



PROCESO EVALUACION Y CONTROL INSTITUCIONAL

FT-CI-07

FORMATO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

VERSION 1

NOTA:

Presentación: Con el propósito de aportar a la mejora permanente de la gestión institucional, en el marco de lo dispuesto normativamente, particularmente la Ley 1474 de 2011 - artículo 9º - "Informe sobre el Estado del Control Interno de la Entidad", se entrega en el presente documento los resultados del seguimiento cuatrimestral al Estado del Sistema de Control Interno, lo mismo que las recomendaciones y sugerencias que producto de este seguimiento se estiman pertinentes.

El Informe Pormenorizado se ha venido elaborando desde su implementación en el año 2011, con base en la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI – Decreto 943 de mayo 21 de 2014. En esta ocasión se estructuró tomando como base el Modelo MIPG – es decir siguiendo las siete (7) dimensiones del mismo: Talento Humano, Direcciónamiento estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Control Interno, Gestión de la Información y la Comunicación y Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Dimensión	Dimensión Talento Humano	Dimensión Direcciónamiento Estratégico y Planeación	Dimensión Gestión con Valores para el Resultado	Dimensión Evaluación de Resultados	Dimensión Información y Comunicación	Dimensión Gestión del Conocimiento	Dimensión Control Interno
Aspecto							
Responsables asignados	<p>Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño -artículos 2º y 3º conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Subgerente, quien lo presidirá y liderará Profesional Universitario (Presupuesto) Técnico Administrativo (Tesorería) Auxiliar Administrativo (Almacén) Enfermera Líder de planeación o quien haga sus veces, quien ejercerá la secretaría técnica del Comité Asesor de la oficina de control interno; quien podrá asistir como invitado, con voz, pero sin voto <p>A nivel Operativo la subgerencia</p> <p>Políticas a cargo de esta dimensión; Gestión Estratégica del Talento Humano e Integridad.</p> <p>Evidencia Resolución No. 894 diciembre de 2017</p>	<p>Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo de la Gerencia, la Junta Directiva, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Oficina Asesora de Planeación, la Gestión Financiera (tesorería, presupuesto y contabilidad)</p> <p>Políticas a cargo de esta dimensión: Planeación estratégica, Plan Presupuestal y Eficiencia del Gasto.</p>	<p>Para el caso de esta dimensión, las actividades se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la gerencia y subgerencia, el Ingeniero de sistemas, el Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU, la Gestión Jurídica, la Gestión Financiera y el Líder de la Oficina Asesora de Planeación.</p> <p>Políticas asociadas: Planeación estratégica, Gestión Presupuestal, Gobierno Digital, Defensa Jurídica, Trámites, Servicio al Ciudadano y Participación.</p>	<p>Los responsables de las actividades de esta dimensión son: Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Gerencia y subgerencia, el Líder de la Oficina Asesora de Planeación, la Gestión Financiera</p> <p>Políticas asociadas: Seguimiento y evaluación de desempeño</p>	<p>Como responsables de las acciones se encuentran el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la gerencia y subgerencia, el Ingeniero de sistemas, el Líder de Asesora de Planeación, el Responsable de Archivo.</p> <p>Políticas asociadas: Gestión Documental, Transparencia y Acceso a la Información, y lucha contra la corrupción.</p>	<p>Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Gerencia y subgerencia, el Ingeniero de sistemas y el líder de la Oficina Asesora de Planeación.</p> <p>Políticas asociadas: de Gestión y desempeño y Gestión del Conocimiento y la Innovación.</p>	<p>Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - Equipo MECI y el Asesor de la Oficina de Control Interno.</p> <p>Políticas asociadas: de Administración del Riesgo.</p>
Plan de Acción de Autodiagnósticos	<p>En el periodo comprendido de noviembre a enero se ejecutó actividades del plan de acción de la dimensión de talento humano.</p> <p>Se presentó ante los comités de: Institucional de gestión y de desempeño y control interno.</p> <p>Se socializó el Plan Estratégico de Talento Humano.</p> <p>Informes de seguimiento de: Plan Institucional de Capacitación Vigencia 2018. Plan de Bienestar Social e Incentivos. Se convocó para la elección de los representantes a la Comisión de Personal de Carrera administrativa</p> <p>- Evidencias: - Informe de Seguimientos de Planes de Bienestar y PIC - Actas comités institucional de gestión y desempeño.</p>	<p>En el periodo comprendido de noviembre a enero se realizó en la dimensión de Direcciónamiento Estratégico y Planeación se publico los planes de Acción de la Vigencia 2019, según indicaciones DAFP.</p> <p>Se adelantó el autodiagnóstico.</p> <p>Seguimiento al Plan Anticorrupción.</p> <p>Análisis de Clima Laboral.</p> <p>Matriz de Riesgos Anticorrupción.</p> <p>Actualización de la Política de Administración de Riesgos.</p> <p>Evidencias: - Informe de Análisis de Clima Laboral - Actas de socialización del autodiagnósticos.</p>	<p>Durante el periodo de noviembre a enero se ejecutó para la dimensión lo siguiente:</p> <p>Informes mensuales de satisfacción de usuarios.</p> <p>Evidencia: Análisis Encuesta PQRS</p>	<p>Durante el periodo comprendido entre noviembre a enero se realizaron las siguientes acciones:</p> <p>- Se desarrolló el autodiagnóstico y se elaboró el plan de acción del mismo. - Se desarrolló la evaluación de autocontrol a todos los funcionarios, y se realizó la evaluación de odontología, laboratorio y jefe de enfermería. - 100% de Actas de compromisos de Código de Ética y Código de Integridad. Evidencia: Plan de Acción Evaluaciones de autocontrol</p>	<p>Durante el periodo de noviembre a enero se elaboró el autodiagnóstico y el plan de acción.</p> <p>Se realizó seguimiento a los planes de PETI, tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información. Plan de seguridad y privacidad de la información, verificando que se le ha dado cumplimiento al 65% de las actividades. Se socializó las políticas del Plan Peti</p> <p>Evidencia: Autodiagnóstico. Plan de acción</p>	<p>Durante el mes de enero la OAP realizó el análisis de las preguntas FURAG para establecer el plan de trabajo 2018.</p> <p>El modelo no contempla a la fecha autodiagnóstico para esta dimensión</p> <p>Evidencia: Análisis de preguntas</p>	<p>Durante el periodo de noviembre a enero se realizaron las siguientes actividades, se adelantó el autodiagnóstico y el plan de acción.</p> <p>Se realizó seguimiento a la rendición de cuentas, se acompañó la socialización y firmas del código de integridad se realizó seguimiento al plan anticorrupción y a los 12 planes institucionales. Se realizó la evaluación de gestión por áreas y evaluación de Guías, Manuales de la ESE Hospital Regional Sur Oriental.</p> <p>Se evaluó la matriz de riesgos anticorrupción, se socializó las políticas del PETI y se acompañó la elaboración de la matriz de responsabilidades, seguimiento de los planes de acción vigencia 2018 y matriz de riesgo.</p>
Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas							
Cronograma para la implementación o proceso de transición	El cronograma de correspondiente a la implementación del MIPG son las fechas de mejora de los planes de acción del Autodiagnóstico.						
Planes de mejora para la implementación o proceso de transición	A la fecha no se cuenta con planes de mejora. Sin embargo se ha establecido un plan de trabajo con los siguientes temas: Identificación y matriz de riesgo. Actualización de la estructura documental, con versión 3. Sistema Integrado de Gestión S.I.G y Políticas de Operación por Procesos.						
Avances acorde al cronograma y planes de mejora	De acuerdo a los resultados de los seguimientos de los planes de acción, se diseñaron los respectivos planes de mejora y cronograma; con el fin de que cada proceso inicie el desarrollo de estas actividades.						
Otros aspectos	Expedición de Resolución N°894 del 13 de diciembre de 2017, por la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL, como instancia que dirige y articula, en la implementación, desarrollo y evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.						La Oficina de Control Interno ha elaborado el Estatuto de Auditoría Interna, y el Código de Ética del Auditor Interno, los cuales se encuentran en revisión por parte de la Gestión Jurídica.
Recomendaciones	<p>- Se recomienda acorde con los resultados de las autoevaluaciones ya adelantadas, gestionar la formulación y ejecución de estrategias que fortalezcan las políticas que están reportando calificación inferior al 75%.</p> <p>- Es conveniente la gestión de acciones de mejoramiento específicas para los temas que quedaron con observaciones en los ejercicios de autodiagnóstico – Entre otros el fortalecimiento de la comunicación entre Grupos de Talento Humano y Cambio Cultural.</p> <p>- Es importante, que una vez finalizado el ejercicio de autodiagnósticos, se identifiquen de manera específica las brechas frente a los lineamientos de política, y los resultados se lleven al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con el fin de establecer las acciones pertinentes y los respectivos responsables de su ejecución.</p> <p>- Es importante el diligenciamiento legible de los soportes. La observación en esta ocasión se refiere particularmente a las actas de reuniones de trabajo.</p> <p>- Es importante continuar con los ejercicios relacionados con el tema de riesgos institucionales y riesgos de corrupción, teniendo en cuenta las recomendaciones del asesor de Control Interno.</p>						

FIFNTF: Oficina de Planeación - (documentación soporte).

Bibiana Garnica L.
BIBIANA ISABEL GARNICA LAGOS
Asesor Oficina de Control Interno
febrero 4 DE 2019