



1110-37.16

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO**  
**ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, que establece “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 del control interno de dicha entidad so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. La E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS del municipio Valle del Guamuez a continuación presenta un informe detallado de los avances de la dimensión de Control Interno según el decreto No. 1499 de 2017.

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO**  
**LEY 1474 DE 2011 ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS**

<b>GLORIA ERMILA GUALPAZ</b> Jefe de Control Interno	<b>PERIODO EVALUADO:</b> Del 01 de marzo al 30 de junio de 2019
	<b>FECHA DE ELABORACION:</b> 29 octubre de 2019

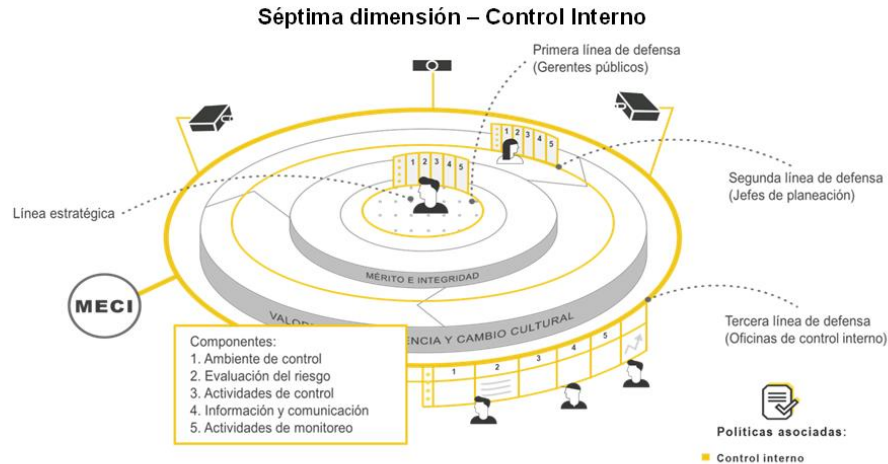
El informe pormenorizado se presenta teniendo en cuentas las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, Decreto No. 1499 de 2017, donde el MECI se incorpora al Modelo y queda inmerso en las dimensiones del sistema, con el propósito de generar resultados de la gestión de la entidad 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 del Sistema de Control Interno del cuatrimestre de marzo a junio de 2019, 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.

1110-37.16



Fuente: Manual Operativo MIPG – versión publicada en Página web Función Pública 29-01-2018

## 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 estatuto de Auditoría Interna y código de Ética del Auditor.

En el mes de febrero de 2019 el comité aprobó el Plan Anual de auditorías para la vigencia.

### **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.

En el año 2019 no se ha visto ningún avance con respecto a gestión estratégica.

### **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/)

1110-37.16

### **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/)

Se recomienda que el plan de capacitaciones supervisado por la responsable de talento humano se implemente de manera que se pueda evaluar mediante indicadores.

En el año 2019 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**

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 2019 no se dio cumplimiento a la normatividad, de igual forma hasta la fecha no se ha implementado ningún procedimiento aplicable al proceso de incentivos.

### **Plan de Bienestar social, Estímulos E Incentivos**

Se elabora con el propósito de fortalecer la Gestión del Talento Humano y el Fortalecimiento Institucional para optimizar el mejoramiento de la entidad a través de estrategias y emprender acciones orientadas a fomentar la participación en actividades culturales, deportivas recreativas, y de convivencia armónica entre funcionarios, encaminada al mejoramiento de la calidad de vida.

A finales del año 2018 se presentó la propuesta para el plan de bienestar 2019 de acuerdo a la encuesta realizada a los funcionarios, pero hasta la fecha no se ha presentado ningún informe de avance.

### **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.

1110-37.16

### **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.

En el año 2019 El Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo fue aprobado por comité de COPASST para la vigencia 2019, que consta de 22 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**

La función pública en el año 2017, hizo las respectivas observaciones al manual de funciones y competencias laborales por esta razón en el año 2018 se suscribió el contrato No. 916 del 09 de noviembre de 2018, cuyo objeto es Elaboración del Diagnóstico y análisis técnico y Financiero para la formalización laboral, ajuste del manual de funciones y competencias laborales, ajuste del reglamento interno de trabajo y definición de proceso y procedimientos para la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, con la Fundación Prodesarrollo Económico y Social de Nariño – FUPROECON, por valor de \$ 42.000.000, pero hasta la fecha desconozco el documento final.

