INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ

PERIOD: MARZO A JUNIO DE 2019

	Efraín Yepes Sánchez Asesor Control Interno	Período evaluado: Segundo Cuatrimestre de 2019
		Fecha de elaboración: Julio de 2019

De conformidad con las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, el Asesor de Control Interno dela E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno de la Institución, correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2019.

Según del Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, se establece la actualización del MECI, a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento, dicho manual operativo establece la nueva estructura del MECI que se fundamenta en cinco componentes a saber: 1. Ambiente de control, 2. Administración del riesgo, 3. Actividades de control, 4. Información y comunicación, 5. Actividades de monitoreo; esta estructura está conformada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la Institución, no siendo esta una tarea exclusiva del Control interno: Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo, 1. Primera línea, conformada por el gerente público y los líderes del proceso, 2. Segunda línea, conformada por servidores responsables del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (Jefes de Planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comité de riesgos, de contratación, entre otros), y 3. Tercera línea, conformada por la oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

Según el Decreto 648 de 2017 Artículos 2.2.21.1.5 y 2.2.21.1.6 y mediante Resolución GH 035 DE 2019, se crea el Comité de Coordinación de Control Interno, como instancia de asesoría y decisión en los asuntos de control interno en la E.S.E Hospital san Rafael de Yolombó con las siguientes funciones:

a. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con las características propias de cada organismo o entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, organismos de control y las recomendaciones del equipo MECI.
b. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.

c. Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del auditor, así como verificar su cumplimiento.
d. Revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar.
e. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna.
f. Conocer y resolver los conflictos de interés que afecten la independencia de la auditoría.
g. Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta.
h. Las demás asignadas por el Representante Legal de la entidad.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, se presenta el siguiente informe pormenorizado del Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, según la nueva estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI y teniendo en cuenta las actividades adelantadas por la institución en el periodo de marzo a junio de 2019, así:

1. Atendiendo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, mediante Circular Externa N° 002 de 2019, Sobre la Medición del Desempeño Institucional y del Sistema de Control Interno, para el periodo del informe, se rindió en los términos de oportunidad establecidos el Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG.

CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

La Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública, certifica que la institución HOSPITAL REGIONAL SAN RAFAEL -YOLOMBO, a través del usuario furag3530JCIU, diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG, correspondiente a la vigencia 2018 durante el mes de febrero y marzo de 2019.

En constancia firma,

MARIA DEL PILAR GARCÍA GONZÁLEZ
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

Luego del envío del reporte se revisaron los resultados generados por el DAFP, para la Institución, teniendo en cuenta las Políticas de Gestión y Desempeño evaluadas dentro de la línea base del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Para las entidades como la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, esta es la primera medición de MIPG; por esta razón, solo el DAFP, recolectó información referente a temas básicos o iniciales de **10 políticas** de Gestión y Desempeño. En la medida que el Modelo vaya madurando y dichas entidades adquieran mayor experiencia al respecto, la evaluación se irá robusteciendo. Los valores mostrados representan una medición inicial **(Línea base)** del trabajo que está adelantando la Institución para orientar sus procesos de gestión hacia una mejor prestación de servicios de salud, a fin de resolver efectivamente las necesidades y problemas de sus grupos de valor.

Política 1. Gestión estratégica del talento humano
La Institución obtuvo una calificación de **69.7**, lo que evidencia un nivel de implementación inicial, en cuanto al desarrollo de actividades que den cuenta de la gestión adecuada del Talento Humano a través del siclo de vida del servidor público (Ingreso, desarrollo y retiro), de acuerdo con las prioridades estratégicas de la Institución, las normas que le rigen en materia de personal y la garantía del derecho fundamental al dialogo social y a la concertación, promoviendo la integridad en el ejercicio de las funciones y las competencias de los servidores públicos.

Es necesario continuar fortaleciendo las actividades de caracterización de los servidores en cuanto a características de: antigüedad, nivel educativo, edad, género, tipo de vinculación, experiencia laboral, entre otros.
Caracterización de los empleos: planta de personal, perfiles de los empleos, funciones, naturaleza de los empleos, vacantes, entre otros.
Estrategias de formación y capacitación, bienestar e incentivos y seguridad y salud en el trabajo.

Política 2. Integridad
La Institución obtuvo una calificación de **70.4,** representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la Institución para implementar la estrategia de cambio cultural que incluya la adopción del código de integridad del servidor público, el manejo de conflictos de interés y el fortalecimiento de la declaración de bienes y rentas, la gestión de riesgos y el control interno.

Se recomienda propiciar actividades de socialización y apropiacióndel Codigo de Integridad adoctado en la Institución, como marco del copromiso etico de los servidores con el Estado y la ciudadania.

Politica 3. Planeación Institucional
La calificación del nivel de avance de la politica en la Institución es de **57.8,** el cual representa las actividades desarrolladas para, a partir de las necesidades de su grupo de valor, proyectar sus objetivos, metas, y resultados, definir los mejores recursos de acción y recursos para lograrlos identificar los riesgos a los que está expuesta y diseñar los mecanismos de seguimiento, control y evaluación.

Es importante fortalecer la planeación estratégica Institucional mediante la formulación de planes de desarrollo para el cuatrienio y planes de acción anuales, articulados a los planes de que trata el Decreto 612 de 2018.

Para el ejercicio de planeación la Institución desarrolla su propia dinámica de acuerdo con su capacidad organizacional y estilos de dirección; lo importante es que se tenga una mirada panorámica de la gestión institucional, unifique o simplifique formatos, herramientas, plazos y rutas de acción, de manera que todas las acciones y recursos de la Institución estén alineadas a su direccionamiento estratégico y enfocadas a atender su propósito fundamental que es la prestación de servicios de salud.

Política 4. Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos
La calificación del avance en la política fue de **77.3.** Este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantado la Institución para desarrollar y fortalecer un diseño o rediseño organizacional, donde a partir del entendimiento de los objetivos institucionales, se realice una revisión técnica que oriente el mapa de procesos, la estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines.

Es importante que la Institución continúe fortaleciendo la gestión por procesos propiciando la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos, entendidos como la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública. Por lo anterior es necesario que los fejes de planeación lideren y faciliten los parámetros para el trabajo por procesos en la Institución. Sin embargo, la responsabilidad de su mantenimiento y mejora recae en cada uno de los líderes de procesos y sus grupos de trabajo.

Propender por generar espacios de socialización de los procesos y estructura organizalcional de la Institución, acorde a los cambios generados producto de la mejoracontinua.

Politica 5. Gobierno digital
El resultado del nivel de avance en la Isntitución para la Politica de gobierno digital es de un **66.8**, este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la Institución para usar y aprovechar tecnologías de la información y las comunicaciones TIC, para consolidar un Estado y ciudadanos proactivos e innovadores que generan valor público en un entorno de confianza digital.

Política 6.Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción
El resultado del nivel de avance de la política fue de **64.5,** este valor representa una medición inicial del trabajo que se está adelantando en la Institución para garantizar el acceso a la información pública. La Institución viene avanzando con estrategias como la modernización de la página web, acorde a los lineamientos de gobierno digital y Ley 1712 de 2014, sobre transparencia y acceso a la información pública. Igualmente se ha fortalecido el procedimiento para la atención oportuna de las peticiones, quejas y reglamos interpuestas por los ciudadanos.

Sin embargo es necesario tener en cuenta que el derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones, sino también en el deber de publicar y divulgar documentos y archivos de valor para el ciudadano y que Constituyen un aporte en la construcción de una cultura de transparencia por lo que la entidad debe:

- Publicar la información general básica con respecto a la estructura, los servicios, los procedimientos, la contratación y demás información que los sujetos obligados debe publicar de manera oficiosa en su sitio web o en los sistemas de información del Estado según el caso y las obligaciones legales.

- Actualice y vincule las hojas de vida de los servidores públicos en el Sistema de Información de Gestión de Empleo Público –SIGEP.

- Actualice la información de los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites –SUIT.

- Armonice los procesos de servicio al ciudadano, gestión documental y las TIC con las dimensiones de transparencia activa, pasiva y gestión de la información. Recuerde que la información pública es un bien público y uno de los principales activos de la Institución.

Política 7. Servicio al Ciudadano
La institución obtuvo un resultado de **66.9,** medición que representa el nivel de avance de la política, para emprender estrategias de fortalecimiento de componentes visibles (de la ventanilla hacia afuera) y no visible de la ventanilla hacia adentro) por sus usuarios, para la entrega de servicios oportunos, certeros, de calidad y satisfactorios.

La institución viene dando cumplimiento a la estrategia de la medición de la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados.

Política 8. Participación ciudadana en la gestión pública
La institución obtuvo una calificación de **62.6,** este valor representa una medición inicial del trabajo que se está adelantando la Institución para diseñar y ejecutar la estrategia anual con los mecanismos, espacios y acciones a través de las cuales se facilitará y promoverá la participación de la ciudadanía y sus organizaciones en los asuntos de su competencia, permitiendo con ello niveles de incidencia y contribución ciudadana al logro de resultados institucionales para la satisfacción de las necesidades y derechos.

