



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS** ESE

**INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO
JUNIO A DICIEMBRE DE 2023**

**E.S.E HOSPITAL REGIONAL II NIVEL SAN MARCOS
SUCRE**

**PRESENTADO A:
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE SUCRE**

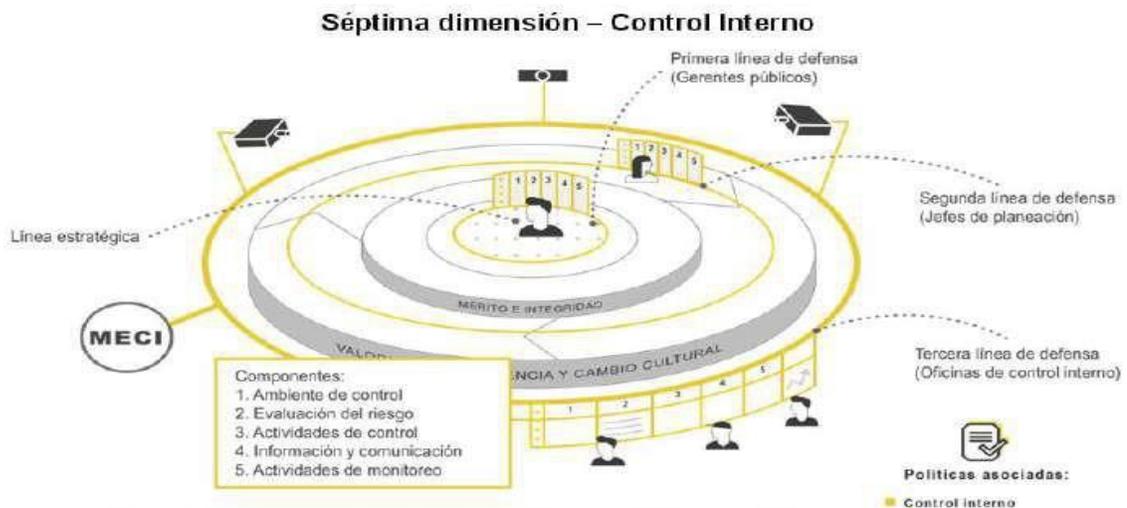
**ELABORO:
JOSE LUIS LEON MUÑOZ
ASESOR CONTROL INTERNO**

SAN MARCOS, ENERO DE 2024

INTRODUCCION

El informe ejecutivo anual de Control Interno, según el Decreto 1083 de 2015 se fundamenta en informar sobre el estado del Sistema de Control Interno, los resultados de la evaluación de gestión y las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de los recursos, con el fin de mejorar los servicios que presta el Ese Hospital Regional II Nivel de San Marcos con mayor eficiencia y eficacia.

Con la nueva actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, Decreto No. 1499 de 2017, donde el MECI se incorpora al Modelo y queda inmerso en las dimensiones del sistema, con el propósito de generar resultados de la gestión de la entidad de acuerdo a los lineamientos correspondientes de cada dimensión. La séptima dimensión es la de control Interno por lo tanto es competencia de Control Interno hacer el respectivo seguimiento a los cinco componentes:



Fuente: Manual Operativo MIPG – versión publicada en Página web Función Pública 29-01-2018

1. Ambiente de control
2. Evaluación del riesgo
3. Actividades de control
4. Información y comunicación
5. Actividades de monitoreo.

En este informe se refleja el estado actual de Control Interno corte 31 de DICIEMBRE de la vigencia 2023, con el propósito de promover el mejoramiento continuo de La ESE en el cumplimiento de su misión.

La implementación del modelo MIPG promoverá el mejoramiento continuo de la entidad, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos, procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste.

El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

Con el propósito de fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública emanados en la ley 1474 de 2014 de deberá tener en cuenta los lineamientos plasmados en el manual técnico del sistema de gestión MIPG, decreto 1499 de 2017.

1. AMBIENTE DE CONTROL:

Dentro del componente direccionamiento estratégico, la ESE cuenta con el Plan Estratégico donde se estableció la Misión, Visión, Objetivos y Metas, contando con excelentes resultados especialmente en todo lo relacionado con el riesgo financiero de la entidad, se logró de manera estratégica llevar a la entidad a un muy buen posicionamiento con mayor venta de servicios médicos, atención humanizada y equipos que devolvieron la confianza de la ciudadanía en la institución.

Se ha llevado a cabo el ejercicio de alineación a los planes de acción no al ritmo deseado debido a las dificultades que ha generado la Fusión de entidades y el bloqueo de la MINGA indígena: los acuerdos de gestión, programas y proyectos institucionales con los líderes de los procesos, se debe intensificar y lograr ser más dinámicos para lograr avanzar. Se espera que se ajuste y fortalezca el MIPG y su respectivo seguimiento.

Las actividades de actualización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fueron incluidas en el cronograma de tareas de los planes de acción anuales al igual que el Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional y Riesgos SARLAFT lavado de activos y financiación al terrorismo.

La institución tiene indicadores de obligatorio cumplimiento, medición y reporte, tales como los de calidad, financieros, satisfacción entre otros y se da estricta aplicabilidad, se recomienda construir los indicadores por procesos a través de las etapas de normalización de estos. Los indicadores de gestión se miden adecuadamente de acuerdo a los objetivos institucionales y acatando la normatividad vigente.

Así mismo la entidad desde del área de control interno en su quehacer administrativo y de transparencia monitorea constantemente el reporte de información de obligatorio cumplimiento a los entes de control como la

Superintendencia de Salud, Contraloría, Contaduría General de la Nación, SECOP, SIA Observa, SIACONTRALORIA, FURAG, ITA y demás que sean requeridos por la ley.

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO:

En cumplimiento con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se acogió a los lineamientos dados por la Función Pública en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, la cual unifica criterios con el Plan anticorrupción; su actualización es un proceso dispendioso porque abarca los posibles riesgos que se puedan presentar en la entidad.

La Evaluación del riesgo es un proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

La entidad durante el segundo semestre del año 2023 ha realizado un proceso de recopilación y análisis de información para los ajustes necesarios y aplicar los nuevos lineamientos de la versión actualizada, la ESE adopto el Manual de Gestión del Riesgo.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL:

Las actividades del control son acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos. Se desarrollaron estas actividades:

AUDITORÍA INTERNA

El comité Institucional de Control Interno aprobó en febrero de 2023 mediante la resolución N° 0101 de 2023 el Plan de Auditorías para su vigencia que contiene auditorías internas, el reporte de informes de ley y las actividades de seguimiento a los procesos.

El avance de este plan ha sido muy lento, debido a las dificultades que ha generado la Fusión de entidades y el bloqueo de la MINGA indígena, al volumen de información que se maneja para realizar las auditorías y actividades de seguimiento, la presentación de los respectivos informes de ley se cumple de manera puntual, se requiere además una campaña de socialización y creación de cultura referente a la importancia del control interno en el hospital, logrando así consolidar la cultura y compromiso por parte de los funcionarios.

PLANES DE MEJORAMIENTO:

Actualmente la entidad no posee planes de mejoramiento con la Contraloría Departamental de Sucre ni con la Superintendencia Salud.

PLAN ANTICORRUPCIÓN

El plan Anticorrupción cumple con los lineamientos de la Ley 1474 de 2011 sobre las estrategias para la construcción del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano. a la fecha se le han practicado los 3 seguimientos que exige la ley.

5. INFORMACION Y COMUNICACION

La institución para dar cumplimiento a la normatividad tiene establecido los siguientes planes:

1. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
2. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
3. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

El Hospital con el propósito de mejorar la prestación del servicio de la salud pública, como derecho fundamental del individuo, ha implementado el sistema de buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias ubicados en lugares estratégicos para que los clientes y usuarios depositen sus inconformidades o sus felicitaciones, que persigue la mejora continua de los servicios ofertados por la entidad.

Según el proceso implementado en la oficina de SIAU se da apertura cada quince días; el comité de PQRS es el responsable de su apertura y tramite respectivo, según el último reporte por la oficina de Atención al Usuario en lo recorrido de JUNIO a DICIEMBRE de 2023 se radicaron 8 PQRS (5 QUEJAS Y 3 FELICITACIONES).

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Las actividades de monitoreo, busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente, es por ello que la entidad ha iniciado proceso para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG.

Para la implementación del MIPG, se han llevado a cabo los siguientes pasos:

Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.

Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.

Página Web: www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov

- Revisión y análisis de referente normativo.
- Reuniones directivas, para estudio de la implementación del Modelo Integrado de Gestión y Planeación MIPG.
- Autodiagnóstico.
- Creación Comité de Gestión y Desempeño, mediante acto administrativo.
- Adopción del código de Integridad, mediante acto administrativo
- Adopción del estatuto de Auditoría Interna
- Adopción del Código de Ética del Auditor Interno
- Se efectuó el desarrollo de los Autodiagnósticos y se establecieron los planes de acción según priorización dada por el Modelo.

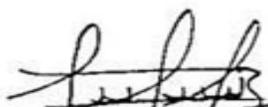
El Hospital se encuentra en ejecución de los planes de acción que arroja la matriz, ha incorporado aquellas actividades más relevantes dentro del plan operativo anual para su respectivo seguimiento.

Su avance ha sido muy rápido y muy productivo; la Asesoría de Planeación ha realizado capacitación personalizada a cada líder de proceso y acompañamiento en el diligenciamiento de las matrices del MIPG, igualmente se ha creado concientización a sus responsables en su importancia como una gran herramienta para el desarrollo institucional el porcentaje de implementación es del 88% como se evidencia en el informe parametrizado semestral de control interno del DAFP.

RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal que labora en la ESE en temas de clima laboral, trabajo en equipo y liderazgo, teniendo en cuenta que existen personas de carrera administrativa y personal en nombramiento de provisionalidad.
- Asignar a una persona responsable para la gestión del riesgo y que se encargue de efectuar y verificar su cumplimiento de acuerdo al mapa riesgo y que sea un enlace entre la Asesoría de Control Interno y la ESE.
- la entidad debe seguir operando de manera eficaz, aún en presencia de condiciones excepcionales priorizando los procesos, recursos, programas y proyectos de mayor impacto para la ESE, que al combinarlos con la experiencia y conocimiento logrará mantener y avanzar en su misión.

Atentamente,



JOSE LUIS LEON MUÑOZ
ASESOR CONTROL INTERNO
ESE HOSPITAL SAN MARCOS

Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.
Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.

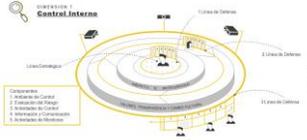
Página Web: www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co
E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov

Nombre de la Entidad:

ESE HOSPITAL REGIONAL II NIVEL SAN MARCOS

Período Evaluado:

01/07/2023 A 31/12/2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

88%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Cada componente se verifica en su operatividad, para ello se han implementado los autodiagnósticos definidos en el MIPG, designando responsable para cada una de las actividades que se formulan para avanzar en la implementación de las 15 políticas y 7 dimensiones. Se realiza el seguimiento a cada autodiagnóstico, evidenciando un avance en el 88% de cumplimiento promedio de los 15 autodiagnósticos que actualmente se aplican, se socializan avances en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de Control Interno es efectivo, a pesar de estar en proceso de implementación, las acciones y actividades que se ejecutan en la entidad permiten lograr los objetivos tanto a nivel general como a nivel de procesos, no obstante, se requiere dar continuidad con la implementación de lineamientos y reforzar lo que actualmente se tiene, esto con el propósito de obtener más y mejores resultados.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	A pesar que la estructura de la entidad, permite contar con las líneas de defensa, que de una u otra forma toman decisiones relacionadas con el control, esto en especial se ve reflejado en las dos subdirecciones (Científica y Administrativa), que para el caso de la estructura de la entidad corresponden a la primera línea de defensa. No obstante se requiere reforzar el esquema.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	85%	FORTALEZAS: 1-Comité de Control Interno conformado y activo. 2- Definida política de administración del riesgo. 3-Manual de funciones y competencias laborales que identifica funciones, perfiles y requerimientos para cada uno de los cargos. 4-El Comité de Control Interno de la entidad conoce y aprueba el plan de auditoría de la oficina de Control Interno.	35%	En el Hospital la Alta dirección está comprometida con la integridad y valores del servidor público, en las actividades de socialización y evaluación de su cumplimiento, fortaleciendo el compromiso institucional de los líderes y equipos de trabajo. Se realiza seguimiento y evaluación a la Gestión institucional. Se cuenta con la política de administración del riesgo actualizada, la cual contempla los niveles de responsabilidad y compromiso frente al riesgo.	50%
Evaluación de riesgos	Si	91%	FORTALEZAS: 1-La entidad cuenta con un mapa de procesos, caracterizaciones y mapas de riesgos tanto por procesos como institucional actualizados. 2-Mensualmente se mide el cumplimiento de los indicadores formulados en el plan de acción ante la superintendencia Nacional de Salud. 3- la oficina de planeación consolida los riesgos identificados en los mapas de riesgo por proceso. 4-la alta dirección analiza las auditorías y se formula planes de mejora. 5-Cumple permanentemente con la rendición de todos los informes solicitados por los entes de control. DEBILIDADES: 1. El Hospital no tiene establecido una política que permita identificar la ruta para resolver conflicto de intereses. 2- La entidad no ha fortalecido la sensibilización a todos los trabajadores para comunicar los posibles riesgos de corrupción que se puedan evidenciar. 3- El comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional no es operativo. 7- El Hospital no cuenta con una metodología para realizar las evaluaciones al personal que se encuentran en provisionalidad.	56%	Los responsables de gestión del riesgo establecen acciones de control que gestionan las causas y disminuyen las consecuencias. Los líderes de proceso realizan el monitoreo a las actividades de control y la Oficina de control interno realiza seguimiento de manera anual, en el que evalúa el diseño del control, la ejecución y efectividad de las acciones de control formuladas.	35%
Actividades de control	Si	79%	FORTALEZAS: 1. El Hospital cuenta con un manual de funciones actualizado, un mapa de procesos y una estructura organizacional definida. 2. La entidad ha fortalecido sus recursos físicos, tecnológicos y humanos. 3. Se realizan actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales y otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de actividades de control. DEBILIDADES: 1. No se evidencia la evaluación de los controles frente a la gestión del riesgo solo cuando se le solicita información a los jefes de dependencia. 2. No se evidencia verificación de controles por parte de los responsables por procesos.	46%	Los responsables de gestión del riesgo establecen acciones de control que gestionan las causas y disminuyen las consecuencias. Los líderes de proceso realizan el monitoreo a las actividades de control y la Oficina de control interno realiza seguimiento de manera anual, en el que evalúa el diseño del control, la ejecución y efectividad de las acciones de control formuladas.	33%

<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>93%</p>	<p>FORTALEZAS: 1. La entidad cuenta con sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos. 2. La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. 3. El Hospital cuenta con canales de comunicación externos como página web institucional, Líneas telefónicas, correos electrónicos institucionales, Carteleras y redes sociales. DEBILIDADES: 2. La entidad no tiene implementado políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva. 3. La entidad no cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar. 4. La entidad no analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</p>	<p>43%</p>	<p>Se tienen establecidos espacios de participación con la comunidad y con la asociación de usuarios permitiendo una veeduría y control social permanente, se cuenta con página Web, la entidad cuenta con una oficina de atención al usuario en donde son presentadas las Peticiones Quejas, Reclamos y Felicitaciones, se realizan encuestas mensuales para la medición de la satisfacción del usuario, el informe de gestión de PQR en donde se analiza el indicador de oportunidad y se formulan acciones de mejora para incrementar el porcentaje de oportunidad.</p>	<p>50%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>93%</p>	<p>FORTALEZAS: 1. El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría. 2. La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes periódicas que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos. 3. El Hospital realiza planes de mejoramiento a las evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, principalmente las realizadas por la Contraloría. 4. Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad. DEBILIDADES: 1. No se implementa procedimientos de monitoreo continuo. 3. La entidad carece de políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno, sin embargo es claro que los reportes se deben realizar a la alta dirección. 4. la oficina de control interno realiza la verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones.</p>	<p>64%</p>	<p>A través de la ejecución Plan anual de auditorías, se generan las recomendaciones que permiten fortalecer los puntos de control definidos y establecer nuevos controles, como también a la generación de los planes de mejoramiento, los cuales permiten tomar acciones de mejora a los diferentes procesos y subprocesos de la entidad</p>	<p>29%</p>