

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

DEL 12 DE MARZO DE 2019 AL 11 DE JULIO DE 2019
LEY 1474 DE 2011

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Julio 2019

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	6
2.1 Política de planeación institucional.....	6
2.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico	6
3. DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	7
3.1 Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	7
3.2 Política de gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público (Resultados)	8
3.3 Política de seguridad digital.....	8
3.4 Política de defensa jurídica.....	9
3.5 Política de servicios al ciudadano.....	9
3.6 Política de racionalización de trámites.....	10
3.7 Política de participación ciudadana en la gestión publica.....	10
3.8 Gestión ambiental para el buen uso de los recursos públicos.....	10
4. DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS	10
4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.....	11
5. DIMENSIÓN: INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.....	11
5.1 Política de Gestión Documental	11
5.2 Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.....	12
6. DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	12
7. DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO	13
7.1 Política de Control Interno	13
CONCLUSIONES:.....	13

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 marzo de 2019 al 11 de julio 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 marzo de 2019 a 11 de julio 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:

- Se realizó reunión con el fin de determinar los lineamientos para la ejecución del cargue de la información de las hojas de vida y de la declaración de bienes y rentas en la plataforma SIGEP.



- 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.
- Se solicitó a todos los funcionarios de planta verificar y actualizar la hoja de vida en la plataforma SIGEP antes del 31 de marzo de 2019. Se da de alta en la plataforma SIGEP a los funcionarios que ingresan a la institución y se envían correos electrónicos solicitándoles el cargue de la información de su hoja de vida en el SIGEP, se realiza monitoreo a la actualización de hojas de vida.
- Mediante acta realizada, se establecieron los lineamientos para actualizar el procedimiento de evaluación desempeño anual u ordinaria para los empleados de carrera administrativa o en periodo de prueba.
- Resoluciones mediante las cuales se adopta la guía metodológica-acuerdos de gestión, conformación de la comisión evaluadora y el sistema tipo de evaluación de desempeño.
- Se monitoriza el cumplimiento de la realización de la evaluación de desempeño.
- Se diseñaron los lineamientos mediante Acta, para establecer el Programa de Medición de Clima Organizacional mediante Concepto emitido por el DAFP, Referenciación al INVIMA, y Reuniones con Asesores de Acreditación. El Programa de Medición de Clima Organizacional fue aprobado por la Gerencia y Codificado por la Oficina Asesora de Calidad.

b. Recomendaciones:

La entidad debe contar con la caracterización de todos sus servidores y estar 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 estableció el cronograma de ejecución de las actividades de implementación del Código de Integridad que fue aprobado por parte del Equipo de trabajo que liderará e impulsará la implementación del código (Unidad Funcional de Talento Humano, Desarrollo Institucional y Control Interno).
- La implementación del Código de Integridad se hecho de forma presencial a través de Grupos Primarios y actividades de despliegue diseñadas en el Cronograma y, también por la Plataforma Virtual de Aprendizaje Moodle.



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 elaboró el procedimiento de identificación y caracterización de los grupos de interés, con sus respectivos formatos de identificación y caracterización y encuesta de satisfacción de sus necesidades. Se actualizó la información de los grupos de interés de la ESE HUS. Se socializó y evaluó el procedimiento en Junta Directiva. Se socializó en Plan Padrinos los grupos de interés de la ESE HUS, actualmente en desarrollo.
- 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 presentó y evaluó el procedimiento de direccionamiento en Junta Directiva, así como los resultados.
- Se hizo seguimiento a los planes de acción, plan operativo anual, con cortes a 31 de marzo y 30 de junio de 2019.
- Se elaboró el Plan Anticorrupción 2019 el cual contiene la matriz de riesgos de corrupción y está publicado en página web institucional. Se realizó primer informe de seguimiento con corte a 30 de Abril de 2019. Se presentó informe de avance en el comité de gestión y desempeño del mes de junio de 2019.

b. Recomendaciones

- Se recomienda actualizar el documento de procedimiento 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 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.

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 2019 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 2019. Los planes, proyectos o programas de la entidad cuentan con recursos presupuestados.
- La Oficina Asesora de Control Interno realizo el informe del primer trimestre de la vigencia 2019 de austeridad del gasto de acuerdo al Decreto 1737 de 1998, modificado por el Decreto Nacional 2209 de 1998.
- Se actualizó el código de ética hospitalaria, versión 2, el cual contiene la estrategia de buen uso de los recursos y los grupos de interés identificados para 2019. Se subió a Moodle para su socialización

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 definieron y analizaron los indicadores de oportunidad, que contemplan los servicios de respuesta hospitalaria y ambulatoria como consulta externa, interconsultas, apoyos diagnósticos.

b. Recomendaciones

- Se recomienda publicar en la página web institucional el presupuesto definitivo aprobado para los gastos de funcionamiento para la vigencia 2019 en la sección Transparencia – Información Financiera – Ejecución presupuestal.
- Dar celeridad al contrato No.73 de 2019 cuyo objeto radica en “la elaboración de los proyectos de actualización del estatuto de contratación, manual de contratación y manual de interventoría técnica de la ESE HUS”, para posteriormente socializar y poner en marcha los mismos. Se debe enlazar lo estipulado en las normas internas con lo descrito en la minuta contractual, para actuar con mayor claridad y celeridad.
- Fortalecer el control ejercido por la Oficina Jurídica para llevar un estricto seguimiento a los documentos que suben a las páginas pertinentes, en atención al principio de publicidad.
- La oficina jurídica debe evitar duplicidad y fomentar mayor control de los documentos que se generen para suplir los diversos pasos de las etapas contractuales.
- Fortalecer el personal que maneja el archivo, unificar archivo, depurar pendientes del archivo de Interventoría de Contratos y destinar mayor inversión en logística e infraestructura para mejorar el tema.
- Se sugiere enfocar las actividades del Interventor Médico a la Supervisión de los contratos derivados de las áreas asistenciales, donde su experticia juegue un rol más protagónico y permita ejercer un mayor control de los procesos especializados que maneja la ESE HUS. Además se recomienda que los cambios que se desarrollen en el manual de contratación y muy especialmente en el manual de interventoría, proporcionen pautas más claras donde se definan las actividades a desarrollar por cada uno de los ejecutores del proceso y/o procedimientos.
- Plan de contingencia por parte de la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información, y de la Unidad Funcional de Recursos Financieros, para revisar y detectar las alteraciones del módulo del software, DGH, y sus correspondientes informes generados.



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

a. 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 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 dispuso dentro de la página web www.hus.gov.co un link asociado al MINTIC, que permite la descarga gratuita del software para personas con discapacidad visual, facilitando la consulta de la página web y todas las que requiera el usuario en el computador donde se instale.
- Se realizó referenciación virtual de la Guía para la Elaboración e implementación del Sistema Integrado de Conservación donde se trabaja solo Plan de Conservación Documental.
- Se han llevado a cabo reuniones con el profesional de riesgos, identificando los riesgos de los procesos del Macro proceso de Gestión Integral de la Información: gerencia de la información, sistemas de información y gestión documental.
- Se realizó referenciación con el MINICT frente al autodiagnóstico, Se realizó autodiagnóstico en Seguridad de la Información, se presentó en Comité de Gestión y Desempeño.
- Se solicitó a la gerencia apoyo a través de un requerimiento para impulsar y capacitar al personal, facilitando la implementación del SGI. (Sistema de Gestión 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 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.

3.4 Política de defensa jurídica

a. Aspectos favorables

- Se realiza seguimiento a los informes de acciones de repetición y procesos judiciales.
- Se realizó un diagnóstico de la cartera a corte 31 de enero y 31 de marzo de 2019 con ERP no liquidadas.
- Se realizó un seguimiento a la cartera mayor a 180 días entregada a los abogados

3.5 Política de servicios al ciudadano

a. Aspectos favorables

- Mensualmente se hace seguimiento a la documentación de Planes de Mejora que permitan corregir la inconformidad reportada por los usuarios en las PQR, así mismo se garantiza la respuesta efectiva a los usuarios.
- Procedimiento actualizado Versión 9 de febrero de 2019, socializado en plan padrino del mes de julio de 2019, socializado a través de correo electrónico a las subgerencias y dependencias, se presentó video y diapositivas, socializado y evaluado en plataforma moodle.

b. Recomendaciones

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 reportó el 100% de los trámites identificados en la plataforma SUIT.
- Mensualmente se alimentan los indicadores de las hojas de vida de los trámites identificados en cada servicio. Se presentó informe de avance con corte a 30 de junio de 2019.

b. Recomendaciones

- La entidad debe implementar acciones para interoperar o compartir información con otras entidades y facilitar al ciudadano el acceso a los trámites.
- Se recomienda formular la estrategia de racionalización de trámites.

3.7 Política de participación ciudadana en la gestión pública

a. Aspectos favorables

- Se elaboró junto con el SIAU el plan de acción para 2019 de los temas a tratar en la alianza de usuarios que son de su interés, en cuyas reuniones se han socializado temas varios y que cobijan la estrategia de participación ciudadana.
- Se realizó audiencia de rendición de cuentas de la vigencia 2018. Se realiza presentación de temas de interés para los usuarios en el comité de alianza de usuarios
- Se cuenta con el plan de acción de actividades a tratarse en el comité de alianza de usuarios.

b. Recomendaciones

- 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

- El PGIRH de la ESE HUS fue formulado en Abril de 2009, posteriormente fue actualizado el 26 de septiembre de 2014, luego en febrero de 2016 y finalmente en la presente anualidad se presentará para actualización el día 31 de julio de 2019. Así mismo, el PGIRHS fue socializado a través de Plan Padrino donde se esperar contar con una adherencia del 100%, el informe se reportará durante el mes de agosto.
-

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 actualizó el documento PAMEC para la vigencia 2019, incluyendo toda la ruta crítica y datos de última autoevaluación. Se realizó seguimiento al primer y segundo trimestre. Los resultados del primer trimestre se socializaron en el Grupo de Mejoramiento Continuo del mes de abril, los del segundo trimestre se presentarán en grupo de Mejoramiento Continuo del mes de julio. Así se envió la información a los líderes de procesos para socialización en equipos primarios del mes de mayo. Por otra parte se realizó seguimiento del primer y segundo trimestre a las otras fuentes del PAMEC.
- Se evidenció una adecuada hoja de verificación, para constatar el cumplimiento de los requisitos en las etapas de los procesos contractuales.

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 está ejecutando cronograma de Transferencias y Cronograma de Capacitaciones en Gestión Documental.
- Se intervino el fondo acumulado del Ramón González Valencia, realizando el inventario de Historia Clínica.
- Se realiza articulación con la gobernación, quien nos ha apoyado con capacitaciones, realizadas en nuestras instalaciones.

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 ajustó el plan de comunicaciones institucional, incluyendo la socialización periódica de los resultados del mejoramiento continuo a los grupos de interés.
- Se cuenta con la publicación en página web de la normatividad relacionada aplicable a la ESE HUS, en el link de transparencia/normatividad.
- Se han publicado en la Página WEB las resoluciones, circulares y demás.

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 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 elaboró el mapa de riesgos por proceso institucional. Se cargaron las actividades para su control en Almera.
- Se elaboró la matriz de riesgos de corrupción. Se presentó su avance a abril de 2019 en comité de gestión y desempeño de junio de 2019.
- Se realizó socialización del mapa de riesgos, su gestión y cargue de evidencias de avance en Almera por cada uno de los procesos.

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.
- 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