Teniendo en cuenta los avances con respecto a la política, se evidencia la participación de la asociación de usuarios en los procesos institucionales.

Se llevó a cabo el proceso de rendición de cuenta la ciudadanía de la vigencia 2018, el día 27 de mayo de 2019, en el auditorio de la E.S.E. se dieron a conocer los avances de la Institución en cuanto a Indicadores de calidad, Informe de

producción, informe de salud pública, Atención al usuario, Informe CES, Gestión Humana, Contratación e informe financiero.

Política 9. Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional
El resultado de esta política fue de **64.3,** este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando en la Institución para conocer de manera permanente los avances en su gestión y la consecución efectiva de los resultados planteados con la oportunidad, cantidad y calidad esperadas, e implementar acciones para mitigar los riesgos que la desvían del cumplimiento de sus objetivos; Así mismo, el compromiso de la Institución para identificar aciertos y desaciertos en su gestión y promover acciones de mejora para superarlos.

Es importante que se definan y revisen los indicadores de gestión definidos en la Institución, en los siguientes términos:

- Tiempos previstos. Ejemplo: cinco primeros días de cada mes o último día hábil del trimestre.
- Frecuencia. Ejemplo: trimestral, semestral o anual
- Propósito de la medición o evaluación. Ejemplo: avances físicos y financieros de metas, ejecución de recursos, avances consolidados de gestión o reporte de cumplimientos parciales o finales de resultados.
- Escalas de valoración o sistema de medición. Ejemplo: escalas cualitativas (alto, medio, bajo) o cuantitativas (porcentajes o valores absolutos).
- Usuarios de la información. Ejemplo: la alta dirección, el área de control interno, organismos de control, otros organismos nacionales o territoriales o la propia comunidad.
- Técnicas de levantamiento de información. Ejemplo: los informes de gestión y de resultados, encuestas y entrevistas en profundidad con expertos.
- Instrumento. Ejemplo: herramienta web, documento de office (excel, word, power point), tablero de control, entre otros.

Política 10. Control Interno
La calificación fue de **61.8,** este valor representa una medición del trabajo que está adelantando la Institución para articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos en los procesos de la gestión administrativa y misional.

Teniendo en cuenta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno, la implementación de esta política, logra dar cumplimento al objetivo del modelo Integrado de Planeación y Gestión "*Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua*".

Evaluación Implementación del Modelo Estándar de Control Interno

Teniendo en cuenta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MEC, el cual plantea una estructura basada en 5 componentes así:

El Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión FURAG, evaluó, el índice de desempeño de los componentes del MECI y el índice de desempeño de las líneas de defensa. Los resultados para la Institución fueron los siguientes:

Índice de desempeño de los componentes del MECI

Dimensión	Puntaje consultado	Puntaje máximo
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	60,2	98,31
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	55,9	95,50
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	62,1	94,21
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	67,2	96,82
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	60,3	98,64

Ambiente de Control: conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno.

La insitución viene avanzando en la formalización de los instrumentos para la practica de la auditoría interna como lo son, el Estatudo de Auditoría Interna de la

E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, aprobado mediante Acta de Comité Coordinador de Control Interno, del 12 de junio de 2019.

Evaluación del Riesgos: proceso dinámico e interactivo que le permita a la Institución identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que pueda afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

La Insitición aprobo en el periodo evaluado la Politica para la Administración de Riesgos, mediante la Resolución 074 de 2019, por la cual se aprueban y adoptan las politicas de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos de la E.S.E Hospital San Rafael.

Actividades de Control: acciones determinadas por la Institución 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.

En el periodo evaluado se evidencian avances en el fortalecimiento de las politicas de operación para el sistema de gestión de la calidad de la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, mediante la actualización del Mapa de Procesos y la Estructura Organizacional de la Institución, adotado mediante Resolución GH 058 de 2019, por medio de la cual se actualiza el mapa de procesos y organigrama de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Yolombó. Donde se obtimazaron los procesos desde el nivel estrategico, misinal, de apoyo y evaluación para una operación dinamica en el marco de la gestión eficiente y eficaz.

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 Institución. Sirve para que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.

Se evidenció para el reporte, la implementación de la Estrategia de Rendición de Cuentas a la Ciudadania por parte del Nivel Directivo de la E.S.E, realizada el 27 de mayo de 2019, conforme al acta de reunión y fueron presentados los temas correspondientes a la Circular Externa 08 de 2018, indicadores de calidad, información de producción, Informe de Salud Pública, Atención al Usuario, Informe de Gestión Humana, Contratación e Informe Financiero.

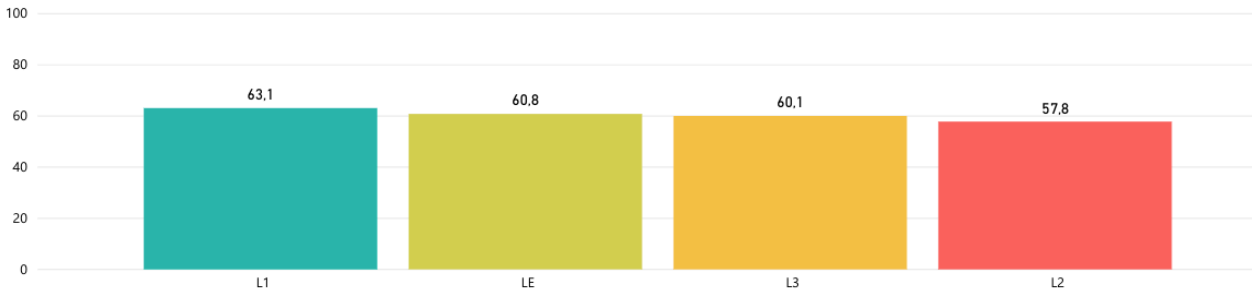
Ver nforme de Rendición de Cuentas Públicas en la pagina web Institucional: http://hospitalyolombo.gov.co/wp-content/uploads/2019/06/Acta-rendici%C3%B3n-p%C3%BAblica-de-cuentas-vigencia-a%C3%B1o-2018.pdf

Actividades de Monitoreo: Busca que la Institución 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, autoevaluación o evaluación independiente.

Se viene dando cumplimiento en el Plan Anual de Auditoria Basado en Riesgos, al igual que en los procesos de autoevalaucón adelantados por la Oficina de Planeación, Calidad y Sistemas de Información, presentado un avance

siginificativo para el periodo evaluado y se vienen acatando las recomendaciones dadas y avances en los planes de mejoramientos.

Índice de desempeño de las líneas de defensa



Nota: Los colores en este gráfico no representan un alto o bajo desempeño, sino un ranking de las líneas de defensa a partir de los puntajes de la consulta.

Id índice	Descripción
LE	CONTROL INTERNO: Línea Estratégica
L1	CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa
L2	CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa
L3	CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

• Es importante tener en cuenta los avances que viene generando la alta dirección de la Institución con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, mediante la adopción de la Politica para la Administración de Riesgos, mediante Resolución 074, del 14 de mayo de 2019, *"Por la cual de aprueba y se adopta las políticas de administración de riesgos y el mapa de riesgos de la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó".* Aportando herramientas necesarias para la gestión de los riesgos dentro de los procesos como pilar para la efectividad de los controles.

• Se destacan los avances en materia de Gestión Estratégica del Talento Humano en la Institución, con la actualización de la Estructura Organizacional, cumplimiento del Plan Estratégico del Talento Humano, Plan Institucional de Capacitaciones.

• Cabe resaltar los reconocimientos obtenidos por la institución como es la certificación Como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, IAMII. Reconocimiento dado por la Secretaria Seccional y Protección Social de Antioquia, el pasado 5 de abril.

• Se recomienda continuar con el liderazgo y apropiación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento de la Resolución 1111 de 2017 y el Decreto 1072 de 2015. Teniendo en cuenta que esté abarca una disciplina que trata de prevenir las lesiones y las enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, además de la protección y promoción de la salud de los empleados y tiene como objetivo mejorar las condiciones laborales y el ambiente en el trabajo, además de la salud en el trabajo, que conlleva la

promoción del mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los empleados, de igual forma se recomienda tener una persona responsable para el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo ya que este debe de estar enfocado en la implementación haciendo cumplimiento a la resolución 1111 del 2017.

• Propender por la Actualización y socialización de la documentación en la Institución, que evidencia la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno como articulador del Modelo MIPG.

• Fortalecer las herramientas de medición de la gestión, con indicadores de economía, eficiencia y eficacia, los cuales son los mecanismos para el seguimiento y la evaluación, permitiendo conocer el logro de los objetivos así como el alcance de los resultados propuestos e introducir ajustes a los planes de acción.

• Propiciar espacios de difución de las estrategias de integridad implantadas en la Institución como mecanismo que permiten dar cumplimiento a las políticas definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión relacionadas con la integridad, socialización permanete del Codigo de Integridad.

• Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la Institución, propiciando una estructura de control de la gestión que garantice el ambiente de control, la evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación como eje transversal del sistema de control interno y las actividades de monitoreo en el marco de las líneas de defensa y generando en los servidores y colaboradores el autocontrol, la autogestión y la autorregulación, los cuales son los principios fundamentales del Sistema de Control Interno.