

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	1 de 19

INFORME ANUAL SOBRE LA EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2019

**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 2020**

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	2 de 19

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 648 de 2017. 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”

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	3 de 19

INFORME ANUAL SOBRE LA EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

GLORIA ERMILA GUALPAZ Jefe de Control Interno	PERIODO EVALUADO: Del 01 de enero al 31 de diciembre de 2019
	FECHA DE ELABORACION: 26 febrero de 2020
MARCO LEGAL	Ley 87 de 1993 Decreto 648 de 2017 Decreto 1499 de 2017

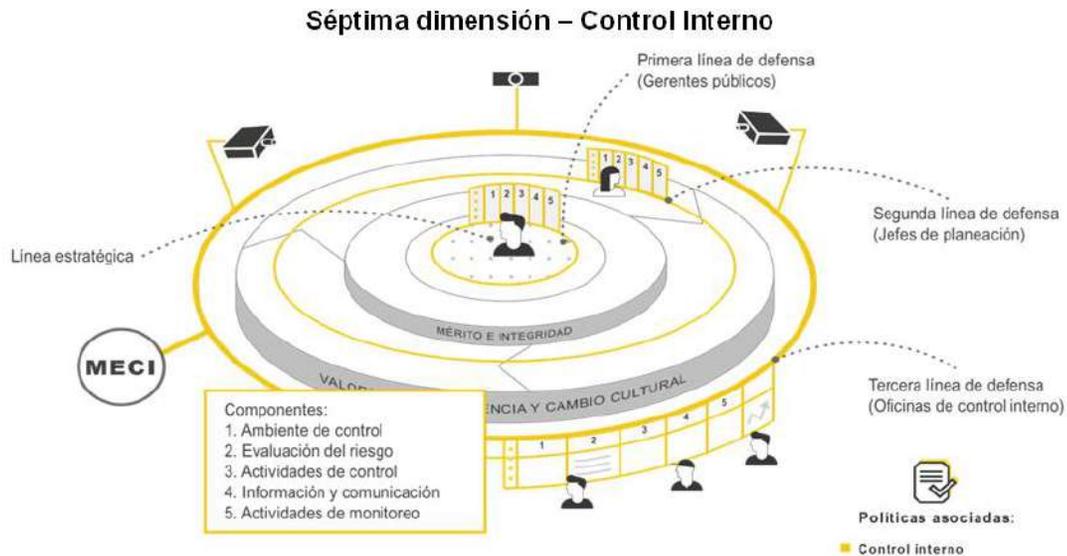
El *Informe Anual Sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno* se fundamenta en informar sobre el estado del sistema de control interno, los resultados de la evaluación de gestión y las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización”, con la nueva actualización 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 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.

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	4 de 19



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.

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/

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/

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	5 de 19

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, según las necesidades detectadas en cada uno de los procesos, talento humano responsable del seguimiento según informe presento los siguientes resultados; área administrativa el 91% y en el área asistencial el 95% de ejecución.

Hasta el momento se encuentran falencias en la elaboración del plan, es muy extenso y contiene información poco útil, para su interpretación.

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 Bienestar social, estímulos e incentivos

Este plan se actualizo según la resolución No. 118 de 2018; ha sido muy difícil el cumplimiento legal debido a que siempre hay debilidades en su manejo, en enero de 2019, el comité de bienestar entrego un plan obtenido mediante encuestas aplicada al personal de planta y contratista.

Según informe presentado por talento humano se evidencia que el plan se ha modificado, pero no se tuvo en cuenta el consentimiento de los empleados, en el año 2019 no se hicieron estudio de necesidades para elaborar el plan del año 2020.

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

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.

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	6 de 19

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 24 actividades las cuales se encuentran divididas por programas que equivale al 82.58% de ejecución a 31 de diciembre del año 2019.

Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP

Se han recibido capacitaciones por parte de la función pública y la información solicitada se ha suministrado, el inconveniente que ha tenido el hospital es que depende del ente territorial para nuestro caso Alcaldía Valle del Guamuez, esta entidad debe registrar su código para que se pueda agregar al hospital, este proceso está pendiente se pretende que para el primer semestre del 2020, se pueda obtener el registro de igual forma se ha solicitado a gerencia para que designe una persona y se encargue de este subproceso.