### **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 el código de integridad con los funcionarios, durante este año se ha venido realizando las socializaciones con los empleados y colaboradores del Hospital, no se ha evidenciado los soportes de este proceso.

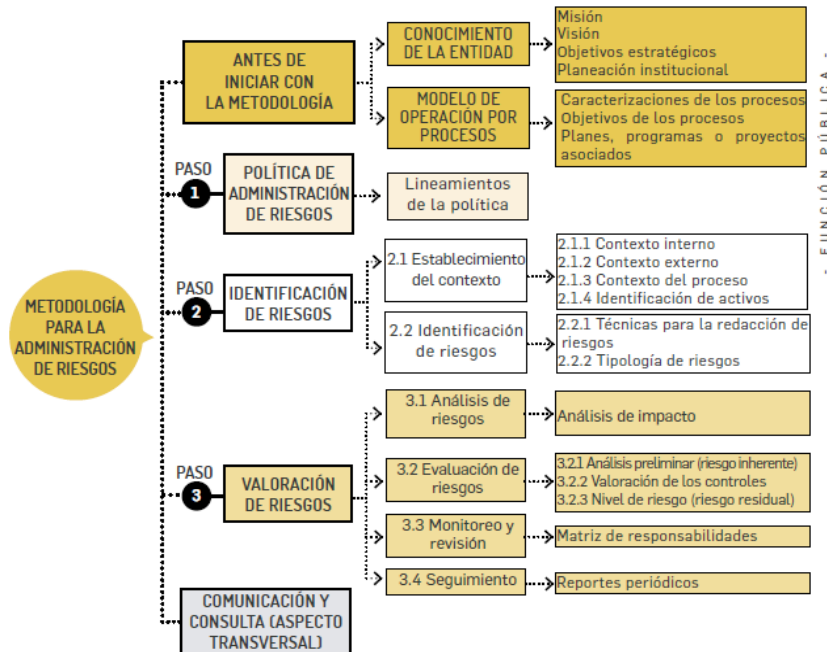
## 2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

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. La oficina de control interno en el año 2018 presentó la guía de administración del riesgo para que se revise y ajuste si es necesario, pero hasta la fecha el documento sigue igual

El documento presentado se elaboró de acuerdo a la versión actualizada según la guía establecida por la Función Pública

La nueva versión está compuesta por:



1110-37.16

### **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 febrero de 2019 el comité Institucional de Control Interno aprobó el Plan de Auditorias que contiene 10 auditorías internas, 21 informes de ley 9 actividades de seguimiento.

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.

Cabe resaltar que en desde el 09 de mayo al 15 de octubre de 2019, Salí a licencia de maternidad y durante ese tiempo la entidad no contrato mi reemplazo.

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

La oficina de Control Interno en función al rol de Evaluación y seguimiento en el año 2019 ha efectuado la inspección a los comités institucionales, en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se han identificado 26 comités institucionales, de los cuales 24 cuentan con resolución de creación y dos de ellos no tienen acto administrativo.

#### **Plan anticorrupción:**

El plan Anticorrupción del Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con seis componentes, dicho plan 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 30 de abril de 2019 fue de 41.28 %, tal como lo muestra el siguiente cuadro.

1110-37.16

Seguimiento 1 OCI				
Fecha seguimiento:		30/04/2019		Observaciones
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	
1. MAPA DE RIESGOS DE ANTICORRUPCIÓN	12	2	16,67%	La Mayoría de las actividades estan programadas despues de mayo
RACIONALIZACION DE TRAMITES	6	2	33,33%	
3. RENDICIÓN DE CUENTAS	12	12	100,00%	
4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	23	5	21,74%	
5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	27	7	25,93%	
6. INICIATIVAS ADICIONALES	2	1	50,00%	
<b>TOTAL AVANCE PRIMER CUATRIMESTRE</b>			<b>41,28%</b>	

### Seguimiento a Planes de Mejoramiento:

Descripción hallazgo	Acción de mejoramiento	Descripción de las Metas	Avance físico de ejecución de las metas	Observación
HALLAZGO No. 1: Se presenta una diferencia de \$73.021 entre lo reportado en el formato F01 y el balance general debidamente firmado, en la cuenta 15- Inventarios, la ESE digitó de manera errada el formato F01. Lo anterior genera un hallazgo administrativo.	Establecer mecanismos de vigilancia y coordinación para evitar estas situaciones	Revisar la información ante de enviar	100	Se identificó el error, el cual corresponde al signo negativo de las provisiones. Se anexa certificación del contador de la ESE.
HALLAZGO No. 2 Los valores registrados en la cuenta 14-deudores presentan una diferencia de \$4.009.471 entre el formato F01 y el balance general a 31 de diciembre de 2016, la ESE registro de manera errada el formato F01. Lo anterior genera un hallazgo administrativo.	Establecer mecanismos de vigilancia Continua y coordinación para evitar estas situaciones	Revisar la información ante de enviar	100	Se identificó el error, el cual corresponde al signo negativo de las provisiones. Se anexa certificación del contador de la ESE.
HALLAZGO NO.3: Los saldos del balance general presentado a 31 de diciembre de 2016, la cuenta 1635 no reflejan el valor real, toda vez que según las notas a los estados financieros se encuentra pendiente por depurar en el valor de \$6.376 cifras en miles de pesos. Lo anterior genera un hallazgo administrativo.	Establecer mecanismos de vigilancia Continua y coordinación para evitar estas situaciones	Realizar las depuración de la cuenta 1635	30	La persona responsable justica que se hizo la gestión ante gerencia pero a la fecha no se ha subsanado en su totalidad. Se anexa certificación.

1110-37.16

Descripción hallazgo	Acción de mejoramiento	Descripción de las Metas	Avance físico de ejecución de las metas	Observación
HALLAZGO No.4: Los gastos de Inversión del Hospital Sagrado corazón de Jesús en la vigencia 2016 presentan una ejecución baja, equivalente al 21% , demostrando así una gestión deficiente en este rubro. Lo anterior genera un hallazgo administrativo.	Establecer mecanismos de vigilancia Continua y coordinación para evitar estas situaciones	Realizar los procesos de incorporación en el presupuesto con la debida oportunidad para realizar la adjudicación de los contratos que se realicen de convenios interadministrativos	50	La incorporación al presupuesto se encuentra en su totalidad de igual forma existen compromisos presupuestales desde mayo de 2017 mediante la suscripción de contratos, pero a la fecha no se evidencia ningún avance de la obra.
HALLAZGO NO.5: No se evidenció publicación en la página web de los informes de control interno, de que trata el artículo 76 de la ley 1474 de 2011. Lo anterior genera un hallazgo administrativo.	Establecer mecanismos de vigilancia y coordinación para evitar estas situaciones	Realizar el cargue del sistema de PQRS en la página web de la Institución	100	El mecanismo que se utilizó fue la publicación de una circular para el área de sistemas que es la responsable de la publicación de los informes. Se anexa circular
HALLAZGO NO.6: La ESE Hospital Sagrado corazón de Jesús, no está diligenciando de manera correcta el formato_2016_f13. Lo anterior genera un hallazgo administrativo.	Establecer mecanismos de vigilancia y coordinación para evitar estas situaciones	Revisar la información ante de enviar	100	El mecanismo implementado es coordinar con los responsables del área de contratación para que una persona diligencie el formato y otra que revise. Anexo certificación.
<b>TOTAL EJECUTADO</b>			80	

En resumen podemos concluir que se ejecutado el 80% del total del plan de mejoramiento, así:

No. DE PLANES 2017	HALLAZGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES PENDIENTES
01	06	04	6
Porcentaje de cumplimiento			80 %



#### **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 institucional, 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 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”,

A junio 30 de 2019 no se dio cumplimiento al decreto No. 612 en lo que corresponde al Plan Institucional de Archivo – PINAR.

1110-37.16

### **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 junio de 2019 se radicaron 46 trámites.

<b>Mes</b>	<b>Petición</b>	<b>Queja</b>	<b>Reclamo</b>	<b>Felicitación</b>	<b>Total</b>	<b>Total Tramita</b>
<b>Enero</b>	1	3	0	2	6	6
<b>Febrero</b>	0	3	0	0	3	3
<b>Marzo</b>	0	3	0	1	4	4
<b>Abril</b>	3	11	0	0	14	14
<b>Mayo</b>	1	11	0	1	12	12
<b>Junio</b>	1	4	0	1	6	6
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>46</b>	<b>46</b>

Fuente: informe de SIAU

En el cuadro anterior se muestra el consolidado de los trámites recibidos y gestionados; de los 46 trámites se evidencia que las quejas ascienden a 35 y en segundo lugar con 6 son peticiones.

1110-37.16

## **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**

En el año 2019 con corte a junio, el Hospital Sagrado Corazón de Jesús no presento ningún avance del sistema de gestión.

El comité se creó con la resolución 148 del 25 de mayo de 2018, en

### **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.

1110-37.16


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%	de humanización en la prestación de servicios
	Política de Integridad		0%	1.2 Integridad	40,0%	
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
	Política de Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Jefe del área financiera	30%	2.2 Plan Anticorrupción	52,0%	
			50%	3.1 Gestión Presupuestal	94,0%	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)	17,0%	
	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	27,0%	
	<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	50,0%	
	Política de racionalización de trámites		0%	3.7 Rendición de Cuentas	33,0%	
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	74,0%	
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Política de Gestión documental	Responsable de gestión documental o archivo de la entidad	0%	5.1 Gestión Documental	27,0%	
	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	50,0%	
6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Política de Gestión del conocimiento y la innovación		0%	N/A	0,0%	
7. CONTROL INTERNO	Política de Control interno		0%	7. Control Interno	25,1%	
<b>TOTAL AVANCES</b>			<b>8,9%</b>		<b>41,4%</b>	

1110-37.16

### 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 2019.

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

 <b>PLAN OPERATIVO ANUAL 2019</b> <b>INDICADOR DE EVALUACIÓN TERCER TRIMESTRE</b>					
N°	PROGRAMA	INDICADOR			GENERAL %
		ACTIVIDADES REALIZADAS	ACTIDADES PROGRAMADAS	TOTAL	
1	Talento humano	9	12	75	<b>86</b>
2	Gestión de sistemas integrados de la calidad	6	7	86	
3	Sistema obligatorio de garantía de la calidad	29	35	83	
4	Prestación integral de los servicios de salud	35	35	100	
5	Desarrollo del sistema de información	5	5	100	
6	Gestión tecnológica	6	9	67	
7	Gestión ambiental	6	7	86	
8	Infraestructura	2	3	67	
9	Imagen institucional	3	3	100	
10	Contratación	4	5	80	
11	Sistema de información	4	4	100	
12	Gestión financiera	21	27	78	
13	Programas y estrategias especiales	4	4	100	

### **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

1110-37.16

#### 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 primer semestre del año 2019, no se ha efectuado ninguna inspección o seguimiento por lo tanto se toma los mismos resultados del año 2018, continúan las mismas falencias 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

## **DEBILIDADES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO**

### **Ambiente de control**

- ❖ Falta más planeación en temas de clima laboral, trabajo en equipo y liderazgo que se incluyan en el Plan de capacitaciones que motive al personal tanto contratista como de planta.
- ❖ No se ha estructura un Plan para pre-pensionados que ayude al funcionario a ocupar su espacio, teniendo en cuenta que existen personas pronto a pensionarse.
- ❖ 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.

### **1. Evaluación del riesgo**

- ❖ En la entidad no existe una persona responsable para la gestión del riesgo y del control administrativo que se apropie del tema y trabaje en equipo para la elaboración del mapa de riesgo.

1110-37.16

- ❖ 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.
- ❖ 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.

## **2. Actividades de control**

- ❖ No se han establecido los controles en el mapa de riesgos que permitan a la entidad mitigar la materialización de riesgos.
- ❖ Los riesgos institucionales no se han consolidado por lo tanto no se han evaluado por parte de control interno.

## **3. 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.

## **4. 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.
- ❖ El equipo MECI o líderes de procesos conformados en la entidad no está operando.



1110-37.16

- ❖ 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

1110-37.16

## 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. Falta personal para para coordinar actividades del Sistema de Gestión MIPG
7. Que se asigne una persona responsable para la gestión del riesgo que se encargue se efectuar el levantamiento del mapa de riesgo.
8. Que se brinden las herramientas necesarias al profesional de control interno, para el cumplimiento de sus funciones de manera eficaz.
9. Entregar oportunamente la información requerida por parte de la oficina de control interno para la elaboración de los informes de ley.
10. Que gerencia tenga en cuentas las recomendaciones realizadas en los informes presentados.

Atentamente,



**GLORIA ERMILA GUALPAZ**  
Jefe De Control Interno ESE HSCJ