

# **INFORME DE LABORES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**01 de ENERO A 31 de DICIEMBRE 30 DE 2021**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS**

**Jefe Oficina Asesora de Control Interno**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	3
1. ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....	3
1.1 Plan Anual de Auditorías Internas de Evaluación y Seguimiento .....	4
1.2 Ejecución Auditorias programadas .....	4
1.3 Ejecución Informes programados .....	8
1.4 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO .....	9
1.4.1 Seguimiento a planes de mejoramiento derivados de auditorías internas de Control Interno.....	9
2. ROL DE ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO.....	12
3. VALORACION DEL RIESGO.....	13
4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL.....	15
5. RELACION CON LOS ENTES DE CONTROL .....	16
5.1 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA .....	16
6. RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA.....	17
7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL DE LAS ACTIVIDADES A CARGO DE LA OCI ...	17
8. REPORTE A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE .....	19
1.1. RESPUESTAS DADAS PARA LA VIGENCIA 2020 A TRAVÉS FURAG DESDE EL ROL DE CONTROL INTERNO.....	22
10. INDICADORES DE GESTION PROCESO DE CONTROL INTERNO .....	23
RECOMENDACIONES.....	25

## INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno (OCI) contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo del proceso de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, mediante la actividad independiente, objetiva de evaluación y asesoría, teniendo en cuenta que la gestión debe guardar la debida independencia para garantizar la objetividad de sus evaluaciones y seguimientos, enmarcada todas sus actividades en las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 para las Oficinas de Control Interno en la asesoría, evaluación y acompañamiento a las áreas así como en el mejoramiento continuo para el cumplimiento de la misión institucional; por otra parte el Decreto 648 de 2017 enmarca los roles de las Oficinas de Control Interno y bajo esa normatividad se da a conocer la gestión realizada en el año 2021, donde se resaltan las acciones dirigidas por el Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno como líder del macroproceso de Gestión de control, con el propósito de medir la efectividad y economía de los controles establecidos para el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, bajo los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación.

De esta manera, se incorpora el Control Interno como un soporte Administrativo esencial, orientado a garantizar el logro de los objetivos de la ESE Hospital Universitario de Santander y del estado en su conjunto, fundamentado en el cumplimiento de los principios que rigen la administración pública en especial los de eficiencia, eficacia, moralidad y transparencia; en la coordinación de las actuaciones entre las diferentes entidades que los conforman, preparándolo adicionalmente para responder a los controles de orden externo que le son inherentes y en especial al Control Ciudadano.

A continuación, se desarrollan las actividades realizadas para el cumplimiento en cada uno de los roles de la Unidad de Control Interno a fecha de entrega.

### 1. ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se realizó y aprobó en el Comité Coordinador de Control de Control Interno, mediante acta 01 de fecha febrero 24 de 2021, el Plan anual de Auditorías de Control Interno, para la vigencia 2021, basada en riesgos, explicando cuales fueron las técnicas tenidas en cuenta para realizar la programación, así:

- a. Ponderación de Riesgos: Se realizó un análisis del mapa de riesgos Institucional, se tuvieron en cuenta los riesgos en nivel algo y extremo.
- b. Requerimientos del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Se socializó el proyecto de plan anual de auditorías y los miembros del comité solicitaron incluir la Auditoria de Sistemas.
- c. Requerimientos de los entes reguladores: Se realizó análisis a los informes de auditoría emitidos por los entes de control y se priorizaron los procesos que estaban relacionados con los hallazgos del informe.
- d. Fecha de la última auditoria: Se estableció plan de rotación de acuerdo a la ponderación del riesgo y el resultado de la última auditoría realizada.

Se definió tres (3) modalidades de Auditorias así:

**Auditorías Internas:** Las cuales son programadas en el Plan Anual de Auditorias y son realizadas en cada proceso.

**Auditorias Especiales:** las que se realizan por solicitud expresa del señor Gerente, de algún Subgerente, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y a un tema puntual que se considere crítico.

Auditorías combinadas: Corresponden a las auditorías realizadas en acompañamiento con la Oficina Asesora de Calidad.

### **1.1 Plan Anual de Auditorías Internas de Evaluación y Seguimiento**

En el mes de enero de la vigencia 2021 la oficina de Asesora de Control Interno elaboró el Plan Anual de Auditorías para direccionar el trabajo en cumplimiento de la misión de este proceso, fue socializado y aprobado en el Comité Institucional de Coordinación de Control de Control Interno, mediante acta No. 1 de fecha febrero 24 de 2021, basada en riesgos, explicando cuales fueron las técnicas tenidas en cuenta para realizar la programación, así:

- e. Ponderación de Riesgos: Se realizó un análisis del mapa de riesgos Institucional, se tuvieron en cuenta los riesgos en nivel algo y extremo.
- f. Requerimientos del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Se socializó el proyecto de plan anual de auditorías y los miembros del comité solicitaron incluir la Auditoría de Sistemas.
- g. Requerimientos de los entes reguladores: Se realizó análisis a los informes de auditoría emitidos por los entes de control y se priorizaron los procesos que estaban relacionados con los hallazgos del informe.
- h. Fecha de la última auditoría: Se estableció plan de rotación de acuerdo a la ponderación del riesgo y el resultado de la última auditoría realizada.

Se definió tres (3) modalidades de Auditorías así:

Auditorías Internas: Las cuales son programadas en el Plan Anual de Auditorías y son realizadas en cada proceso.

Auditorías Especiales: las que se realizan por solicitud expresa del señor Gerente, de algún Subgerente, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y a un tema puntual que se considere crítico.

Auditorías combinadas: Corresponden a las auditorías realizadas en acompañamiento con la Oficina Asesora de Calidad.

Este plan correspondió a 22 auditorías, y 48 informes de ley. En el transcurso de la vigencia se realizó una auditoría adicional especial al Hemocentro.

Es importante anotar que además de lo anterior se desarrollaron actividades que no estaban inicialmente contempladas en el Plan Anual de Auditorías, que obedecen a cambios normativos, solicitudes especiales de la Gerencia y/o disposiciones de los diferentes entes de control.

Igualmente, la Oficina Asesora de Control Interno apoya a las demás oficinas y subgerencias cuando así lo requieran y participa en los comités según lo programado por la Entidad y los demás informes que sean requeridos por esta, por Gerencia y por información de terceros sobre presuntas irregularidades.

