

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2018 AL 11 DE MARZO DE 2019

LEY 1474 DE 2011

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.....	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.....	7
2. DIMENSIÓN: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN.....	8
2.1 Política de planeación institucional.....	8
2.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico.....	9
3. DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO.....	9
3.1 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.....	9
3.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados).....	10
3.3 Política de seguridad digital.....	10
3.4 Política de defensa jurídica.....	11
3.5 Política de servicios al ciudadano.....	11
3.6 Política de racionalización de trámites.....	12
3.7 Política de participación ciudadana en la gestión publica.....	13
3.8 Gestión ambiental para el buen uso de los recursos públicos.....	13
3.9 Política de Gobierno Digital: Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para servicios y TIC para gobierno abierto.....	14
3.10 Otros aspectos en la gestión de la entidad.....	14
4. DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS.....	14
4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.....	14
5. DIMENSIÓN: INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.....	15
5.1 Política de Gestión Documental.....	15

5.2	Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.....	16
6.	DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	17
7.	DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO	17
7.1	Política de Control Interno	17
b.	Recomendaciones	17
	CONCLUSIONES:	17
	RECOMENDACIONES.....	18

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 2018 al 11 de marzo 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
- 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 12 de noviembre de 2018 a 11 de marzo 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 entidad en el desarrollo de esta política cuenta con:

- 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 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 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, el cual se está trabajando para solucionar el inconveniente de plataforma por parte de la entidad responsable de cargue.
- Se Actualizo el nuevo formato de perfil de ejecutor y aprobado y codificado por calidad.
- Para identificar las necesidades de talento humano se definen las herramientas de medición de clima organizacional, evaluación de la satisfacción, cultura institucional, detección de necesidades de

capacitación, reporte de condiciones inseguras y los mecanismos de escucha a través del COPASST y Comité de Convivencia.

- A través de las herramientas de divulgación institucionales definidas en el procedimiento de aprendizaje organizacional se organiza la información para el despliegue a los colaboradores. Este se socializó en el aula virtual de aprendizaje Moodle de la ESE HUS y se realizó la evaluación de conocimiento y entendimiento de lo socializado en el estándar 103 por medio de preguntas de falso y verdadero.
- En el despliegue a los colaboradores por medio del aula virtual de aprendizaje para la identificación de necesidades de talento humano, se obtiene un total de 563 respuestas que corresponden al 30,6% de la población total de la ESE HUS, logrando una adherencia del 99,82%%
- Cada vez que se nombra a un empleado talento humano se asegura de alimentar la plataforma del SIGEP con las hojas de vida.
- En la ESE Hospital Universitario de Santander desde el Direccionamiento Estratégico en sus objetivos estratégicos No. 1 “Mejorar la percepción y la confianza de los grupos en la gestión institucional”, el objetivo estratégico, No.4 “Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud y el objetivo estratégico” y No. “6 Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras”, asociados a la intencionalidad del estándar 106 (TH4), se respalda en su misión “Somos la ESE Hospital Universitario de Santander, institución que presta Servicios de Salud Integrales de mediana y alta complejidad en las modalidades ambulatoria e internación, brindando atención humanizada, segura y eficiente con tecnología adecuada, basada en criterios éticos, científicos con talento humano calificado; fortaleciendo la formación académica orientada a la investigación e innovación, enmarcados en valores de honestidad, responsabilidad y respeto, para satisfacer las necesidades del usuario, la familia y su entorno” y en su visión “Para el año 2022 la ESE Hospital Universitario de Santander será la institución pública líder en la prestación de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad reconocida por su calidad, excelencia, competitividad, sostenibilidad financiera y formación del talento humano en salud, actuando con responsabilidad social, generando conocimiento e innovación, comprometidos con el medio ambiente y el mejoramiento continuo del estado de la salud de la población.”
- La falta de identificación de competencias en el personal asignado para la toma de decisiones en el aumento de la oferta de servicios, la falta de la evaluación de las competencias del personal asignado, y la falta de garantía de la calidad en la atención, fueron los riesgos identificados a través del enfoque proactivo de riesgo. Para la gestión de la intervención preventiva se llevaron los riesgos a la matriz AMFE Análisis Modo Falla Efecto, generando acciones que favorezcan la solicitud del estándar y el mejoramiento en la institución.
- La ESE Hospital Universitario de Santander se acoge a la normatividad legal vigente tomando como base la Ley 909 del 23 de septiembre de 2004, el decreto 815 de 2018, la Resolución 667 de 2018; por medio de la cual se adoptó el catálogo de competencias Funcionales para las áreas o procesos transversales de las entidades públicas y la Guía pedagógica de gestión por competencias en salud para el personal de las IPS en salud del Ministerio de la Protección Social 2016, dicha gestión se apropia a través de referenciaciones genéricas con las instituciones gubernamentales (DAF Y SENA) respectivamente .
- Para la gestión del ESTANDAR 106 se actualizó el Formato e instructivo del Perfil del ejecutor, aprobado mediante código GTH-PTH-FO-01 Versión 2, y se diseñó la Guía de Competencias para el personal indirecto de la ESE HUS, la cual determina las competencias Estratégicas, Comportamentales Comunes y Funcionales. Así mismo se realizó actividad pedagógica con la participación del Gerente, Subgerentes, Jefes de Oficinas Asesoras, con el objetivo de establecer las competencias estratégicas, por medio de un instrumento donde se correlacionaron las competencias con la plataforma estratégica de la ESE HUS donde se listaron 13 competencias y se definieron las cinco más importantes. Estas fueron calificadas con puntajes de (1) menor importancia, (2) mediana importancia y (3) mayor importancia, obteniendo 39 puntos para el ítem de Atención humanizada, 38 puntos para Responsabilidad, 37 puntos para Transparencia, 36 puntos

para Mejora Continua y 35 puntos para Ética. La Guía de Competencias fue aprobada y codificada mediante el formato GTH-PTH-GU-01 Versión 1.

- A través de las herramientas de divulgación institucionales definidas en el Procedimiento Aprendizaje Organizacional se organiza la información para el despliegue del perfil a los colaboradores. Este se socializó en el Aula virtual de aprendizaje Moodle de la ESE HUS; y se realizó la evaluación de conocimiento y entendimiento de lo solicitado en el estándar 108 por medio de preguntas de falso y verdadero. Adicionalmente se realizó socialización de la Guía de competencias para personal indirecto a los Subgerentes y jefes de oficinas asesoras a través de los correos electrónicos institucionales.
- En el despliegue a los colaboradores se obtienen 516 respuestas, que corresponden a una cobertura del 28%, de la cual se evidencia un resultado de adherencia del 100%.

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)
- Se plantea como oportunidad de mejora para la vigencia 2019, fortalecer la cobertura de la implementación del perfil del ejecutor con las competencias establecidas para tal fin con un nivel de confianza de 90%, así como realizar la socialización e implementación de la Guía de competencias a colaboradores y usuarios.
- Finalmente se propone como oportunidad de mejora incluir en todos los perfiles de los cargos, el requisito de los siguientes cursos: Humanización en la atención de salud, Atención Centrada en el Usuario y Seguridad del Paciente."

1.2 Política de integridad

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 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

a. Aspectos favorables:

- 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 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 recomienda elaborar documento que proporcione las orientaciones para la formulación y seguimiento de la Planeación Institucional de la ESE Hospital Universitario de Santander, que deben ser atendidas por las dependencias y programas especiales responsables de la formulación y seguimiento de Planes de Acción.

Se requiere elaborar ficha técnica por cada indicador y realizar mediciones y seguimientos periódicos del mismo.

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.

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 tercer 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, Documento enviado a procesos para su codificación,
- Se implementó el formato de fichas de indicadores.
- Se elaboró la política de discapacidad de la ESE Hospital Universitario de Santander políticas institucionales (GDI-PLA-FO-10, Versión 1).
- Se adopto la Guía de Hipertensión en el Servicio de Consulta Externa, la cual se socializo con el personal asistencial. Para los Servicios de rehabilitación y Nutrición no aplica la denominación de Guías de Practica Clínica por ser Servicios de Apoyo Terapéutico
- Se realizó socialización de la Política de Discapacidad.

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.
- Se recomienda publicar en la página web institucional el presupuesto definitivo aprobado para los gastos de funcionamiento para la vigencia 2019.

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

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 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).
- Se elaboró el Manual de Seguridad de la Información

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
- Formulación del plan de comunicación, sensibilización y capacitación en lo referente a seguridad y privacidad de la información
- 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 recibió capacitación en temas de llamamiento en garantía dictada por procuradores judiciales administrativos.
- Se realiza seguimiento a los informes de acciones de repetición y procesos judiciales.
- Se definió el Plan de Acción del Comité de Conciliación, definiendo indicadores destinados a medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, medir la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación
- Se socializó Política de Defensa Jurídica en el Comité de Conciliaciones
- Se definieron e implementaron los indicadores de la política de defensa jurídica
- Se elaboró Mapa de Riesgos de la Política de Defensa Jurídica

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.

b. Recomendaciones

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

a. Aspectos favorables

- Se documentaron las Hojas de Vida de los Trámites para los Servicios de Consulta Externa, Rehabilitación y Nutrición. Los tramites documentados se encuentran en proceso de publicación en la pagina del "Sistema Único de Información de Tramites" (SUIT), por parte de la Oficina de Desarrollo Institucional.
- 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 elaboró y publicó la estrategia de racionalización de trámites en el SUIT
- Se actualizó, se socializo y se evaluo el Procedimiento de Asignación de Citas Medicas.

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.
- 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

b. Aspectos favorables

- Elaboración de los programas de uso eficiente de agua y energía.
- Elaboración de la Matriz de Aspectos e impactos ambientales. .

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

a. Aspectos favorables

- 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).

b. 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.

3.10 Otros aspectos en la gestión de la entidad

a. 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

- 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 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 insituacionales 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.

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.
- Se ha cumplido con el cronograma de transferencias y se ha aumentado el numero de transferencias.
- Se realizó una capacitación magistral en Gestión Documental y se han realizado capacitaciones por áreas.

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 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.
- Se procedió a medir el número de solicitudes de información, discriminando aquellas que se hubiesen contestado de forma positiva o negativa
- Se elaboró, aprobó y publicó el plan anticorrupción y atención al ciudadano para la vigencia 2019
- 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.

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 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

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

- 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 Farmaceutico.
- Periódicamente se reportan los seguimientos realizados a los Riesgos de Corrupción de los diferentes Servicios de esta Subgerencia

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 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