

# **INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO**

**DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019  
LEY 1474 DE 2011**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

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

**Marzo 2020**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	3
ALCANCE .....	3
METODOLOGIA.....	3
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	3
REFERENCIAS NORMATIVAS .....	4
CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	4
RESULTADOS.....	4
1. DIMENSIÓN: TALENO HUMANO.....	4
1.1 Política de gestión estratégica del talento humano: .....	4
1.2 Política de integralidad .....	5
2. DIMENSIÓN: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN.....	5
2.1 Política de planeación institucional.....	5
2.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico .....	6
3. DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO .....	6
3.1 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.....	6
3.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados) .....	7
3.3 Política de seguridad digital .....	7
3.4 Política de defensa jurídica .....	8
3.5 Política de servicios al ciudadano .....	9
3.6 Política de racionalización de trámites .....	10
3.7 Política de participación ciudadana en la gestión publica.....	10
3.8 Gestión ambiental para el buen uso de los recursos públicos.....	11
4. DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS .....	11
4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5. DIMENSIÓN: INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.....	12
5.1 Política de Gestión Documental.....	12
5.2 Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción .....	13
6. DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN .....	14
7. DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO.....	14
7.1 Política de Control Interno .....	14
CONCLUSIONES:.....	15

## **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 periodo del 12 de noviembre de 2019 al 31 de diciembre de 2019, 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 el cumplimiento del Plan de Implementación MIPG
- 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

## 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 12 de noviembre de 2019 a 31 de diciembre de 2019, 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 Unidad Funcional de Talento Humano constantemente envía información a la función pública, así como también solicita conceptos y orientación en el cargue de información en el sistema de Información SIGEP.

**a. Recomendaciones**

- Se recomienda incluir en la planeación estratégica actividades para aspectos como situaciones de discapacidad de los servidores, programa de desvinculación asistida para pensionados y programa de desvinculación asistida por otras causales.
- Se recomienda avanzar en la actualización del SIGEP en los módulos de organizaciones y empleo, ya que lo reportado en el FURAG es del 20% de avance.

## 1.2 Política de integralidad

**a. Aspectos favorables:**

- La implementación del Código de Integridad se hizo de forma presencial a través de Grupos Primarios hasta Mayo del 2019 a partir de ese mes se empezó a realizar las actividades de despliegue diseñadas en el Cronograma del plan de implementación del Código de integridad mes a mes y también por la Plataforma Virtual de Aprendizaje Moodle.

**b. Recomendaciones**

- Se recomienda implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés y se definir directrices para el control y sanción de los mismos.

## 2. DIMENSIÓN: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN

La cual, permite a la entidad, definir la ruta estratégica que guiará 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

**c. Aspectos favorables:**

- Se elaboraron los formatos de análisis del contexto interno y externo de la ESE HUS, se presentaron, validaron y diligenciaron en Comité de Gerencia. Se elaboró informe de resultados de análisis del entorno.
- Se hizo seguimiento a los planes de acción, plan operativo anual, con cortes a 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2019.
- Se encuentran publicados en página web los 3 avances del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de 2019.
- Se realizó los tres informes de seguimiento con corte a 30 de Abril, 31 de Agosto y 31 de diciembre de 2019.

**d. Recomendaciones**

- Se recomienda actualizar el documento de procedimiento para la formulación y seguimiento de la Planeación Institucional de la ESE Hospital Universitario de Santander GDI-PLA-PR-05, que deben ser



atendidas por las dependencias y programas especiales responsables de la formulación y seguimiento de Planes de Acción en la plataforma Almera.

- Continuar con ejercicios periódicos de autoevaluación de la gestión y del control, con el fin de que se monitoree permanentemente el nivel de ejecución de las actividades; y de acuerdo con el resultado, se generen acciones preventivas, correctivas y de mejora que mitiguen las ocurrencias de posibles riesgos de incumplimiento de compromisos.
- Es preciso instar a las oficinas responsables, para que apunten esfuerzos en pro de finiquitar las actividades pendientes, especialmente en aquellas que a pesar de estar programadas no alcanzan un desarrollo relevante.
- Se debe continuar con un seguimiento estricto y mantener informada de forma permanente a la Gerencia, con el objetivo de tomar los correctivos necesarios cuando hubiere a lugar.

## **2.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico**

### **a. Aspectos favorables**

- Se actualizó el código de ética, versión 3, el cual contiene la estrategia de buen uso de los recursos y los grupos de interés identificados para 2019.
- Se publicó en la página web institucional el presupuesto definitivo aprobado para los gastos de funcionamiento para la vigencia 2019 y la respectiva ejecución presupuestal.

## **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**

- Periódicamente la Oficina de Calidad realiza estricto seguimiento al desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC

#### **b. Recomendaciones**

- Insistir ante la Junta Directiva la revisión y/o aprobación del nuevo estatuto de contratación, manual de contratación y manual de interventoría técnica de la ESE HUS”, para posteriormente socializar y poner en marcha los mismos.
- Es importante e indispensable que los líderes de los Macroprocesos, así como los líderes de los Estándares de Acreditación, inculquen en sus equipos de trabajo, que el mejoramiento continuo no solo recae en los planes de mejoramiento generados para el proceso de Acreditación; toda vez que el PAMEC (programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad) integra otras fuentes de información y que además son objeto de análisis, toma de decisiones y mejora. como lo son las auditorías internas y externas de los diversos entes de control, las rondas de seguridad del paciente. las PQR, etc.
- Se recomienda a la Oficina Asesora de Calidad retroalimentar acerca de las falencias, aciertos y vacíos advertidos por ellos mismos en el avance del PAMEC, a los líderes de Macroprocesos y líderes de estándares, en los escenarios correspondientes como por ejemplo el Comité de Gerencia y las diversas



reuniones con los Grupos de Estándares de Acreditación, en aras de favorecer la toma de decisiones y la aplicación de correctivos donde hubiere a lugar.

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

#### **a. Aspectos favorables**

- 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 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.

#### **b. Recomendaciones**

- 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 elaboró el documento GII-SIS-PL-03 PLAN DE PRESERVACION DIGITAL. Se aprobó por la oficina de calidad, Se socializó y evaluó la adherencia.
- Se elaboró el documento GII-SIS-PL-04 PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS. Se aprobó por la oficina de calidad, Se socializó y evaluó la adherencia.
- Se elaboró el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) y fue aprobado por el comité de gestión y desempeño institucional.

#### **b. Recomendaciones**

- Evaluar el cumplimiento de los criterios de accesibilidad web, de nivel A y AA de conformidad y accesibilidad definidos en la NTC5854 en la página web, a través de herramientas especializadas en el tema.
- Elaborar el Catálogo de servicios de Tecnologías de la Información - TI.
- Elaborar e implementar Indicadores para medir el desempeño de la gestión de TI.
- Documentar y aplicar metodologías, casos de negocio o criterios documentados para la adquisición y/o evaluación de soluciones de TI.
- Documentar y aplicar metodología para la gestión de proyectos de TI que incluye seguimiento y control a las fichas de proyecto a través de indicadores.
- Contar con una arquitectura de referencia y una arquitectura de solución debidamente documentadas o actualizadas para todas sus soluciones tecnológicas.
- Elaborar y documentar esquema de soporte y mantenimiento de los sistemas de información.
- Avanzar en la adopción del Protocolo de Internet IPv6.



- Elaborar el inventario de activos de seguridad y privacidad de la información, aprobarlo y clasificarlo de acuerdo con los criterios de disponibilidad, integridad y confidencialidad.
- Identificar, valorar y tratar los riesgos de seguridad y privacidad de la información.
- Aprobar e implementar el plan operacional de seguridad y privacidad de la información.
- Elaborar e implementar indicadores del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI).
- Identificar y documentar los procesos, trámites o servicios de la entidad que requieren interoperabilidad.
- Documentar y utilizar el Marco de Interoperabilidad para realizar intercambio de información con otras Entidades.
- Documentar e implementar datos abiertos en la Entidad.
- Participar en las jornadas de sensibilización y/o capacitaciones del uso seguro de entorno digital o relacionadas con seguridad digital (ciberseguridad y/o ciberdefensa).
- Participar en los ejercicios de simulación nacional o internacional, para desarrollar habilidades y destrezas en materia de seguridad digital.
- Establecer convenios y o acuerdos de intercambio de información para fomentar la investigación, la innovación y el desarrollo en temas relacionados con la defensa y seguridad nacional en el entorno digital.
- Identificar factores externos e internos (contexto) que puedan afectar la seguridad de su información.
- Implementar formalmente un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI)
- Destinar recursos económicos y humanos específicamente para seguridad de la información.
- Realizar campañas de concientización en temas de seguridad de la información.
- Establecer un procedimiento de gestión de incidentes de seguridad de la información.

### **3.4 Política de defensa jurídica**

#### **a. Aspectos favorables**

- Se formuló política de prevención del daño antijurídico conforme a la metodología establecida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.
- Se realiza seguimiento a los procesos encomendados a los apoderados externos.
- La provisión contable se realiza con base en las directrices de la agencia nacional de la defensa jurídica del estado circular 0023 adoptada por la resolución 663 del diciembre de 2017 de la ESE HUS.
- Se informa acerca de las decisiones con respecto a la procedencia de la acción de repetición al Ministerio Público por medio de oficio.
- En los procesos judiciales adelantados por y en contra de la ESE HUS se aplica la directriz en hacer llamamiento en garantía a las aseguradoras que cubra los hechos de los cuales tratan las acciones judiciales.

#### **b. Recomendaciones**

- Elaborar base de datos que contenga el inventario completo de los trámites prejudiciales, extrajudiciales y judiciales en los que son parte.
- Contar con un sistema de información o base de datos que contenga el inventario completo de los trámites de cumplimiento y/o pago de sentencias, conciliaciones o laudos.



### 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.

Se realiza la actualización e inclusión al sistema de calidad de la institución el Procedimiento de Atención y Solución de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y/o Felicitaciones

Se realiza socialización a través de plataforma Moodle del procedimiento logrando un 99% de adherencia a los conocimientos evaluados.

Con el fin de promover la accesibilidad y atender las necesidades particulares se realizan ajustes razonables en infraestructura física para facilitar el acceso de personas con discapacidad, Tecnología que permita y facilite la comunicación de personas con discapacidad visual, contratación de talento humano que conoce el lenguaje de señas.

#### b. Recomendaciones

- Buscar alinear la Política de Servicio al Ciudadano con el Plan Sectorial y el Plan de Desarrollo Territorial.
- Se requiere implementar indicadores que permitan medir las características y preferencias de los ciudadanos.
- Se requiere implementar indicadores que permitan medir el uso de canales.
- Iniciar con el proyecto de señalización para personas en condición de discapacidad como señalización en alto relieve, braille y otras lenguas.
- Se requiere capacitar al personal del SIAU en Curso virtual de Lenguaje Claro del DNP u otros cursos de capacitación relacionados con esta temática.
- Traducir a lenguaje claro los documentos más utilizados o difundidos a la ciudadanía.
- Vincular a la ESE HUS en la Red Nacional de Lenguaje Claro.
- Se requiere implementar mecanismos que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus PQRSD de forma fácil y oportuna.

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

### 3.6 Política de racionalización de trámites

#### a. Aspectos favorables

- Se cuenta con los indicadores formulados en las hojas de vida de los trámites identificados en la ESE HUS.
- Se presentó informe de avance con corte a 30 de junio de 2019.
- Se presentó informe de trámites en comité de gestión y desempeño, pendiente cargar 1 trámite

#### b. Recomendaciones

- La entidad debe implementar acciones para interoperar o compartir información con otras entidades y facilitar al ciudadano el acceso a los 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.
- 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.
- Se elaboró y socializó la estrategia de participación ciudadana en el comité de alianza de usuarios. Se subió la información en página web
- Se participó en el comité de alianza de usuarios en donde se presentaron temas de participación ciudadana: direccionamiento estratégico, acreditación, estrategia de participación ciudadana

#### 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 Gestión ambiental para el buen uso de los recursos públicos**

#### **a. Aspectos favorables**

- Se actualizó el PGIRHS y se le asignó el código GAF-GEA-PL-01 PLAN GESTIÓN INTEGRAL RESIDUOS HOSPITALARIO, así mismo se socializó y evaluó a través de la feria de acreditación.

#### **c. Recomendaciones**

- Se recomienda formular e implementar política para el uso de bienes con material reciclado.

## **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**

- Los informes producto del seguimiento a los planes de desarrollo territorial e indicativos se utilizaron para la toma de decisiones.
- La entidad logró los resultados definidos en su planeación.
- Se realizó informe a Control Interno con corte a 30 de diciembre sobre los avances de los proyectos de inversión contemplados en el Plan de Desarrollo.
- Se realizó la revisión de los planes de acción y se elaboró informe trimestral del POA el cual fue reportado a Control Interno.
- Se cuenta con un procedimiento de auditorías documentado y un programa anual de auditorías aprobado.
- 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 actualiza el documento que permite monitorizar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, a través del Instructivo de Construcción y Análisis de Indicadores en concordancia con el Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG (Recomendación de Asesores de Acreditación CPC), adicionalmente su contenido se alineó con las orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad directriz dada por el Ministerio de Salud y de Protección Social. Se realiza socialización a través de plataforma Moodle logrando un 100% de adherencia a los conocimientos evaluados.
- Se realizan las reuniones de los Equipos de Mejoramiento Institucional de Tercer, Segundo y Primer Nivel se anexan la ruta de ubicación de los soportes de los listados de asistencia de acuerdo a la programación establecida. Tercer Nivel: 3 reuniones en el semestre, Segundo Nivel: 1 reunión mensual de enero a diciembre y Primer Nivel: 273 Grupos Primarios de enero a diciembre.
- La institución tiene la Tabla de Indicadores donde se presenta la Estructura de los indicadores del HUS; en este momento se está revisando por los integrantes de los grupos de estándares para su respectiva revisión y actualización.



- Se estandarizan las fichas de los indicadores a través del sistema de información Almera donde se realiza el seguimiento por procesos.
- Se realiza análisis de los indicadores a través de los comités institucionales de Junta Directiva, Historia Clínica y Calidad para la revisión de la trazabilidad de los indicadores y la toma de decisiones frente a desviaciones encontradas.

**b. Recomendaciones**

- 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.
- Se requiere reforzar la medición y análisis de los indicadores de procesos.

## 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.

**a. Aspectos favorables**

- 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.
- Para la gestión de la comunicación externa e interna, se dispone de diferentes mecanismos escritos, virtuales y audiovisuales tales como carteleras, portal web, intranet, redes sociales, campañas internas, sistema de sonido interno, comunicados de prensa, pantallas electrónicas, entre otros

### 5.1 Política de Gestión Documental

**b. Aspectos favorables**

- Se actualizó el documento PINAR, se presentó a la Líder del Proceso de Gestión Integral de la Información.
- Se ha cumplido con el cronograma de transferencias y se ha aumentado el número de transferencias.
- Se realizó una capacitación magistral en Gestión Documental y se han realizado capacitaciones por áreas.
- Se elaboró y aprobó el documento Sistema Integrado de Conservación.



**a. 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.
- Se deben actualizar las Tablas de Retención Documental acorde a la estructura orgánica vigente y que permitan la identificación de los expedientes electrónicos de archivo
- Implementar el documento Sistema Integrado de Conservación.
- Ejecutar y documentar las estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.
- Identificar archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado, para su protección y conservación según el acuerdo 04 de 2015, el protocolo de gestión de archivos de Derechos Humanos y la Circular 01 de 2017.
- Vincular personal de gestión documental conforme a las competencias específicas contempladas en la Resolución 629 de 2018 de Función Pública.
- Realizar diagnóstico de los documentos electrónicos de archivo que produce.
- Establecer el programa de gestión de documento electrónico de archivo.

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

**a. Aspectos favorables**

- Se cuenta con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que fue construido de manera participativa con la comunidad.
- Se cuenta con mapa de riesgos de corrupción.

**b. Recomendaciones**

Establecer un canal exclusivo para las denuncias por actos de corrupción y publicarlo en la página web institucional.

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.

Apropiar la norma que mejora la accesibilidad de sus archivos electrónicos (ISO 14289-1) para garantizar el acceso a la información de personas con discapacidad.

## 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. Aspectos favorables

- a. Se cuenta con un programa de innovación HUS contigo para Apoyo psicosocial a personas con cáncer y se plantea una escuela de padres para apoyo a padres de niños quemados.
- b. Se tiene identificadas las necesidades de investigación relacionadas con la misión de la entidad
- c. Se cuenta con proyectos específicos dentro del plan de acción para gestionar investigaciones.
- d. Se cuenta con un grupo o personal encargado de gestionar proyectos de investigación.
- e. Se socializa y publica resultados de las investigaciones realizadas

### b. 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.

Publicar los resultados de las actividades y/o proyectos de innovación

## 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

- Se realizó la actualización de la Política de Gestión del Riesgo de acuerdo a la metodología institucional y lineamientos del DAFP.
- Se construyeron los AMFE según la Ruta de Atención para PACAS y para el Servicio Farmacéutico.
- Periódicamente se reportan los seguimientos realizados a los Riesgos de Corrupción de los diferentes Servicios de esta Subgerencia
- Se identificaron 15 sistemas para una Gestión Integral del Riesgo.

#### b. Recomendaciones

Seguir trabajando en la cultura de Gestión del Riesgo

## CONCLUSIONES:

- 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.
- El resultado de las labores de evaluación y acompañamiento adelantadas en el periodo evaluado 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 aceptable 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*