

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ

Aplicando el Decreto 1499 de septiembre 17 de 2017 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y el cual en el Título 23 presenta la articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. Donde El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades. Por lo tanto, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez haciendo el análisis de la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Gestión y Planeación MIPG, la cual consta de cinco (5) componentes: Ambiente de Control; Gestión de Riesgos Institucionales; Actividades de Control; Información y Comunicación y por último Monitoreo o Supervisión Continua.

Ahora bien, la Circular Externa N° 100-006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, define los lineamientos generales para el informe semestral de la evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno de las entidades públicas, esto con el fin de dar cumplimiento al Decreto 2106 de 2019, que en su artículo 156 limita las fechas para la publicación de los mismos, por lo tanto, con corte a diciembre 31 la fecha del 31 de enero y con corte a junio 30 la fecha límite del 30 de julio de la vigencia.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

Asesor de Control Interno

Carlos Arturo Paternina Moreno

Corte junio 30 de 2020.

Política de Control Interno.

Avances y Dificultades

1. Ambiente de Control.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, con el objetivo de asegurar un Ambiente de Control que es el fundamento de todos los demás componentes del Control Interno, debe disponer de los escenarios mínimos para el ejercicio del mismo, por lo tanto sigue con el compromiso, el liderazgo, la responsabilidad y los lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en este sentido se ha estado implementado un adecuado Ambiente de Control, estableciendo los siguientes lineamientos básicos:

En el lineamiento N° 1 donde la ESE demuestra el compromiso con la integridad (valores y principios), se tiene: Se documentó el Código de Integridad

con base en los lineamientos del MIPG, y actualizando el Código de Ética existente, con el cual contaba la ESE, la formulación del Código de de la institución se realiza por parte del área de Gestión Humana y se adopta por medio de la Resolución 118 de 2020. Es prioritario para la ESE la socialización e interiorización del mismo y verificar el cumplimiento del Código de Integridad por parte del personal de la Entidad.

En el manejo de los conflictos de interés, la ESE creó la Oficina y el Comité de Control Interno Disciplinario, el cual se encuentran reglamentado por medio de la Resolución 076 de 2018 y se reúne de acuerdo a la necesidad de la institución y también el Comité de Convivencia Laboral éste reglamentado por medio de la Resolución 045 de 2019 y sesiona cada tres (3) meses. Desde la Oficina de Control Interno, se hace la verificación del funcionamiento de dichos comités, además de verificar los procesos disciplinarios y su debido proceso.

Se cuenta con una Política de tratamiento de datos personales (implementado en enero de 2019), un Programa de Gestión Documental (reglamentado por medio de la Resolución 023 del 14 de enero de 2020). para el año 2013 se inició con la ejecución en la institución de la Historia Clínica Electrónica; inmersa dentro de los proyectos del Plan de Desarrollo 2013-2016 e implementación de la estrategia de Gobierno en Línea, hoy denominada Gobierno Digital se encuentra asentada en la página web institucional en la Sesión Transparencia. La Oficina de Control Interno realiza seguimiento de manera cuatrimestral, a la implementación de la estrategia de Gobierno Digital y el componente de Transparencia y Acceso a la Información el cual está inmerso en el Plan Anticorrupción de la ESE.

La Oficina de Control Interno realiza el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de manera cuatrimestral, este es publicado en la página web institucional y socializado en la los Comités de: Gerencia; Comité Institucional de Gestión y Desempeño; Comité Institucional de Control Interno.

En la ESE se cuenta con canales de comunicación para los usuarios donde se reciben inquietudes, solicitudes o denuncias. Se cuenta con una línea nacional para la solicitud de información o requerimientos y se tiene un enlace en la página Web institucional, la cual dirige a los usuarios a un chat de whatsapp donde se solucionan solicitudes o denuncias. Desde el Comité Coordinador de Control Interno, no se ha realizado seguimiento a las denuncias recibidas por medio de estas líneas.

En el lineamiento N° 2 como la ESE está aplicando los mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno, en éste se tiene: La ESE Hospital Marco Fidel Suárez conformó el Comité Coordinador de Control Interno por medio de la Resolución 163 de 2018, este se realiza de manera semestral o de acuerdo a la necesidades del mismo. El Comité está realizando el seguimiento a una realidad financiera, debido a la disminución de la demanda de servicios en el hospital a causa del COVID 19, donde la alta dirección a planteado una serie de escenarios financieros para mitigar el impacto

generado, por lo tanto, se está realizando seguimiento semanal a lo programado en los cuatro escenarios planteados, versus los resultados reales presentados en la entidad.

La ESE ha tenido un Plan de Desarrollo para el cuatrenio anterior, actualmente se tiene plazo para implementarse a septiembre de 2020, en cada vigencia se ejecuta a través del Plan Operativo Anual de estos son responsables la Alta Gerencia (línea estratégica); la primera línea de defensa se encarga de la planeación del mismo; la segunda línea de la ejecución de los planes y la tercera línea de defensa que es la Oficina de Control Interno de la ESE, se encarga de la verificación del cumplimiento de los programas, proyectos, metas y actividades proyectadas. El Comité Coordinador de Control Interno, debe aprovechar el espacio para verificar el cumplimiento de las metas de los planes estratégicos y operativos.

La Alta Dirección del hospital como línea estratégica trabaja de la mano con las tres líneas de defensa de la ESE: la primera que es la encargada de planear, la segunda que ejecuta lo planeado y la tercera que se encarga de verificar el cumplimiento de lo planeado y lo ejecutado, dándole cumplimiento a lo planteado se realiza un Comité Institucional de Gestión y Desempeño de manera mensual, también se realiza el Comité de Gerencia cada quince (15) días, con todos los coordinadores de área. También se evalúa por parte de la Junta Directiva de la ESE el cumplimiento del Plan Operativo Anual y se valora la Gestión del Gerente. La Oficina de Control Interno ejerce un seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos planeados, por medio de los Planes de Mejoramiento Institucional. El cual es realizado de manera trimestral. Y el seguimiento al cumplimiento del Plan Operativo Anual POA, a través de la Gestión por Dependencias.