### **1.2 Ejecución Auditorías programadas**

Conforme al Plan Anual de Auditorías vigencia 2021 se realizaron el 100% de las auditorías programadas. A continuación, se relaciona las recomendaciones generales que surgieron de cada una de las auditorías realizadas:

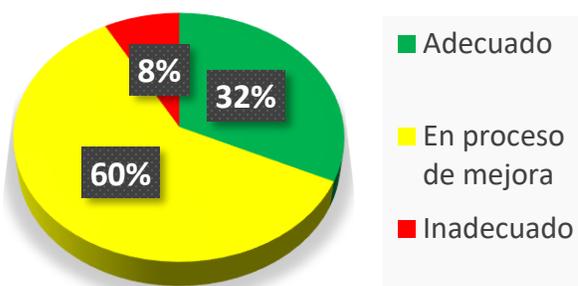
AUDITORIA	DESCRIPCIÓN
Calidad	<p>Objetivo: Verificar que el Grupo de Trabajo de la Oficina Asesora de Calidad este ejecutando debidamente su proceso, procedimientos, programas e instructivos.</p> <p>Hallazgos: No se presentaron hallazgos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: No requerido.</p>
Contabilidad	<p>Objetivo: Verificar el estado del proceso, procedimiento, instructivos y actividades que integran el área de Contabilidad.</p> <p>Hallazgo: 1</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Cerrado</p>
Infraestructura	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento del estado de los procesos y procedimientos establecidos en el área de infraestructura (actas de liquidación, suspensión, inicio, reinicio, porcentaje de cumplimiento) de las obras ejecutadas.</p> <p>Hallazgos: 1</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Cerrado</p>
Gestión de tecnología	<p>Objetivo: Verificar que el Grupo de Mantenimiento este ejecutando debidamente su proceso, procedimientos, programas e instructivos.</p> <p>Hallazgos: No se presentaron hallazgos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: No requerido.</p>
Presupuesto	<p>Objetivo: Verificar el estado del proceso, procedimientos, instructivos y actividades que integran el área de presupuesto.</p> <p>Hallazgos: 1</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Cerrado</p>
Talento Humano	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento del estado de los procedimientos, instructivos establecidos en el proceso de desarrollo del talento humano, la revisión de hojas de vida de los colaboradores, así como la revisión en el SIGEP.</p> <p>Hallazgos: No se presentaron hallazgos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: No requerido.</p>
Tesorería	<p>Objetivo: Verificar aleatoria y selectiva del cumplimiento al procedimiento de causación y obligación de cuentas por pagar, revisión de conciliaciones bancarias y del libro de control de cheques, verificación de los pagos realizados a particulares, gestión documental, así como el manejo de los riesgos definidos dentro del mapa de riesgos institucional.</p> <p>Hallazgos: No se presentaron hallazgos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: No requerido.</p>
Cajas menores	<p>Objetivo: Verificar el correcto funcionamiento de las cajas menores institucionales, advirtiendo errores y estableciendo planes de mejora para superar los mismos.</p> <p>Hallazgos: No se presentaron hallazgos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: No requerido.</p>

<b>AUDITORIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Alto Costo – Unidad de Quemados	Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales y contractuales de la ESE-HUS. Hallazgos: 5 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora. Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Enero 2022
Alto Costo - Oncología	Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales y contractuales de la ESE-HUS Hallazgos: 6 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora. Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021
Almacén	Objetivo: Verificar que el Grupo de Trabajo de la Oficina de Almacén e Inventarios de la ESE HUS, esté ejecutando debidamente su proceso, procedimientos y formatos. Hallazgos: 1 Estado del control Interno del proceso: Inadecuado. Se trasladó a Control Interno Disciplinario por Incumplimiento del PROCEDIMIENTO PARA DESPACHO DE INSUMOS EN LA ESE HUS GAF-DTI-PR-04. Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021
Ambiental	Objetivo: Verificar el estado del proceso, procedimientos, instructivos y actividades que integran el área de gestión ambiental. Hallazgos: 3 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Cerrado
Apoyo Diagnóstico-Imagenología	Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales, aplicación de los estándares de habilitación, acreditación y contractuales de la ESE-HUS. Hallazgos: 5 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021
Consulta externa	Objetivo: Verificar aleatoriamente el cumplimiento de los lineamientos institucionales, aplicación de los estándares de habilitación, acreditación y contractuales de la ESE-HUS. Hallazgos: 4 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Enero 2022
Facturación - Cartera	Objetivo: Verificar que se esté ejerciendo una correcta supervisión al manejo de devoluciones que se presentan entre las empresas que prestan los servicios de Facturación – Carera acorde con los contratos pertinentes. Hallazgos: 4 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021
Farmacia	Objetivo: Verificar el adecuado manejo de inventarios durante el primer semestre de la vigencia actual, así como sus procedimientos, hojas de vida, cursos del personal de farmacia. Hallazgos: 2 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021
Hemocentro	Objetivo: Verificar el adecuado manejo de inventario de las entradas y salidas descargadas de las bodegas 006 y la bodega 019 a cargo del Hemocentro. Hallazgos: 1 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora. Estado del plan de mejoramiento: Cerrado.

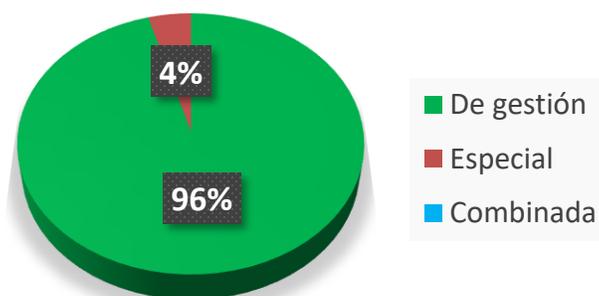
AUDITORIA	DESCRIPCIÓN
Jurídica	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento del estado de los procedimientos, instructivos establecidos en el proceso de adquisición de bienes, servicios y obras, la revisión de hojas de vida de los colaboradores de la oficina de jurídica, así como la publicación de los contratos en la página web del SECOP I.</p> <p>Hallazgos: 3</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Enero 2022</p>
Laboratorio clínico	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales, aplicación de los estándares de habilitación, acreditación y contractuales de la ESE-HUS.</p> <p>Hallazgos: 3</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021</p>
Gastroenterología - Neumología-Neurología- Cardiología	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales y contractuales de la ESE-HUS.</p> <p>Hallazgos: 5</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Cerrado.</p>
Rehabilitación, Nutrición, Farmacia	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales, aplicación de los estándares de habilitación, acreditación y contractuales de la ESE-HUS.</p> <p>Hallazgos: 11</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021</p>
Servicios básicos	<p>Objetivo: Verificar que los servicios de lavandería, mantenimiento, servicios generales y vigilancia del cumplimiento a las obligaciones contractuales y a los estándares de acreditación, procedimientos y protocolos.</p> <p>Hallazgos: 3</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Inadecuado.</p> <p>Se trasladó a la Oficina de Control Interno Disciplinario por faltantes trajes de mayo en unidades críticas y especializadas (cirugía, Urgencias ginecoobstetricas y unidad de quemados)</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Cerrado.</p>
Servicios médicos: Referencia y Contrareferencia	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales, aplicación de los estándares de habilitación, acreditación y contractuales de la ESE-HUS.</p> <p>Hallazgos: 6</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del plan: Marzo 2022.</p>
Gerencia de la Información - Sistemas de Información	<p>Objetivo: Verificar los controles generales y específicos del proceso Sistemas de Información y procedimientos sustantivos y administrativos de la entidad apoyados por recursos tecnológicos, para el cumplimiento de sus objetivos estratégicos y operativos.</p> <p>Hallazgos: 2</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Por suscribir.</p>
Hospitalización pediatría: unidades neonatales	<p>Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales, aplicación de los estándares de habilitación, acreditación y contractuales de la ESE-HUS.</p> <p>Hallazgos: 5</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del plan: Enero 2022.</p>

AUDITORIA	DESCRIPCIÓN
Gestión quirúrgica y Gestión Esterilización	Objetivo: Verificar el cumplimiento de los lineamientos institucionales, aplicación de los estándares de habilitación, acreditación y contractuales de la ESE-HUS. Hallazgos: 9 Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto. Vencimiento del plan: Enero 2022.

**Resultados de Control Interno en Auditorias**



**Clasificación de Auditorias**



### 1.3 Ejecución Informes programados

El Programa Anual de Auditoria también incluye la programación que, de acuerdo a la normativa, relacionada con la obligatoriedad de la Oficina Asesora de Control Interno al reporte de informes de ley y seguimiento que deben ser emitidos de acuerdo con las periodicidades y las fechas establecidas por los entes de control. La programación para el año 2021 fue:

TITULO DEL INFORME	PROGRAMADOS	REALIZADOS	% EJECUCIÓN
FURAG II	1	1	100%
Informe de Control Interno Contable	1	1	100%
Formulación Respuesta Carta de Observaciones - Contraloría Departamental	1	1	100%
Formulación Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	1	1	100%
Seguimiento Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	4	4	100%
Seguimiento Plan de Mejoramiento - Supersalud	4	4	100%
Informe referente al cumplimiento de las Normas de Derechos de Autor	1	1	100%
Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR	2	2	100%

TITULO DEL INFORME	PROGRAMADOS	REALIZADOS	% EJECUCIÓN
Informe Pormenorizado de Control Interno	2	2	100%
Informe sobre la gestión del SIAU	2	2	100%
Informe de Seguimiento al Plan Operativo Anual	1	1	100%
Informe de Austeridad del Gasto Público	4	4	100%
Informe de posibles actos de corrupción	1	1	100%
Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional	2	2	100%
Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	3	3	100%
Informe de evaluación del desempeño por dependencias	1	1	100%
Verificación acciones de repetición	1	1	100%
Seguimiento procesos disciplinarios	1	1	100%
Seguimiento Plan de Acción	4	4	100%
Seguimiento planes de mejoramiento PAMEC - Calidad	3	3	100%
Evaluación Rendición de cuentas	1	1	100%
Seguimiento plan de implementación MIPG	3	3	100%
Informe Anual de Evaluación de Control Interno	1	1	100%
Informe de Labores de la Oficina de Control Interno	1	1	100%
Seguimiento SIGEP	1	1	100%
Seguimiento SECOP	1	1	100%
Seguimiento Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA	1	1	100%
<b>Totales</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Se realizaron los 48 informes y seguimientos, para un cumplimiento del 100%.

#### 1.4 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO

##### 1.4.1 Seguimiento a planes de mejoramiento derivados de auditorías internas de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, durante la vigencia 2020, en cumplimiento al Plan de Acción de la Oficina de Control Interno, el cual incluye el Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, adelantó un total de 23 Auditorías Internas, de las cuales 20 procesos debieron elaborar plan de mejoramiento. Adicionalmente se realizó seguimiento a 20 planes de mejoramiento que estaban abiertos de la vigencia 2018, 2019 y 2020.

<b>AUDITORIA</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO</b>	<b>ESTADO</b>
Auditoría Gestión Integral de la Información- Archivo Central	2018	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Mantenimiento	2019	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Central de Esterilización	2019	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Gestión Documental	2019	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Presupuesto	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Contabilidad	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Facturación	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Cartera	2020	Se aprobó Plan de Mejoramiento en Enero de 2021. Vencimiento del Plan: Enero de 2022	Abierto
Auditoria Docencia y Servicio	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Apoyo Diagnostico Especializado	2020	Se aprobó Plan de Mejoramiento en Enero de 2021. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021	Abierto
Auditoria Farmacia	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Jurídica	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Hemocentro	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
Auditoria Producto ALYX Hemocentro	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Subgerencia de Servicios Médicos	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Subgerencia Servicios Quirúrgicos	2020	Se aprobó Plan de Mejoramiento en febrero de 2021. Se solicitó avanzar en las acciones propuestas. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021	Abierto
Auditoria Subgerencia Mujer e Infancia	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria Subgerencia de Alto Costo	2020	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Auditoria express Hemocentro	2021	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Contabilidad	2021	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Infraestructura	2021	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Presupuesto	2021	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Alto Costo – Unidad de Quemados	2021	Se aprobó planes de mejoramiento en Agosto y Septiembre de 2021. Vencimiento del Plan: Enero de 2022	Abierto
Alto Costo - Oncología	2021	Se aprobó planes de mejoramiento en octubre de 2021. Vencimiento del Plan: Enero de 2022	Abierto
Almacén	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en Septiembre de 2021. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021	Abierto
Ambiental	2021	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en diciembre de 2021.	Abierto
Apoyo Diagnóstico-Imagenología	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en Septiembre de 2021. Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021	Abierto

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
Consulta externa	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en diciembre de 2021. Vencimiento del Plan: Enero de 2022	Abierto
Facturación - Cartera	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021 Vencimiento del Plan: Enero de 2022	Abierto
Farmacia	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en noviembre de 2021 Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021	Abierto
Hemocentro	2021	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Jurídica	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en Diciembre de 2021 Vencimiento del Plan: Enero 2022	Abierto
Laboratorio clínico	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en octubre de 2021 Vencimiento del Plan: Diciembre de 2021	Abierto
Gastroenterología - Neumología-Neurología- Cardiología	2021	En espera de suscripción de plan de mejoramiento.	Abierto
Rehabilitación, Nutrición, Farmacia	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en Mayo de 2021. Vencimiento del Plan: Enero de 2022.	Abierto
Servicios básicos	2021	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre de dichos hallazgos.	Cerrado
Servicios médicos: Referencia y Contrareferencia	2021	En espera de suscripción de plan de mejoramiento.	Abierto
Gerencia de la Información - Sistemas de Información	2021	En espera de suscripción de plan de mejoramiento.	Abierto
Hospitalización pediatría: unidades neonatales	2021	Se aprobó Plan de Mejoramiento en noviembre de 2021. Vencimiento del Plan: Enero de 2022	Abierto
Gestión quirúrgica y Gestión Esterilización	2021	Se aprobó Planes de Mejoramiento en agosto y septiembre de 2021. Vencimiento del Plan: Enero 2022	Abierto

## 2. ROL DE ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO

La Oficina de Control Interno realizó las siguientes actividades:

- Asesoría y capacitación en la elaboración del mapa de riesgos
- Seguimiento al Sistema de Administración del Riego de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT.

- Participación en el Equipo de Direccionamiento y Gerencia de Acreditación
- Acompañamientos a los comités institucionales
- Seguimiento a planes de mejoramiento
- Acompañamiento a inventarios de Almacén y Farmacia (con corte a junio y diciembre)
- Ronda de inspección – uso correcto de EPP y carnet institucional

Se realizaron en el año 2021, tres Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno programados, en los cuales se participó como Secretaria técnica los días 24 de febrero, 30 de septiembre y 28 de diciembre. En el Comité se expusieron y discutieron todos los informes de Auditorías, informes de Seguimiento a la Gestión Integral del Riesgo, informes de ley, planes de mejora, seguimientos y demás en cumplimiento a las funciones del Comité y de la Oficina Asesora de Control Interno. Se encuentran las respectivas actas publicadas en el módulo de Mecanismos de Integración del a plataforma ALMERA.

### 3. VALORACION DEL RIESGO

En el artículo 1 de la Resolución 476 del 20 de agosto de 2019, se encuentra establecida la política para la gestión del riesgo de la ESE Hospital Universitario de Santander, adicionalmente la difusión y socialización del mapa de riesgos institucional se realizó a través de la página web institucional, por el Sistema de Gestión Integral Software ALMERA en el link "mapa de riesgos".

Para el año 2021 se mantiene el enfoque proactivo-preventivo, reactivo y/o normatividad que le aplique según el sistema de riesgos. En Gestión del riesgo como eje trazador del Sistema único de Acreditación se realiza la actualización del programa de Gestión del riesgo GDI-PLA-PG-01 que cuenta con la política de Gestión Integral del Riesgo-GDI-PLA-FO-10, el Instructivo para Gestión del riesgo por procesos-GDI-PLA-IN-03, el instructivo para la Gestión del riesgo a través del sistema de información ALMERA- GDI-PLA-IN-02 y el Instructivo para la aplicación de AMFE- GDI-PLA-IN-04, como documentos de aplicación general para los sistemas de Gestión del Riesgo.

Se realiza modificaciones en la distribución de los Sistemas de Gestión del Riesgo en donde se clasifican según el enfoque ya sea reactivo, proactivo-preventivo y/o normatividad que le aplique así:

METODOLOGIA	SISTEMA
<b>Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.</b>  <b>PREVENTIVO Y/O REACTIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos</li> <li>• Corrupción</li> <li>• Estratégicos</li> <li>• SARLAFT</li> </ul>
<b>Análisis de Modo Falla Efecto (AMFE).</b>  <b>PROACTIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejes de acreditación y estándares de acreditación.</li> <li>• Vigilancias (5)</li> <li>• Riesgos clínicos.</li> <li>• Paquetes instruccionales.</li> </ul>
<b>Normatividad según aplique Matriz ISO 14001, GTC 45 Y demás que le apliquen.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos ambientales</li> <li>• Riesgos de seguridad y salud en el trabajo</li> <li>• Riesgos de braquiterapia</li> <li>• Riesgos de desastres</li> <li>• Riesgos poblacionales.</li> <li>• Defensa jurídica</li> <li>• Gestión documental</li> <li>• Riesgos de seguridad digital, datos personales y seg. de la información.</li> </ul>

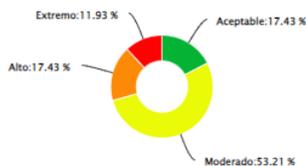
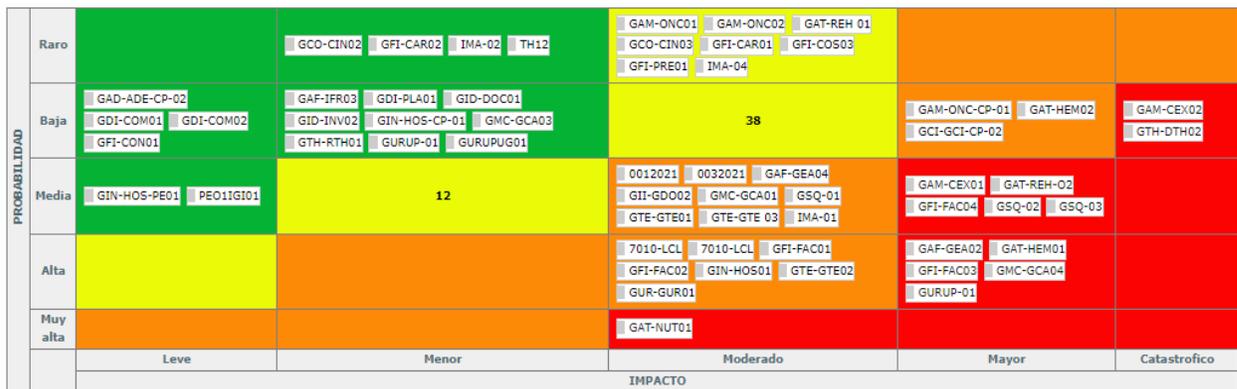
### 3.1 MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN.

El sistema de riesgos de proceso es gestionado a través de la plataforma ALMERA, realizándose, a través del líder de Gestión Integral del Riesgo la identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los 45 procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021, dando como resultado un total de 109 riesgos. La valoración para la zona de riesgo residual da como resultado 25 riesgos en nivel aceptable, 57 riesgos en nivel moderado, 19 riesgos en nivel alto y 8 riesgos en nivel extremo del total de los 109 riesgos identificados:

Los controles junto con su respectiva evaluación aplicados a cada uno de los riesgos identificados en el sistema de riesgos a través de la plataforma ALMERA.

Respecto a los indicadores, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo de procesos es de 100% para la vigencia 2021.
- El porcentaje de cobertura en divulgación y capacitación en los funcionarios y ejecutores del proceso en la gestión del riesgo del sistema de riesgos es de 86,07% para la vigencia 2021.
- El porcentaje de adherencia de la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso que laboran en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander 87,32% para la vigencia 2021.
- El porcentaje de riesgos de minimizados del sistema de riesgos de procesos en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del 12,90%. Dicha disminución se debe a la buena gestión que se ha tenido frente a la pandemia de COVID-19.
- El porcentaje de efectividad de los controles del sistema de riesgos de procesos en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del es 100%.



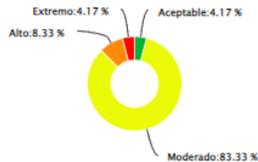
Adicionalmente, se han realizado capacitaciones personalizadas a cada líder de procesos, con el fin de apoyar en la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, seguimiento y control de los riesgos en su entorno laboral.

### 3.2 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

Se realizó el proceso de identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021, dando como resultado un total de 24 riesgos identificados. Se priorizaron 3 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de acción.

- En cuanto a los indicadores, se obtuvieron los siguientes resultados:
- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo de corrupción es de 100% para la vigencia 2021.
- El porcentaje de riesgos de minimizados del sistema de riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del 25%.
- El porcentaje de efectividad de los controles del sistema de riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del es 61,11%.

PROBABILIDAD	Leve	Menor	IMPACTO				
			Moderado	Mayor	Catastrofico		
Muy baja					GAM-CEX-001 GAM-CEX-002 GAT-REH-CP001		
Baja	ACT-SIS-01		0012021 GAT-FAR-CP001	CID001 GAT-FAR-CP003	DEF001 GFI-TES-001	DTI-001 GJU-ADQ006	GAT-NUT-CP 001 GJU-ADQ008
Media		GJU-ADQ001 GJU-ADQ005	GJU-ADQ002 GJU-ADQ007	GJU-ADQ004 GJU-ADQ009		GFI-CAR 001 GJU-ADQ003	
Alta					GAT-FAR-CP002		
Muy alta							



### 4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL

Se fomentó la formación de una cultura del **AUTOCONTROL**, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional, a través de:

- Autodiagnósticos FURAG:** En el proceso de autoevaluación de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se aplicaron 15 cuestionarios a los líderes de la Políticas de MIPG para determinar el estado de implementación y aspectos por mejorar y trabajar en la vigencia 2021.
- Capacitación en Gestión Integral del Riesgo:** Se ha realizado capacitaciones personalizadas a cada líder de procesos, con el fin de apoyar en la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, seguimiento y control de los riesgos en su entorno laboral siendo la cobertura de 86,07% y la adherencia de 87,32%.

## 5. RELACION CON LOS ENTES DE CONTROL

En cumplimiento del rol de Relación con Entes de Control determinado en la ley marco 87 de 1993 y Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno sirvió de enlace para la entrega de los documentos y los requerimientos formulados por la Auditoría Fiscal realizada por la Contraloría General de la República y la Contraloría General de Santander en la vigencia 2021, brindando la información solicitada en forma oportuna a los equipos auditores de cada Ente de Control.

Como resultado final de estas auditorías, el jefe de la Oficina Asesora de Control Interno participo en la elaboración de los respectivos Planes de Mejoramiento y se suscribieron para su aprobación:

ENTE	Fecha del informe	Fecha suscripción plan de mejora	Fecha de aprobación
Contraloría General de la República	Diciembre de 2020	Enero de 2021	No aplica
Contraloría General de Santander	11 de noviembre de 2021	23 de noviembre de 2021	25 de noviembre de 2021

Los informes se encuentran publicados en la página web institucional: <http://www.hus.gov.co/auditoria-entes-de-control/>.

### 5.1 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA

Teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno es un componente dinamizador del Sistema de Control Interno, debe ser quien facilite los requerimientos de los organismos de Control Externo y la coordinación de cumplimiento de los informes de la Entidad por parte de los diferentes responsables, así:

- a) Se coordinó la presentación de los informes a los entes de control externos durante la vigencia 2021, mediante los aplicativos electrónicos SIA Observa Contraloría General de Santander y SIRECI (Sistema de rendición de cuenta electrónica), Contraloría General de la República y demás instancias legales.

ENTIDAD	Auditoria	CANTIDAD	PERIODICIDAD	FORMA DE PRESENTACIÓN	ESTADO
Contraloría General de Santander	Vigencias 2016 – 2017 – 2018 - 2019	4 seguimientos	Trimestral	Plataforma SIA OBSERVA	Cerrado
Contraloría General de la República	Vigencias 2015 – 2016 – 2017 - 2018	2 seguimientos	Semestral	Plataforma SIRECI	Cerrado
ENTIDAD	Auditoria	CANTIDAD	PERIODICIDAD	FORMA DE PRESENTACIÓN	ESTADO
Contraloría General de Santander	Vigencia 2020	Formulación del Plan de mejoramiento	Trimestral	Plataforma SIA OBSERVA	Abierto
Contraloría General de la República	Vigencia 2020	1 seguimientos	Semestral	Plataforma SIRECI	Abierto

Cabe aclarar que durante todo el año 2021, se presentaron informes de acuerdo al cronograma establecido, por los entes de control. Los informes anteriormente relacionados fueron presentados de manera trimestral y algunos con corte semestral.

El siguiente es el enlace de la página web institucional donde se encuentra la información detallada de cada seguimiento: <http://www.hus.gov.co/planes-de-mejoramiento/>

## **6. RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA**

La Oficina Asesora de control Interno debe Evaluar el cumplimiento de los lineamientos metodológicos definidos en el **Manual de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía**, de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), con el fin de que el proceso de Rendición de Cuentas sea un instrumento de participación ciudadana, control social, transparencia y lucha contra la corrupción, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El día 26 de marzo de 2021 se llevó a cabo la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía **“Período comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2020”** en el Auditorio del Hemocentro de la ESE HUS, transmitiendo via streaming debido a la emergencia sanitaria presentada por COVID 19, la cual dio inicio desde las 9:00 a.m y se extendió hasta las 10:40 a.m. Dicho evento contó con la presencia del Señor Gerente Edgar Julián Niño Carrillo, Subgerentes de la ESE HUS, además, se contó con la participación de veedores, Agremiaciones, medios de comunicación, quedando evidenciada a través del registro de asistencia de las personas que se hicieron presentes a este evento.

De acuerdo al informe entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional, encargada de efectuar el registro de ingreso a la Rendición de Cuentas, se logra en forma presencial la participación 20 personas y en vivo por transmisión a través del canal de YouTube 48 personas simultaneas. que siguieron la transmisión interesadas en conocer la gestión realiza durante la vigencia 2020 del Señor Gerente Edgar Julián Niño Carrillo.

