

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

LEY 1474 DE 2011

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| OBJETIVO..... | 4 |
| ALCANCE | 4 |
| METODOLOGIA..... | 4 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN..... | 4 |
| REFERENCIAS NORMATIVAS..... | 4 |
| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | 4 |
| 1. DIMENSIÓN: TALENO HUMANO..... | 5 |
| 1.1 Política de gestión estratégica del talento humano: | 5 |
| 1.2 Política de integralidad | 6 |
| 2. DIMENSIÓN: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN | 6 |
| 2.1 Política de planeación institucional | 7 |
| 2.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico | 8 |
| 3. DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO..... | 8 |
| 3.1 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | 8 |
| 3.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados) | 8 |
| 3.3 Política de seguridad digital | 9 |
| 3.4 Política de defensa jurídica | 10 |
| 3.5 Política de servicios al ciudadano | 10 |
| 3.6 Política de racionalización de trámites | 11 |
| 3.7 Política de participación ciudadana en la gestión publica | 12 |
| 3.8 Política de Gobierno Digital: Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para servicios y TIC para gobierno abierto..... | 12 |
| 3.9 Otros aspectos en la gestión de la entidad | 13 |
| 4. DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS | 13 |
| 4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | 13 |
| 5. DIMENSIÓN: INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES | 14 |
| 5.1 Política de Gestión Documental..... | 14 |
| 5.2 Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción..... | 14 |

| | | |
|-----|--|----|
| 6. | DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN..... | 15 |
| 7. | DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO | 15 |
| 7.1 | Política de Control Interno | 15 |
| b. | Recomendaciones | 16 |
| | CONCLUSIONES:..... | 17 |
| | RECOMENDACIONES..... | 17 |

INTRODUCCIÓN

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones".

OBJETIVO

Presentar el Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno, elaborado para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2018, verificando el cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, frente a los avances que se han dado en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG articulado con el MECI.

ALCANCE

Análisis del estado de implementación de las 7 dimensiones del MIPG revisando el cumplimiento de las acciones para la definición y/o actualización de la institucionalidad, tanto del Sistema de Gestión como del Sistema de Control Interno, vitales para iniciar el proceso de implementación del MIPG con el MECI de la entidad.

METODOLOGIA

- Verificar la articulación del MIPG y MECI, basados en las fuentes de información.
- Verificar la información que se diligenció en el aplicativo FURAG II del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.
- Elaborar el informe.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Seguimiento realizado a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión realizado en el periodo evaluado.
- Los informes de auditorías realizadas a los procesos. La Oficina Asesora de Control Interno cuenta con archivo de los informes de auditorías e informes de Ley, que fueron previamente presentados a la Gerencia.
- Planes de mejoramiento formulados a cada una de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno
- Los resultados del seguimiento a planes, programas y proyectos.

REFERENCIAS NORMATIVAS

- El artículo 9° de la Ley 1474 de 2011.
- Decreto 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública", Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015"

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Validar los lineamientos dados por el DAFP en el Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG.

RESULTADOS

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 el periodo del 01 de mayo a 30 de agosto de 2018, realizando un análisis a partir de las 7 dimensiones del MIPG, considerando las políticas de gestión y desempeño institucional.

En este sentido, es importante aclarar que el MIPG, opera a través de 7 dimensiones, las cuales integran políticas, elementos o instrumentos con un propósito común, propias de cualquier proceso de gestión PHVA, adaptables a cualquier entidad pública.

Una de las dimensiones es la de Control Interno, por lo que existirán temas que al estar articulados con este deberán incorporarse en la medida de las características y complejidad de cada entidad.

A continuación, se describe el estado de cada dimensión dentro de la institución, esto basado en las evidencias encontradas en el sistema o de la información suministrada por las partes:

1. DIMENSIÓN: TALENO HUMANO

Dimensión que orienta el ingreso y desarrollo de los servidores garantizando el principio del mérito en la previsión de los empleos públicos, el desarrollo de competencias, la prestación de servicios, la aplicación de estímulos y el desempeño individual. Los cuales se desarrollan a través de los siguientes lineamientos:

1.1 Política de gestión estratégica del talento humano:

a. Aspectos favorables:

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 Específico de Funciones y de Competencias Laborales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, ESE HUS.
- 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.
- Se elaboró presentación de competencias para socializarlas con los subgerentes y jefes de oficina asesora para realizar la definición de las competencias estratégicas u organizacionales de la ESE HUS.
- 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

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.
- Se actualizo el nuevo formato de perfil de ejecutor el cual fue aprobado y codificado por calidad.

- 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.

