

INFORME ANUAL DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2020

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| OBJETIVO..... | 4 |
| ALCANCE DEL INFORME..... | 4 |
| METODOLOGIA..... | 4 |
| 1. EJECUCIÓN PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG. 4 | |
| 1.3.1. Dimensión del talento humano: | 6 |
| 1.3.2. Dimensión direccionamiento estratégico y planeación: | 8 |
| 1.3.3. Dimensión con valores para resultados | 9 |
| 1.3.4. Dimensión Evaluación de Resultados | 12 |
| 1.3.5. Dimensión Información y Comunicación..... | 13 |
| 1.3.6. Dimensión Gestión del conocimiento y la innovación..... | 14 |
| 1.3.7. Dimensión Control Interno..... | 15 |
| 2. HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ESE HUS..... | 17 |
| 2.1. Auditoría Contraloría General de la República..... | 17 |
| 2.2. Auditoría Contraloría General de Santander | 23 |
| 2.3. Auditoría Supersalud..... | 24 |
| 2.4. Planes de mejoramiento Acreditación. | 25 |
| CONCLUSIONES | 26 |

INTRODUCCIÓN

El Decreto 2145 de 1999 (reglamentario de la Ley 87 de 1993), le asignó a las oficinas de control interno la obligación de verificar en sus respectivas entidades, la efectividad de los sistemas de control interno para alcanzar los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana. Con este propósito, el mismo decreto establece para estas oficinas el deber de presentar el Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno al representante legal de la entidad. Estos informes se convierten cada año en el insumo para elaborar el informe consolidado sobre el Sistema de Control Interno en el Estado.

Mediante el Decreto 153 de 2007 el Gobierno Nacional le asignó al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno la responsabilidad por fijar cada año los lineamientos para su elaboración, para lo cual y en aras de facilitarle a las entidades obligadas la elaboración del informe, el Consejo diseñó e implementó un sistema virtual de autoevaluación que debe ser diligenciado anualmente. En 2014 mediante la expedición del Decreto 943 el Gobierno actualizó la estructura del Modelo Estándar de Control Interno y en cuanto a la autoevaluación correspondiente al año 2016, el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante la decreto 1499 DE 2017 se articula el Modelo Estándar de Control Interno en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

Una de las dimensiones de MIPG es la de “Control Interno”. MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, políticas, métodos, procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para su prevención, verificación y evaluación. Por tanto, para MIPG el Sistema de Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones atiendan su propósito.

Esta dimensión corresponde al Sistema de Control Interno SCI (previsto en la Ley 87 de 1993), integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos y se opera a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

En función de la articulación de los sistemas de gestión y de control se cuenta con la versión actualizada del MECI, fundamentada en cinco componentes tomando como referencia el Modelo COSO y, bajo un esquema de asignación de responsabilidades para la gestión del riesgo y control (Tres Líneas de Defensa), no siendo una tarea exclusiva de las oficinas de control interno.

La actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI considera el ejercicio del control interno como transversal a las demás dimensiones. La estructura del MECI actualizado está integrada por cinco componentes teniendo como referente el modelo COSO y permeada por una asignación clara de responsabilidades frente a la gestión de riesgos y del control (enmarcado los Lineamientos Estratégicos y las Tres Líneas de Defensa), no siendo tarea exclusiva de las oficinas de control interno.

Los componentes que contempla la actualización son: Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación y Actividades de monitoreo.

Así las cosas, el propósito de este informe es presentarle al señor Gerente, los resultados detallados de la evaluación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión mediante al cumplimiento del Plan de Implementación MIPG, correspondiente a la vigencia 2020.

OBJETIVO

Evaluar de manera integral e independiente el Sistema de Control Interno (Institucional y Contable) en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, para el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de octubre de 2020; estableciendo el grado de avance en la implementación de la actualización del MECI frente a los lineamientos establecidos mediante el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, referente a la dimensión de Control Interno esta actualización, que fue aprobada por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, contribuirá al mejoramiento de la gestión de las entidades de la Administración Pública, además el Control Interno Contable (Resolución 357 de 2008), Evaluación por Dependencias (Ley 909 de 2004), Austeridad del Gasto (Decreto 26 de 1998), y en cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011.

ALCANCE DEL INFORME

El presente informe evaluativo del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, se realiza con base en las actividades desarrolladas por la Oficina Asesora de Control Interno en las diferentes dependencias durante el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de diciembre de 2020, igualmente se describe los resultados obtenidos mediante el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en cada uno de los módulos y eje transversal reportados en los informes cuatrimestrales presentados a la Función Pública y publicados en la página web institucional.

METODOLOGIA

La ESE Hospital Universitario de Santander, de acuerdo con la metodología establecida por del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), procedió a evaluar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la ESE HUS en la vigencia 2020, desde la herramienta Plan de Implementación MIPG que fue diseñada a partir de los resultados FURAG II del año 2019, el cual tiene como finalidad preparar a las entidades en el nuevo esquema de medición de las políticas de desarrollo administrativo, donde se desarrollaron las siguientes actividades:

- Evaluación ejecución Plan de Implementación MIPG
- Resultados FURAG II 2019

1. EJECUCIÓN PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG.

En el Plan de Acción se encuentran inscritas 66 actividades, los cuales arrojaron al 30 de diciembre de 2020 una ejecución del 100%, tal como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

| DIMENSIÓN | EN DESARROLLO | ATRASADA | TERMINADA |
|---|---------------|----------|-----------|
| CONTROL INTERNO | 0 | 0 | 6 |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION | 0 | 0 | 7 |
| EVALUACION DE RESULTADOS | 0 | 0 | 1 |

| | | | |
|--|----------|----------|-----------|
| GESTION CON VALORES PARA RESULTADO | 0 | 0 | 18 |
| GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN | 0 | 0 | 1 |
| INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | 0 | 0 | 8 |
| TALENTO HUMANO | 0 | 0 | 25 |
| Total general | 0 | 0 | 66 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.

1.1. RESULTADOS INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL



Fuente: Resultados FURAG II – Función Pública

1.2. RESULTADOS INDICE DE LAS DIMENSIONES DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO



Fuente: Resultados FURAG II – Función Pública

1.3. RESULTADOS INDICE DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO



Fuente: Resultados FURAG II – Función Pública

1.3.1. Dimensión del talento humano:

| COMPONENTE | EN DESARROLLO | SIN INICIAR | TERMINADA | Total general |
|--|---------------|-------------|-----------|---------------|
| Política de Gestión Estratégica del Talento Humano | 0 | 0 | 21 | 21 |
| Política de Integridad | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Total general | 0 | 0 | 25 | 25 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.

La entidad en el desarrollo de esta política cuenta con:

Las acciones tendientes a mejorar la Satisfacción de los colaboradores son definidas en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la vigencia, siguiendo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Este Plan es expuesto y aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño y Aprobado bajo la Resolución 59 del 27 Enero de 2020.

Las acciones tendientes a mejorar el Clima Organizacional de la ESE HUS fueron definidas en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la vigencia, siguiendo los lineamientos del Programa de Medición de Clima y los informes finales de las encuestas aplicadas, quedando así:

- A través del Programa de Medición de Clima Organizacional GTH-DTH-PG-02, la medición de Clima Organizacional se realizará cada vigencia y las acciones de mejora, se enfocarán en las variables que según la semaforización establecida en el programa necesiten intervención.
- Para la vigencia 2020, las variables que necesitan intervención son las de Administración del Talento Humano y Ambiente Físico. Para mejorar la variable de Administración del Talento Humano, la Unidad Funcional de Talento Humano, se plantea acciones en cuanto al fortalecimiento del Plan de Bienestar Social

e Incentivos, el desarrollo del Programa de Entrenamiento y Capacitación a través del Plan Institucional de Capacitación, y la promoción, divulgación y capacitación del Procedimiento de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones GTH-DTH-PR-10.

- En cuanto a la variable de Ambiente Físico, la Unidad Funcional de Talento Humano, fortalecerá las rondas de seguridad de ambiente físico de modo que, la información de anomalías en las áreas de trabajo sea conocida con mayor rapidez y por ende reportada al área correspondiente.

Definición del Plan de previsión de Talento Humano de la ESE Hospital Universitario de Santander, cuyo objetivo es mejorar el desempeño organizacional mediante la identificación, aprovechamiento de la capacidad de los funcionarios y la proyección en el tiempo de las necesidades específicas de personal, en concordancia con los principios que rigen la función pública.

Aprobación del Plan Estratégico de Talento Humano cuyo objetivo es, Planear, ejecutar y evaluar los procesos orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral de nuestro talento humano, buscando elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, y efectividad en la prestación de los servicios.

Resolución No 050 de enero 27 de 2020 por medio de la cual se Adopta el Plan Estratégico de Talento Humano vigencia 2020, para la ESE Hospital Universitario de Santander

Para la Vigencia 2020, de acuerdo a las necesidades de Capacitación detectadas a través de la Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en equipo e individual, a su vez, a partir de la evaluación de desempeño y necesidades institucionales, se realiza el Plan Institucional de Capacitación.

Se define el SG-SST para el año 2020 aprobado en comité de gestión y desempeño realizado el 16 de enero de 2020, y aprobado bajo resolución No. 60 de 27 de enero de 2020. El sistema de gestión tiene entre uno de sus objetivos el promover y desarrollar estrategias de apropiación de la cultura del autocuidado en los colaboradores de la institución.

Recomendaciones:

- Diseñar e implementar proyectos de aprendizaje en equipo.
- Incorporar las situaciones de discapacidad de los servidores dentro de la planeación del talento humano.
- Dar cumplimiento a lo establecido en la ley 1780 de 2016, de no exigir como requisito de experiencia laboral, por lo menos al 10% de los empleos del nivel profesional de la planta creados desde mayo de dicho año.
- Analizar las causas del retiro de los servidores que salen de la entidad, con el fin de implementar acciones de mejora en la gestión del talento humano.
- Propiciar y promover un plan de retiro, con el fin de facilitar las condiciones para la adecuación a la nueva etapa de vida con respecto a los servidores que se retiran.
- Implementar mecanismos suficientes y adecuados para transferir el conocimiento de las personas que se retiran a quienes continúan vinculados.
- Modificar el manual de funciones de la entidad con base en los requisitos de la ley 1955 de 2019 y el Decreto 2365 de 2019 en lo que respecta a la facilidad de los jóvenes para el ingreso a la administración pública.
- Implementar un protocolo para atender los casos de acoso laboral y sexual.
- Disponer de un diagnóstico de accesibilidad y análisis de puestos de trabajo, con recomendaciones para la implementación de ajustes razonables de acuerdo con los servidores públicos vinculados, en especial aquellos con discapacidad.

- Someter a concurso de mérito todos los empleos de carrera administrativa del nivel profesional, que se encuentren en vacancia definitiva.
- Implementar en la entidad la estrategia de las salas amigas de la familia lactante, en cumplimiento de la ley 1823 de 2017.
- Promover dentro de la entidad el uso de la bicicleta por parte de los servidores, en cumplimiento de la Ley 1811 de 2016.
- Planear y ejecutar diferentes acciones (clasificar, sistematizar, analizar, diseñar mecanismos y procedimientos, aplicar herramientas) en la medida de las capacidades de la entidad, que le permitan conservar el conocimiento de sus servidores.
- Establecer incentivos especiales para el personal de servicio al ciudadano, de acuerdo con lo previsto en el marco normativo vigente (Decreto 1567 de 1998, Ley 909 de 2004, Decreto 894 de 2017 (y otros estímulos para quienes se encuentren con distinto tipo de vinculación (provisionales, contratistas, etc.) en la entidad.

1.3.2. Dimensión direccionamiento estratégico y planeación:

| COMPONENTE | EN DESARROLLO | TERMINADA | Total general |
|---|---------------|-----------|---------------|
| Política de planeación institucional | 0 | 3 | 3 |
| Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto | 0 | 4 | 4 |
| Total general | 0 | 7 | 7 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.

Se cuenta con la temática definida para la capacitación en formulación y presentación de proyectos de inversión de la ESE HUS, para la vigencia 2020.

Teniendo en cuenta la emergencia Sanitaria se realiza acciones de preparación y mitigación de COVID19 encaminadas a la prestación de servicios de salud en cada uno de los servicios.

Se realiza planeación y evaluación del estado de las obras para desarrollar en la vigencia 2020:

- CONSTRUCCIÓN CENTRAL DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.
- CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN DE LA UNIDAD NEONATAL UCI PEDIATRICA.
- CONSTRUCCIÓN DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LAS PLACAS DEL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.
- CONSTRUCCIÓN DE LA SUBESTACIÓN ELÉCTRICA Y ACOMETIDA DE 13.2 KV A 34.5 KV PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Dentro del presupuesto para la vigencia 2020, se han tenido en cuenta las necesidades para atender la contingencia COVID-19, como se demuestra en la contratación COVID-19 a diciembre 30/2020 y a la ejecución presupuestal.

Recomendaciones:

- Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de Gestión y Desempeño Institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
- Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus grupos de valor y servidores públicos en temas de participación ciudadana y control social.

- Mejorar las actividades de formulación de la planeación mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
- Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad y efectuar su verificación en el comité institucional de coordinación de control interno.
- Diseñar indicadores para medir el uso de canales como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad y efectuar su verificación en el comité institucional de coordinación de control interno.

1.3.3. Dimensión con valores para resultados

| COMPONENTE | EN DESARROLLO | SIN INICIAR | TERMINADA | Total general |
|---|---------------|-------------|-----------|---------------|
| Política de Defensa Jurídica | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Política de Gobierno Digital | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Política de Racionalización de Trámites | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Política de Servicio al Ciudadano | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Política Seguridad Digital | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Total general | 0 | 0 | 18 | 18 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.

Los ingresos de la entidad se estiman de manera conservadora y realista para respaldar las apropiaciones presupuestales con el fin de evitar la generación de déficit presupuestal.

La entidad realiza controles y cruces de la información presupuestal, contable y de tesorería para garantizar la consistencia de la información a través de las conciliaciones contables.

La entidad realiza control previo a la información financiera reportada a través del CHIP (Formulario único Territorial - FUT y CGR presupuestal), para garantizar su calidad y consistencia.

La estructura presupuestal de la entidad cuenta con una homologación para el reporte del FUT y la categoría CGR presupuestal, los cuales se actualizan periódicamente.

En la ESE HUS se realizan recortes, aplazamientos o supresiones afectando el presupuesto anual, de manera que en la ejecución efectiva del gasto de la respectiva vigencia se respeten los límites del gasto.

Se actualizó el Plan Hospitalario para la gestión del riesgo de desastres actualizaciones que fueron aprobadas en reuniones del Comité Hospitalario para la gestión del riesgo de desastres.

Se elaboró la política de discapacidad de la ESE Hospital Universitario de Santander.

Se elaboró la Política de Gestión Ambiental, la cual es presentada en comité y aprobada por los integrantes del mismo. De igual manera se realiza la socialización de la Política por medio de Google forms.

Se implementó el formato de fichas de indicadores.

Se cuenta con la política de seguridad de la información

Se realizó divulgación de la política de seguridad digital y se evaluó su socialización.

Se tiene borrador del procedimiento de la metodología para identificar los activos de información.

Se levantó un inventario de Activos de Información utilizando las Tablas de Retención Documental -TRD y siguiendo la metodología definida en la guía de instrumentos de información pública.

Se definieron 3 políticas que no existían, relacionadas con seguridad de la información: Política de Seguridad y Confidencialidad de la Información (SUA), política de Gobierno Digital (MIPG), Política de Seguridad Digital (MIPG).

Se cuenta con el comité de conciliación en asuntos administrativos y defensa judicial actualizado bajo la Resolución 421 de 2016.

Se realizó capacitación en temas de llamamiento en garantía dictada por procuradores judiciales administrativos.

Se realizó seguimiento a los informes de acciones de repetición y procesos judiciales.

Se cuenta con una dependencia encargada de la atención al ciudadano.

- Las respuestas que la entidad a las solicitudes de información hechas por los ciudadanos:
- Se hacen dentro de los términos legales establecidos
- Son completas, veraces y objetivas
- Se entregan en formatos adecuados y prácticos de usar

Con base en los resultados de la encuesta de satisfacción de los ciudadanos, la entidad implementa acciones para mejorar la prestación de servicios.

- Con respecto a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD), la entidad:
- Implementa procedimientos claros y precisos para la gestión de las PQRSD recibidas
- Cuenta en su página Web con un formulario para la recepción de PQRSD
- Ofrece la posibilidad de realizar PQRSD a través de dispositivos móviles
- Centraliza todas las PQRSD que ingresan por los diversos medios o canales

El nivel de satisfacción de los grupos de valor frente al ejercicio de rendición de cuentas de la entidad fue alto.

Para divulgar la información en el proceso de rendición de cuentas la entidad utilizó los siguientes medios:

- Redes sociales
- Radio
- Prensa
- Sitio web
- Correo electrónico
- Se levantó inventario de activos de información utilizando las TRD y siguiendo la metodología definida en la guía de instrumentos de información pública.

- Se definieron 3 políticas que no existían, relacionadas con seguridad de la información: Política de Seguridad y Confidencialidad de la Información (SUA), política de Gobierno Digital (MIPG), Política de Seguridad Digital (MIPG).

Recomendaciones:

- Establecer la política o lineamientos para el uso de bienes con material reciclado.
- Incorporar, en el esquema de gobierno de tecnologías de la Información (TI) de la entidad, indicadores para medir el desempeño de la gestión de TI.
- Utilizar acuerdos marco de precios para bienes y servicios de TI con el propósito de optimizar las compras de tecnologías de información de la entidad.
- Contar con vistas de información actualizadas de la arquitectura de información para todas las fuentes de información de la entidad.
- Definir el esquema de soporte y mantenimiento de los sistemas de información, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- Implementar un plan de aseguramiento de la calidad durante el ciclo de vida de los sistemas de información que incluya criterios funcionales y no funcionales.
- Elaborar un plan detallado de transición para la adopción del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad.
- Ejecutar acciones de mejora a partir de los resultados de los indicadores de uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad.
- Elaborar el inventario de activos de seguridad y privacidad de la información de la entidad, clasificarlo de acuerdo con los criterios de disponibilidad, integridad y confidencialidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua.
- Elaborar el plan operacional de seguridad y privacidad de la información, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua.
- Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI), aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
- Publicar todos los conjuntos de datos abiertos estratégicos en el catálogo de datos del Estado Colombiano www.datos.gov.co
- Disponer en línea todos los tramites de la entidad, que sean susceptibles de disponerse en línea.
- Caracterizar los usuarios de todos los tramites de la entidad que están disponibles en línea y parcialmente en línea.
- Identificar factores tecnológicos que puedan afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Fortalecer las capacidades en seguridad digital a través de su participación en las jornadas de sensibilización y capacitaciones del uso seguro de entorno digital convocadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- Hacer campañas de concientización en temas de seguridad de la información de manera frecuente, específicas para cada uno de los distintos roles dentro de la entidad.

- Incluir en los estudios y/o análisis que realiza la entidad de los procesos que cursan o hayan cursado en su contra las deficiencias en las actuaciones administrativas, y procesales por parte de los apoderados de la entidad, con el fin de proponer correctivos.
- Alinear la política o estrategia de servicio al ciudadano con el plan sectorial, PND y/o el PDT.
- Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad.
- Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a personas desplazadas o en situación de extrema vulnerabilidad.
- Garantiza unas condiciones de acceso, que incluya en su infraestructura señalización inclusiva (Ejemplo: alto relieve, braille pictogramas, otras lenguas, entre otros)
- Asegurar que la línea de atención de la entidad, el PBX o conmutador tiene capacidad de grabar llamadas de etnias y otros grupos de valor que hablen en otras lenguas o idiomas diferentes al castellano para su posterior traducción.
- Asegurar que la línea de atención de la entidad, el PBX o conmutador cuenta con operadores que conocen y hacen uso de herramientas como el Centro de Relevo o Sistema de Interpretación – SIEL en línea para la atención de personas con discapacidad auditiva.
- Apropiar la norma que mejora la accesibilidad de los archivos electrónicos (ISO 14289-1), con el propósito de garantizar el acceso a la información de personas con discapacidad.
- Mejorar los tramites en línea de la entidad, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, con el propósito de aumentar su nivel de satisfacción.
- Cumplir con todos los criterios de accesibilidad web, de nivel A y AA definidos en la NTC5834, para todos los tramites de la entidad disponibles en línea y parcialmente en línea.
- Cumplir con los criterios de usabilidad web para todos los tramites de la entidad que están disponibles en línea y parcialmente en línea.
- Desarrollar ejercicios de innovación en los procesos de la entidad que le permitan fomentar la eficiencia administrativa, racionalizar sus trámites y agilizar su gestión.
- Implementar acciones de racionalización que permitan reducir los costos, requisitos, tiempos de respuesta de los tramites / otros procedimientos administrativos de la entidad.
- Convocar la mayor cantidad posible y acorde con la realidad de la entidad, de grupos de valor y otras instancias, en la formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- Emplear diferentes medios digitales en los ejercicios de participación, rendición de cuentas realizados por la entidad.
- Divulgar información sobre los espacios presenciales y canales electrónicos en los ejercicios de rendición de cuentas.

1.3.4. Dimensión Evaluación de Resultados

| COMPONENTE | Terminada |
|--|-----------|
| Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional | 1 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.

Se realiza seguimiento a Planes de Mejoramiento planeados (Cronograma PAMEC).

Se realizó la documentación y aprobación para la elaboración, divulgación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Operativo Anual y planes de acción de la ESE HUS GDI-PLA-PR-05.

Se cuenta con un procedimiento de auditorías documentado y un programa anual de auditorías aprobado.

Recomendaciones:

- Llevar a cabo desde la alta dirección actividades de gestión de riesgos de acuerdo con el ámbito de sus competencias.

1.3.5. Dimensión Información y Comunicación.

| COMPONENTE | EN DESARROLLO | SIN INICIAR | TERMINADA | Total general |
|--|---------------|-------------|-----------|---------------|
| Política de Gestión Documental | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Política Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Total general | 0 | 0 | 8 | 8 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.

Se actualizó el documento PINAR, se presentó a la Líder del Proceso de Gestión Integral de la Información.

Se ha cumplido con el cronograma de transferencias y se ha aumentado el número de transferencias.

Se realizó una capacitación magistral en Gestión Documental y se han realizado capacitaciones por áreas.

Se publica en el sitio Web de Transparencia y acceso a la información la normatividad relacionada con la Entidad.

Se realizó la documentación del Plan de Comunicaciones, en el cual se evidencia definición de estrategias para el despliegue, se realizó la revisión por parte de CPC Acreditación y en espera de aprobación por parte del Comité de Gerencia.

Se publicó la información establecida en la estrategia de Gobierno Digital y transparencia acorde a la normatividad vigente.

Siguiendo la guía de instrumentos de Gestión de información pública se realizó el inventario de Activos de Información, una vez estén claros y establecido este inventario se continuará con el Momento 05 de la dicha guía.

Recomendaciones

- Elaborar, aprobar, convalidar e implementar las Tablas de Valoración Documental – TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado.
- Implementar el Sistema Integrado de Conservación – SIC.
- Implementar la política nacional sobre gestión adecuada de residuos de aparatos eléctricos y digitales.

- Identificar los documentos electrónicos que genera y son susceptibles de preservar a largo plazo.
- Ejecutar y documentar estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.
- Implementar el Plan de Preservación Digital
- Identificar archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado, para su protección y conservación según el acuerdo 04 de 2015, el protocolo de gestión de archivos de Derechos Humanos y la Circular 01 de 2017.
- Crear expedientes electrónicos con sus respectivos componentes tecnológicos.
- Vincular al personal de gestión documental conforme a las competencias específicas contempladas en la Resolución 629 de 2018 de Función Pública.
- Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para los instrumentos archivísticos, custodia de documentos, infraestructura tecnológica requerida para la adecuada gestión documental.
- Aplicar la hoja de control para efectuar el proceso de organización documental.
- Definir e implementar un procedimiento para la entrega de archivos por desvinculación o traslado del servidor público
- Definir e implementar un procedimiento para la entrega de archivos por culminación de obligaciones contractuales.
- Incluir los documentos audiovisuales (video, audio, fotográficos) en cualquier soporte y medio (análogo, digital, electrónico), en los instrumentos archivísticos.
- Realizar eliminación documental, aplicando TRD y TVD.
- Producir documentos electrónicos de archivo, atendiendo los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación.
- Definir el modelo de requisitos de gestión para los documentos electrónicos.
- Implementar el Programa de gestión de documento electrónico de archivo – SGDEA.
- Promover el uso de tecnologías para el manejo de la información para mejorar su gestión.

1.3.6. Dimensión Gestión del conocimiento y la innovación

| COMPONENTE | EN DESARROLLO | SIN INICIAR | TERMINADA | Total general |
|---|---------------|-------------|-----------|---------------|
| Política de Gestión de Conocimiento y la Innovación | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total general | 0 | 0 | 1 | 1 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.

Recomendaciones:

- Identificar las necesidades de sus procesos de gestión del conocimiento y la innovación a través de actividades tales como: gestionar los riesgos y controles relacionados con la fuga de capital intelectual.
- Implementar acciones para conservar la memoria institucional, tales como: identificar y sistematizar las buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- Desarrollar ejercicios de innovación en los procesos de la entidad que le permitan mejorar sus métodos de innovación.
- Desarrollar ejercicios de innovación en los procesos que le permitan mejorar los métodos organizacionales, procesos y servicios.

- Identificar y analizar los beneficios e impactos que han generado para la entidad la implementación de los métodos de innovación.
- Identificar qué recursos y capacidades dispone la entidad para llevar a cabo ejercicios de innovación, y cuales aún no tiene, pero podría implementar.

1.3.7. Dimensión Control Interno

| COMPONENTE | EN DESARROLLO | TERMINADA | Total general |
|----------------------------|---------------|-----------|---------------|
| Actividades de Control | 0 | 1 | 1 |
| Ambiente de Control | 0 | 2 | 2 |
| Gestión de Riesgo | 0 | 2 | 2 |
| Información y Comunicación | 0 | 1 | 1 |
| Total general | 0 | 6 | 6 |

Fuente: Consolidado Seguimiento Plan de Implementación MIPG – Enviado por las dependencias responsables.



Fuente: Resultados FURAG II – Función Pública

El Sistema de Control Interno se mejora a partir de:

- El seguimiento y monitoreo efectuado por: oficinas de planeación, comités de riesgo, los supervisores o coordinadores de otros sistemas que existan en la entidad (Segunda línea de defensa)
- Los informes de los seguimientos y auditorías efectuadas por la oficina asesora de control interno (Tercera línea de defensa)
- Resultados de auditorías externas.

La información generada por la Auditoría interna le permite al equipo directivo:

- Tomar decisiones basadas en evidencia
- Mejorar sus procesos
- Actualizar los riesgos
- Identificar, implementar y hacer seguimiento a los controles
- Optimizar el uso de los recursos de la entidad
- Garantizar el cumplimiento normativo frente a temas de auditados.

A partir de la política de administración del riesgo, los gerentes públicos y los líderes de los procesos:

- Identifican los factores de riesgo de sus procesos o proyectos a cargo
- Identifican los riesgos claves que afectan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad
- Identifican los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción
- Definen responsables para el seguimiento y monitoreo de los riesgos
- Determinan la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, sus consecuencias e impactos (riesgo inherente)
- Evalúan la efectividad de los controles
- Determinan la probabilidad e impacto de los riesgos.

Los responsables designados para el seguimiento y monitoreo de los riesgos de la entidad:

- Verifican la ejecución de los controles tal y como fueron diseñados
- Verifican si la implementación de los controles evita la materialización de riesgos
- Proponen acciones preventivas
- Documentan las acciones de seguimiento y monitoreo del riesgo.

La auditoría interna define su plan anual de auditoría a partir de:

- Análisis del nivel de riesgo de los procesos o proyectos
- Solicitudes del equipo directivo
- La planeación estratégica de la entidad
- Resultados de auditorías previas
- Evaluación de la satisfacción de los grupos de valor.

Producto de las auditorías internas se generan recomendaciones sobre:

- La confiabilidad de la información de la entidad
- Disponibilidad de la información de la entidad
- La integridad de la información de la entidad
- La efectividad de los canales de comunicación
- Calidad y efectividad de la gestión documental y archivística.

La autoevaluación del Sistema de Control Interno implementada por los gerentes públicos (gerentes operativos) o por los líderes de los procesos, programas o proyectos (primera línea de defensa), le permite a la entidad:

- Identificar los puntos fuertes y débiles del Sistema de Control Interno
- Definir e implementar acciones oportunas para mejorar el Sistema de Control Interno
- Fortalecer la cultura del autocontrol.

Los planes resultantes de las auditorías internas contemplan:

- Las actividades que permiten eliminar las causas de los hallazgos
- Los responsables de la ejecución de las actividades
- Los tiempos de ejecución de las actividades.

La oficina asesora de control interno de la entidad o quien hace sus veces:

- Cuenta con el personal competente y capacitado para desarrollar el proceso de auditoría interna
- Cuenta con recursos suficientes para atender de manera adecuada la labor que le ha sido encomendada
- Cuenta con un proceso documentado para el ejercicio de la auditoría interna
- Cuenta con la suficiente independencia para realizar su labor
- Cuenta con el respaldo del equipo directivo.

Recomendaciones:

- Evaluar en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cumplimiento de los valores y principios del servicio público. Algunos aspectos a evaluar son:
- Conocimiento por parte de los servidores del código de integridad.
- Cumplimiento del código en su integralidad
- Análisis de información relacionada como serían declaraciones de conflictos de interés, información recibida desde la línea de denuncia (si existe), o bien desde otras fuentes.

2. HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ESE HUS

2.1. Auditoría Contraloría General de la República

En atención al plan de mejoramiento suscrito, producto de la Auditoría de Actuación Especial de Fiscalización, me permito remitir el informe de acciones cumplidas, de acuerdo a la obligación que tienen las Oficinas de Control Interno de los sujetos de control descrita en la circular 005 del 11 de marzo de 2019, donde se verificó que las acciones a corte de junio 30 de 2020 subsanan las deficiencias encontradas por la CGR:

| Hallazgo | Acción de mejoramiento | Fecha iniciación Metas | Fecha terminación Metas | Descripción de lo realizado | Porcentaje de Avance |
|--|--|------------------------|-------------------------|--|----------------------|
| Presupuesto de ingresos y Gastos 2016, 2017 y 2018 | A partir del quinto mes el área de presupuesto realizara una revisión de los reconocimientos generados a la fecha frente a los compromisos generados teniendo siempre presente que no supere el valor reconocido, según lo indicado en la Ley 1797/2016, Artículo 17, evitando generar compromisos por valor superior al valor del reconocimiento, excepto los compromisos que la ESE HUS debe comprometer por la vigencia para que no se presente fraccionamiento de contratos. | 31/05/2020 | 31/12/2020 | Se realiza mensualmente el análisis de las Ejecuciones Presupuestales, manteniendo el equilibrio de acuerdo a la normatividad vigente. | 100% |
| Cuentas por cobrar | Identificar las cuentas por cobrar de difícil cobro y trasladarlas a cuentas de difícil cobro activo no corriente | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Clasificación de la cartera identificada de difícil cobro a Activo no corriente | 100% |
| Manual de Política contable | Actualizar el Manual de Políticas Contables incluyendo OTROS ACTIVOS | 12/01/2020 | 30/06/2020 | Actualización del Manual de políticas contables | 100% |
| Notas a los estados contables | Detallar la edad de la cartera mayor a 360 días en las notas a los Estados Financieros | 30/01/2020 | 30/01/2020 | Notas a los Estados Financieros donde se detalla la cartera por edades en años | 100% |
| Deterioro de las cuentas por cobrar | Aplicar concepto de la Contaduría General de la Nación, respecto del ajuste para incrementar el deterioro de las cuentas por cobrar. | 30/01/2020 | 30/01/2020 | Ajuste por mayor valor del deterioro | 100% |
| Construcciones en curso | Realizar el traslado de construcciones en curso de los contratos relacionados con las obras de construcción, que han sido liquidados. | 31/07/2019 | 31/07/2019 | Reclasificación de las Construcciones en curso a Edificaciones | 100% |
| Provisión en procesos judiciales | Incluir en la provisión o presupuesto de servicio de deuda, las apropiaciones necesarias para cubrir las posibles pérdidas de las obligaciones contingentes a cargo de la ESE HUS | 01/01/2020 | 31/12/2020 | Actualización de los litigios y demandas. La oficina de abogados externos está llevando a cabo la provisión contable en los términos señalados por la AGDJ | 100% |

| Hallazgo | Acción de mejoramiento | Fecha iniciación Metas | Fecha terminación Metas | Descripción de lo realizado | Porcentaje de Avance |
|--|---|------------------------|-------------------------|---|----------------------|
| Provisión en procesos judiciales | Revisión y actualización del informe de provisión semestralmente, con el fin de realizar los ajustes pertinentes. | 01/01/2020 | 31/12/2020 | Realizan dos informes al año en los semestres de junio y diciembre, adicional lo actualizan cada trimestre | 100% |
| Conformación y organización de expedientes contractuales | Elaborar instructivo que contenga la metodología para la organización de los expedientes contractuales de la Oficina Asesora Jurídica | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se elaboró instructivo con la metodología y se codificó ante calidad | 100% |
| Conformación y organización de expedientes contractuales | Plan de contingencia para el debido archivo de los expedientes en las últimas vigencias 2017-2019 | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Los expedientes contractuales nuevos se vienen organizando de acuerdo con el instructivo creado. | 100% |
| Conformación y organización de expedientes contractuales | Elaborar hoja de control en la cual se relacionará individualmente los tipos documentales que componen el expediente y el número de folio que correspondan, generados durante el proceso, para tener registro total de la tipología documental. | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se elaboró el formato de hoja de control y se encuentra debidamente codificada por la Oficina de Calidad | 100% |
| Conformación y organización de expedientes contractuales | Capacitar al personal de la Oficina Jurídica en la organización de los expedientes contractuales. | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se creó video el cual fue socializado a través de CYBERPADRINOS, adicionalmente en el comité de equipo primario se presentó ante los funcionarios de jurídica y se envió correo personalizado a cada uno de ellos | 100% |

| Hallazgo | Acción de mejoramiento | Fecha iniciación Metas | Fecha terminación Metas | Descripción de lo realizado | Porcentaje de Avance |
|--|--|------------------------|-------------------------|--|----------------------|
| Supervisión | Aplicar correctamente el procedimiento administrativo adoptado por la ESE HUS de acuerdo con los Manuales de Contratación y Supervisión e Interventoría en relación con la redacción de las minutas contractuales y la notificación de la supervisión. | 1/01/2020 | 1/03/2020 | De acuerdo con la aprobación del nuevo manual de contratación, supervisión e interventoría ya se puso en conocimiento y se mostraron los nuevos cambios al principal grupo de interés que corresponde al personal de jurídica, quienes ya se encuentran aplicando los nuevos lineamientos registrados. Con los demás grupos de interés se socializó manual según correo enviado por prensa a todas las áreas del HUS, incluido interventoría de contratos. | 100% |
| Contrato No 508 de 2014 Adquisición dotación hospitalaria - Dotación Equipos Neonatal - UCI Pediátrica ESE HUS | Planificación eficiente de procesos de adquisición de equipos para dotación de servicios | 2/01/2020 | 31/12/2020 | Con corte a diciembre de 2020 se priorizaron las compras de dotación necesaria para la atención de pacientes con covid -19, para un total de 1726 elementos adquiridos, dando un cumplimiento al 100% de las necesidades cubiertas. Así mismo se realizó la puesta en funcionamiento de los 346 equipos priorizados y adquiridos con los recursos asignados por el ministerio de salud, en cumplimiento al 100%. | 100% |
| Principio de Responsabilidad Contrato 264 de 2015 - Suspendido (A y D) | Planificación eficiente de procesos de adquisición de equipos para dotación de servicios | 2/01/2020 | 31/12/2020 | Con corte a diciembre de 2020 se priorizaron las compras de dotación necesaria para la atención de pacientes con covid -19, para un total de 1726 elementos adquiridos, dando un cumplimiento al 100% de las necesidades cubiertas. Así mismo se realizó la puesta en funcionamiento de los 346 equipos priorizados y adquiridos con los recursos asignados por el ministerio de salud, en cumplimiento al 100%. | 100% |
| Contrato de obra No 479 de 2015 - Suspendido (A , D) | Terminar la construcción de la subestación eléctrica y acometida | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Las actividades de obra como tal ya culminaron, estamos en la fase de migración de la subestación antigua a la nueva, denominada etapa de planificación de migración de cargas de la subestación antigua a la subestación nueva, que incluyeron la actualización del proyecto ante la Electrificadora de Santander y actividades que se realizaron para el montaje de las plantas de emergencia. | 92% |

| Hallazgo | Acción de mejoramiento | Fecha iniciación Metas | Fecha terminación Metas | Descripción de lo realizado | Porcentaje de Avance |
|--|--|------------------------|-------------------------|--|----------------------|
| Contrato de obra No 479 de 2015 - Suspendido (A , D) | Realizar seguimiento a las fechas propuestas por el contratista y aprobadas por la interventoría para la culminación de la obra y en caso de ser necesario aplicar la cláusula penal pecuniaria y multas. | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se realizó seguimiento de la ejecución de obra durante todo el 2020 | 100% |
| Contrato 530 de 2013 Central de Urgencias (A, D) | Crear lista de contenido para verificar el alcance de los proyectos de obra presentados ante la Secretaria de Salud de Santander y el Ministerio de Salud | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se elaboró lista de chequeo de radicación de proyectos. | 100% |
| Contrato 530 de 2013 Central de Urgencias (A, D) | Realizar las acciones pertinentes acorde al concepto emitido por el DNP: *Si el concepto es favorable, reiniciar el contrato 530 de 2013 y hacer las gestiones para un nuevo contrato que permita terminar la obra *Si el concepto es desfavorable, liquidar el contrato 530 de 2013 | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Después de concepto de DNP se reinició el contrato el día 10 de febrero de 2020 - se realizaron gestiones para la contratación de la finalización de la central de urgencias | 100% |
| Glosas (A y D) | Establecer medidas de control en los diferentes procesos que intervienen en las generación de la factura que permita mejorar el flujo de recursos para la ESE HUS. | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se realiza control y seguimiento sobre tramite de autorizaciones, parametrización del sistema que permita disminuir el porcentaje de glosa inicial, sin embargo se presentan porcentajes de glosa inicial sobre lo cual se hará seguimiento si es inherente al proceso de facturación o es estrategia de la ERP para contención del costo. Se revisa la glosa registrada en DGH por soportes equivalente al 3.6% sobre la Radicación total de la ESE HUS | 100% |
| Hallazgo | Acción de mejoramiento | Fecha iniciación | Fecha terminación | Descripción de lo realizado | Porcentaje de Avance |

| | | Metas | Metas | | |
|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|
| Radicación de facturas (A, D) | Garantizar el debido proceso cumpliendo con el envío de las facturas a radicar en los tiempos establecidos en la norma | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se revisa mensualmente y se radica en el sistema de DGH un porcentaje del 98,28% de lo enviado correctamente por el área de facturación | 100% |
| Radicación de facturas (A, D) | Garantizar las entrega oportuna de la facturas a cartera para su radicación | 01/01/2020 | 31/12/2020 | Se realiza seguimiento a pendientes por radicar, ingresos abiertos y a facturación ya lista para ser remitida por el contratista al área de cartera para su radicación | 100% |
| Debilidades Control y Supervisión al contrato interadministrativo 2077-2010 | Informar a los interventores y supervisores del estricto control que deben tener sobre los contratos interadministrativos suscritos por la ESE HUS | 1/02/2020 | 31/12/2020 | Se emite circular No. 2 a Interventores y Supervisores recordando las directrices para el ejercicio de la supervisión en interventoria de contratos: diferencias, obligaciones, responsabilidad, derechos, prerrogativas | 100% |
| Debilidades Control y Supervisión al contrato interadministrativo 2077-2010 | Solicitar informe ejecutivo trimestral de supervisión de contratos interadministrativos suscritos por la ESE HUS. | 1/02/2020 | 31/12/2020 | Ejecución de convenio interadministrativo con seguimiento de la supervisión | 100% |
| Aprobación de diseños médico arquitectónicos posteriores a la adjudicación de contratos. | Solicitar antes de la ejecución de obras de modernización o nuevas construcciones la presentación del respectivo programa médico arquitectónico | 1/02/2020 | 31/12/2020 | Consultorias para la ejecución de obras donde se ha solicitado programa medico arquitectónico | 100% |
| Pólizas del contrato vencidas | Verificar que las pólizas cumplan con las especificaciones necesarias para la legalización de los contratos. | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Los abogados que realizan los procesos de contratación se encargan de pedir las pólizas y los funcionarios de notificación contratos verifican que cumplan con todos los cubrimientos y así proceder a la legalización de cada contrato. | 100% |
| Hallazgo | Acción de mejoramiento | Fecha iniciación Metas | Fecha terminación Metas | Descripción de lo realizado | Porcentaje de Avance |

| | | | | | |
|---|---|-----------|------------|---|------|
| Ítems pagados y no ejecutados / cumplimiento de aspectos técnicos de calidad; amortización del anticipo y principios de planeación, economía y previsibilidad (A-D-F) | Solicitar mensualmente certificación de interventoría que contenga lo siguiente: A) certificación de cantidades de obra ejecutada B) certificación de cumplimiento sobre los aspectos de calidad de las obras contratadas C) certificación del estado de los dineros entregados en calidad de anticipo | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se certifica el avance de las obras realizadas en la ESE HUS | 100% |
| Ítems pagados y no ejecutados / cumplimiento de aspectos técnicos de calidad; amortización del anticipo y principios de planeación, economía y previsibilidad (A-D-F) | Realizar chequeo técnico de los estudios y diseños previos a la contratación de las obras | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se elaboró lista de chequeo de diseños para obras hospitalarias | 100% |
| Ítems pagados y no ejecutados / cumplimiento de aspectos técnicos de calidad; amortización del anticipo y principios de planeación, economía y previsibilidad (A-D-F) | Verificar y certificar amortización de dineros entregados en calidad de anticipo a los contratistas de la ESE HUS | 1/01/2020 | 31/12/2020 | Se realiza verificación del cumplimiento de la amortización de anticipo en los contratos de obra que incluyen esta característica en la forma de pago | 100% |

2.2. Auditoría Contraloría General de Santander

Teniendo en cuenta que las Oficinas de Control Interno son las responsables del seguimiento de los Planes de Mejoramiento, en virtud de su rol evaluador independiente, dio cumplimiento a lo contemplado en la Resolución 858 de 2016 y Resolución 942 de 2017, emitida por la Contraloría General de Santander.

Por la cantidad de acciones acumuladas en los planes de mejoramiento del 2016 al 2019, se anexa el último seguimiento a este informe.

2.3. Auditoria Supersalud

En atención a la visita realizada, por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual generó el informe final de auditoría remitido por el ente de control mediante radicado 2-2017-111148 del 24 de octubre de 2017, me permito anexar último informe de los avances realizados al plan de mejoramiento, con corte a 30 de agosto de 2020 que soportan el cumplimiento de cada una de las acciones planeadas.

Adicionalmente se anexan informe de los avances realizados al plan de mejoramiento, con corte a 31 de julio de 2020, derivados de la visita realizada, la cual generó el informe final de auditoría remitido por el ente de control mediante radicado 2-2020-68821 del 11 de junio de 2020.

Además, se anexan informe de los avances realizados al plan de mejoramiento, con corte a 10 de septiembre de 2020, derivados de la visita realizada, la cual generó el informe final de auditoría remitido por el ente de control mediante radicado 2-2020-89082 del 05 de agosto de 2020, en virtud de inspección ordenada mediante el Auto 00223 del 19 de junio de 2020.

2.4. Planes de mejoramiento Acreditación.

De acuerdo a la planeación del sexto ciclo de preparación para la Acreditación de la E.S.E Hospital Universitario de Santander, del 09 al 12 de noviembre de 2.020 se cumplió con el cuarto seguimiento interno y además se constituye como cierre del sexto ciclo de Autoevaluación, donde, para el periodo comprendido entre enero a octubre de 2020, se programaron 560 acciones de mejoramiento distribuidas por grupo de estándares y se programó el cumplimiento de 173 acciones de mejoramiento de las 560 definidas para la vigencia 2020, distribuidas por grupo de estándares así:

| CUARTO SEGUIMIENTO SEXTO CICLO PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| PERIODO DEL SEGUIMIENTO | | OCTUBRE |
| FECHA DE REALIZACIÓN DEL CUARTO SEGUIMIENTO | | NOVIEMBRE 9,10,11 y 12 de 2020 |
| ESTANDAR | TOTAL ACCIONES PLANEADAS IV TRIMESTRE | TOTAL ACCIONES EJECUTADAS |
| DIRECCIONAMIENTO | 23 | 23 |
| GERENCIA | 20 | 20 |
| TALENTO HUMANO | 39 | 39 |
| GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA | 13 | 13 |
| GERENCIA INFORMACIÓN | 32 | 32 |
| GERENCIA DE AMBIENTE FISICO | 12 | 12 |
| PACAS | 31 | 31 |
| MEJORAMIENTO CONTINUO | 3 | 3 |
| TOTAL | 173 | 173 |

Según el cuarto seguimiento de ciclo realizado se determina un cumplimiento del 100% en las acciones de mejoramiento que se planearon para el periodo comprendido entre el 01 al 31 de octubre:

| TOTAL ACCIONES VIGENCIA 2020 | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|-------------|---------------|----------|-------------|-------------|
| ESTANDAR | TOTAL ACCIONES PRIORIZADAS | COMPLETO | EN DESARROLLO | ATRASADA | NO INICIADA | % EJECUCIÓN |
| DIRECCIONAMIENTO | 51 | 51 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| GERENCIA | 61 | 61 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| GERENCIA DEL TALENTO HUMANO | 92 | 92 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA | 42 | 42 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| GERENCIA DE LA INFORMACIÓN | 61 | 61 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO | 80 | 80 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| PACAS | 115 | 115 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD | 38 | 38 | 0 | 0 | 0 | 100% |
| TOTAL | 560 | 560 | 0 | 0 | 0 | |
| PORCENTAJE % | | 100% | 0 | 0 | 0 | |

Para el sexto ciclo de autoevaluación a corte del mes de octubre, se determina cumplimiento total de las 560 acciones de mejoramiento priorizadas que corresponde a un 100%.

CONCLUSIONES

El resultado de las labores de evaluación y acompañamiento adelantadas durante el año 2020 por la Oficina Asesora de Coordinación de Control Interno, y en particular al nivel de madurez del Modelo Estándar de Control Interno a corte de 30 de diciembre de 2020, nos permiten concluir que la ESE Hospital Universitario de Santander sigue mostrando un Sistema de Control Interno suficientemente maduro como para darle garantías al Estado y demás grupos de interés de que sus procesos y operaciones se enmarcan en el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos institucionales.

En cuanto al Modelo Integrado de Planeación MIPG es un modelo que permitirá una gestión más eficiente de las entidades públicas, así como un trabajo articulado de las entidades que lideran las 17 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional y que articulará el MECI. Este modelo es un marco de referencia para la administración pública sobre una mejor forma de adelantar su gestión, reduciendo las cargas que hoy existen en cuanto al reporte de información sobre los avances en cada una de tales políticas. Corresponde a las ESE HUS adoptar el Manual Operativo de MIPG, ponerlo en funcionamiento y aplicar los mecanismos de evaluación a los avances de implementación diligenciando el Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión FURAG

Reconociendo que la implementación del MIPG es un reto para todos, se recomienda participar activamente de los autodiagnósticos, socializaciones y capacitaciones que se realicen del tema.

Es importante destacar que existe avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, sin embargo, es necesario tomar medidas de acción, documentar las adecuaciones y ajustes requeridos para implementar el Modelo y se vean reflejados en el Plan de Acción Institucional.


JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno