

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO		
Jefe de control interno, o quien haga sus veces:	JOSE HERNANDO BOHORQUEZ MENDOZA	Periodo evaluado: MARZO a JUNIO
		Fecha de elaboración: JUNIO 30-2017

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011

La E.S.E. Hospital Regional de Duitama viene desarrollando claramente los roles y responsabilidades del Modelo Estándar de Control Interno MECI, modelo que nos da una serie de pautas o guías dirigidos a controlar la Planificación, Gestión, Evaluación y Seguimiento Institucional.

Una de las prioridades permanente de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama es la calidad de la atención en salud la cual se ha posesionado como tema de alta relevancia dentro de las exigencias de los usuarios.

El Hospital Regional de Duitama mediante la Resolución 147 de octubre 2 de 2014 conformo el sistema integrado de gestión y calidad SIGC, integrado por el Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud con el objetivo de lograr en un corto plazo la acreditación de sus servicios luego que la institución realizara la actualización y adopción del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, con base al anexo técnico del decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

De acuerdo al informe presentado al Departamento Administrativo de la Función Pública en febrero de 2017 la oficina de Control Interno realizo la evaluación de la



vigencia 2016 con los siguientes resultados

FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
Entorno de Control	3.55	INTERMEDIO
Información y Comunicación	3.96	SATISFACTORIO
Direccionamiento Estratégico	4.07	SATISFACTORIO
Administración del Riesgo	4.31	SATISFACTORIO
Seguimiento	4.67	SATISFACTORIO
Indicador de Madurez MECI	77.77	

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS MECI VIGENCIA 2016

La institución presenta el Indicador de Madurez MECI del 77.77 % con un valor satisfactorio en el rango de 66-90 de acuerdo a la tabla de valoración, la E.S.E. Hospital Regional de Duitama cumple con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos.

El factor entorno de control

Nos ubica en un nivel intermedio con un puntaje del 3.55%, analiza los aspectos básicos que facilitan la implementación del modelo de control como son: el compromiso de la alta dirección, los factores éticos y de buen gobierno, las políticas del desarrollo del talento humano y aquellos lineamientos básicos para el direccionamiento estratégico de la E.S.E. (misión, visión objetivos

institucionales).Es importante resaltar que para la vigencia 2016 se terminó el periodo de gerente, por lo tanto hubo encargado y se llevó acabo el concurso lo que significa que se direcciono la entidad por tres gerentes y que se formuló plan de Desarrollo al inicio del segundo semestre.

El modelo a este nivel debería permitir a la entidad:

-Establecer claramente las funciones, la periodicidad de reunión y el alcance de las actividades del Equipo de Trabajo Institucional frente al Control Interno (Equipo MECI).

-Poseer una Alta Dirección que propende por el cumplimiento de la misión y la visión, facilitando que los servidores entiendan su papel en la ejecución de los procesos.

-Operacionalizar el Comité de Coordinación de Control Interno (periodicidad de reunión, priorización de temas, entre otros).

-Contar con procesos de gestión del talento humano en vías de mejora, mediante programas de bienestar, inducción, re-inducción, planes de incentivos y el plan institucional de formación y capacitación estructurados formalmente y siguiendo los lineamientos normativos relacionados.

-Facilitar el conocimiento por parte de la Alta Dirección mediante la política y el plan de comunicaciones de información relevante para el cumplimiento de las funciones de los servidores.

-Conocer integralmente el Régimen de Contabilidad Pública y aplicarlo de forma general

-Determinar los niveles de autoridad y responsabilidad para el desarrollo de los procesos, mediante su estructura organizacional

El factor información y comunicación:

Se encuentra en un nivel Satisfactorio del 3.96%,Analiza los aspectos requeridos para el manejo de la información tanto interna como externa , entre ellos la identificación básica de los usuarios (internos y externos), fuentes de información,



los mecanismos y sistemas de información que permiten su gestión. Asimismo se verifican los mecanismos o lineamientos relacionados con la política de transparencia y rendición de cuentas.

El modelo a este nivel le debería permitir a la entidad:

-Administra la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, entes de control entre otros).