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.

b. Recomendaciones:

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

a. Aspectos favorables:

- 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.

b. Recomendaciones

- 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 ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN

La cual, permite a la entidad, definir la ruta estratégica que guiara la gestión, con miras en garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios, fortaleciendo la confianza y la legitimidad, a través de dos políticas como son:

2.1 Política de planeación institucional

a. Aspectos favorables:

- 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 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 la página web institucional

La política de administración de riesgos de la entidad definida por el Representante Legal y su equipo directivo incluye:

- Objetivo de la política
- Alcance de la política
- Nivel de aceptación de riesgo
- Periodicidad y responsables del seguimiento de los riesgos
- Niveles de responsabilidad y autoridad para el manejo de los riesgos
- Análisis del contexto interno y externo de la entidad

El mapa de riesgos de corrupción se encuentra publicado en la página institucional www.hus.gov.co, donde se le realiza su respectivo seguimiento y publicación cuatrimestral, de conformidad con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 artículo 73 y el Decreto Reglamentario 124 del 26 de enero de 2016, artículo 2.1.4.6 y la Política de Administración de Riesgos de la ESE HUS.

b. Recomendaciones

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.

2.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico

a. Aspectos favorables

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 segundo 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 PARA EL RESULTADO

Dicho propósito es permitir a la entidad realizar las actividades que conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional.

3.1 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

a. Aspectos favorables

Se actualizo 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.

b. Recomendaciones

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.

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

c. Aspectos favorables

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.

d. Recomendaciones

Se recomienda utilizar la Tienda Virtual del Estado Colombiano para hacer compras de los bienes y servicios de características técnicas uniformes disponibles en la plataforma.

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.

3.3 Política de seguridad digital

a. Aspectos favorables

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.

b. Recomendaciones

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, carteleros 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

a. Aspectos favorables

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.

b. Recomendaciones

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

a. Aspectos favorables

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

La entidad cuenta con mecanismos para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas por:

- Periodistas
- Menores de edad
- Personas en situación de discapacidad
- Mujeres embarazadas

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

b. Recomendaciones

Se requiere implementar mecanismos que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus PQRSD 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

a. Aspectos favorables

Se cuenta con inventario de trámites en el Sistema Único de Inventario de Trámites – SUIT.

b. Recomendaciones

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

a. Aspectos favorables

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

b. Recomendaciones

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

a. Recomendaciones

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.

3.9 Otros aspectos en la gestión de la entidad

c. Aspectos favorables

Se realizó seguimiento a los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano como son: Mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos, Estrategia antitrámites, Rendición de cuentas, Servicio al ciudadano y Transparencia y acceso a la Información.

4. DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Promueve en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados en el marco estratégico.

4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

a. Aspectos favorables

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.

Recomendaciones

Se debe fortalecer el acompañamiento a cada uno de los líderes de proceso en el levantamiento de sus indicadores de proceso, diligenciamiento de las fichas técnicas, reporte de mediciones y análisis de los indicadores los cuales deben contar con información que respalde las cifras suministradas.

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 COMUNICACIONES

Este debe garantizar un adecuado flujo de información interna y externa, a partir de los canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de transparencia y acceso a la información.

5.1 Política de Gestión Documental

a. Aspectos favorables

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

b. Recomendaciones

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

a. Aspectos favorables

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

b. Recomendaciones

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 de 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

6. DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

Dinamiza el ciclo de Política Pública, facilita el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconecta el conocimiento entre los servidores y dependencias, y promueve buenas prácticas de gestión, Política de gestión del conocimiento y la innovación.

a. Recomendaciones

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.

7. DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO

Es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones del MIPG cumplan su propósito.

7.1 Política de Control Interno

a. Aspectos favorables

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, el gerente 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 líderes de los procesos, programas o proyectos (primera línea de defensa), le permite a la entidad:

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

Los planes resultantes de las auditorías internas contemplan:

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

La Oficina Asesora de Control Interno de la ESE HUS:

- 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.

b. Recomendaciones

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:

Si bien la entidad cuenta con los insumos mínimos necesarios para la implementación del MIPG, debe desarrollar las actividades enmarcadas en el Manual Operativo del sistema de gestión MIPG, de conformidad con cada una de las dimensiones.

Los funcionarios deben consultar el modelo integrado de planeación y gestión, el cual contiene la información normativa y técnica de interés para la ESE HUS, que sirve de herramienta para la implementación del MIPG.

RECOMENDACIONES

El resultado de las labores de evaluación y acompañamiento adelantadas durante el año 2018 por la Oficina Asesora de Control Interno, y en particular al nivel de madurez del Sistema de Control Interno (Dimensión de Control Interno - Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG), 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.

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

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