Realizada la evaluación de la audiencia, por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, se puede concluir que:

- La Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se realizó bajo los parámetros definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en cuanto a metodología y contenidos.
- La audiencia de Rendición de cuentas cumplió con los objetivos trazados para la Administración. El informe fue presentado de manera dinámica y abarco la gestión a nivel Financiero, Asistencial y de Obras de la Entidad.
- En el desarrollo de la misma, no se generaron compromisos por parte de la Administración que impliquen su evaluación con posterioridad por parte de la Oficina Asesora de Control Interno.

## **7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL DE LAS ACTIVIDADES A CARGO DE LA OCI**

Para el año 2021, la Oficina Asesora de Control Interno adelanto una serie de actividades para dar cumplimiento al Plan de Acción Institucional, estas actividades se describen a continuación:

ACTIVIDADES PLANEADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD
Elaborar informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con corte cuatrimestral	Se elaboran primer y segundo seguimiento. Queda pendiente la elaboración del tercer informe con corte a 31 de diciembre de 2021. Está en proceso de recolección de información	70%
Realizar seguimientos planeados en el Plan Anual de Control Interno al cumplimiento del Plan de mejoramiento de acreditación	Se levantó informe de seguimiento PAMEC 2021, que contiene las Certificaciones Trimestrales firmadas mancomunadamente entre las Oficinas Asesoras de Calidad y Control Interno, donde se verifica el porcentaje de cumplimiento de la ejecución de las acciones de mejoramiento priorizadas para el segundo semestre de la vigencia. Aunado a lo anterior se anexa la asistencia a las reuniones virtuales de seguimiento donde participan directivos, profesionales y líderes de los estándares, así como la constancia de asistencia a la reunión periódica de Calidad y Control Interno para validar la certificación pertinente.	100

Entre las actividades realizadas se encuentran:

- a. Monitoreo y evaluación de los planes institucionales:  
La Oficina Asesora de Control Interno realiza seguimiento y evalúa los resultados de los diferentes planes institucionales de la ESE HUS, para el 2021 se tuvieron en cuenta:
  - Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
  - Plan Institucional de Capacitación
  - Plan de Acción
 Los resultados se encuentran publicados en la página web Institucional.
- b. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano:  
La Oficina Asesora de Control Interno dentro de sus funciones, comunicó durante el año 2021 a la Gerencia, los informes de Seguimiento al Plan Anticorrupción, evidenciados en la página web Institucional.
- c. Seguimiento al Plan de Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión  
La Oficina Asesora de Control Interno evaluó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión a través de los seguimientos realizados al Plan de Implementación MIPG.
- d. Plan de Acción Anual  
Las actividades contenidas en el Plan de Acción Institucional son definidas en conjunto con la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, donde se realizaron 4 seguimientos para verificar su cumplimiento.
- e. Actualización de los procedimientos y formatos del proceso de Control Interno  
La Oficina Asesora de Control Interno dio cumplimiento a esta actividad, actualizando su documentación en un 100% a diciembre de 2021 que ya fueron actualizados en el listado maestro de documentos por la Oficina Asesora de Calidad.
- f. Rendir informes sobre la atención al ciudadano

La Oficina Asesora de Control Interno dentro de sus funciones, comunico durante el año 2021 a la Gerencia, los informes de atención al ciudadano PQRS. Queda pendiente el informe del segundo semestre de 2021.

## 8. REPORTE A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE

Dando cumplimiento a la resolución No. 193 del 05 de mayo de 2016 y complementariamente la resolución No. 357 de 2008, la oficina de control interno en forma participativa con el nivel directivo y la Profesional Universitario de Contabilidad realizaron la evaluación de todos los componentes, instrumentos y documentos básicos del proceso de gestión financiera con el objeto de poder soportar la encuesta prediseñada por la Contaduría General de la Nación que fue establecida en un aplicativo y que se diligencio en forma directa.

### Reporte de Información

**Entidad:** E.S.E. Hospital Universitario de Santander

**Ambito:** GENERAL

**Periodo:** 2020 - 01-12

**Categoría:** EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE

**Formulario:** CGN2016\_EVALUACION\_CONTROL\_INTERNO\_CONTABLE

**Nivel...**

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACION	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR CRITERIO(Unidad )	CALIFICACION TOTAL(Unidad )
1	ELEMENTOS DEL MARCO NORMATIVO				5.00

Los informes completos se encuentran publicados en la página web institucional: <http://www.hus.gov.co/tabla-de-reportes-de-control-interno/>

### 8.1 RECOMENDACIONES

- Mejorar, apoyar y promover la cultura del autocontrol y trabajo en equipo, por parte de los ejecutores directos en los grupos internos de trabajo de la interacción en las diferentes etapas y actividades del proceso financiero, presupuestal y contable.
- Continuar con las conciliaciones y depuración de la información contable.

## 9. INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO

Para tal efecto, el Departamento Administrativo de la Función Pública, mediante Circular Externa Nro. 100-003 de 2021 del 05 de febrero de 2021, emitió directrices y se establecieron las fechas para el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, vigencia 2020 que es una herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales y sectoriales.

## Cobertura institucional de las Encuestas.

Para el diligenciamiento del FURAG II, se tuvo en cuenta los resultados de las actividades de:

- Autoevaluación realizada por cada uno de los líderes de políticas MIPG
- Auditorías internas
- Participación en las reuniones de los comités institucionales
- Visitas de seguimiento
- Planes de mejoramiento
- Los resultados obtenidos producto de los seguimientos realizados por los órganos externos de control y vigilancia como la Contraloría General de la Nación, la Contraloría Departamental y la Superintendencia de Salud

Es de anotar que el resultado de este informe se emitió por el Departamento Administrativo de Función Pública y fue socializado con el comité de Gestión y Desempeño, según Acta No. 07 del 28 de junio de 2021 y Acta No. 13 del 27 de diciembre de 2021 y en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como reposa en el acta No. 002 de septiembre 30 de 2021 y por último se presentó un informe interno al nivel gerencial y directivo donde se pudo evidenciar las fortalezas, debilidades y establecer las oportunidades de mejoramiento en la vigencia 2021.

## Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

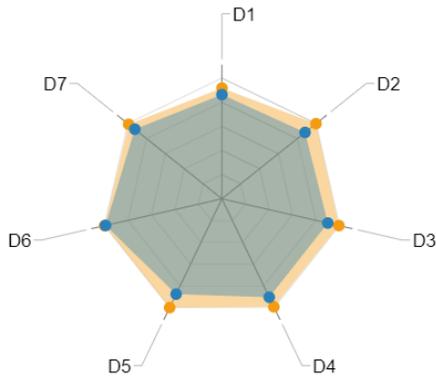
*Fuente: Resultados FURAG II*

Evolución del índice de desempeño Institucional:



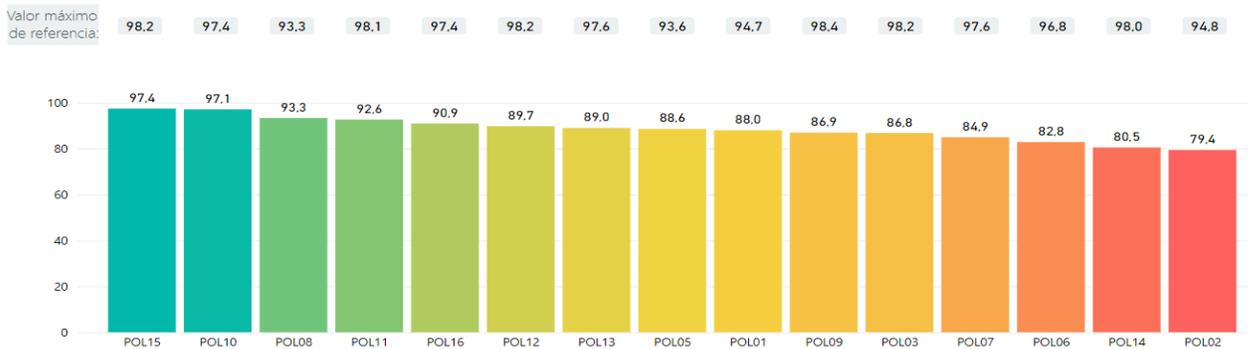
Índices de las dimensiones de gestión y desempeño:

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	84,9	90,2
D2: Direccionamiento y Planeación	86,8	98,2
D3: Gestión para Resultados	88,6	97,9
D4: Evaluación de Resultados	89,0	97,6
D5: Información y Comunicación	86,2	98,3
D6: Gestión del conocimiento	97,4	98,2
D7: Control Interno	90,9	97,4

### Índices de las políticas de gestión y desempeño:

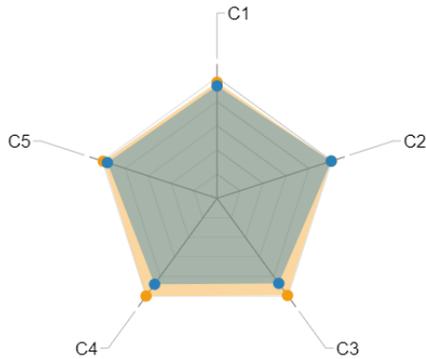


- POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
- POL02: Integridad
- POL03: Planeación Institucional
- POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- POL06: Gobierno Digital
- POL07: Seguridad Digital
- POL08: Defensa Jurídica
- POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción
- POL10: Servicio al ciudadano
- POL11: Racionalización de Trámites
- POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- POL14: Gestión Documental
- POL15: Gestión del conocimiento
- POL16: Control Interno



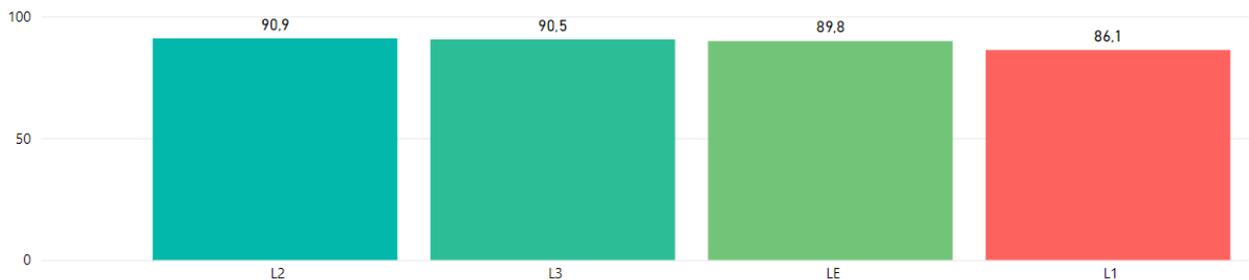
### ÍNDICES DE DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES MECI:

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
▲ C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	91,3	94,24
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	97,6	97,62
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	85,4	97,52
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	86,3	98,11
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	93,7	97,20

## ÍNDICES DE DESEMPEÑO DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA



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

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

### 1.1. RESPUESTAS DADAS PARA LA VIGENCIA 2020 A TRAVÉS FURAG DESDE EL ROL DE CONTROL INTERNO

En el mes de abril se diligenció la evaluación del tema referido, en forma participativa con los grupos de trabajo de la Oficina Asesora de Control Interno, Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y líderes representativos de los procesos institucionales, respondiendo a cada una de las preguntas abiertas y cerradas que este documento estableció y se diligenció en el aplicativo FURAG II (Modelo Integrado de Planeación y Gestión).

Se anexa a este informe PDF denominado FormularioDiligenciadoRDM10\_2785165250379825237 que describe las respuestas dadas a cada una de las preguntas del FURAG por parte del Jefe de Control Interno, con un total de 14 folios.

A continuación, se muestra imagen del Certificado Electrónico expedidos por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP que valida la presentación oportuna del FURAG vigencia 2020:

## Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2020



### El Departamento Administrativo de la Función Pública

#### CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

**ENTIDAD:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

**DEPARTAMENTO:** Santander

**MUNICIPIO:** BUCARAMANGA

**TIPO DE FORMULARIO:** MIPG

**ROL DILIGENCIADOR:** Jefe de control interno

**NOMBRE DILIGENCIADOR:** JULIO HERNÁN VARGAS con C.C No.91248457

**HABILITADO DESDE – HASTA:** 29/01/2021 - 15/04/2021

**VIGENCIA REPORTADA:** 2020

**NIVEL DILIGENCIAMIENTO:** Completo

En constancia se firma,



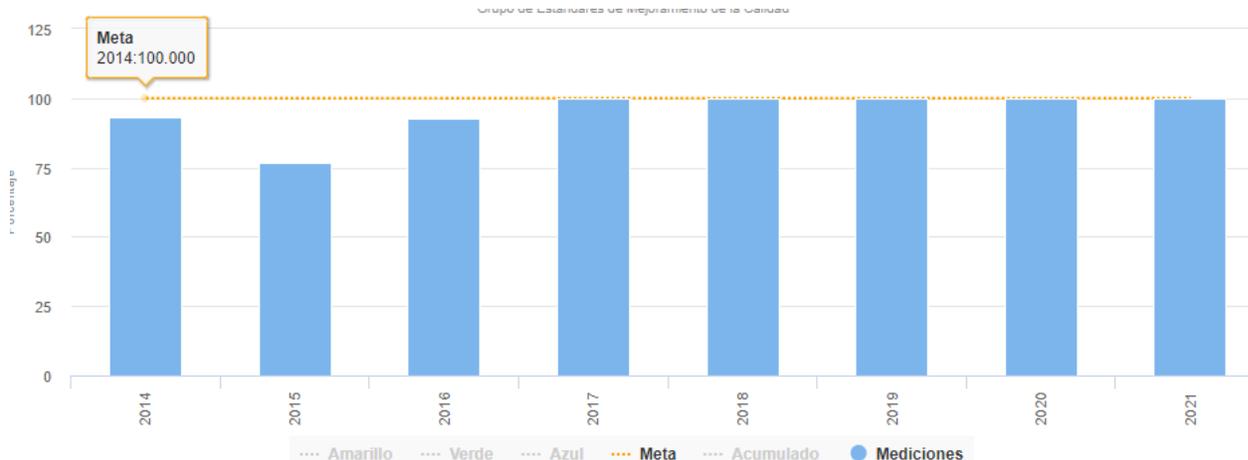
**María del Pilar García**

Directora Gestión y Desempeño Institucional

## 10. INDICADORES DE GESTION PROCESO DE CONTROL INTERNO

La Oficina Asesora de Control Interno cuenta con los siguientes indicadores, los cuales se miden a través del Sistema de Gestión Integral Software **ALMERA** y cuyo resultado presentamos a continuación.

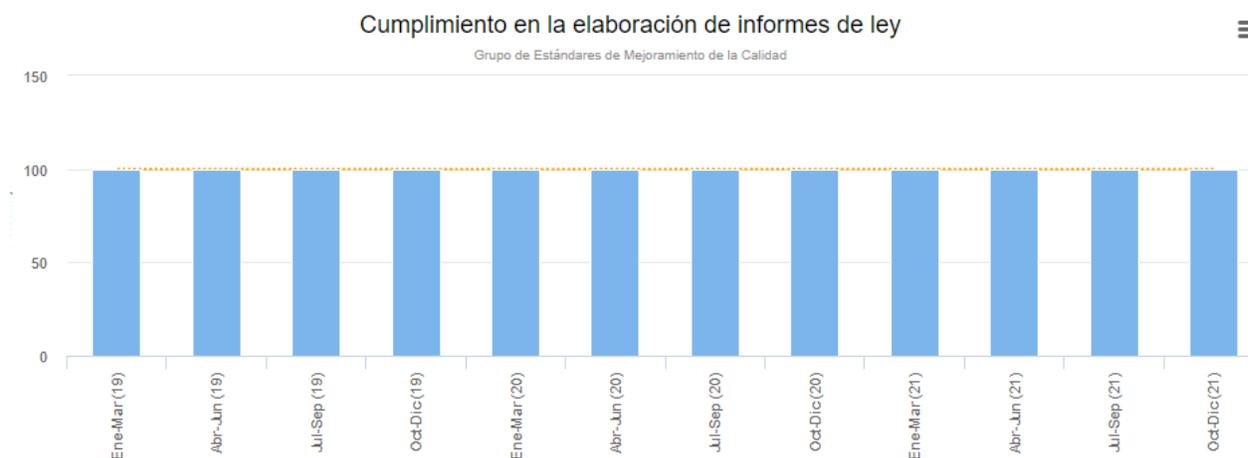
### Indicador “Cumplimiento Plan de Auditorías”



Se ha realizado medición del cumplimiento del Programa Anual de Auditorias desde el año 2014 el cual es presentado anualmente ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

El proceso de Control Interno gestiona el Programa Anual de Auditorias. El indicador de cumplimiento del Programa anual de auditorías tuvo un comportamiento (resultados), con corte a 30 de diciembre de 2021 de 100%, obteniéndose la meta esperada.

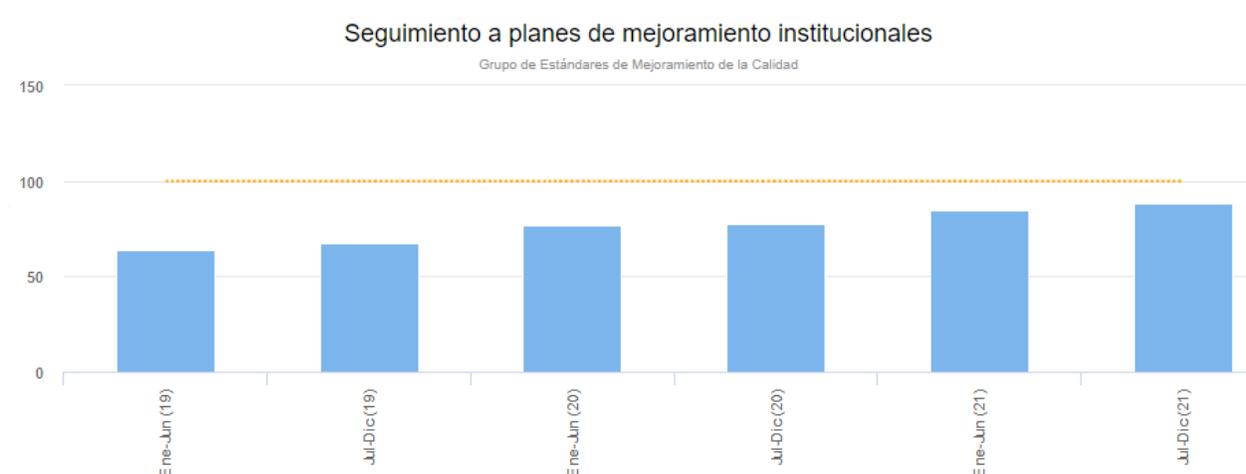
#### Indicador “Cumplimiento en la elaboración de informes de ley”



Se ha realizado medición trimestral, en la vigencia 2021, del cumplimiento en la elaboración de informes de ley el cual es presentado anualmente ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

El proceso de Control Interno gestiona los informes de ley en el Plan Anual de Auditorias. El indicador de cumplimiento en la elaboración de informes de ley tuvo un comportamiento (resultados), con corte a 30 de diciembre de 2021 de 100%, obteniéndose la meta esperada.

## Indicador “Seguimientos a planes de mejoramiento institucionales”



Se ha realizado medición semestral, en la vigencia 2021, del seguimiento a planes de mejoramiento institucionales.

Este indicador tuvo un comportamiento (resultados), con corte a 30 de diciembre de 2021 de 88,46%, obteniéndose la meta esperada, que era mínimo del 50%.

### RECOMENDACIONES

Fortalecer la formulación aplicación y análisis de los indicadores con el propósito de constituirse en instrumentos de evaluación y control de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.

Continuar ejerciendo controles "autocontrol" para el cumplimiento de todas las acciones de mejora.

  
**JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

*Proyectó: Sandra Milena Mendoza Amado. Profesional de apoyo. Oficina Control Interno. CPS*