Manual de funciones y Competencias Laborales

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 procesos 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, hasta el momento la junta directiva de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús no le ha dado la viabilidad.

El tema ha transcurrido muy lento durante el año 2019, no se dio ningún avance pese de las solicitudes que ha hecho la gerencia a La Junta Directiva.

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.

Dicho código se adoptó mediante la resolución No. 367, la estrategia utilizada es la organización de grupos por área la cual se emplea formas y temas didácticos para mayor comprensión.

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

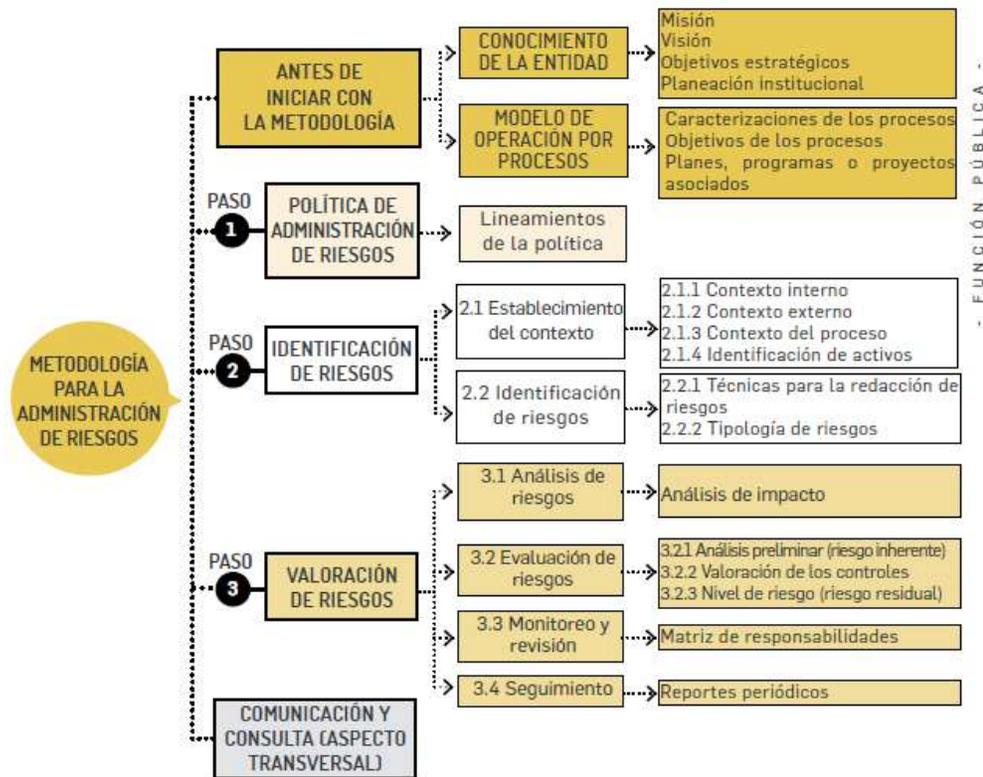
El Hospital Sagrado Corazón de Jesús en cumplimiento con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión se acogió a los lineamientos dados por la Función Pública en la Guía para la administración

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	7 de 19

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 utilizada es la establecida por la Función Pública versión actualizada.

La entidad durante el año 2019 no aplico los nuevos lineamientos de la versión presentada:



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

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	8 de 19

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, 12 informes de ley y 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.

El Plan actual se modificó porque las auditorias programas no se pudieron cumplir, teniendo en cuenta que desde el 09 de mayo al 15 de octubre de 2019, estuve de licencia de maternidad y en para esas fechas tome mis vacaciones de ley, durante ese tiempo de ausencia la entidad no contrato ningún reemplazo, por lo tanto las actividades programas se acumularon.

Auditorias ejecutadas 2019:

ITEMS	PROCESO	SUBPROCESO	OBSERVACIONES
1	Presupuesto	Auditoria al proceso de Financiera subproceso presupuesto.	Pendiente Plan de mejoramiento
2	Tesoreria	Auditoria al proceso de Financiera subproceso de tesoreria	Pendiente Plan de mejoramiento
3	Talento Humano	Auditoria al proceso de Talento humano subproceso de capacitaciones	Pendiente Plan de mejoramiento
4	Financiera	Auditoria al proceso de Financiera subproceso de contabilidad, presupuesto, costos, facturación, cartera y tesoreria	Pendiente Plan de mejoramiento
5	Contratacion	Auditoria al proceso de contratación.	Pendiente Plan de mejoramiento
6	Talento Humano	Auditoria al proceso de Talento humano subproceso de sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST	Pendiente Plan de mejoramiento
7	SIAU	Auditoria al proceso de SIAU - Atención al usuario.	Pendiente Plan de mejoramiento

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.

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	9 de 19

N°	COMITÉS INSTITUCIONALES	CUENTA CON SOPORTES		OBSERVACION
		SI	NO	
1	COMITÉ DE FACTURACIÓN CARTERA Y GLOSAS	X		Falta algunas actas
2	COMITÉ DE CALIDAD	X		Presento actas trimestrales
3	COMITÉ TÉCNICO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI CONTABLE	X		Inactivo
4	COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS Y PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN	X		Se modifico el Plan sin el consentimiento de todos los empleados
5	COMITÉ DE CONTROL INTERNO	X		Al día
6	COMITÉ DE LAS NIIF	X		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		Al día
10	COMITÉ DE GAGAS	X		Falta actualizar
11	COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	X		No se evidencio actas
12	COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA E IAMI Y AIEPI	X		Al día
13	INSTITUCIONAL DE VACUNACIÓN	X		Al día
14	COMITÉ DE ESTADISTICAS VITALES	X		Al día
15	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	X		responsables, gestion documental y
16	COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL	X		Al día
17	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	X		Al día
18	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	X		No se reunio durante el año 2019
19	COMITÉ DEL PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	X		No se entrego informacion
20	COMITÉ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	X		No se entrego informacion
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		Al día

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	10 de 19

25	COMITÉ DE CONCILIACION Y DEFENSA JUDICIAL	X	Entrego informacion, tiene unas pequeñas observaciones
26	COMITÉ DE ETICA HOSPITALARRIA	X	No entrego informacion
27	COMITÉ PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION	X	Definir cual es el correcto con el comité de vacunacion
28	COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENC	X	Definir cual es el correcto con el comité de infecciones intrahospitalaria.

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 2019 fue de 82.69 %, tal como lo muestra el siguiente cuadro.

Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento:			201912/31	Observaciones
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	
MAPA DE RIESGOS DE ANTICORRUPCIÓN	12	8	66.67%	La entidad en el año 2019, no adelanto las actividades del subcomponente para identificar los riesgos que ocasionan accidentes o enfermedades profesionales en el trabajo.
RACIONALIZACION DE TRAMITES	6	6	100.00%	
RENDICIÓN DE CUENTAS	12	12	100.00%	
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	23	17	73.91%	La mayoría de actividades de este componente son temas de procesos normativos de SIAU y comité de PQRS
MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	27	15	55.56%	La pagina web institucional no cumple los lineamientos enmarcados de la ley 1712 de 2012
INICIATIVAS ADICIONALES	2	2	100.00%	
TOTAL 2019			82.69%	

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	11 de 19

Seguimiento a Planes de Mejoramiento:

Área administrativa y financiera

La contraloría General del departamento del Putumayo en los años 2017, 2018 y 2019 han levantado los planes de mejoramiento en los cuales se identificaron los siguientes hallazgos

AÑO AUDITADO	HALLAZGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES CERRADAS	PORCENTAJE DE AVANCE
AÑO 2016	6	3	83.33%
AÑO 2017	2	0	00.00%
AÑO 2018	4	0	00.00%
TOTAL	Porcentaje de cumplimiento		83.33%

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.

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	12 de 19

- ❖ 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, de igual forma el PINAR en la institución no se ha implementado.

Sistemas y comunicaciones

La institución para dar cumplimiento a la normatividad cumplió con la 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

Los responsables de estos planes no entregaron informe final de la ejecución correspondiente a la vigencia 2019, por lo tanto no puedo dar mis apreciaciones al respecto.

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 2019 se radicaron 105 trámites.

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	13 de 19

Periodo	Petición	Queja	Reclamo	Solicitudes	Felicitaciones	Otros	Total
I SEMESTRE	6	35	0	0	5	0	46
II SEMESTRE	18	32	0	0	7	2	59
TOTAL	24	67	0	0	12	2	105

Fuente: informe de SIAU

En el cuadro anterior se muestra el consolidado de los trámites recibidos y gestionados; de los 105 trámites se evidencia que las quejas ascienden a 67 y en segundo lugar las peticiones con 24.

