

INFORME ANUAL DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2019

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	4
OBJETIVO	5
ALCANCE DEL INFORME	5
METODOLOGIA	5
ASPECTOS FAVORABLES DE LA ESE HUS RESPECTO A LA EVALUACIÓN DEL MIPG	5
1. Dimensión Talento Humano	5
1.1 Política de gestión estratégica del talento humano:	5
1.2 Política de integralidad	6
2. Dimensión Direccionamiento Estratégico	6
2.1 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico	7
3. Dimensión Gestión con valores	8
3.1 Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados)	8
3.2 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	8
3.3 Política de seguridad digital	8
3.4 Política de defensa jurídica	9
3.5 Política de servicios al ciudadano	9
3.6 Política de racionalización de trámites	9
3.7 Política de participación ciudadana en la gestión publica	10
Se realizó la documentación de la Política de Participación Ciudadana GDI-PLA-FO-0, que determina los lineamientos para la participación ciudadana en las diferentes fases de la gestión pública.	10
3.8 Política de Gobierno Digital: Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para servicios y TIC para gobierno abierto	10
4. Dimensión Evaluación de Resultados	10
4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	10
5. Dimensión Información y Comunicación	11
5.1 Política de Gestión Documental	11
5.2 Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	11

6.	Dimensión Control Interno.....	11
	OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ESE HUS RESPECTO A LA EVALUACIÓN DEL MIPG	13
1.	Dimensión Talento Humano.....	13
1.1	Política de gestión estratégica del talento humano:	13
1.2	Política de integralidad	13
2.	Dimensión Direccionamiento Estratégico.....	13
2.1	Política de planeación institucional	13
3.	Dimensión Gestión con valores.....	14
3.1	Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados).....	14
3.2	Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	14
3.3	Política de seguridad digital.....	14
3.4	Política de defensa jurídica.....	15
3.5	Política de servicios al ciudadano.....	15
3.6	Política de racionalización de trámites.....	15
3.7	Política de participación ciudadana en la gestión pública.....	16
3.8	Política de Gobierno Digital: Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para servicios y TIC para gobierno abierto.....	16
4.	Dimensión Evaluación de Resultados.....	17
4.1	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.....	17
5.	Dimensión Información y Comunicación.	17
5.1	Política de Gestión Documental	17
5.2	Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.....	17
7.	Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación	17
6.	Dimensión Control Interno.....	18
	CONCLUSIONES	18

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 2018.

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 31 de diciembre de 2018; 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 de Control Interno en las diferentes dependencias durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018, 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 2018, desde la herramienta Plan de Implementación MIPG que fue diseñada a partir de los resultados FURAG II del año 2017, 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:

A la fecha no se ha dispuesto por parte del DAFP la herramienta FURAG II para evaluar la gestión Institucional del 2018 a partir de MIPG.

ASPECTOS FAVORABLES DE LA ESE HUS RESPECTO A LA EVALUACIÓN DEL MIPG

1. Dimensión Talento Humano.

1.1 Política de gestión estratégica del talento humano:

La entidad en el desarrollo de esta política cuenta con:

- La expedición del Acuerdo De Junta Directiva No. 004 de febrero 14 DE 2018 “Por el cual se Actualiza el Manual Especifico de Funciones y de Competencias Laborales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, ESE HUS.
- Manual Código de Ética y Buen Gobierno - GD-GE-MA-03 versión 1 octubre de 2017
- Resolución Número 89 del 15 Feb 2018 De 2018, “Por la cual se establece la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo para la ESE Hospital Universitario de Santander.

Para la planeación del talento humano, la entidad tiene en cuenta:

- La información estratégica y básica de la entidad
- La normatividad aplicable a la gestión del talento humano
- Los actos administrativos de creación o modificación de planta de personal.

En la entidad se han generado oportunidades para que los servidores de carrera puedan acceder a ocupar empleos de gerencia pública en encargo o comisión.

La inducción para servidores nuevos en la entidad se realiza antes de 1 mes contado a partir de la posesión.

