

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

**DEL 12 DE JULIO DE 2019 AL 11 DE NOVIEMBRE DE 2019
LEY 1474 DE 2011**

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Noviembre 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	7
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.....	9
3.4 Política de defensa jurídica	9
3.5 Política de servicios al ciudadano	10
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	11
5. DIMENSIÓN: INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.....	11
5.1 Política de Gestión Documental	12
5.2 Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	12
6. DIMENSIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	13
7. DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO.....	13
7.1 Política de Control Interno	14
CONCLUSIONES:.....	14

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 julio de 2019 al 11 de noviembre 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 julio de 2019 a 11 de noviembre 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 adelantaron actividades como, la exaltación a la labor del servidor público a través del correo institucional, pantallas de computadores de escritorio conectados a la red del Hospital y redes sociales



de la Institución. Adicional se programó la realización de un acto protocolario por parte de la Gerencia exaltando la labor del servidor Público. Se coordinó con la caja de compensación familiar una actividad llamada "La manilla de la Honestidad".

- Teniendo en cuenta el ACUERDO No. CNSC - 20181000006176 DEL 10-10-2018, "Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba", la Unidad Funcional de Talento Humano solicitó a los funcionarios de carrera administrativa realizar la Evaluación parcial del primer semestre, la cual corresponde al período comprendido entre el primero (1°) de febrero y el treinta y uno (31) de julio de 2019. Se consolidaron los resultados de la calificación de la evaluación parcial del desempeño del primer semestre 2019 y se encontró que los servidores públicos en Carrera Administrativa a Evaluar para el período de Evaluación Anual u Ordinaria 2019-2020 son en total 09 y todos obtuvieron calificación sobresaliente.
- El Programa de Medición de Clima Organizacional fue aprobado por la Gerencia y Codificado por la Oficina Asesora de Calidad
- El Programa para la Medición de Clima Organizacional se divulgó a través de la Plataforma Moodle y Plan Padrino. La divulgación de las encuestas se hizo a través de dos formas: la primera a través de correo institucional que conducía a un link en la Plataforma Almera para responder de forma anónima a la encuesta y; la segunda, a través de las empresas contratistas quienes se encargaron de adoptar la encuesta y aplicarla a sus colaboradores.
- El despliegue del Programa de Medición de Clima realizado a través de Plan Padrino tuvo una cobertura del 58,90% que corresponde a 940 colaboradores con 99,57% de adherencia y; a través de la Plataforma Moodle se capacitaron 330 colaboradores con adherencia del 100%, dando así por terminada la actividad de divulgación del Programa. Respecto a la encuesta de Clima se obtuvo como resultado 473 colaboradores encuestados que corresponden al 151% del tamaño muestra (314 colaboradores) establecido por la metodología de muestro simple con nivel de confianza del 95%, dando así por terminada la aplicación de la encuesta.
- Teniendo en cuenta las necesidades identificadas desde el Proceso de Retiro del Macroproceso Gestión del Talento Humano y, en cumplimiento del Sistema de Acreditación y Mejora Continua; la Unidad Funcional de Talento Humano socializó los siguientes documentos:
 - GTH-RTH-PG-01 PROGRAMA DESVINCULACIÓN Y RETIRO
 - GTH-RTH-FO-01 FORMATO ENCUESTA PREPENSIONADOS

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. Se hace la aclaración de que el plan de implementación del Código de Integridad cuenta con 11 actividades planeadas de mayo del 2019 a marzo del 2019 por cambio de Administración. Sin embargo a vigencia año 2019 se tendrán en cuenta solo 8 actividades planeadas de Mayo a Diciembre del 2019. A la fecha de 8 actividades planeadas con cierre vigencia 2019 se han ejecutado mes a mes 5 actividades las cuales dieron inicio en el mes de mayo.



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 y en la Feria de Acreditación realizada en septiembre de 2019.
- Se hizo seguimiento a los planes de acción, plan operativo anual, con cortes a 31 de marzo, 30 de junio y 30 de septiembre de 2019.
- Se presentó a control interno avance semestral de POAI
- Se elaboró el Plan Anticorrupción 2019 el cual contiene la matriz de riesgos de corrupción y está publicado en página web institucional. Se encuentran publicados en página web el 1 y 2 avance de 2019. Se realizó primer y segundo informe de seguimiento con corte a 30 de Abril y 31 de Agosto de 2019. Se presentó informe de avance en el comité de gestión y desempeño del mes de junio y octubre de 2019.
- 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 subió a Moodle para su socialización. Se socializó el código de ética en la Feria de Acreditación realizada en septiembre de 2019.
- Se evidencia un adecuado monitoreo y socialización del Plan Operativo Anual – POA y planes de acción por parte de la Oficina de Desarrollo Institucional.
- En su mayoría, las actividades propuestas en el plan operativo anual, presentan un avance significativo acorde con la fecha de corte.

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 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

- 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 segundo trimestre de la vigencia 2019 de austeridad del gasto de acuerdo al Decreto 1737 de 1998, modificado por el Decreto Nacional 2209 de 1998.
- Los procedimientos de Presupuesto, tesorería, costos, cartera, contabilidad, fueron documentados.

b. Recomendaciones

- Se reitera la publicación 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.
- Se recomienda establecer 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. 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 cuenta con las fichas técnicas de los indicadores de oportunidad de cada subgerencia asistencial. En algunos grupos primarios con el personal asistencial se realiza el análisis y socialización de dichos indicadores. Así mismo, se realiza análisis de los indicadores de oportunidad en una reunión de cierre del tercer trimestre del año en conjunto con el subgerente y los coordinadores de cada servicio con el fin de identificar las oportunidades de mejora.



- 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.
- Fortalecer el personal que maneja el archivo, unificar archivo, depurar pendientes del archivo de Interventoría de Contratos y realizar acciones para el mejoramiento de lo relacionado al tema.
- Se evidencia que a pesar de múltiples requerimientos a los responsables del avance del PAMEC por parte de la Oficina Asesora de Calidad, siguen existiendo atrasos en las actividades programadas, incluso existen actividades que aún no se han iniciado.
- Los líderes de cada uno de los Macroprocesos deben ser gestores y partícipes del apalancamiento de las soluciones a los diversos hallazgos realizados por los entes de control, tanto internos como externos, además deben garantizar la consecución de las oportunidades de mejora y la ejecución de las mismas.
- 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.
- En caso de persistir el incumplimiento, se advierte a la Oficina Asesora de Calidad que es deber dar aplicabilidad a la Resolución NO.332 de 2015 "Por el cual se reglamenta la Metodología para la formulación, suscripción y seguimiento y ejecución de los Planes de Mejoramiento de la ESE Hospital Universitario de Santander".

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.
- Se sugiere unificar los actos administrativos de cajas menores en lo referente al reembolso y legalización en cuanto a tiempo y porcentaje de gasto a legalizar.

3.3 Política de seguridad digital

a. Aspectos favorables

- Se realizó difusión a través de las redes sociales y protectores de pantalla de las estrategias de enfoque diferencial.
- Se crearon los activos y una lista de amenazas y vulnerabilidades en Almera, para realizar la identificación de Riesgos Digitales.

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

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 mayor a 90 días a corte 31 de julio y 31 de agosto de 2019.
- Se realizó el reparto de la cartera mayor a 90 días 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.
- Las carteleras que contienen la información de los derechos y deberes de los usuarios son claras, con información veraz y muy fáciles de encontrar en las diferentes dependencias, facilitando así el conocimiento de derechos y deberes de los usuarios a toda la comunidad de la ESE HUS
- Los buzones siempre disponen formatos actualizados para que los usuarios radiquen sus PQRSF.
- El SIAU es muy recursivo en cuanto a la disposición de los recursos, se observa que en el piso 3 no hay una cartelera con los colores e ilustraciones que hay en los demás pisos, sin embargo, hay una cartelera que indica los derechos y deberes de los usuarios que fue hecha por la oficina con el fin de informar a los usuarios.

b. Recomendaciones

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

3.6 Política de racionalización de trámites

a. Aspectos favorables

- Se cuenta con 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 elaboró la estrategia de participación ciudadana, la cual está cargada en página web en el link de transparencia. 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 realizó presentación de avances de gestión de la ESE HUS del primer semestre en la UIS.



- Se cuenta con el plan de acción de actividades a tratarse en el comité de alianza de usuarios que muestran participación ciudadana en la gestión institucional.

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

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

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 presentó en Comité de Gestión y Desempeño del mes de septiembre el avance del Plan Institucional de Archivos - PINAR.
- Se definieron los formatos: GII-GDO-FO-17 Registro de Condiciones Ambientales en zonas de archivo, GII-GDO-FO-16 FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA ZONAS DE ARCHIVO.

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.
- Es necesario que todas las áreas de la ESE HUS elaboren los inventarios de los documentos que producen en el ejercicio de sus funciones, de manera que se asegure el control de los documentos en sus diferentes fases, de acuerdo al artículo 26 de la Ley 594 del 2000.
- Se deben elaborar las Tablas de Valoración Documental.
- Se recomienda al Grupo de Gestión Documental actualizar las TRD y hacer aprobar, evaluar y convalidar lo más pronto posible dicha Versión, a fin de evitar inconvenientes y traumatismos en la gestión de la entidad.
- Se recomienda a los responsables del archivo de gestión conservar los documentos con las condiciones de seguridad mínimas para preservar la integridad física o de contenido de los mismos. Cabe mencionar que la documentación física y la digitalizada representan el patrimonio documental de la entidad, por tanto su custodia es garantía de la preservación de la memoria institucional.
- Se requiere dar cumplimiento al procedimiento de Transferencia, de tal manera que se adelanten todas las actividades en materia de Gestión Documental a fin de transferir los documentos de los archivos de gestión al archivo central de conformidad con el registro tabla de retención documental adoptadas por la entidad, evitando aglomeración de documentos en las oficinas.
- Se recomienda incluir dentro del mapa de riesgos de Gestión Documental los riesgos que fueron identificados en el PINAR y realizar su análisis, valoración y tratamiento.

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.



- Se realizó la revisión del Índice de Información Clasificada y Reservada, el cual se encuentra publicado en la página WEB. Dado que este no es un documento rígido, y que está sujeto a cambios, no se aprobó mediante acto administrativo.

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 dé 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 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.
- La matriz de riesgos por procesos cuenta con controles a los cuales se les realiza gestión, cuyos avances se gestionan y evidencian en Almera

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