En el lineamiento N°3 como la ESE establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección, en éste se tiene:

Se cuenta con una política de administración del riesgo reglamentada (Resolución 256 de 2017), se viene trabajando desde las áreas de Calidad y Control Interno en la actualización de los riesgos por procesos, en particular lo del área asistencial. Además frente a la emergencia Sanitaria Nacional a causa del COVID-19, la institución creó una matriz de riesgos COVID para realizar seguimiento a los procesos que pueden verse afectados a causa de este suceso. Se debe finalizar con la actualización de la matriz de riesgo institucional, la cual incorpora todos los procesos de la entidad. Lo anterior para dar cumplimiento a la evaluación y seguimiento de los controles establecidos en cada uno de ellos.

La matriz de riesgos institucional: incorpora el análisis de cada uno de los riesgos, determina la probabilidad y el impacto de estos generan y estima la zona de riesgo y la aceptabilidad del mismo. Se debe finalizar con la actualización de la matriz de riesgos institucionales, de todos los procesos de la entidad. Además de realizar el seguimiento y la evaluación a los controles.

Se realiza por parte del área de Planeación el seguimiento al cumplimiento de las Estrategías, los proyectos, actividades, metas e indicadores del Plan Operativo Anual, donde se presenta informes trimestrales a la Junta Directiva. También se cuenta con el Informe de Gestión por Dependencias anual, que realiza la Oficina de Control Interno y se entrega antes del 31 de enero. Pero se tienen dificultades en el cumplimiento de los tiempos de entrega de la información por parte de los responsables y hay que fortalecer los controles para la entrega oportuna de la misma.

El linamiento N°4 el compromiso con la competencia de todo el personal de la ESE, por lo que la Gestión del Talento Humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público—ingreso, permanencia y retiro; en éste se tiene:

Se cuenta con un Plan anual de Capacitaciones (Resolución 047 de 2020); Plan de Bienestar Social de Estímulo e Incentivos (Resolución 038 de 2020), Plan Anual de Vacantes (Resolución 039 de 2020) y Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (Resolución 043 de 2020), también se realiza la concertación de objetivos con el personal vinculado a la entidad. Y las valuaciones de desempeño por parte de las agremiaciones al personal tercerizado. El comportamiento de estos planes en el primer semestre de 2020, es el siguiente, ver cuadro N° 1:

Cuadro N° 1: Planes de Gestión Humana HMFS, enero1-junio30 de 2020.

Planes de Gestión Humana HMFS de 2020			
Planes	Programación Anual	Actividades Ejecutadas	% Cumplimiento
Plan de Bienestar Social, Estimulos e Incentivos	36	16	44,4
Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	174	54	31
Plan Anual de Capacitación	31	17	54,8

Fuente: Gestión Humana ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Los planes de Gestión Humana están apuntando a los objetivos estratégicos de la ESE y tienen el siguiente cumplimiento, entre enero y junio del 2020: el Plan de Bienestar Social, Estimulos e Incentivos un 44,4%, un 5,6% por debajo de la meta en el semestre; el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo un 31%, es

decir está un 19% menos de la meta programada y el Plan Anual de Capacitación un 54,8%, con un 4,8% por encima de lo programado.

En la ESE se cuenta con el proceso de selección e ingreso del personal, a cargo del área de Gestión Humana, se debe realizar el seguimiento al cumplimiento de los procesos establecidos en la entidad, para la selección del personal.

En la ESE se realizan las concertación de objetivos del personal vinculado y la evaluación de desempeño primer semestre 2020. También las Evaluaciones aplicadas por parte de las agremiaciones y los respectivos planes de mejoramiento individual. Se debe realizar seguimiento al comportamiento de las evaluaciones de desempeño del personal y al cumplimiento de los planes de mejoramiento individual.

Se comunica de manera informal la responsabilidad de cada uno de los funcionarios en el desarrollo del Control Interno, en cada una de las áreas. Sin embargo, se socializan el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, los Informes de Auditoría Interna y los Informes de las Obligaciones Legales. Pero no se tiene y por lo tanto se debe documentar una Política del Control Interno.

Se cuenta en el Proceso de Gestión Humana con un subproceso de Gestión de Desvinculación, para ello se tienen los formatos de paz y salvo y el formato de entrega de activos fijo. Se debe verificar el cumplimiento del subproceso de desvinculación y el soporte de los formatos requeridos.

Se cuenta con un Plan anual de Capacitaciones, una plataforma para los procesos de inducción, reinducción y capacitación. Además, se creó el Plan de capacitaciones COVID, para el manejo de la emergencia sanitaria por dicho virus. Se realiza la revisión del cumplimiento de las capacitaciones programadas, las cuales con corte al 30 de junio de 2020, se han cumplido en un 54,8% con 17 capacitaciones realizadas de 31 programadas.

La supervisión de los contratos se encarga de verificar el cumplimiento de los objetivos de cada uno de los contratistas de apoyo de manera mensual; además la oficina de Control Interno en su plan de auditoria interna, evalúa el cumplimiento de estos contratos. En las auditorías realizadas se han propuesto acciones de mejora tendientes a fortalecer el proceso de interventoría y/o supervisión, para que haya cumplimiento de los objetos contractuales por parte de los contratistas.

Lineamiento N° 5 la entidad ha establecido líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno, en éste se tiene:

En la primera línea de defensa se tienen unos planes establecidos con fecha de cumplimiento y responsable, los cuales se suben a la página web institucional antes del 31 de enero de cada año. La segunda línea es la responsable de la ejecución de estos planes con unas metas e indicadores establecidos en cada

uno de los proyectos, además de informes legales que se solicitan desde los órganos de control externo. La tercera línea de responsabilidad de la Oficina de Control Interno verifica el cumplimiento de los planes y la presentación de los informes, además también tiene bajo su cargo otros informes legales, detectando las desviaciones que se puedan presentar, esperando que los responsables implementen las respectivas acciones de mejora para corregir los hallazgos revelados. Se debe empoderar a las líneas de defensa frente a sus funciones en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Desde la Alta Dirección, se realiza el seguimiento mensual al comportamiento del Estado de Resultados de la ESE. En esta coyuntura ante la crisis de la pandemia por el COVID-19, se han planteado varios escenarios para mitigar la disminución en la demanda de servicios, con la racionalización de los costos y gastos tratando de disminuir la pérdida operacional. Desde el área de Control Interno se viene haciendo el respectivo acompañamiento a la Alta Gerencia en las estrategias para mitigar o disminuir la pérdida operacional de la entidad.

Por medio de la evaluación al Plan Operativo Anual POA, de manera trimestral se toman decisiones si se presentan desviaciones, en el presupuesto con el seguimiento de los rubros, los costos y gastos desde el análisis que se realiza en la Dirección Financiera y así con cada uno de los planes institucionales que se están ejecutando, con la información suministrada por la segunda y tercera línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de metas y objetivos. Debe haber rigurosidad en el cumplimiento de las metas programadas, con el constante monitoreo de las metas establecidas en el plan.

Se viene trabajando en la actualización del mapa de riesgos institucional, para cada uno de los procesos, se realizó el ejercicio en el área asistencial donde se valoró el riesgo inherente, se diseñó el control a cada uno de los riesgos y se valoró el riesgo residual. Se diseñaron indicadores para medir el comportamiento de los riesgos con el control implementado. Se debe fortalecer la cultura del sistema de administración del riesgo en cada uno de los procesos, para realizar el adecuado seguimiento a los controles establecidos en el mapa de riesgos.

La Oficina de Control Interno presenta el Plan anual de auditoría en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y es aprobado por los integrantes. Los informes de auditoría se socializan con los integrantes del comité. Se debe presentar al Comité Coordinador de Control Interno, el avance en el desarrollo del Plan de Auditoría Interna basadas en riesgos.

Los informes de la Oficina de Control Interno son socializados con cada uno de los responsables por procesos y de allí se toman las recomendaciones y/u observaciones que ayudan a mejorar el funcionamiento de las áreas.

Al evaluar el componente de Ambiente de Control por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **81** como consolidación de cada una de los lineamientos evaluados, tal como se muestra en el cuadro N° 2:

Cuadro N°2: Ambiente de Control.

Ambiente de Control			
Detalle	Calificación DAFP dic 31 2019	Autoevaluación dic 31 2019	Autoevaluación junio 30 2020
Nivel de cumplimiento	95	77,4	81

Fuente: Oficina de Control Interno ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Se debe señalar, que la evaluación del componente de Ambiente de Control en el anterior informe de desempeño realizado por la Oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **77,4**, con corte a diciembre 31 de 2019; también se debe advertir que las matrices y cuestionarios de éstas dos (2) evaluaciones son diferentes y son organizadas por el DAFP. La evaluación realizada por el Departamento de la Función Pública DAFP a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión FURAG, arrojó una calificación de **95** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

2. Evaluación de Riesgos Institucionales.

Este componente es el ejercicio efectuado bajo el liderazgo del Equipo Directivo y de todos los servidores de la entidad que permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales y se evalúan los siguientes lineamientos básicos:

Lineamiento N° 6: Si la ESE ha definido los objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: 1)Estratégicos; 2)Operativos; 3)Legales y Presupuestales, 4)De Información Financiera y no Financiera, en éste se tiene:

Se realiza la formulación del Plan de Desarrollo para el periodo del Gerente, de allí se formula el Plan Operativo Anual con el cual se va ejecutando los proyectos del Plan de Desarrollo en cada vigencia, este se mide por metas e indicadores de cumplimiento de lo proyectado. Todos estos planes apuntan al cumplimiento de los objetivos de la entidad. Se debe tener la entrega oportuna de los resultados por parte de los responsables de acuerdo a los términos establecidos en cada uno de los planes, para ser más rigurosos en el cumplimiento de las metas.

Los objetivos en los planes, programas y proyectos, se procura por que sean alcanzables, medibles y que apunten a cumplir los objetivos institucionales. Esto se ve representado en cada uno de los indicadores. Es reiterativo por parte de la Oficina de Control Interno, que la formulación de un indicador debe ser medible, alcanzable y que apunte a cumplir con los objetivos estratégicos de la institución.

Al realizarse un cambio de administración, se evalúa la Plataforma Estratégica de la institución por parte de la Alta Dirección. Actualmente se viene revisando el Mapa de Procesos de la ESE y al ser replanteada, entra en revisión la misión, la visión y los objetivos institucionales. Desde la Oficina de Control Interno de la ESE, se viene realizando acompañamiento en los procesos de reforma y actualización de la plataforma estratégica.

Lineamiento N° 7 en la ESE se han identificado y analizado los riesgos (Análisis de factores internos y externos; implica a los niveles apropiados de la dirección; determina cómo responder a los riesgos; determina la importancia de los riesgos), de éste se tiene:

La política de Administración del Riesgo que es adoptada en la ESE con la Resolución 256 de 2017, está planteada para que sea aplicada por toda la institución. La política debe ser socializada e interiorizada por cada uno de los funcionarios, empleados y contratistas de la institución.

La oficina de Planeación de la ESE ha realizado el ejercicio de consolidar la matriz de riesgo del área asistencial y se viene trabajando con las áreas de apoyo. También se evalúa el mapa de riesgos de corrupción. Se debe seguir fortaleciendo el sistema de administración del riesgo de la entidad y sobre todo se debe realizar el monitoreo constante a la efectividad de los controles diseñados.

A partir de la realización y socialización de las auditorías, se han podido identificar riesgos que se han materializado en la segunda línea de defensa lo cual se traduce en un nuevo análisis del control establecido. Interiorizar con cada una de las áreas el Sistema de Administración del Riesgo.

Cuando se ha materializado un riesgo en la ESE, se ha realizado el análisis del control establecido, para que este sea más efectivo y evitar que el riesgo se vuelva a cristalizar. La entidad está iniciando el proceso de evaluación de los controles, para así plantear las mejoras de los mismos al materializarse un riesgo.

Lineamiento N° 8 En la evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, de éste se tiene:

En la entidad se organiza anualmente el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el cual es colgado en la página web institucional, en la sesión Transparencia y desde la Oficina de Control Interno, se realiza seguimiento de manera cuatrimestral a cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y se establecen las respectivas recomendaciones. Los Informes de seguimiento realizados al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, son publicados también en la página web institucional en los terminos que establece la ley.

En la ESE Hospital Marco Fidel Suárez se tiene una segregación de funciones en el personal encargado de realizar las funciones dentro de un área o proceso, con el propósito de evitar que una sola persona realice varias funciones que impliquen manejo de recursos.

Lineamiento N° 9: Identificación y análisis significativos: En la ESE si se llega a generar la materialización de un riesgo, se entra a analizar las causas y la efectividad de los controles, pero esto se ha estado realizando de manera espontánea, por lo tanto, se debe ser más riguroso en el seguimiento de la matriz de riesgos institucionales, en tiempo real y constante, monitorear los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes y verificar si los controles están bien diseñados y si se aplican como están establecido.

La Alta Dirección debe sopesar que cuando se generen cambios en los diferentes niveles organizacionales, medir el impacto que pueden generar estos movimientos dentro del Control Interno.

Ahora bien, al evaluar el componente Evaluación de los Riesgos Institucionales por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **62** como consolidación de cada uno de los lineamientos evaluados, tal como se muestra en el cuadro N° 3:

Cuadro N° 3: Evaluación de Riesgos.

Evaluación de Riesgos			
Detalle	Calificación DAFP dic 31 2019	Autoevaluación dic 31 2019	Autoevaluación junio 30 2020
Nivel de cumplimiento	69,7	66,1	62

Fuente: ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Se debe señalar, que la evaluación del componente de la Evaluación de los Riesgos Institucionales en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **62** y la anterior es de **66,1**; también se debe advertir que las matrices y cuestionarios de éstas dos (2) evaluaciones son diferentes y son organizadas por el DAFP. La evaluación realizada por el Departamento de la Función Pública DAFP a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión FURAG, arrojó una calificación de **69,7** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

3. Actividades de Control.

En este componente se evalúa si la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha definido y desarrollado actividades de control que contribuyan a la mitigación de los

riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso e implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones, en el seguimiento de los siguientes lineamientos básicos, se tiene:

En el lineamiento 10: En el diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones), en éste se tiene:

En la entidad se cuenta con un Manual de Funciones y un Mapa de Procesos institucional, los cuales contienen la segregación de funciones y actividades de cada uno de las áreas de la institución. Cuando se realizan las auditorías por parte de la Oficina de Control Interno, se verifica y se comprueba el cumplimiento por parte de cada uno en las actividades que tienen designadas o especificadas de acuerdo al Manual de Funciones.

Se cuenta con una planeación desde la Alta Dirección para la ejecución de las actividades de la entidad, desde la Dirección Financiera se calcula la suficiencia del personal y recursos necesarios para cubrir la necesidad de operación en la institución, a través del Sistema de Costos ABC, desde el área de Control Interno se evalúa el cumplimiento a partir de las obligaciones legales como seguimiento a la Austeridad en el Gasto y el Informe de Gestión por Dependencias, los cuales se realizan de manera trimestral y anual respectivamente.

Se cuenta con un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el cual está integrado al Sistema de Desarrollo Administrativo y al cual también está articulado el Sistema de Control Interno para darle cumplimiento al Decreto 1499 de 2017, Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Se debe aplicar con la debida rigurosidad el cumplimiento de cada uno de los procedimientos que se tiene documentados en cada proceso, cuando el responsable de un procedimiento analice que existen desviaciones en sus actividades, debe informar al área de Calidad para proponer los ajustes necesarios en el mismo.

Lineamiento N°11: Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre Tecnologías de Información para apoyar la consecución de los objetivos, en éste se tiene:

Desde el proceso de tecnologías de la información se realiza el mantenimiento correctivo y preventivo tanto del hardware como del software. Además se tienen otros controles como firewall, consola antivirus, software anti spam, política de creación de usuarios. Se debe establecer la documentación que permita evidenciar la ejecución de las prácticas implementadas dentro del proceso de sistemas de información.

Se realizan a los diferentes contratos u ordenes de servicios formalizados de tecnología con la entidad, la supervisión de cumplimiento de las actividades contratadas. Pero se deben fortalecer los informes de supervisión e interventoría de los proveedores de tecnología, los cuales deben mostrar las debidas observaciones realizadas al proveedor del servicio para la autorización del pago.

Dentro de la plataforma de información que se maneja en la entidad, se pueden especificar cada uno de los usuarios, roles y permisos dentro de la misma. Pero se debe definir con mayor rigurosidad la designación de los usuarios en cada uno de los procesos, establecer los permisos por cada uno de los roles, los tiempos para cancelar los permisos de las personas que salen de la entidad y el debido control de los usuarios activos.

Se cuenta con una Matriz de Riesgos para el proceso de Sistemas de Información, en el cual se identificaron los riesgos, se valoró el riesgo inherente y riesgo residual, se diseñaron los controles y se plantearon los indicadores para la evaluación de los controles del proceso. Pero en el proceso de Sistemas de Información se debe comenzar a realizar el monitoreo por parte de los responsables de los riesgos y controles, para verificar su efectividad por medio de la medición de los indicadores.

Lineamiento N°12: El despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; adopta medidas correctivas; revisa las políticas y procedimientos), en ésta se tiene:

La entidad ha realizado actualización de los procesos y procedimientos institucionales, sus políticas de operación de acuerdo a las normas vigentes. El Mapa de procesos institucional se encuentra en proceso de reestructuración.

Se tienen identificados los riesgos y sus controles diseñados en los procesos asistenciales y se viene trabajando en la actualización de los procesos de apoyo, pero estos no se han sido monitoreados, ni evaluados. Se debe realizar la evaluación de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos y la efectividad de los mismos y seguir con la actualización de los riesgos de las áreas de apoyo de la entidad para su respectivo monitoreo y/o seguimiento.

En la entidad se vienen aplicando controles de manera espontánea, por lo cual se ha venido trabajando en la matriz de riesgos, la cual se encuentra estructurada para los procesos asistenciales y se está actualizando en los procesos de apoyo, hay que seguir con el ejercicio de la sensibilización e interiorización de los riesgos por procesos de la entidad y el diseño de sus controles, para su respectivo monitoreo y/o seguimiento.

Al evaluar el componente Actividades de Control por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **58** como consolidación de cada una de los lineamientos evaluados con corte a junio 30 de 2020, tal como se muestra en el cuadro N° 4:

Cuadro N° 4: Actividades de Control.

Actividades de Control			
Detalle	Calificación DAFP dic 31 2019	Autoevaluación dic 31 2019	Autoevaluación junio 30 2020
Nivel de cumplimiento	64,7	63	58

Fuente: ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Se debe señalar, que la evaluación del componente de la Evaluación de las Actividades de Control en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **58** y la anterior es de **63**; también se debe advertir que las matrices y cuestionarios de éstas dos (2) evaluaciones son diferentes y son organizadas por el DAFP. La evaluación realizada por el Departamento de la Función Pública DAFP a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión FURAG, arrojó una calificación de **64,7** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

4. Información y Comunicación.

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés, estableciendo los siguientes lineamientos básicos:

Lineamiento N° 13: La utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; capta fuentes de datos internas y externas; procesa datos relevantes y los transforma en información), en éste se tiene:

La ESE realiza captación de información por medio de las encuestas de satisfacción, donde se evalúa la percepción frente al servicio, de los usuarios que ingresan a la entidad y partir de ahí generar índices de medición. La Oficina de Control Interno presenta el Informe de PQRSF, el cual incluye la evaluación a las encuestas de satisfacción.

Se cuenta con un inventario de la información solicitada por la Ley 1712 de 2014 sobre Transparencia y Acceso a la Información, la cual se ha estado actualizando en la página web institucional. Se debe seguir actualizando de manera permanente la información sobre Transparencia y Acceso a la Información, para cumplir lo estipulado en la normativa vigente (Ley 1712 de 2014).

La ESE capta su información por medio de las encuestas de satisfacción y es socializada en los Comité de Ética y de Gestión y Desempeño. Además se realiza la rendición de cuentas del Gerente la cual también permite retroalimentar a la comunidad y recibir las dudas o comentarios de la misma, también se procesa la información para la obtención de datos requeridos y la entrega oportuna de la misma.

Se cuenta con una Política de protección de datos personales; reserva de la Historia Clínica; formularios de autorización para el uso de datos personales y el consentimiento para informarlos. Se debe seguir la rigurosidad con el manejo y entrega de la información, procurando siempre la protección de los datos de los usuarios y el cumplimiento de la norma, en especial el manejo de la Historia Clínica.

Lineamiento N° 14: Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; facilita líneas de comunicación en todos los niveles; selecciona el método de comunicación pertinente), en ésta se tiene:

La ESE cuenta con canales de comunicación interna, por medio de la intranet institucional y redes sociales, se debe fortalecer la evaluación de la efectividad en el acceso a los mismos y realizar un análisis que permita evaluar la utilización de los canales de comunicación internos y externos y la efectividad en dar a conocer los objetivos y metas estratégicas dentro del personal de la ESE y el papel que ellos juegan en la consecución de los mismos.

La ESE cuenta con un organigrama y mapa de procesos, el cual muestra la desagregación de funciones y los generadores de información. Se debe trabajar en la construcción del esquema de información institucional.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez no cuenta con un canal específico para la denuncia interna de posibles irregularidades, por lo tanto, se debe establecer un canal de denuncias que permita informar sobre posibles situaciones irregulares en la entidad.

Se cuenta con un protocolo de comunicación interna, al igual que el proceso y manual de comunicaciones. Se debe realizar la sensibilización y capacitación de los documentos existentes del proceso de comunicaciones.

Lineamiento N°15: La comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados; facilita líneas de comunicación), en ésta se tiene:

Se tienen estructurados canales de comunicación con entes externos tales como la página web institucional, redes sociales y correo electrónico. Se debe procurar que la información llegue a todos los grupos de interés (Stake holders) tanto proveedores de servicios como personal interno y seguir fortaleciendo los canales de comunicación institucional.

La ESE tiene su procedimiento para el manejo de la información, ésta recibida en la ventanilla única de la entidad, en la cual es clasificada y direccionada a las áreas de acuerdo a la solicitud de información. Se debe dar cumplimiento con los términos establecidos de acuerdo a la normativa vigente, para la respuesta oportuna a las peticiones y solicitudes de información que entran a la entidad.

En la ESE no se realiza la medición de la efectividad de los canales de comunicación, por lo tanto, se debe definir los procesos y procedimientos para evaluar la efectividad de los canales de comunicación, la oportunidad y la claridad de la información que se entrega.

En la ESE no se realiza una caracterización de usuarios o grupos de valor que utilizan o acceden a información de la entidad, por lo tanto, se debe realizar una caracterización de los usuarios o grupos de valor que perciben los servicios ofrecidos por la entidad y analizarlos periódicamente.

En la ESE Se realiza de manera mensual el informe de satisfacción del usuario, además semestralmente la Oficina de Control Interno, realiza el seguimiento a las PQRS-F donde se evalúa la oportunidad en la respuesta a los usuarios y se dejan recomendaciones. Pero se debe dar respuesta de manera oportuna a las PQRS-F, de acuerdo a los términos establecidos por la normas vigentes.

Al evaluar el componente Información y Comunicación por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **68** como consolidación de cada una de los lineamientos evaluados con corte a junio 30 de 2020, tal como se muestra en el cuadro N° 5:

Cuadro N°5: Información y Comunicación.

Información y Comunicación			
Detalle	Calificación DAFP dic 31 2019	Autoevaluación dic 31 2019	Autoevaluación junio 30 2020
Nivel de cumplimiento	72,7	74,5	68

Fuente: ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Se debe señalar, que la evaluación del componente de la Información y Comunicación en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **68** y la anterior es de **74,5**;

también se debe advertir que las matrices y cuestionarios de éstas dos (2) evaluaciones son diferentes y son organizadas por el DAFP. La evaluación realizada por el Departamento de la Función Pública DAFP a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión FURAG, arrojó una calificación de **72,7** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

5. Actividades de Monitoreo.

En este componente se consideran las actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (1) la efectividad del control interno de la entidad pública; (2) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (3) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (4) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública, estableciendo los siguientes lineamientos básicos:

Lineamiento N°16: Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando, en éste se tiene:

En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se realiza la aprobación del Plan Anual de Auditoría basadas en riesgos, en el primer comité del año por parte de los integrantes del mismo. Desde la Oficina de Control Interno, se realiza la socialización de los informes de auditoría con el comité y las partes interesadas, para proponer acciones de mejora frente a los resultados.

Desde la Alta Dirección, a la cual se le socializan las diferentes evaluaciones que se realizan en la entidad, se toman acciones que ayuden a mejorar el funcionamiento de los procesos. Se recomienda dar cumplimiento a las acciones de mejora implementadas producto de las evaluaciones, en los tiempos establecidos, que permitan subsanar las posibles desviaciones.

La Oficina de Control Interno, ejecuta su plan de auditoría basado en riesgos, con la periodicidad establecida. A pesar de que la oficina no se basa en los riesgos que pueden ser catastróficos en el proceso, si toma de acuerdo al conocimiento que se tiene de la organización y sus procesos críticos. Se tiene además la necesidad de culminar la actualización del mapa de riesgos institucional, lo cual permita que la Oficina de Control Interno realice su plan de auditorías basado en riesgos.

De acuerdo con el esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la segunda línea de defensa, por lo tanto, se tienen planteados unos planes institucionales, tal como el Plan Operativo Anual, el cual desarrolla el Plan de Desarrollo del cuatrenio, se evalúa de manera trimestral con sus indicadores e

índices de resultado y estos son presentados a la Junta Directiva, cada tres (3) meses.

La ESE recibe auditorías de control externo (cuarta línea de defensa) de la Contraloría General de Antioquia, Superintendencia de Salud, Dirección Seccional de Salud, Contaduría General de la Nación y EPS, entre otras; tales como: Informe de Auditoría Regular, Auditorías Especiales, Auditorías de Calidad, Planes de Mejoramiento formulados, etc. Desde la Oficina de Control Interno, se lleva control al cumplimiento de las acciones de mejora producto de las auditorías de entes de control externo y procura que las mismas se cumplan dentro de los términos establecidos.

Lineamiento N°17: La evaluación y comunicación oportuna de las deficiencias presentadas (Evalúa los resultados; comunica las deficiencias y monitorea las medidas correctivas), en éste se tiene:

Al presentarse las observaciones de las evaluaciones independientes, se formulan unas acciones de mejora para corregir las brechas o desviaciones que se estén presentando, dentro de unos terminos establecidos. Estos se consolidan en el Plan de Mejoramiento Único Institucional y desde la Oficina de Control Interno, se recopilan todas las evidencias de cumplimiento de las acciones planteadas y se realiza de manera trimestral un informe de seguimiento, el cual es socializado con la Alta Dirección y sus partes interesadas.

Las auditorías de entes externos, al encontrar hallazgos administrativos donde se muestran algunas desviaciones o brechas en la organización, se implementan las respectivas acciones de mejora, para subsanarlas; por lo tanto, se establecen los diferentes planes de mejoramiento para subsanar los hallazgos señalados por los entes de control externo y se realiza el seguimiento de manera trimestral.

A pesar de que las deficiencias que se van presentando en el ejercicio del control interno, monitoreo continuo y seguimiento se reportan a la Alta Dirección, no se cuenta con políticas de Control Interno documentada y formalizada para el reporte de las mismas de manera formal, por lo tanto, se debe organizar las políticas de control interno para el reporte de las deficiencias.

La Alta Dirección de acuerdo a los informes sobre el sistema de control interno y debido a la limitación de los recursos (financieros, humanos, logísticos, físicos) con que cuenta la entidad, prioriza algunas acciones, por lo cual no siempre se puede dar cumplimiento a todas las acciones de mejora establecidas y/o formuladas, por lo tanto, se debe ser más rigurosos en el cumplimiento de las deficiencias detectadas y comunicadas dentro del sistema de control interno, y tratar de subsanarlas en los tiempos establecidos.

Se realiza evaluación a la contratación de servicios en cada vigencia a través de una muestra representativa (evaluación concurrente), con el propósito de auditar el cumplimiento de los requisitos precontractuales, contractuales y post contractuales y evaluando la economía, eficiencia y la eficacia de lo que se

contrata. Se deben cumplir con las acciones de mejora producto de las observaciones que presenta la Oficina de Control Interno, luego de la evaluación al proceso de contratación.

Se realiza evaluación semestral a las PQRSF que generan los usuarios, verificando la efectividad de las respuestas y el cumplimiento en los tiempos establecidos para la misma. Además de manera aleatoria se revisa que la respuesta esté acorde con lo que requiere el usuario. Aplicar las recomendaciones que realiza la Oficina de Control Interno al informe de seguimiento a las PQRS.

Se realiza informe de seguimiento a los planes de mejoramiento de manera trimestral, por parte de la Oficina de Control Interno. Los resultados son socializados con el Equipo Directivo y los responsables de los planes por áreas. Procurar el cumplimiento de las acciones de mejora en los tiempos establecidos para evitar reprocesos en las áreas.

Al momento de evaluar las evidencias que se presentan de las acciones de mejora, se verifica la efectividad de las mismas y que estas si se sigan aplicando dentro de los procesos. Se debe mantener un control en la aplicación de las acciones de mejora dentro de los procesos auditados, para evitar reprocesos en los mismos.

Cuando el nivel jerarquico lo ha requerido, se han presentado las evaluaciones correspondientes por parte de la Oficina de Control Interno. Es necesario que el nivel jerarquico superior le abra el espacio a la Oficina de Control Interno, para que presente su gestión.

Al evaluar el componente Actividades de Monitoreo por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **86** como consolidación de cada una de los lineamientos evaluados con corte a junio 30 de 2020, tal como se muestra en el cuadro N° 6:

Cuadro N°6: Actividades de Monitoreo.

Actividades de Monitoreo			
Detalle	Calificación DAFP dic 31 2019	Autoevaluación dic 31 2019	Autoevaluación junio 30 2020
Nivel de cumplimiento	72,6	70,7	86

Fuente: ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Se debe señalar, que la evaluación del componente de la Información y Comunicación en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **86** y la anterior es de **70,7**; también se debe advertir que las matrices y cuestionarios de éstas dos (2) evaluaciones son diferentes y son organizadas por el DAFP. La evaluación

realizada por el Departamento de la Función Pública DAFP a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión FURAG, arrojó una calificación de **72,6** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

Por lo tanto, al consolidar la valoración de cada uno de los cinco (5) componentes de la séptima dimensión del Modelo de Integración de Planeación y Gestión MIPG, es decir el Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, esta arroja una calificación tal como se muestra en el cuadro N° 7:

Cuadro N° 7: Calificación por componente y del Sistema de Control Interno.

ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sistema de Control Interno			
Componente	Calificación DAFP a través del FURAG 2019	Autoevaluación diciembre 31 2019	Autoevaluación junio 30 2020
Ambiente de Control	95	77,4	81
Evaluación de los Riesgos Institucionales	69,7	66,1	62
Actividades de Control	64,7	63	58
Información y Comunicación	72,7	74,5	68
Actividades de Monitoreo	72,6	70,7	86
Sistema de Control Interno	75,2	70,2	71

Fuente: Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Después de consolidar la calificación de cada uno de los componentes de la Dimensión de Control Interno, donde se tiene Ambiente de Control **81**; Evaluación de los Riesgos Institucionales **62**; Actividades de Control **58**; Información y Comunicación **68** y Actividades de Monitoreo **86**; para una calificación final del autodiagnóstico de la Dimensión y Política de Control Interno es de **71** (La calificación de la anterior evaluación de la oficina de Control Interno **70,2** y la evaluación realizada por el Departamento de la Función Pública DAFP a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión FURAG, arrojó una calificación del Sistema de Control Interno de **75,2** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

Recomendaciones.

En el ejercicio de realizar el Informe Pormenorizado del Sistema de Control

Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, aplicando el nuevo modelo donde este sistema se articula con el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Calidad, para darle cumplimiento al Decreto 1499 de septiembre 17 de 2017 del DAFP, y acorde con el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 del DAFP y la Circular N° 100-006 de 2019 del DAFP, se hacen estas recomendaciones:

Que es prioritario para la ESE la socialización e interiorización del Código de Integridad y verificar el cumplimiento del mismo por parte del personal de la ESE.

Que desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se debe hacer seguimiento a las denuncias recibidas a través del enlace que se tiene en la página Web institucional.

Que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, debe aprovechar el espacio para verificar el cumplimiento de las metas de los planes estratégicos y operativos.

Que se debe finalizar con la actualización de la matriz de riesgos institucionales, de todos los procesos de la entidad. Además de realizar el seguimiento y la evaluación a los controles.

Que se debe cumplir con los términos de la entrega oportuna de la información de los diferentes planes de la ESE, por parte de los responsables.

Que se debe realizar el seguimiento al cumplimiento de los procesos establecidos en la entidad, para la selección del personal; se debe realizar seguimiento al comportamiento de las evaluaciones de desempeño del personal y al cumplimiento de los planes de mejoramiento individual.

Que se debe documentar una Política del Control Interno.

Que se debe verificar el cumplimiento del subproceso de desvinculación y el soporte de los formatos requeridos.

Que se debe empoderar a las líneas de defensa: La estratégica, la primera línea (la que planea), la segunda línea (la que ejecuta) y la tercera línea (la que verifica), frente a sus funciones en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y comenzar a realizar las autoevaluaciones de las Dimensiones y Políticas del MIPG.

Que debe haber rigurosidad en el cumplimiento de lo programado en el Plan Operativo Anual POA, con el constante monitoreo de las metas establecidas en el mismo.

Que se debe fortalecer la cultura del sistema de administración del riesgo en cada uno de los procesos de la ESE, para realizar el adecuado seguimiento y

monitoreo constante a los controles establecidos y diseñados en el mapa de riesgos y la efectividad de los mismos.

Que la Política de Administración del Riesgo que es adoptada en la ESE con la Resolución 256 de 2017, debe ser socializada e interiorizada por cada uno de los funcionarios, empleados y contratistas de la ESE.

Que se debe ser más riguroso en el seguimiento de la matriz de riesgos institucionales, en tiempo real y constante, monitorear los factores internos y externos definidos para la ESE, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes y verificar si los controles están bien diseñados y si se aplican como están establecido.

Que la Alta Dirección debe sopesar que cuando se generen cambios en los diferentes niveles organizacionales, medir el impacto que pueden generar estos movimientos dentro del Control Interno.

Que se debe aplicar con la debida rigurosidad el cumplimiento de cada uno de los procedimientos que se tiene documentados en cada proceso, cuando el responsable de un procedimiento analice que existen desviaciones en sus actividades, debe informar al área de Calidad para proponer los ajustes necesarios en el mismo.

Que se debe establecer la documentación que permita evidenciar la ejecución de las prácticas implementadas dentro del proceso de sistemas de información.

Que se deben fortalecer los informes de supervisión e interventoría de los proveedores de tecnología, los cuales deben mostrar las debidas observaciones realizadas al proveedor del servicio, para la autorización del pago.

Que se debe definir con mayor rigurosidad la designación de los usuarios en cada uno de los procesos, establecer los permisos por cada uno de los roles, los tiempos para cancelar los permisos de las personas que salen de la entidad y el debido control de los usuarios activos.

Que seguir con la actualización de la identificación y valoración de los riesgos de las áreas de apoyo (Riesgo Inherente) y el diseño de los controles a los mismos (Riesgo Residual), para realizar respectivo monitoreo y/o seguimiento.

Que se debe seguir actualizando de manera permanente la información sobre Transparencia y Acceso a la Información (página Web institucional), para cumplir lo estipulado en la normativa vigente (Ley 1712 de 2014).

Que se debe seguir la rigurosidad con el manejo y entrega de la información, procurando siempre la protección de los datos de los usuarios y el cumplimiento de la norma, en especial el manejo de la Historia Clínica.

Que se debe fortalecer la evaluación de la efectividad en el acceso a los canales de comunicación y realizar un análisis que permita evaluar la utilización de los mismos y la efectividad en dar a conocer los objetivos y metas estratégicas dentro del personal de la ESE y el papel que ellos juegan en la consecución de los mismos.

Que se debe trabajar en la construcción del esquema de información institucional.

Que la ESE Hospital Marco Fidel Suárez debe establecer un canal de denuncias que permita informar sobre posibles situaciones irregulares en la entidad.

Que se debe realizar la sensibilización y capacitación de los documentos existentes del proceso de comunicaciones.

Que se debe procurar que la información llegue a todos los grupos de interés (Stake holders) tanto proveedores de servicios como personal interno y seguir fortaleciendo los canales de comunicación institucional.

Que se debe dar cumplimiento con los términos establecidos de acuerdo a la normativa vigente, para dar la respuesta oportuna a las peticiones y solicitudes de información que entran a la entidad.

Que en la ESE no se realiza la medición de la efectividad de los canales de comunicación, por lo tanto, se debe definir los procesos y procedimientos para evaluar la efectividad de los canales de comunicación, la oportunidad y la claridad de la información que se entrega.

Que en la ESE no se realiza una tipificación de usuarios o grupos de valor que utilizan o acceden a información de la entidad, por lo tanto, se debe realizar una caracterización de los usuarios o grupos de valor que perciben los servicios ofrecidos por la entidad y analizarlos periódicamente.

Que se debe dar respuesta de manera oportuna a las PQRS-F, de acuerdo a los términos establecidos por la normas vigentes.

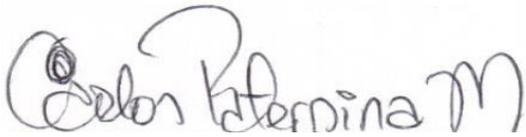
Que se recomienda dar cumplimiento a las acciones de mejora implementadas producto de las diferentes evaluaciones, en los tiempos establecidos y que permitan subsanar las posibles desviaciones, para evitar reprocesos en las diferentes áreas de la ESE.

Que se debe ser más rigurosos en el cumplimiento de las deficiencias detectadas y comunicadas dentro del sistema de control interno y tratar de subsanarlas en los tiempos establecidos.

Que se deben cumplir con las acciones de mejora producto de las observaciones que presenta la Oficina de Control Interno, luego de la evaluación al proceso de contratación.

Que se debe aplicar las recomendaciones que realiza la Oficina de Control Interno al informe de seguimiento a las PQRS.

Que es necesario que el nivel jerarquico superior le abra el espacio a la Oficina de Control Interno, para que presente su informe de gestión.



CARLOS ARTURO PATERNINA MORENO
Asesor de Control Interno.
ESE Hospital Marco Fidel Suárez.