-Realiza el mantenimiento al sistema de información utilizado para la recolección de las sugerencias, quejas, peticiones o reclamos por parte de la ciudadanía de manera continua y permanente.

-Revisa las Tablas de Retención Documental de forma periódica.

-Establecer si el sistema de información utilizado para qué la recolección de información interna y externa cuenta con características tales como: la robustez para mantener la integridad, confiabilidad y facilidad para la consulta de información, así como los mecanismos de actualización tecnológica.

-Implementar la estrategia de comunicación interna y externa (que incluye la política, plan y canales de comunicación).

-Realizar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la ley de Transparencia y Acceso a la Información.

-Contar con un área de atención al ciudadano, bajo los parámetros básicos establecidos en la normatividad.

-Presenta información de interés basada en los estados, informes y reportes contables requeridos por la normatividad vigente.

- Contar con una rendición de cuentas que contemple, acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), dialogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos).

-Contar con un mecanismo de evaluación de cada una de las acciones de la



estrategia de rendición de cuentas (información, dialogo e incentivos).

-Tener inventariada la documentación en el Formato Único de Inventario Documental FUID tanto en sus archivos de gestión como Central.

-Realizar la transferencia de archivos y la disposición de documentos de forma oportuna, utilizando los criterios del Comité Interno de Archivo o CIDA.

El factor Direccionamiento estratégico:

Alcanzo un nivel satisfactorio del 4.07%. Analiza el modelo de operación por procesos en toda su complejidad (análisis de necesidades de usuarios, procedimientos, indicadores) como base fundamental para el desarrollo de los planes, programas y proyectos de la entidad. Se incluye el diseño y estructura del proceso contable.

El modelo a este nivel debería permitir a la entidad:

-Validar los procesos y procedimientos con respecto a la información suministrada por la ciudadanía y/o partes interesadas en cuanto a las necesidades y prioridades de la prestación del servicio.

-Validar los procesos y procedimientos con respecto a la opinión externa sobre la gestión de la entidad.

-Realizar el cargue de información asociada a los respectivos indicadores diseñados.

-Analizar los resultados obtenidos a partir de los indicadores.

-Divulgar los cambios a los procesos y procedimientos a los interesados.

-Mantener actualizado el mapa de procesos de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a las caracterizaciones de los procesos.

-Contar con un proceso contable adecuadamente estructurado y documentado (caracterización), teniendo en cuenta la regulación contable y la política

institucional y que garantice la generación de información financiera con adecuados niveles de calidad. Identificando los productos de los demás procesos que se constituyen en insumos del proceso contable.

-Tener individualizados en la contabilidad los bienes, derechos y obligaciones.

-Mantener actualizado el manual de operaciones (o de procesos y procedimientos) de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a los procesos.

-Realizar el seguimiento a la planeación institucional frente al cumplimiento del cronograma y las metas asociadas.

-Contar con un mapa de procesos que se revisa y actualiza de acuerdo a los cambios del entorno, normativo u otros aspectos relevantes para el desarrollo de las funciones de la entidad.

El factor administración del riesgo:

Nos coloca en un nivel satisfactorio con 4.31% este componente es el conjunto de elementos que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales. Analiza cada uno de los elementos que desarrollan y facilitan la gestión del riesgo en todos los niveles de la entidad. Se analiza la materialización de riesgos en los procesos y específicamente en el tema contable.

El modelo a este nivel debería permitir a la entidad:

-Incluir en la política de administración del riesgo, los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo, los niveles para calificar el impacto a los procesos.

-Determinar en la política de administración del riesgo, claramente los responsables de monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos.

-Establecer en la política de administración del riesgo, la periodicidad del

seguimiento, de acuerdo a los niveles del riesgo residual.

-Contar con mapas de riesgos por procesos de acuerdo a los lineamientos de la política de administración del riesgo, incluyendo los asociados a posibles actos de corrupción.

-Contar con mecanismos de control y seguimiento que permitan la administración del riesgo en la entidad.

-Contar con un mapa de riesgos institucional que consolide aquéllos riesgos identificados como críticos para el normal desarrollo de las operaciones de la entidad.

-Identificar los riesgos de índole contable, los gestiona y monitorea eventualmente.

Factor de seguimiento:

Alcanzo igualmente un nivel satisfactorio con un puntaje del 4.67% este factor analiza los procesos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad. Incluye el seguimiento realizado por parte de los líderes de los procesos, la evaluación independiente realizada por parte de la oficina de control interno y los procesos auditores llevados a cabo por parte de organismos de control.

Se evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento (institucional, por procesos e individual).

El modelo a este nivel debería permitir a la entidad:

-Ejecutar de manera correcta (cumplimiento, objetivos y alcances) el programa anual de auditorías.

-Determinar e implementar acciones correctivas y/o preventivas a los procesos, con base en el análisis de la información recibida de forma interna y externa.

-Formalizar el plan de mejoramiento institucional, identificando las acciones que mejoren sustancialmente el desempeño de la entidad y resuelvan los hallazgos encontrados por los organismos de control.

-Formalizar el plan de mejoramiento por procesos, dando lineamientos claros sobre mecanismos de contingencia en caso de presentarse fallas en el desarrollo

de los procesos e identificando acciones que permitan superar estas fallas.

-Formalizar el plan de mejoramiento individual, permitiendo el continuo conocimiento del desempeño individual de los servidores.

En la siguiente tabla podemos observar los resultados que corresponden al análisis de Sistema de Control Interno, de los años 2016 y 2015 los cuales son comparables en su avance :

NIVEL	PUNTAJE 2016	FACTOR	PUNTAJE2015	NIVEL
INTERMEDIO	3.55	ENTORNO DE CONTROL	4.97	AVANZADO
SATISFACTORIO	3.96	INFORMACION Y COMUNICACION	4.76	AVANZADO
SATISFACTORIO	4.07	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	4.04	SATISFACTORIO
SATISFACTORIO	4.31	ADMINISTRACION DE RIESGOS	4.31	SATISFACTORIO
SATISFACTORIO	4.67	SEGUIMIENTO	4.18	SATISFACTORIO
SATISFACTORIO	77.77	INDICADOR DE MADUREZ MECI	86.30%	SATISFACTORIO

Se puede observar que el indicador de madurez MECI para el año 2015 fue del 86.30% mientras que en el año 2016 alcanzó el 77.77% presentando una baja del 8.53% frente al periodo comparado debido al cambio de Gerente y el proceso o concurso alcanzó a los 75 días; con gerente encargado y sin plan de Desarrollo.

Fortalezas y Debilidades

Fortalezas:

-La Alta Dirección está comprometida por el cumplimiento de la misión y la visión,

facilitando que los servidores entiendan su papel en la ejecución de los procesos y sus políticas.

-Los procesos de gestión del talento humano están en vías de mejora, mediante programas de bienestar, inducción, re-inducción, planes de incentivos y el plan institucional de formación y capacitación estructurados formalmente y siguiendo los lineamientos normativos relacionados.

-Está establecida la rendición de cuentas y contempla, acciones de información claros sobre los procesos y resultados de la gestión administrativa,

-La E.S.E. cuenta los aspectos requeridos para el manejo de la información tanto interna como externa, entre ellos la identificación básica de los usuarios, fuentes de información, los mecanismos y sistemas de información que permiten su gestión. Así mismo se verifican los lineamientos relacionados con la política de transparencia, ventanilla única y oficina de atención al usuario y manejo adecuado de pqr's al igual que la página Web.

-Realiza el cargue de información asociada a los respectivos indicadores diseñados y analiza los resultados obtenidos a partir de los mismos.

-Se cuenta con un proceso contable adecuadamente estructurado y documentado, teniendo en cuenta la regulación contable y la política institucional y que garantiza la generación de información financiera con adecuados niveles de calidad. Identificando los productos de los demás procesos que se constituyen en insumos del proceso contable basado en normas internacionales de información financiera.

-Se cuenta con el mapa de procesos de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a las caracterizaciones de los procesos y procedimientos.

-Se lleva el manejo adecuado de Tablas de Retención Documental Realizar, la transferencia de archivos y la disposición de documentos de forma oportuna, utilizando los criterios del Comité Interno de Archivo.

La E.S.E. ha implementado una herramienta en ambiente Web denominada Gestor de Proyectos, donde se encuentran la totalidad de documentos de la entidad tales como: Plan de Desarrollo y seguimiento, políticas de acreditación, Líneas de acción,

Actividades, Tareas, Acuerdos de Gestión, Evaluaciones, Manuales, Guías, Protocolos, Procesos y procedimientos además la relación de inventarios y activos fijos y el inventario de Gestión Documental entre otros, al igual estableció actividades de capacitación virtuales en la plataforma AVA y presencial y se cuenta con el Software Dinámica Gerencial en todas las áreas .

-En el componente administración del riesgo se viene avanzando en su implementación se adopta el SIGRI sistema integrado de gestión de riesgo institucional ,las metodologías y se establecen las políticas de administración del Riesgo según acto administrativo, se normalizaron los procesos de riesgos asistenciales bajo la metodología AMFE se desarrolló la metodología planteada con la identificación de los riesgos su análisis y valoración respectivamente, los procesos administrativos basados en la metodología DAFP.Se actualizo el mapa de riesgos de corrupción.

-Se ejecuta de manera correcta (cumplimiento, objetivos y alcances) el programa anual de auditorías, se formalizan los planes de mejoramiento institucional, identificando las acciones que mejoren sustancialmente el desempeño de la entidad y resuelvan los hallazgos encontrados por los organismos de control.

Debilidades:

Falta de operacional izar el Comité de Coordinación de Control Interno (periodicidad de reunión, priorización de temas, entre otros).

Falta de socialización a todas las la aéreas funcionales el mapa de riesgos a pesar que se ha efectuado la identificación de los Riesgos asistenciales, los riesgos administrativos por proceso, y/o actualizado el mapa de riesgos de corrupción se debe socializar con todo el recurso humano de la ESE hospital regional de Duitamapara así administrarlos y controlarlos adecuadamente y a su vez definir acciones de manejo.

Falta actualizar e implementar una estrategia de socialización de documentos y políticas institucionales tales como código de ética, buen gobierno, derechos y deberes de los usuarios a todo el personal de la Institución para a si mismo ponerlas en práctica y socializarlas con los usuarios.

Falta la continuidad de la implementación del proceso de costos de la entidad, el



software que hay en la institución para el proceso contable “Dinámica Gerencial” no presenta un módulo de costos que permita el registro de los mismos.

Falta de dar a conocer o remitir a control interno, por parte de la oficina de planeación y Recurso Humano las actividades del proceso Evaluación del Desempeño; informes 2016 y los trimestrales para sí contar con las evidencias de los avances por áreas o dependencias en la ejecución de las metas para verificar y hacer seguimiento al nivel de avance de los compromisos laborales y el desarrollo de las competencias comportamentales.

Falta de implementación de una política para fortalecer y sensibilizar la cultura de autoevaluación, autocontrol y adopción de estrategias y metodologías para realizar y documentar las acciones de mejora por procesos.

Falta de compromiso de algunos líderes de los procesos para la culminación de la normalización de procesos y procedimientos de la E. S. E. Hospital Regional de Duitama en especial los del área administrativa.

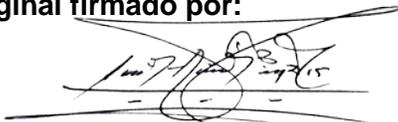
La E.S.E. Hospital Regional de Duitama es parte de un sistema de seguridad social en crisis por el no pago de las EPS por los servicios prestados impidiendo de esta manera el desarrollo de políticas institucionales por falta de recursos.

Falta de diseño organizacional de la oficina de control interno que no cuenta con personal multidisciplinario necesario para dar cumplimiento de cobertura a las Funciones en el desarrollo de sus actividades de control interno basados en la dimensión de la institución.

Diligenciado por: JOSE HERNANDO BOHORQUEZ M. fecha:30-06-2017

Sin otro pormenor,

Original firmado por:



JOSE HERNANDO BOHORQUEZ MENDOZA
Asesor Oficina de Control Interno
ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA