	Existe una política financiera
3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	<b>Ventanilla hacia adentro</b>					
	Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	Jefe de Planeación y jefe del área de tecnológica	0%	3.2 Gobierno Digital (antes Gobierno en Línea)	17,3%	
	Política de gobierno Digital, antes Gobierno en Línea		0			
	Política de seguridad Digital		0%			
	Política de defensa jurídica	Abogado o encargado del área Jurídica	0%	3.3 Defensa Jurídica	27,4%	
	<b>Relacion Estado - Ciudadano</b>					
	Política de servicio al ciudadano	Jefe de Planeación considerando a los líderes misionales y el líder de servicio al ciudadano	50%	3.4 Servicio al Ciudadano	81,0%	Existe una política del buen trato
	Política de participación ciudadana en la gestión pública		0%	3.6 Participación Ciudadana	0,0%	
Política de racionalización de trámites	0%		3.7 Rendición de Cuentas	32,8%		
	0%		3.5 Trámites	0,0%		
4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Jefe de planeación	0%	4. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	73,7%	
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Política de Gestión documental	Responsable de gestión documental o archivo de la entidad	0%	5.1 Gestión Documental	27,1%	
	Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	Jefe de planeación considerando a los líderes misionales y el líder de servicio al ciudadano	0%	5.2 Transparencia y Acceso a la Información	72,1%	
6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Política de Gestión del conocimiento y la innovación		0%	N/A		
7. CONTROL INTERNO	Política de Control interno		0%	7. Control Interno	25,1%	

### Plan Operativo Anual

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús elaboro y publico el Plan de Operativo Anual en la página web de la institución, con el propósito de evaluar el nivel de cumplimiento de las metas propuestas en el año 2018.

El área de planeación efectuó el seguimiento y consolidación final de las actividades ejecutadas:

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal  
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029  
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com  
 La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	15 de 20

PROGRAMA	INDICADORES DE EVALUACIÓN ANUAL	CUMPLIMIENTO % TOTAL POR AREA	CUMPLIMIENTO % TOTAL PLAN DE DESARROLLO
GESTIÓN INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO	17 actividades realizadas/ 22 actividades programadas para el periodo *100	77%	<b>93%</b>
GESTIÓN DE SISTEMAS INTEGRADOS	47 actividades realizadas/ 48 actividades programadas para el periodo *100	100%	
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD	33 actividades realizadas/ 34 actividades programadas para el periodo *100	97%	
PRESTACIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	4 actividades realizadas/ 5 actividades programadas para el periodo *100	98%	
DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	6 actividades realizadas/ 7 actividades programadas para el periodo *100	83%	
GESTIÓN TECNOLÓGICA	9 actividades realizadas/ 10 actividades programadas para el periodo *100	90%	
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE FÍSICO	10 actividades realizadas/ 10 actividades programadas para el periodo *100	100%	
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA	5 actividades realizadas/ 6 actividades programadas para el periodo *100	83%	
IMAGEN INSTITUCIONAL	4 actividades realizadas/ 5 actividades programadas para el periodo *100	80%	
GESTIÓN INSTITUCIONAL ADMINISTRATIVA DE CONTRATACIÓN	7 actividades realizadas/ 8 actividades programadas para el periodo *100	88%	
GESTIÓN INSTITUCIONAL FINANCIERA	23 actividades realizadas/ 25 actividades programadas para el periodo *100	92%	
COMUNICACIONES	4 actividades realizadas/ 5 actividades programadas para el periodo *100	100%	
PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS ESPECIALES	3 actividades realizadas/ 4 actividades programadas para el periodo *100	75%	
<b>TOTAL</b>	<b>190 actividades realizadas/ 205 actividades programadas para el periodo *100</b>		

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	16 de 20

### **Políticas de operación**

La E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús dentro de sus políticas de operación cuenta con los siguientes documentos o manuales, los cuales se encuentran publicados en la página web y son de consulta abierta para cualquier ciudadano:

1. Política de seguridad del paciente
2. Política de calidad
3. Política de comunicación interna
4. Política ambiental
5. Política de administración de riesgos
6. Política de IAM
7. Política de AIEPI
8. Política de unidad de servicios amigables para adolescentes y jóvenes
9. Política de humanización de la atención.
10. política de reuso.
11. Política financiera
12. Política hospital digital
13. Política de buen trato
14. Política de gerencia de la información

En el transcurso de este año se han implementado dos nuevas políticas: Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y la política de no alcohol.

### **Manuales de procesos y procedimientos**

Desde el año 2017, se ha venido revisando los manuales de procesos y procedimientos pero se ha identificado que de acuerdo a las normas vigentes varios procesos han cambiado por lo tanto requieren de su actualización de igual forma se necesita que la identificación de los riesgos debe actualizarse.

En el año 2018 se realizaron dos visitas de seguimiento a los manuales para identificar el nivel de avance, a la fecha 31 de diciembre de 2018, los resultados obtenidos fueron negativos, debido a diferentes factores tales como:

- Falta de una guía estándar que unifique criterios para su elaboración.
- Falta de tiempo por parte de los responsables
- Carencia de conocimientos en la implementación de los manuales

*¡Calidad y Atención Humanizada!*



	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	17 de 20

## DEBILIDADES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO

### 1. Ambiente de control

- ❖ No se visibiliza el compromiso con la integridad (valores) y principios con servidores públicos, no existe el plan de capacitaciones en temas de clima laboral, trabajo en equipo y liderazgo, teniendo en cuenta que existen personas de carrera administrativa y personal en nombramiento de provisionalidad desde hace aproximadamente más de 20 años de servicio en la entidad.
- ❖ No existe un programa para pre-pensionados que ayude al funcionario a ocupar su espacio
- ❖ La Gestión Estratégica del Talento Humano GETH no se ha implementado en su totalidad, esto indica falencias en el desarrollo del proceso porque falta planeación para cumplir con el ciclo del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro) de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad.
- ❖ El comité Institucional de Coordinación de Control Interno no asume el rol de supervisión por lo tanto el proceso de control interno esta suelto.
- ❖ Falta de un profesional en el área de calidad para la parte administrativa quien es la persona encargada de evaluar y medir el avance de los procesos establecidos en la entidad, de igual forma es la persona encargada de efectuar el mantenimiento y sostenimiento del sistema de control interno.
- ❖ El equipo MECI conformado no se encuentra en funcionamiento porque no hay una directriz desde la alta gerencia que motive su participación.
- ❖ Los manuales de procesos y procedimientos de las diferentes áreas se encuentran desactualizados
- ❖ No existe una oficina independiente para el jefe de control interno que le permite ejercer sus funciones inherentes al cargo, de igual forma no tiene equipo de trabajo ni contratista ni de planta que apoyen las actividades del día a día.

### 2. Evaluación del riesgo

- ❖ En la entidad no existe una persona responsable para la gestión del riesgo y del control administrativo que se encargue se efectuar el seguimiento al mapa de riesgo.

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	18 de 20

- ❖ No existe la política del riesgo, que me indique los lineamientos desde la alta dirección hacia la prevención de los riesgos más latentes en la entidad.
- ❖ En el año 2018 el mapa de riesgos identificado en el plan anticorrupción estaba mal estructurado lo cual afecto su desarrollo y seguimiento.
- ❖ Se debe dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.

### 3. Actividades de control

- ❖ No evalúan por parte de control interno el diseño del control establecido sea el adecuado frente a los riesgos identificados, porque no se han consolidado
- ❖ No se han establecido los controles en el mapa de riesgos que permitan a la entidad mitigar la materialización de riesgos.
- ❖ Carencias políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.

### 4. Información y comunicación

- ❖ Falta de mecanismos que mida la efectividad de publicación de la información de interés al ciudadano.
- ❖ No existe apoyo de la alta dirección en la Comunicación interna para la entrega oportuna de la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

### 5. Actividades de monitoreo.

- ❖ No se aplica evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno por la falta de personal de apoyo en la oficina de control interno.
- ❖ Las observaciones y recomendaciones efectuadas por el jefe de control interno no se ven reflejadas en acciones es decir no se toman medidas correctivas.
- ❖ No se efectúa seguimiento al mapa de riesgos porque no se ha identificado de forma correcta tal como dice la norma.

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	19 de 20

- ❖ El equipo MECI o líderes de procesos conformados en la entidad no está operando.
- ❖ Los líderes de los procesos no efectúan el autocontrol a las actividades impartidas que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental

*¡Calidad y Atención Humanizada!*

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal  
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029  
[www.hospitalhormiga.gov.co](http://www.hospitalhormiga.gov.co) - Email: [esehormiga2008@hotmail.com](mailto:esehormiga2008@hotmail.com)  
 La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo

	<b>INFORME DE CONTROL INTERNO</b>	<b>CÓDIGO</b>	
		<b>1110-37.20</b>	
		<b>Versión</b>	1.0
		<b>Página</b>	20 de 20

## RECOMENDACIONES

1. Que el Comité Institucional de Gestión y Desempeño sea operativo porque es el responsable de Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG.
2. Que el comité institucional de coordinación de control interno se preocupe por cumplir sus funciones porque es el responsable del mantenimiento y sostenimiento del sistema de control interno.
3. Elabora y cumplir el plan de capacitación de conformidad a la normatividad vigente, para garantizar a los empleados mayor rendimiento en sus labores.
4. Asignar recursos en el rubro de capacitaciones para que los funcionarios tengan la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos.
5. Capacitar al personal que labora en la ESE en temas de clima laboral, trabajo en equipo y liderazgo, teniendo en cuenta que existen personas de carrera administrativa y personal en nombramiento de provisionalidad desde hace aproximadamente más de 20 años de servicio en la entidad.
6. Recopilar toda la información de las modificaciones a la planta de personal en la oficina de talento humano.
7. Realizar las autoevaluaciones de las siete dimensiones del MIPG y construir los planes de acción.
8. Efectuar las evaluaciones de desempeño al personal de carrera administrativa.
9. Que se asigne una persona responsable para la gestión del riesgo que se encargue de efectuar el seguimiento al mapa de riesgo.
10. Que se brinden las herramientas necesarias al profesional de control interno, para el cumplimiento de sus funciones de manera eficaz.
11. Entregar oportunamente la información requerida por parte de la oficina de control interno para la elaboración de los informes de ley.
12. Que gerencia tenga en cuentas las recomendaciones realizadas en los informes presentados.

Atentamente,

*ORIGINAL FIRMADO*

**GLORIA ERMILA GUALPAZ**

Jefe De Control Interno ESE HSCJ

*¡Calidad y Atención Humanizada!*