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.

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	14 de 19

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, en el año 2019, este comité no fue operativo según auditoría de comités instituciones no se evidencio actas o gestiones efectuadas.

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.

Relación de Dimensiones, Políticas y sus responsables						
DIMENSIONES DEL MODELO	POLITICAS DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	QUIENES DEBERIAN DILIGENCIARLO	AVANCE	AUTODIAGNOSTICOS	AVANCE	OBSERVACIONES
1. TALENTO HUMANO	Politica de Gestión Estrategica del Talento Humano.	Jefe de Talento Humano	30%	1.1 Gestión del Talento Humano	40.7%	Existe una politica de huamanizacion en la prestacion de servicios
	Politica de Integridad		0%	1.2 Integridad	40.0%	
2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATERICO Y PLANEACIÓN	Politica de Planeación Institucio	Jefe de Planeación	0%	2.1 Direccionamiento y Planeación	51.9%	Existe una politica de Administracion del Riesgo
	Politica 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%
3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	Ventanilla hacia adentro					
	Politica 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%	
	Politica de g obierno Digital, antes Gobierno en Línea		0			
	Politica de seguridad Digital		0%			
	Politica de defensa jurídica	Abogado o encargado del área Jurídica	0%	3.3 Defensa Jurídica	27.0%	
	Relacion Estado - Ciudadano					
	Politica 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 politica del buen trato
	Politica de participación ciudadana en la gestión pública		0%	3.6 Participación Ciudadana	50.0%	
			0%	3.7 Rendición de Cuentas	33.0%	
Politica de racionalización de trámites	0%		3.5 Trámites	0.0%		
4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Politica de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Jefe de planeación	0%	4. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	74.0%	
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Politica de Gestión documental	Responsable de gestión documental o archivo de la entidad	0%	5.1 Gestión Documental	27.0%	
	Politica 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	Politica de Gestión del conocimiento y la innovación		0%	N/A		
7. CONTROL INTERNO	Politica de Control interno		0%	7. Control Interno	25.0%	
TOTAL			8.9%		41.4%	

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	15 de 19

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:

 PLAN DE DESARROLLO 2016-2019 PLAN OPERATIVO ANUAL 2019 INDICADOR DE EVALUACIÓN CUARTO TRIMESTRE					
N°	PROGRAMA	INDICADOR			GENERAL %
		ACTIVIDADES REALIZADAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	TOTAL	
1	Talento humano	9	12	75	90
2	Gestión de sistemas integrados de la calidad	6	7	86	
3	Sistema obligatorio de garantía de la calidad	32	35	91	
4	Prestación integral de los servicios de salud	39	39	100	
5	Desarrollo del sistema de información	2	3	67	
6	Gestión tecnológica	6	7	86	
7	Gestión ambiental	5	5	100	
8	Infraestructura	3	3	100	
9	Imagen institucional	2	2	100	
10	Contratación	4	5	80	
11	Sistema de información	4	4	100	
12	Gestión financiera	20	25	80	
13	Programas y estrategias especiales	4	4	100	
		136	151		

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 IAMI
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

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	16 de 19

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

Los manuales de procesos y procedimientos se encuentran desactualizados de acuerdo a las normas vigentes, se ha evidenciado que desde el 2014 hasta la fecha se han implementado nuevas normas y leyes lo cual requiere de su incorporación.

De igual forma la entidad debe hacer la identificación de nuevos riesgos presentes en la institución.

Las falencias presentadas son:

- 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

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	17 de 19

DEBILIDADES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO

1. 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 estructurado un Plan para pre-pensionados que ayude al funcionario a ocupar su espacio libre, 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 asistencias y 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.

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	18 de 19

- ❖ 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.

3. 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.

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.
- ❖ El equipo MECI o líderes de procesos conformados en la entidad no es operativo.
- ❖ 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

	INFORME DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO	
		1110-37.20	
		Versión	1.0
		Página	19 de 19

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. Realizar las autoevaluaciones de las siete dimensiones del MIPG y construir los planes de acción.
7. Que se asigne una persona responsable para la gestión del riesgo que se encargue de efectuar el seguimiento al 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