



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO  
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO**

### **OBJETIVO GENERAL**

De acuerdo al artículo 9 de ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suarez de Bello, se propuso realizar seguimiento cuatrimestral pormenorizado al estado del Sistema de Control Interno del periodo comprendido de abril a julio de 2016.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar la evaluación cualitativa de los módulos y el eje transversal y cada uno de sus elementos del Sistema de Control Interno de la entidad.
- Determinar los avances obtenidos frente a las recomendaciones planteadas en la evaluación anterior.
- Elaborar las recomendaciones pertinentes para la mejora del estado del Sistema de Control Interno.

### **ALCANCE**

- Se realizara seguimiento al estado del Sistema de Control Interno durante el cuatrimestre Abril a Julio de 2016.

### **EVALUACIÓN CUALITATIVA AL SISITEMA DE CONTROL INTERNO ABRIL A JULIO DE 2016**

#### **FORTALEZAS**

#### **MODULO DE PLANEACION Y GESTIÓN**

##### **Componente De Talento Humano**

- La entidad cuenta con Manual de funciones y competencias laborales actualizado y adoptado mediante acto administrativo acuerdo 012 de 2016.
- La entidad cuenta con Plan de Formación y Capacitación adoptado mediante resolución 069 de 2016.
- Para la vigencia 2016, se elaboró y adoptó el Plan de Bienestar Social, mediante la Resolución 005 de enero de 2016
- La entidad cuenta con identificación de la cultura organizacional como la Misión, Visión, esta con alcance a 2016 y los objetivos institucionales inmersos en el plan de desarrollo 2012-2016.

### **Componente De Direccionamiento Estratégico**

- En el elemento de Modelo Operativo por Procesos se cuenta con mapa de procesos adoptado por la resolución 093 de 2015 y divulgado en los medios de comunicación interna de la institución
- Se cuenta con la documentación de los procesos y subprocesos adoptados por medio de la resolución 149 de 2015 y socializados con su respectivo responsable a cargo.
- En el elemento de estructura organizacional, cuenta con organigrama y planta de cargos institucional aprobada por junta directiva en el manual de funciones y competencias laborales del año 2015.
- El elemento "Indicadores de Gestión" la entidad cuenta con indicadores diseñados en el Plan Operativo Anual y Plan de Gestión, estos apuntando al cumplimiento del Plan de Desarrollo, seguimiento realizado bimestralmente en comités de gerencia para el periodo institucional 2012-2016

### **Componente De Administración Del Riesgo**

- La entidad cuenta Manual Metodológico para la administración del riesgo adoptado por la resolución 147 de 2015.
- La entidad cuenta con la identificación de los riesgos en los procesos consolidados en el Mapa de Riesgos por procesos de la institución.

## **MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

### **Componente De Auditoria Interna**

- En este componente la entidad cuenta con Manual de Auditoria interna, adoptado por resolución 044 de 2015.
- Además reporta y presenta el informe ejecutivo anual del Sistema de Control Interno vigencia 2015 de acuerdo a los lineamientos del Departamento de la Función Pública.

### **Componente de plan de Mejoramiento**

- La entidad cuenta con procedimiento documentado de Planes de Mejoramiento que pertenece al subproceso de medición, análisis y mejora, proceso MECI, el seguimiento a las acciones de mejoramiento se realiza de manera trimestral, como lo establece la circular interna 110 de febrero de 2015 y se realiza desde la Oficina de Control Interno, lo que permite monitorear periódicamente las acciones definidas y consolidar la calificación porcentual y cualitativa, de manera que se genera información del estado de avance y/o cumplimiento de los Planes de Mejoramiento.

## EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### Componente de Información y Comunicación

- En el elemento de Información Interna y Externa, La entidad cuenta con Comité Interno de Archivo, reglamentado mediante resolución 096 de 2013, además elaboró Plan de Comunicaciones Anual.
- Se adelantó la construcción del Programa De Gestión Documental de la Institución.
- En el elemento de Sistemas de Información y Comunicación, se cuenta con canales de información internos como la intranet y posee un sistema de información llamado Dinámica Gerencial,
- La Oficina de Atención al Usuario realiza encuestas para recolectar información de los usuarios y medir la satisfacción del mismo.

## DEBILIDADES

### MODULO DE PLANEACION Y GESTIÓN

La Visión Institucional tiene un alcance hasta el año 2016 y los Planes de operación están diseñados hasta marzo de la misma vigencia, cabe resaltar que a julio de 2016 no se ha construido los planes, programas y proyectos para el periodo institucional del 2016 – 2020.

### Componente De Talento Humano

- En la entidad se cuenta con los principios y valores que están inmersos en el plan de desarrollo de la administración pasada, el cual fue adoptado por el Acuerdo 010 de 2012, pero los cuales no fueron construidos participativamente con los servidores, a la fecha no se ha construido un nuevo Plan de desarrollo por lo tanto no se cumple con los requisitos planteados por el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), donde se menciona que dichos principios y valores deben ser construidos participativamente.
- El Plan de capacitación aprobado y adoptado mediante la resolución 069 de 2016, no se ha adelantado tal cual está programado, su porcentaje de ejecución es bajo.
- La entidad no cuenta con esquemas que permitan realizar evaluación al programa de Bienestar Social y Plan de Incentivos, de manera se pueda medir su impacto en los empleados.
- La entidad no desarrolla programas para los prepensionados para el retiro del servicio, como lo menciona el artículo 75 del Decreto 1227 de 2005.

### Componente De Direccionamiento Estratégico

- La entidad aun tiene el Plan de Desarrollo, los Planes Operativos Anuales con corte a Marzo de 2016, no se han elaborado los objetivos institucionales para el próximo periodo institucional 2016- 2020.
- En el Modelo de Operación por Procesos la entidad no cuenta con indicadores para medir la eficacia, eficiencia y efectividad a nivel interno de los procesos y subprocesos.
- Los procesos se revisan y ajustan por petición de la gerencia y/o solicitud del coordinador del mismo o como resultado de las auditorías internas realizadas, en la entidad no se ha definido una periodicidad para la revisión y ajuste en los procesos.
- La entidad no ha dado aplicabilidad a la formulación y elaboración de los Acuerdos de Gestión, del segundo nivel directivo, es decir para los Subgerentes Administrativo y Científico para la vigencia 2016
- La entidad cuenta con la resolución 149 de 2015 “ por medio de la cual se adopta la actualización de los procesos de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suarez”, dicho acto administrativo no adopta el Manual de procesos y procedimientos, según Manual técnico del Modelo estándar de Control Interno en el componente Direccionamiento estratégico, elemento Políticas de operación, según el Decreto 943 de 2014, sí bien es cierto se encuentra publicado en los canales de información interna, falta su adopción por acto administrativo.

### Componente De Administración Del Riesgo

- El contexto estratégico del Mapa de riesgos Institucional no contempla factores internos y externos tales como: políticos, ambientales, financieros, contables, según la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, con base en la guía para la administración del riesgo del departamento de la función pública y el manual metodológico para la administración del riesgo de la institución, se puede evidenciar que no se realiza un análisis completo y claro de las condiciones internas y del entorno que pueden generar eventos de oportunidades o que afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de la institución.
- La entidad no ha empleado una metodología de diseño e implementación de controles aplicables a los riesgos por procesos, con el fin de administrar el riesgo, de manera que mitigue la materialización del riesgo residual.
- Realizada la verificación al manual metodológico para la administración del riesgo y al mapa de riesgos por procesos de la entidad se evidencia que identifica, analiza y valora cada uno de los riesgos Inherentes identificados en los procesos, pero no se observa la consolidación de los riesgos residuales y su valoración (críticos, moderados y leves), de manera que facilite la elaboración del mapa institucional.

## MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### Componente De Autoevaluación Institucional

- En la entidad no se realizan o se ejecutan actividades de autoevaluación al interior de los procesos, según Manual Técnico del Modelo estándar de Control Interno, en su componente de Autoevaluación Institucional, elemento autoevaluación y control a la gestión según (Decreto 943 de 2014), en el se menciona que se deben ejecutar actividades de autoevaluación y que a través de estas se genere una disciplina al interior de los procesos de manera que la autoevaluación se convierta en el día a día de la entidad.

### Componente de Planes de Mejoramiento

- La entidad no ha formulado planes de mejoramiento individuales por servidor, producto de las evaluaciones de desempeño.

## EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### Componente De Información Y Comunicación

- Realizada la verificación del Manual de procedimientos de Archivos de gestión y archivo central, se pudo evidenciar que se tiene definido la conducta frente a la eliminación documental, pero no se ha adoptado y aprobado por lo tanto lo tanto no se aplica esa conducta.
- Aún no han sido aprobadas las tablas de retención documental por parte del Consejo Departamental de Archivo, ya que fueron devueltas por falta de estudio de unidad documental y explicación metodológica.
- La entidad no realiza seguimiento y medición de la eficiencia, eficacia y efectividad, de la estrategia de Comunicación Interna, ni se tiene establecido su periodicidad, se encuentra en construcción la Guía de Comunicaciones donde se definirá dichos puntos.

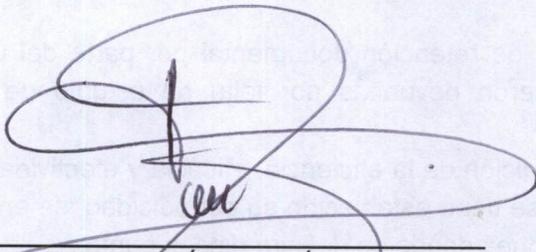
## AVANCES OBTENIDOS RESPECTO A LA EVALUACION ANTERIOR Y RECOMENDACIONES REALIZADAS

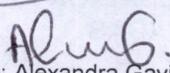
- En la entidad se ha realizado la evaluación de desempeño correspondiente al primer semestre 2016 a un total de 36 empleados en carrera administrativa, correspondiente al 76% de total.
- Según Fuente de información Marconet, la entidad cuenta con la construcción de 9 procedimientos, 58 protocolos y 9 instructivos

## RECOMENDACIONES

Desde la Oficina de Control Interno, se recomienda para la entidad, fortalecer sus esfuerzos en los puntos más débiles que afectan la evaluación del Sistema de Control Interno, a partir de la dinamización de los equipos de trabajo:

- Construir participativamente el documento ético en la entidad para el periodo 2016 – 2020.
- Incluir en el plan de capacitación temas que fomenten el trabajo en equipo y fomento de la cultura del autocontrol en la entidad.
- Realizar evaluación periódica al programa de bienestar e incentivos, de manera que se pueda medir su impacto en cuanto a la eficiencia y eficacia de los empleados.
- Incluir en el programa de bienestar social, programas para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio, como lo menciona el artículo 75 del Decreto 1227 de 2005.
- Construir los acuerdos de gestión, de manera que se permita hacer seguimiento a los objetivos propuestos por la administración.
- Adoptar mediante acto administrativo el Manual de Procesos y procedimientos y Manual de procedimientos de archivos de gestión y archivo central
- Ajustar el Contexto estratégico de los riesgos del hospital teniendo en cuenta los factores económicos, políticos, contables, tecnológicos y legales tanto externos como internos.
- Construir matriz de riesgos institucionales, para la identificación de los riesgos críticos, moderados y leves de la organización, identificando cuales riesgos afectan el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad.
- Diseñar e implementar herramientas de autoevaluación en los procesos.
- Realizar revisión de la eficiencia, eficacia y efectividad de la estrategia de Comunicación Interna, y establecer una periodicidad para su evaluación.

  
\_\_\_\_\_  
JOVANY PINZÓN PINZÓN  
Asesor Control Interno  
Hospital Marco Fidel Suárez de Bello

  
Elaboro y proyecto: Alexandra Gaviria Herrera