Los resultados de la evaluación de desempeño laboral y de los Acuerdos de Gestión (o evaluación de desempeño de los gerentes) son coherentes con el cumplimiento de las metas de la entidad.

Se elaboraron los siguientes documentos:

- Plan Institucional de Capacitación
- Programa de Bienestar Laboral e incentivos
- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo
- Plan Anual de Vacantes
- Plan de previsión de Talento Humano

Se Actualizo el nuevo formato de perfil de ejecutor y aprobado y codificado por calidad.

Mediante Resolución 358 del 03 de agosto de 2018, se aprobaron las políticas institucionales, en las cuales se encuentra la Política de Talento Humano.

Se realizó socialización de la Política de Talento Humano mediante montaje en la plataforma virtual de aprendizaje MOODLE, los temas relacionados con Gestión del Talento Humano, en donde se encuentra la Política de Talento Humano.

Se ha trabajado con la Función Pública enviando los documentos requeridos y se ha realizado acompañamiento para que el personal pueda finiquitar su cargue de hojas de vida, quedan pendientes 7 personas por dar solución a inconvenientes.

1.2 Política de integralidad

Se trabajó taller práctico en el Comité de Gestión y Desempeño en donde se realizó revisión de valores y se definieron 2 adicionales a incluir.

2. Dimensión Direccionamiento Estratégico

Se realizó actualización del Procedimiento de Direccionamientos Estratégico, GDI-PLA-PR-02. Se realizó taller con las diferentes áreas de la ESE y se realizó actualización de la plataforma estratégica.

Se realizó la identificación de los usuarios en formato actual de buzones con la caracterización de población, permitiendo la identificación de canales para definir las acciones para la atención adecuada a los usuarios.

Se realizó la documentación del Procedimiento de identificación de necesidades de grupos de interés de la ESE HUS GDI-PLA-PR-01

Se realizó la integración de los planes institucionales dentro del Plan de acción de la ESE dando cumplimiento al Decreto 612 de 2018, y se publicaron en la página web institucional.

Se realizó el Plan Anticorrupción GDI-PL-PG-01 Versión 02 aprobado en el mes de enero de 2018 actualizado y se evidencia seguimiento con corte a agosto 31 de 2018.

La ESE HUS, formuló el Plan de Desarrollo para el periodo del 2018-2020, articulado con las políticas públicas y con los planes de desarrollo Nacional “Todos por un nuevo país” y con el Plan de Desarrollo Departamental “Santander Nos Une” el cual establece que al finalizar el periodo de gobierno en 2019 Santander será un territorio más equitativo en salud, con un sistema de salud fortalecido y centrado en el ciudadano. A su vez para la construcción del presente Plan se tuvo en cuenta en su marco teórico al Plan Decenal de Salud, el Plan Decenal Para el Control del Cáncer, la Ley Estatutaria de Salud, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS).

El proceso de planeación de la entidad se ajusta a lo establecido en la Ley 152 de 1994, referente a los lineamientos del Plan de Desarrollo, Plan Operativo Anual y el Plan de Acción Anual de la ESE HUS, como los instrumentos que permiten la evaluación de los resultados del hospital.

Se realizó actualización del Procedimiento de Direccionamiento Estratégico, GDI-PLA-PR-02.

Se realizó taller con las diferentes áreas de la ESE.

Se realizó actualización de la plataforma estratégica.

Se realizó validaciones de la plataforma con los grupos de interés

Se realizó la identificación de los usuarios en formato actual de buzones con la caracterización de población, permitiendo la identificación de canales para definir las acciones para la atención adecuada a los usuarios.

Se realizó la integración de los planes institucionales dentro del Plan de acción de la ESE dando cumplimiento al Decreto 612 de 2018, y se publicaron la página web institucional

2.1 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico

El presupuesto definitivo aprobado para los gastos de funcionamiento para la vigencia 2018 fue publicado en la página institucional, igualmente se publica en la página del SECOP.

La ESE HUS publico oportunamente en la página del SECOP y en la página web el Plan Anual de Adquisiciones – PAA, para la vigencia 2018.

Los planes, proyectos o programas de la entidad cuentan con recursos presupuestados.

La Oficina Asesora de Control Interno realizo el informe del primer trimestre de la vigencia 2018 de austeridad del gasto de acuerdo al Decreto 1737 de 1998, modificado por el Decreto Nacional 2209 de 1998.

3. Dimensión Gestión con valores

3.1 Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados)

La entidad utiliza el SECOP II como plataforma para hacer sus procesos de contratación.

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.

En la entidad se realizan comités de depuración contable de manera periódica según Resolución 439 de 2016 COMITE DE CONTROL INTERNO CONTABLE y Resolución 434 de 2016 COMITE DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.

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.

3.2 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

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.

3.3 Política de seguridad digital

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).

3.4 Política de defensa jurídica

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.

3.5 Política de servicios al ciudadano

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.

3.6 Política de racionalización de trámites

Se diseñó el formato Hoja de vida de cada trámite GDI-PLA-FO-13 y se envió el formato para que los dueños de los trámites lo diligencien.

Se registraron 5 trámites en el SUIT.

Se documentó la política Antitramites, se identificó el trámite en Radiología e imágenes diagnosticas evidenciando una racionalización administrativa para que pueda ser realizado telefónicamente, se espera aprobación por parte del comité.

Se realizó ajuste al procedimiento de asignación de citas médicas, el cual había sido actualizado en diciembre de 2017.

3.7 Política de participación ciudadana en la gestión pública

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 realizó la documentación de la Política de Participación Ciudadana GDI-PLA-FO-0, que determina los lineamientos para la participación ciudadana en las diferentes fases de la gestión pública.

Se definió un formulario para que los ciudadanos puedan enviar sus sugerencias sobre el plan de riesgos anticorrupción. Dentro del POA aprobado por la Gerencia y los planes de acción se incluyeron acciones para promover reuniones de socialización y divulgación de los diferentes programas, planes, etc.

3.8 Política de Gobierno Digital: Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para servicios y TIC para gobierno abierto

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).

4. Dimensión Evaluación de Resultados

4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

Actualmente se realizó el cambio de Manual de Indicadores por la Guía para la construcción y análisis de indicadores en concordancia con MIPG (Recomendación de Asesores de Acreditación CPC), adicionalmente su contenido se alineó con orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad, directriz dada por el Ministerio de Salud y de Protección Social. En este momento está listo para codificación.

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

Se realizó caracterización de cada uno de los procesos de la ESE HUS donde se encuentran definidos los indicadores de cada uno de ellos.

Se cuenta con un formato para la elaboración de la Ficha Técnica de los indicadores.

Se realizó taller de formación de elaboración de indicadores.

Se realizó socialización en grupos primarios de los resultados de los indicadores 256 I Semestre 2018.

Se realizó socialización y análisis de indicadores en los comités institucionales.

Se realizó informe a Control Interno con corte a 30 de junio sobre los avances de los proyectos de inversión contemplados en el Plan de Desarrollo.

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.

5. Dimensión Información y Comunicación.

5.1 Política de Gestión Documental

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.

5.2 Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

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.

6. Dimensión Control Interno

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 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 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.

OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ESE HUS RESPECTO A LA EVALUACIÓN DEL MIPG

1. Dimensión Talento Humano.

1.1 Política de gestión estratégica del talento humano:

La entidad debe contar con la caracterización de todos sus servidores y está en capacidad de generar reportes de forma inmediata sobre:

- Características demográficas (edad, género, estudios, experiencia laboral, personas sindicalizadas, idiomas, etnia, discapacidad, orientación sexual)
- Características de la planta de personal (vacantes definitivas, vacantes temporales, tiempo de provisión de vacantes, perfiles de empleos, funciones de empleos)

1.2 Política de integralidad

Se deben implementar estrategias para socializar y apropiar el Código de Integridad que busca trabajar de la mano con los servidores para incentivar conductas positivas a favor de la legalidad, la vocación de servicio y el privilegio al bien general antes que el bien particular, con lo cual se sigue la creciente tendencia mundial a fortalecer un enfoque preventivo en torno a la integridad pública.

2. Dimensión Direccionamiento Estratégico

2.1 Política de planeación institucional

Se requiere elaborar la caracterización de usuarios y grupos de interés del HUS que permita identificar los canales sobre los que se deben priorizar las acciones para la atención adecuada según el tipo de usuario, la forma en que se

debe presentar la información, los ajustes que son fundamentales en la infraestructura física, las posibilidades de implementación de nuevas tecnologías para la provisión de trámites y servicios, los protocolos que se deben utilizar para interactuar con los ciudadanos, y los servicios que se deben entregar.

3. Dimensión Gestión con valores

3.1 Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados)

La ESE HUS debe realizar monitoreo y evaluación del impacto social y económico de la ejecución de los proyectos de inversión contemplados en el plan de desarrollo.

3.2 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

Se recomienda definir y analizar los indicadores de oportunidad, que contemple los servicios de respuesta hospitalaria y ambulatoria como consulta externa, interconsultas, apoyos diagnósticos, entre otros. La ESE HUS debe realizar monitoreo y evaluación del impacto social y económico de la ejecución de los proyectos de inversión contemplados.

3.3 Política de seguridad digital

Implementar estrategias de gestión del cambio para los proyectos de Tecnologías de la Información -TI

Definir indicadores para la medición del impacto del uso y apropiación de TI en la entidad

Capacitar a todos los grupos de interés con relación a los temas de TI

Divulgación y comunicación interna de los proyectos de TI

Formulación de un plan de capacitación, sensibilización y comunicación de las políticas y buenas prácticas que mitiguen los riesgos de seguridad de la información a los que están expuestos los funcionarios

Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de sitio Web o Intranet

Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de eventos especiales relacionados con seguridad

Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de medios físicos (Volantes, carteleras etc...)

Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de medios digitales (e-learning, correo, pantallas, etc...)

Formulación del plan de comunicación, sensibilización y capacitación en lo referente a seguridad y privacidad de la información

Ejecución del plan de comunicación, sensibilización y capacitación en lo referente a seguridad y privacidad de la información, sin tener en cuenta la caracterización de grupos focales (Usuarios, Directivos, Técnicos y Terceros).

Se debe elaborar un documento de diagnóstico, donde se identifica de manera clara el estado actual de la entidad en la implementación de Seguridad y Privacidad de la Información.

Se debe elaborar o adoptar metodología para la gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información con su respectivo plan de tratamiento de riesgo.

3.4 Política de defensa jurídica

Elaborar e implementar indicadores que permitan medir la eficiencia, eficacia y efectividad de las políticas realizadas en materia de defensa jurídica.

Identificar los riesgos inherentes al ciclo de defensa jurídica y realizar la valoración de impacto y probabilidad, así como los controles y planes de mitigación de riesgos

3.5 Política de servicios al ciudadano

Se requiere implementar mecanismos que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus PQRS de forma fácil y oportuna.

Se requiere implementar acciones para garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población en condición de discapacidad como:

- Visual
- Auditiva
- Cognitiva
- Mental
- Sordoceguera
- Múltiple
- Física o motora

Divulgar la política de tratamiento de datos personales mediante aviso de privacidad, en la página web y personalmente al titular en el momento de la recolección de los datos.

Crear mecanismos para garantizar que se cuenta con la autorización del ciudadano para la recolección de los datos personales.

Crear mecanismos de evaluación periódica del desempeño de sus servidores en torno al servicio al ciudadano

3.6 Política de racionalización de trámites

La entidad debe implementar acciones para interoperar o compartir información con otras entidades y facilitar al ciudadano el acceso a los trámites.

Todos los trámites que tiene la Entidad deben estar registrados en el SUIT.

Se recomienda formular la estrategia de racionalización de trámites.

3.7 Política de participación ciudadana en la gestión pública

Se recomienda aumentar la participación ciudadana dentro de las actividades de planeación incluyendo a los grupos de interés como:

- Academia
- Gremios
- Órganos de control
- Veedurías ciudadanas
- Organizaciones no gubernamentales
- Órganos internos (Asamblea, Junta Directiva, Junta de accionistas)

Formular la estrategia de Participación Ciudadana de manera que se garanticen los derechos de participación ciudadana en las fases de diagnóstico, planeación, implementación, seguimiento y evaluación de la gestión pública.

Definir una estrategia de comunicación (interna y externa) que permita informar sobre la actividad participativa, desde su inicio, ejecución y desarrollo.

3.8 Política de Gobierno Digital: Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para servicios y TIC para gobierno abierto

Se debe elaborar el esquema de gobierno de Tecnologías de la Información -TI que debe incluir:

- Políticas de TI
- Procesos de TI
- Indicadores de TI
- Instancias de decisión de TI
- Roles y responsabilidades de TI
- Estructura organizacional del área de TI

Con respecto a la gestión y control de la calidad y seguridad de los servicios tecnológicos, la entidad debe:

- Definir e implementar los controles de calidad para los servicios tecnológicos
- Definir e implementar los controles de seguridad para los servicios tecnológicos
- Definir e implementar los indicadores para el seguimiento de la efectividad de los controles de calidad de los servicios tecnológicos.
- Definir e implementar los indicadores para el seguimiento de la efectividad de los controles de seguridad de los servicios tecnológicos.

4. Dimensión Evaluación de Resultados

4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

Es necesario medir si los grupos de valor perciben que sus necesidades y problemas fueron resueltas por la entidad.

Se requiere medir si la entidad logró los resultados definidos en su planeación.

5. Dimensión Información y Comunicación.

5.1 Política de Gestión Documental

Se debe contar con una Política de Gestión Documental de la entidad debidamente aprobada, socializada e implementada que facilite la planificación, procesamiento, manejo y organización de los documentos desde su origen hasta su destino final.

La entidad debe tener inventariada la documentación de sus archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental.

Se deben elaborar las Tablas de Valoración Documental.

5.2 Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

Informar a los usuarios y funcionarios sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014

Elaborar e implementar indicadores para realizar seguimiento a la gestión de la ESE HUS en el tema de transparencia y acceso a la información pública donde se debe incluir mediciones para conocer si la gestión permitió resolver los problemas y necesidades de sus usuarios

Implementar estrategias pedagógicas y comunicativas para reforzar el significado que tiene para los servidores el ejercicio de la función pública y su responsabilidad con la ciudadanía donde se debe a conocer a los funcionarios:

- La Ley de Transparencia y acceso a la información pública
- Que el acceso a la información pública es un derecho fundamental que permite el ejercicio de otros derechos fundamentales de los ciudadanos
- Conocer sobre las instancias con las que cuentan los ciudadanos para recurrir en caso de no recibir respuesta ante una solicitud de información

Conocer la existencia de la Secretaría de Transparencia

7. Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación

Se deben establecer mecanismos que permita transferir el conocimiento de los servidores que se retiran a quienes continúan vinculados.

El conocimiento adquirido por los servidores de la entidad a través del ejercicio de sus funciones debe ser identificado, analizado, clasificado y documentado.

6. Dimensión Control Interno

Se deben definir los controles identificados por la entidad, para mitigar los riesgos, que debe incluir:

- Propósito del control
- Frecuencia del control
- Descripción detallada de la operación del control
- Manejo de las desviaciones del control
- Evidencia del control
- Nombre del control

CONCLUSIONES

El resultado de las labores de evaluación y acompañamiento adelantadas durante el año 2018 por la Oficina de Coordinación de Control Interno, y en particular al nivel de madurez del Modelo Estándar de Control Interno al cierre de la vigencia 2018, 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 10 entidades que lideran las 16 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julio Hernan Villabona Vargas', written in a cursive style.

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno