

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO		
Jefe de control interno, o quien haga sus veces:	JOSE HERNANDO BOHORQUEZ MENDOZA	Periodo evaluado: JULIO _ NOVIEMBRE
		Fecha de elaboración: Noviembre 02-2017

**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. Decreto 1499 de 2017 el cual se encuentra en proceso de aplicación.

### **El factor entorno de control**

La E.S.E. Hospital Regional de Duitama cuenta con unas políticas enmarcadas en los factores éticos y de buen gobierno, del desarrollo del talento humano y aquellos lineamientos básicos para el direccionamiento estratégico (misión, visión objetivos institucionales) enmarcados dentro del plan de desarrollo.

Establece claramente las funciones, la periodicidad de reunión del comité líder y el alcance de las actividades del Equipo de Trabajo Institucional frente a las políticas de calidad, facilitando que los servidores entiendan su papel en la ejecución de los procesos, el Comité de Coordinación de Control Interno se reúne para tratar temas como procesos de desarrollo institucional; el talento humano siempre 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, el plan de comunicaciones de información es relevante para el cumplimiento de las funciones de los servidores, se cuenta con un Régimen integral de Contabilidad Pública que se aplica de forma general de acuerdo a la normatividad vigente y están determinados los niveles de autoridad y responsabilidad para el desarrollo de los procesos, acorde con la estructura organizacional.

### **El factor información y comunicación:**

Se encuentra en un nivel Satisfactorio que 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) los mecanismos y sistemas de información que permiten su gestión. Asimismo se verifican los procesos o lineamientos relacionados con la política de transparencia y rendición de cuentas.

La E.S.E. administra la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, contratistas, entes de control entre otros). De acuerdo a las políticas establecidas en cumplimiento de las normas constitucionales vigentes, se cuenta con Tablas de Retención Documental debidamente aprobadas, se estableció el sistema de información para que la recolección de información interna y externa cuente 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. Se da cumplimiento a la ley de Transparencia y Acceso a la Información, se cuenta 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. se evalúa cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas (información, dialogo e incentivos), esta inventariada la documentación en el Formato Único de Inventario Documental FUID tanto en sus archivos de gestión como Central, y se realiza 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:**

Esta en un nivel satisfactorio se 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.

La institución valida 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, realiza el cargue de información asociada a los respectivos indicadores diseñados y establecidos en la normatividad vigente, analizando los resultados obtenidos a partir de los mismos. Se divulgan los cambios a los procesos y procedimientos a los interesados, se mantiene actualizado el mapa de procesos de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a las caracterizaciones de los procesos, contamos con un proceso contable adecuadamente estructurado y documentado (caracterización), teniendo en cuenta la regulación contable y la política institucional y se 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, se tienen individualizados en la contabilidad los bienes, derechos y obligaciones, se encuentra actualizado el manual de operaciones (o de procesos y procedimientos) de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a los procesos, se realiza el seguimiento a la planeación institucional frente al cumplimiento del cronograma y las metas asociadas y se cuenta 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:**

Esta la entidad en un nivel satisfactorio 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 y contractual.

Determina en la política de administración del riesgo, claramente los responsables de monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos, establece la administración del riesgo, la periodicidad del seguimiento, de acuerdo a los niveles del riesgo residual, Cuenta 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 y cuenta con mecanismos de control y seguimiento que permitan la administración del riesgo en la entidad.

### **Factor de seguimiento:**

Esta igualmente un nivel satisfactorio, 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 Revisoría Fiscal y los procesos auditores llevados a cabo por parte de organismos de control entre ellas la Contraloría General de Boyacá, evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento.

Se Ejecuta de manera correcta (cumplimiento, objetivos y alcances) el programa del plan anual de auditorías, se determinan e implementan acciones correctivas y/o preventivas a los procesos, con base en el análisis de la información recibida de forma interna y externa, se formaliza 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. Se lleva 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.

### **Fortalezas y Debilidades**

#### **Fortalezas:**

El compromiso de la alta dirección y los líderes de los procesos por el cumplimiento e implementación del nuevo modelo integrado de planeación y gestión versión 2 y la actualización al Modelo Estándar de Control Interno MECI.

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 con la evaluación de desempeño y el Nuevo Modelo de Planeación y Gestión.

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 y rendición de cuentas.

La entidad 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, 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 .

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

Falta de socialización a todas las áreas 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 Duitama para 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 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 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. Y a si mismo emitir la calificación correspondiente.

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:02-10-2017

Sin otro pormenor,

**Original firmado por:**

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