

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO DE LA 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.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Asesor de Control Interno

Carlos Arturo Paternina Moreno

Período evaluado: a diciembre de 2018

Política de Control Interno.

Avances y Dificultades

1. Ambiente de Control.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez HMFS, con el objetivo de asegurar un ambiente de control que le permita disponer de los escenarios mínimos para el ejercicio del control interno, ha tenido el compromiso, liderazgo, la responsabilidad y los lineamientos de la Alta Dirección y de su Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en este sentido está implementado un adecuado y efectivo ambiente de control, estableciendo en las primeras instancias las siguientes condiciones:

Se tiene aprobado el Código de Ética versión 2 del 2 de diciembre de 2014, donde están expresados los principios y valores éticos del Hospital, pero la ESE debe crear las condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad (El actual Código de Ética), este se debe realizar mediante Acto Administrativo, para fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento de los contenidos de este.

En la ESE Hospital Marco Fidel Suárez las diferentes actividades de los Planes

liderados por la Oficina de Gestión Humana en 2018 se han ejecutados de la siguiente manera, tal como se muestra en el cuadro N° 1:

Cuadro N° 1: Planes de Gestión Humana HMFS, corte diciembre 31 2018.

Planes de Gestión Humana HMFS 2018			
Planes	Programación Anual	Actividades Ejecutadas	% Cumplimiento
Plan de Estímulos	9	9	100
Plan de Bienestar Social	74	69	93,2
Plan de Seguridad Social en el Trabajo	225	213	94,6
Plan Anual de Capacitación	92	89	96,7

Fuente: Gestión Humana ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Los planes de Gestión Humana tienen un promedio de un 96,13%, que es una calificación en el cumplimiento de las actividades de cada plan y se cualifica de excelente.

Para supervisar el desempeño del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se crea el Comité Institucional de Control Interno con la Resolución 163 del 30 de abril de 2018 del HMFS, el cual estaba inmerso en el Comité de Calidad y Control Interno CAMECI, quedando el Comité de Calidad integrado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el cual fue creado mediante la Resolución 161 del 27 de abril de 2018. En estos comités se ha hecho el seguimiento al Sistema de Control Interno y la presentación de las diferentes evaluaciones que ha hecho la Oficina de Auditoría.

La Oficina de Gestión Humana de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez organizó e implementó la Gestión Estratégica del Talento Humano GETH, que asegura la selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral, para que se conviertan en herramientas adecuadas para el ejercicio de las funciones y responsabilidades y en condición mínima para facilitar el autocontrol por parte de cada servidor del Hospital y de esta manera todas sus actividades estén alineadas con los objetivos institucionales.

Ahora bien, es necesario que las personas definidas y asignadas con las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control, realicen el ejercicio de la actualización de los riesgos, controles y caracterización de los procesos institucionales, sin embargo, es de señalar que en el subproceso de Facturación se ha hecho un excelente ejercicio de identificación y valoración de los riesgos con sus respectivos controles diseñados e implementados (Riesgo residual) y a los cuales se les hace el monitoreo constante por parte del Líder del proceso.

Por lo tanto, para garantizar un adecuado ambiente de control se requiere, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así:

En la Línea Estratégica que corresponde a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Gerente y su Equipo Directivo tienen la responsabilidad de diseñar, mantener y mejorar el Sistema de Control Interno, por lo tanto acorde con el proceso de organización, mediante la Resolución 165 del 2 de mayo de 2018 se delega en el Asesor de Calidad de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez como el representante de la Alta Dirección para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno. Este equipo está liderando la lucha contra la corrupción y la promoción de los principios y valores, establecidos en el Código de Integridad de la Entidad (Debe ser adoptado por Acto Administrativo, porque se sigue denominando Código de Ética), como un compromiso con la vida, los valores, medio ambiente y políticas que favorezcan una cultura del respeto y humanización con cada uno de los usuarios del Hospital; también guían el Direccionamiento Estratégico y la Planeación de la Entidad, de hecho, se tiene un Plan de Desarrollo 2017-2019 el cual se ejecuta anualmente a través del Plan Operativo Anual POA y al cual se le hace seguimiento a su cumplimiento trimestralmente y se le presentan estos resultados a la Junta Directiva de la ESE.

En la primera línea de defensa de este componente, que corresponde a los líderes de proceso han promovido y cumplido los principios planteado en el Código de Integridad (En la ESE se sigue denominado Código de Ética) del Hospital, en cierta medida se ha evaluado el cumplimiento de estos patrones de conducta y se le ha informado a la Alta Dirección; pero se debe tener un mecanismo de recolección de información (Encuesta y/o grupos de intercambio) en el cual la entidad pueda hacer seguimiento a las observaciones en el proceso de la implementación del Código de Integridad, tanto de los servidores públicos, como del personal agremiado.

En la segunda línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, se debe señalar, que aunque los riesgos no se tienen del todo identificados, valorados y con sus respectivos controles diseñados e implementados en los diferentes procesos de la ESE, pero la existencia de diferentes comités que operan como puntos de control, permiten apoyar a la Alta Dirección y a la segunda línea de defensa, en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, pero la Oficina de Control Interno al revisar el subproceso de Facturación, se ha constatado que en este se ha hecho un excelente ejercicio de identificación y valoración de los riesgos con sus respectivos controles diseñados e implementados (Riesgo residual) y a los cuales se les hace el monitoreo constante por parte del Líder del proceso.

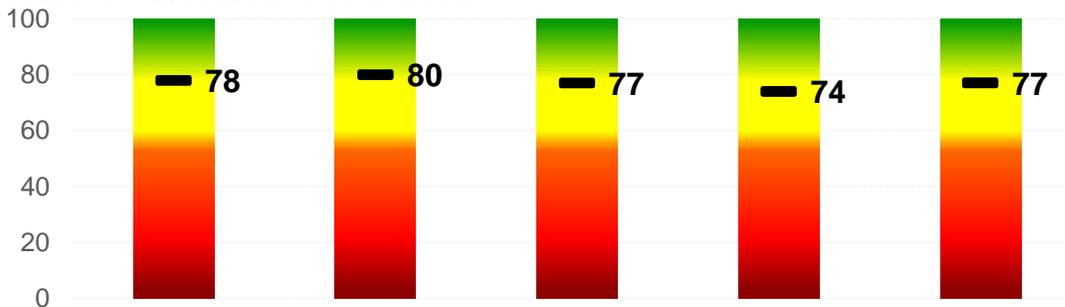
Se debe analizar e informar a la Alta Dirección, de los resultados de la evaluación del desempeño de los servidores y se deben presentar acciones de mejora y/o planes de mejoramiento individuales, para permitir tomar las decisiones de rotación de personal, se debe implementar las evaluaciones al personal agremiado. Se ha implementado el GETH institucional, conectado con el Plan de Desarrollo del HMFS, para poder objetivo cumplir las metas programadas, en este último.

En la tercera línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de la Oficina de Control Interno, se debe seguir con la implementación de la política de administración del riesgo y la aplicación de los formatos ajustados para la identificación, valoración y administración de los riesgos y controles de cada uno de los procesos, de hecho, se ha estado realizando el ejercicio con los líderes de las áreas, tales como: Atención del Usuario; Biomédicos; Talento Humano. Se tiene el Manual de Auditoría Interna (Resolución 044 del 26 de febrero de 2015) y se hacen las auditorías de acuerdo con los protocolos establecidos. No se tiene aprobado el Código y el Estatuto de Auditoría.

La ESE HMFS es una entidad que presta un servicio de salud en términos generales muy bueno, que se nota en los resultados operacionales del negocio.

Al evaluar el componente de Ambiente de Control por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **77** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico N° 1:

Gráfico N° 1: Ambiente de Control.



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

Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control: **78**.

Responsabilidades de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **80**.

Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **77**.

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **74**.

Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **77**.

Se debe señalar, que la evaluación del componente Ambiente de Control en el anterior informe de desempeño realizado por la Oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **76,2** y se avanza al pasar a **77**.

2. Gestión de los Riesgos Institucionales.

En este segundo componente, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha hecho el ejercicio de identificar y valorar los acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad en el logro de sus objetivos institucionales, por lo tanto, se actualizó la Política de Administración del Riesgo, mediante la Resolución 256 de noviembre 22 de 2017 y se realizó un diagnóstico de la Administración del Riesgo en diciembre de 2017 (riesgos inherentes), pero se ha iniciado solo de los riesgos inherentes es decir no se ha hecho el ejercicio de valorar los mismos después de los controles diseñados (riesgos residuales), con la excepción del subproceso de Facturación donde se ha constatado que en este se ha hecho un excelente ejercicio de identificación y valoración de los riesgos con sus respectivos controles diseñados e implementados (Riesgo residual) y a los cuales se les hace el monitoreo constante por parte del Líder del proceso.

En el cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, se ha realizado el ejercicio de actualización de los Riesgos de Corrupción y en cierta medida están identificados y se le hace seguimiento en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano; estos riesgos de corrupción de la ESE Marco Fidel Suarez, la Oficina de Control Interno le ha realizado el respectivo seguimiento, donde observa y propone de realizar una revisión de las causas de riesgos de corrupción por procesos y determinar si estos corresponden a actos de corrupción.

Ahora bien, el cumplimiento a las actividades del mapa de corrupción es del 92,6%, donde de cincuenta y cuatro (54) programadas, se ejecutan cincuenta (50). (Ver cuadro N°2), donde se destaca del componente de Gerencia la actividad N° 4, donde la Administración de la ESE, realiza dos (2) rendiciones de cuenta a los diferentes grupos de interés (stake holders), una en marzo de 2018 y la segunda Rendición de Cuentas que se cumple el 5 de diciembre de 2018 en el Auditorio de la Institución Educativa Jorge Eliecer Gaitán de Bello, en el horario 8 am a 12 meridiano, en una jornada organizada por la Secretaría de Salud del municipio de Bello.

Cuadro N° 2: Seguimiento Actividades Mapa de Riesgos de Corrupción.

Cuadro Consolidado de Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción				
N°	Área	N° Actividades Propuestas	N° Actividades Cumplidas	Cumplimiento
1	Gerencia	5	5	100%
2	Planeación	2	2	100%
3	MECI	5	5	100%
4	Calidad	4	2	50%
5	Contratación	6	5	83%
6	SIAU	6	6	83%
7	Farmacia	2	2	100%
8	Referencia y Contrarreferencia	1	1	100%
9	Urgencias	3	3	100%
10	Hospitalización	1	1	100%
11	Consulta Externa	2	2	100%
12	Ayudas Diagnosticas	2	2	100%
13	Cirugía	2	2	100%
14	Gestión Financiera	4	4	100%
15	Talento Humano	3	3	100%
16	Gestión Tecnológica y Sistemas Información.	2	2	100%
17	Apoyo Logístico e Infraestructura	2	1	50%
18	Jurídica	2	2	100%
	Total Actividades	54	50	92,6%

Fuente: ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

En la Línea Estratégica que corresponde a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con la Resolución 163 de 2018 se estableció que el Comité garantiza la eficacia y economía en la gestión pública, apuntando al cumplimiento de la misión institucional y con la Resolución 256 de noviembre 22 de 2017 se estableció la Política de Administración del Riesgo, pero hasta tanto no se haga el ejercicio de identificar y valorar los riesgos sin control de cada uno de los procesos y después la valoración de estos con sus respectivos controles diseñados, no se podrá realizar la valoración de cómo afectan los riesgos el Sistema de Control Interno.

En la primera línea de defensa de este componente, se reitera que corresponde a los Líderes de Proceso la de cumplir con la identificación y valoración de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales (riesgo inherente) y por ahí derecho diseñar e implementar los controles a esos mismos riesgos (riesgo residual), por lo tanto, se ha iniciado desde septiembre de 2018

la sensibilización, con los diferentes Líderes de Proceso, pero la Oficina de Control Interno recomienda replicar el ejercicio que está aplicando el subproceso de Facturación, donde se tienen implementados los controles a cada riesgo y se le hace el respectivo monitoreo continuo.

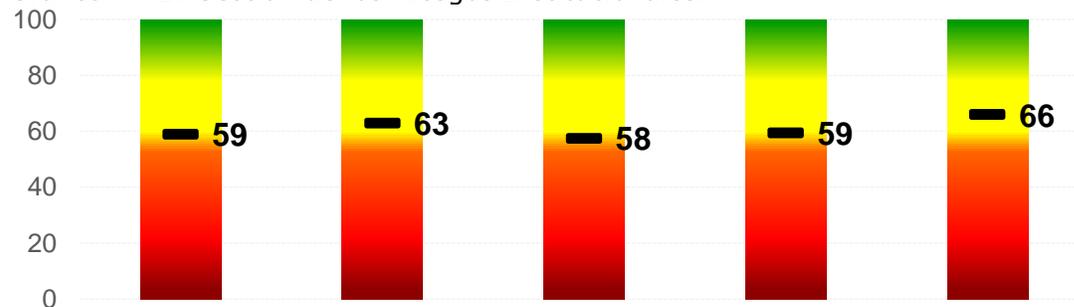
En la segunda línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, como primera instancia hay que identificar y valorar los riesgos de la ESE, diseñar e implementar los controles a cada uno de esos riesgos, para después poder realizar el ejercicio, si esa valoración es la apropiada, en esta se puede resaltar el seguimiento y monitoreo que realiza el subproceso de Facturación que tiene identificados y valorados sus riesgos y a cada uno se le ha diseñado e implementado sus respectivos controles.

Se debe capacitar a los supervisores de los contratos de la ESE, porque la Oficina de Control Interno le realizó evaluación a una muestra de treinta y seis (36) contratos y encontró hallazgos y observaciones en veintiuno (21), es decir un 58,3%.

En la tercera línea de defensa de este componente, donde la responsabilidad es de la Oficina de Control Interno, como ya se tienen detectado las deficiencias en la identificación, la valoración de los riesgos y el diseño de los controles a los mismos (riesgo residual), es preciso asesorar al Hospital en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa del Sistema de Control Interno de la Entidad. Mientras que cada área no haga el ejercicio de identificar y valorar los riesgos de la ESE y diseñe e implemente los controles a cada uno de esos riesgos, no se podrá revisar la efectividad y en la aplicación de los controles. La Oficina de Control Interno ha estado realizando en el Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y se han presentado las referentes observaciones a los responsables.

Al evaluar el componente Gestión de los Riesgos Institucionales por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **60,9** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico N° 2:

Gráfico N° 2: Gestión de los Riesgos Institucionales.



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

Diseño adecuado y efectivo del componente Gestión de los Riesgos Institucionales: **59.**

Responsabilidades de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **63.**

Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **58.**

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **59.**

Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **66.**

Se debe señalar, que la evaluación del componente la Gestión de los Riesgos Institucionales en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **60,7** y se presenta un leve avance al pasar a **60,9**.

3. Actividades de Control.

En este componente la ESE Hospital Marco Fidel Suárez debe diseñar e implementar los controles, como uno de los instrumentos para dar tratamiento a cada uno de los riesgos, esto con el fin de: Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos; de definir controles en materia de TIC (este ejercicio ya se inició por el área responsable); políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control, contexto que se presenta de forma espontánea, pero no está identificado y documentado, por lo tanto, es una responsabilidad que se tiene que asumir de forma inmediata, con la excepción del subproceso de Facturación que tiene identificados y valorados treinta y dos (32) riesgos, a los cuales se les ha diseñado e implementado su respectivo control y la Líder del proceso le hace el pertinente monitoreo, en tiempo real.

Ahora bien, la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno ha iniciado el proceso de sensibilización en materia de la Administración del Riesgo con cada uno de los Líderes de los Procesos desde el mes de septiembre de 2018 y se puede aprovechar la fortaleza que tiene el subproceso de Facturación, el cual está realizando una adecuada Administración de sus Riesgos con controles diseñados e implementados a cada uno de estos riesgos haciéndole seguimiento y/o monitoreo constante, ejercicio que puede servir como prueba piloto a la ESE y replicarse a las otras áreas.

En la primera Línea de defensa, que es responsabilidad de los Líderes de Proceso, en este componente la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha iniciado el ejercicio de reorganizar los procedimientos de cada uno de los procesos, para identificar y valorar los riesgos de cada uno (Riesgo Inherente) y pasar a diseñar e implementar cada uno de los controles a cada riesgo y valorar de nuevo (Riesgo Residual), por lo tanto, se deben establecer responsabilidades para las actividades de control y asegurar que estos servidores sean competentes e idóneos, con suficiente autoridad, que efectúen estas actividades con diligencia,

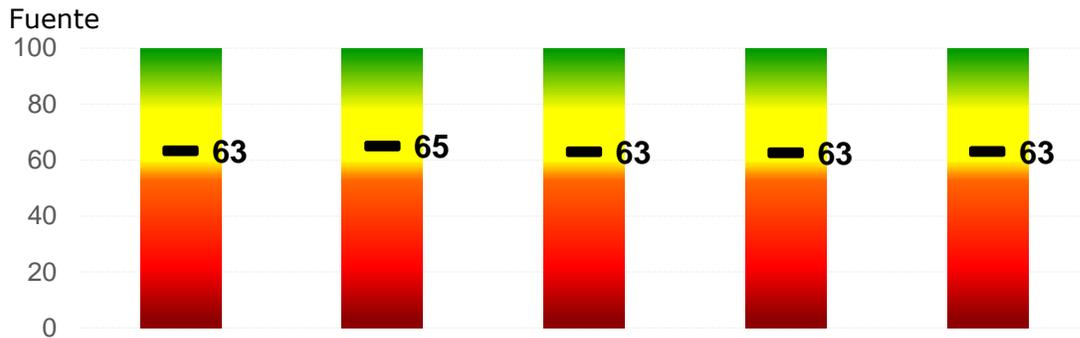
de manera oportuna y en tiempo real para evitar o mitigar la materialización de los riesgos identificados y valorados y entre otros aspectos se debe asegurar que los controles de Tecnologías de Información son los adecuados, para apoyar en el logro de los objetivos.

En la segunda línea de defensa responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, en cierta medida los riesgos son monitoreados de forma espontánea y esporádicamente en relación con la política de administración de riesgo establecida por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, en las diferentes áreas de la entidad con la excepción del subproceso de Facturación, pero es prioritario que los riesgos de la ESE sean monitoreados en relación con la política de administración de riesgo establecida para la entidad y que los controles que se hayan diseñado e implementado para cada uno de estos riesgos, deben ser revisados periódicamente para determinar su relevancia y actualizarlos si es necesario. Un ejemplo de la falta de controles está reflejado en una evaluación realizada por la Oficina de Control Interno a los inventarios de los equipos de cómputo de la entidad se presentan, entre otras las siguientes observaciones: Los equipos de cómputo asignado a la sede Niquia no están totalmente relacionados en el listado entregado por el área de activos fijos del hospital. Así mismo, algunos equipos se encuentran sin placa, otros tienen el número totalmente borrado, lo que no permite su adecuada identificación; en las distintas dependencias, faltan algunos equipos relacionados en el listado de bienes tanto en la sede Autopista, como la de Niquía; en algunas áreas se encuentran equipos que no están cargados en el inventario de la misma, esta situación se presenta en la sede Autopista e igual acontece en la sede Niquía; los equipos de cómputo de la sede Autopista, no están totalmente relacionados en el listado entregado por el área de activos fijos del hospital; los inventarios individuales del personal, no se encuentran actualizados ni firmados por los responsables.

En la tercera línea de defensa en este componente, que corresponde a la Oficina de Control Interno, se vuelve a observar que es prioritario que los riesgos identificados y valorados de cada proceso de la Entidad (riesgo inherente), le sean diseñados e implementados los controles respectivos (riesgo residual) y así la Oficina pueda verificar que los mismos están operando de manera efectiva y cumplen con la función de controlar los riesgos, este ejercicio se realizó en cierta medida en el subproceso de Facturación.

Al evaluar el componente Actividades de Control por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **63** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico N° 3:

Gráfico N° 3: Actividades de Control.



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

Diseño adecuado y efectivo del componente Actividades de Control: **63**.
 Responsabilidades de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **65**.
 Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **63**.
 Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **63**.
 Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **63**.

Se debe señalar, que la evaluación al componente Actividades de Control en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **68,2** y se presenta un leve avance al pasar a **63**.

4. Información y Comunicación.

En este cuarto componente de la dimensión del Control Interno, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, ha estado realizando las acciones para contar con un adecuado y efectivo componente de información y comunicación dentro del Sistema de Control Interno de la Entidad.

Ahora bien, la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha establecido políticas para el reporte de la información fuera de la entidad y ciertas pautas sobre información de carácter reservado y las personas autorizadas para brindar la respectiva información, regulaciones de privacidad y tratamiento de datos personales, y en general todo lo relacionado con la comunicación de la información fuera de la entidad, (Plan estratégico de la tecnología de la información y comunicación PETIC). La Coordinación del Archivo del Hospital, ha estado realizando la labor de depuración y organización del archivo, pero se requieren recursos para entre otras cosas ejecutar la depuración de las Historias Clínicas de los años 2010, 2011 y 2012 que ya cumplieron los términos en el Archivo Central; las Historias Clínicas del Seguro Social; hace falta un equipo scanner para la depuración de

las Historias Clínicas; el archivo debe tener una infraestructura adecuada, según lo exigen las normas, por lo tanto, se debe dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000, que es reglamentada por el Decreto 2609 de diciembre 14 de 2012.

La primera línea de defensa que es responsabilidad de los Gerentes Públicos y Líderes de Proceso ha gestionado la información de las actividades que se presentan en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, compartiéndola con los diferentes grupos de interés (stake holders), se realiza la segunda Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2018 el 5 de diciembre en el Auditorio de la Institución Educativa Jorge Eliécer Gaitán de Bello, en el horario 8 am a 12 meridiano, en una jornada organizada por la Secretaría de Salud del municipio de Bello. También se destaca el contrato 047 de 2018 con CEROK S.A.S, para la instalación y migración del software implementado sobre la plataforma SAIA (Sistema de Administración Integral de Archivos), este permite el flujo dinámico de los documentos y la información tanto interna como externa a través de rutas preestablecidas entre dependencias de la entidad y funcionarios vía intranet o Internet, facilitando conocer en tiempo real el estado y trazabilidad de cualquier documento. La página Web de la ESE está en proceso de remodelación.

En la segunda línea de defensa en este componente, se monitorea los canales de comunicación: la Intranet, página Web, redes sociales, carteleras, buzones, incluyendo las líneas telefónicas de denuncias y se comunica a la Alta Dirección. En el cuadro N° 3, se muestra como ha sido el comportamiento de las PQRSF en el segundo semestre de 2018.

Cuadro N° 3: Comportamiento PQRSF julio-diciembre 2018.

PQRS-F	TOTAL	OPORTUNA	%	EXTEMPORANEA	%
Peticiones	44	44	100	0	0
Quejas	108	64	59,3	44	40,7
Reclamos	72	35	48,6	37	51,4
Sugerencias	33	26	78,8	7	21,2
Felicitaciones	84	83	98,8	1	1,2
Total	341	252	73,9	89	26,1

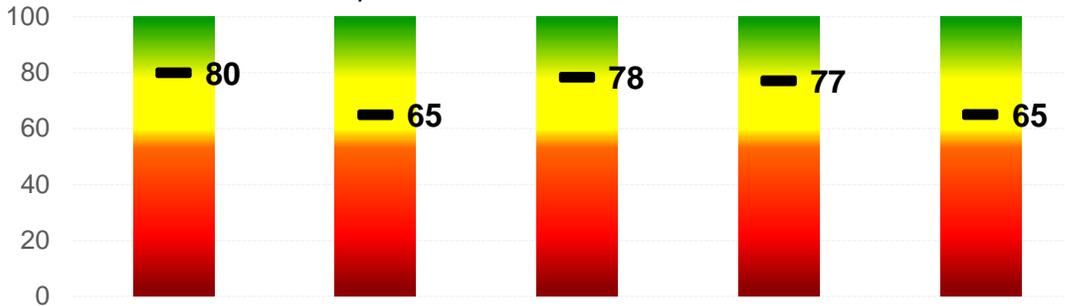
Fuente: Comunicaciones de la ESE HMFS.

La tercera línea de defensa de este componente, que corresponde a la Oficina de Control Interno, dentro de su proceso de seguimiento recomienda que: Para una mejor organización de la documentación en el Hospital, se reinició la labor de la ventanilla única institucional con su respectivo radicado de entrada, fecha de ingreso y radicado y fecha de salida. El comportamiento de la PQRSF en el segundo semestre de 2018 es el siguiente: Ingresan 341, de las cuales cuarenta y cuatro (44) son peticiones y se responden de forma oportuna todas las ingresadas; las Quejas son del orden de las 108 y se responden 64 oportunas y 44 de forma extemporánea; los Reclamos setenta y dos (72), treinta y cinco (5) oportunas y treinta y siete (37) extemporáneas. Hay que responder las PQRS

dentro de los términos establecidos por la Ley, para evitar posibles inconvenientes con los usuarios en el futuro.

Al evaluar el componente Información y Comunicación por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **74,3** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico N° 4:

Gráfico N°. 4 Información y Comunicación.



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

Diseño adecuado y efectivo del componente Información y Comunicación: **80**.
 Responsabilidades de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **65**.
 Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **78**.
 Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **77**.
 Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **65**.

Se debe señalar, que la evaluación del componente Información y Comunicación en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **71,5** y avanza 2,8 puntos al pasar a **74,3**.

5. Monitoreo y Supervisión Continua.

Dándole al cumplimiento a las exigencias de las normas internacionales de Auditorías Internas, se elaboró un Plan de auditoría basado en riesgos de acuerdo con el mapa de riesgos que tiene la ESE Hospital Marco Fidel Suárez y las diferentes evaluaciones donde se da cumplimiento a las obligaciones legales que tiene la Oficina de Control Interno de la ESE. En las diferentes auditorías internas que se realizaron al Recaudo Efectivo; a la Contratación de 2018; a las Compras de Almacén; a los Inventarios Selectivos de Farmacia; al Seguimiento al Inventario de Equipos de Cómputo, se determinaron, las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el cumplimiento de las metas y objetivos programadas por el Hospital. Se han realizado las evaluaciones trimestrales al Plan Operativo Anual de la ESE Marco Fidel Suárez y se presenta a la Junta Directiva, teniendo en cuenta los indicadores de gestión y el

cumplimiento de metas programadas. Se tiene la deficiencia de la evaluación de la efectividad de los controles, porque es necesario que la Entidad diseñe los mismos.

La Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica) en este componente, se encargan de aprobar el Plan Anual de Auditoría propuesto por el Jefe de Control Interno en el Comité de Calidad y de Control Interno CAMECI en el mes de abril de 2018, antes de crear el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante la Resolución 163 del 30 de abril de 2018; no se analizan las evaluaciones de la gestión del riesgo, porque las mismas no están siendo elaboradas por la segunda línea de defensa, que tiene la responsabilidad.

Los Gerentes públicos y Líderes de proceso (primera Línea de defensa), no están realizando el seguimiento a los riesgos y controles a los procesos, porque el Hospital no ha diseñado e implementado los controles a cada uno de los mismos. Deben informar de forma periódica a la Alta Dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad, cuando el Hospital haya diseñado los controles a cada riesgo identificado y por ende los valore de nuevo (riesgo residual) y después de identificar las desviaciones, se tomen los correctivos necesarios. La excepción es el subproceso de Facturación donde se tienen diseñados e implementados los controles a los treinta y dos (32) riesgos identificados y valorados, pero no se tiene evidencias del conocimiento por parte de la Alta Dirección.

Los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa, se debe monitorear e informar sobre deficiencias de los controles a la Alta Dirección, los cuales no están formalizados y si funciona es de forma espontánea, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidos, por lo tanto, se debe formalizar toda esta situación, que le permita y acceda a la Alta Dirección, consolidar y generar información veraz y oportuna, para la toma de sus decisiones. La excepción es el subproceso de Facturación donde se tienen diseñados e implementados los controles a los treinta y dos (32) riesgos identificados y valorados y se le hace constante monitoreo y seguimiento a los mismos.

El área de Control Interno (tercera línea de defensa), estableció un Plan de Auditorías basadas en riesgos y se ha cumplido con las diferentes obligaciones legales, entre otras tales como: Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la ESE HMFS; Seguimiento al Plan Anticorrupción; Evaluación del Control Interno Contable; Informe de PQRSF semestral; Informes Pormenorizados del Sistema de Control Interno; Informe de Derechos de Autor, Informes de Austeridad; etc. También se realizaron entre otras, las siguientes Auditorías Internas: **1.** Seguimiento a Inventario de Equipos de Cómputo, donde entre otras observaciones están: **a.** Los equipos de cómputo asignado a la sede Niquia no están totalmente relacionados en el listado entregado por el área de activos fijos

del hospital, a la comisión de auditoría. Así mismo, algunos equipos se encuentran sin placa, otros tienen el número totalmente borrado, lo que no permite su adecuada identificación. **b.** En las distintas dependencias, faltan algunos equipos relacionados en el listado de bienes tanto en la sede Autopista, como la de Niquía. **c.** En algunas áreas se encuentran equipos que no están cargados en el inventario de esta, esta situación se presenta en la sede Autopista e igual acontece en la sede Niquía. **2.** Seguimiento del Recaudo de Efectivo, observaciones: **a.** El efectivo que se genera por la prestación de los servicios en la sede Niquía, no se recauda de manera diaria, este se realiza dos veces por semana por parte de la Tesorera de la entidad. Es de resaltar que la funcionaria no cuenta con protección o un medio seguro para realizar dicho recaudo lo cual genera un riesgo tanto para la funcionaria como para la institución. **b.** Dado que el recaudo en la sede Niquía no es diario, se deben realizar ajustes en el informe de recibos de caja, ya que se debe restar el valor recaudado en la sede Niquía y este se ajusta cuando el dinero es traído a la sede Autopista. **c.** Se presenta en algunas ocasiones recibos que deben ser anulados por parte del facturador en su respectivo turno, pero estos recibos llegan a la Tesorería sin anular y deben ser retirados del informe de recibos de caja para poder realizar el cuadro. **3.** Seguimiento al subproceso de Contratación, observaciones: **a.** Se toma una muestra significativa de treinta y seis contratos (36), los cuales se suscribieron para la vigencia 2018 por parte de la entidad y de ellos veintiuno (21) tienen observaciones, es decir un 58,3%. **4.** Seguimiento al Inventarios de Equipos de Cómputo, se tiene entre otras las siguientes observaciones: **a.** Los equipos de cómputo asignado a la sede Niquia no están totalmente relacionados en el listado entregado por el área de activos fijos del hospital, a la comisión de auditoría. Así mismo, algunos equipos se encuentran sin placa, otros tienen el número totalmente borrado, lo que no permite su adecuada identificación. **b.** En las distintas dependencias, faltan algunos equipos relacionados en el listado de bienes tanto en la sede Autopista, como la de Niquía. **c.** En algunas áreas se encuentran equipos que no están cargados en el inventario de esta, esta situación se presenta en la sede Autopista e igual acontece en la sede Niquía. **d.** Los equipos de cómputo de la sede Autopista, no están totalmente relacionados en el listado entregado por el área de activos fijos del hospital, a la comisión de auditoría. Así mismo, algunos equipos se encuentran sin placa, otros tienen el número totalmente borrado, lo que no permite su adecuada identificación. La Oficina de Control Interno ha dado mucha importancia al cumplimiento de las acciones de mejora, de cada uno de los hallazgos presentados por los diferentes entes de control, por lo que hace un monitoreo constante de los mismos, exigiendo a los responsables el acatamiento de las observaciones en los términos establecidos, en el siguiente cuadro está el comportamiento de estos, en la vigencia 2018. Ver cuadro N° 4:

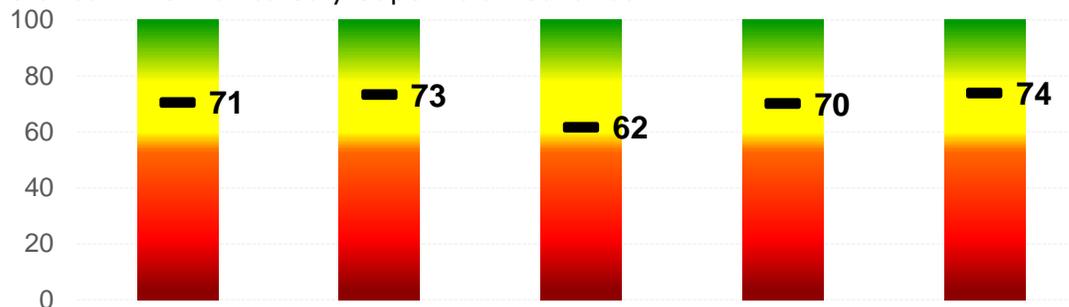
Cuadro N° 4: Cumplimiento planes de mejoramiento a diciembre 31 de 2018.

Cumplimiento Planes de Mejoramiento con corte a 31 diciembre de 2018.					
# Planes de Mejoramiento	# Hallazgos	A Ejecutar en un 100%	Cumplidas	En Avance	Sin Cumplir
26	338	123	13	32	78
Indicador de Cumplimiento			10,6	26	63,4

Fuente: ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Al evaluar el componente Monitoreo y Supervisión Continua por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **70,2** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico N°. 5:

Gráfico N°. 5 Monitoreo y Supervisión Continua.



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

Diseño adecuado y efectivo del componente Monitoreo y Supervisión Continua: **71.**

Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **73.**

Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **62.**

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **70.**

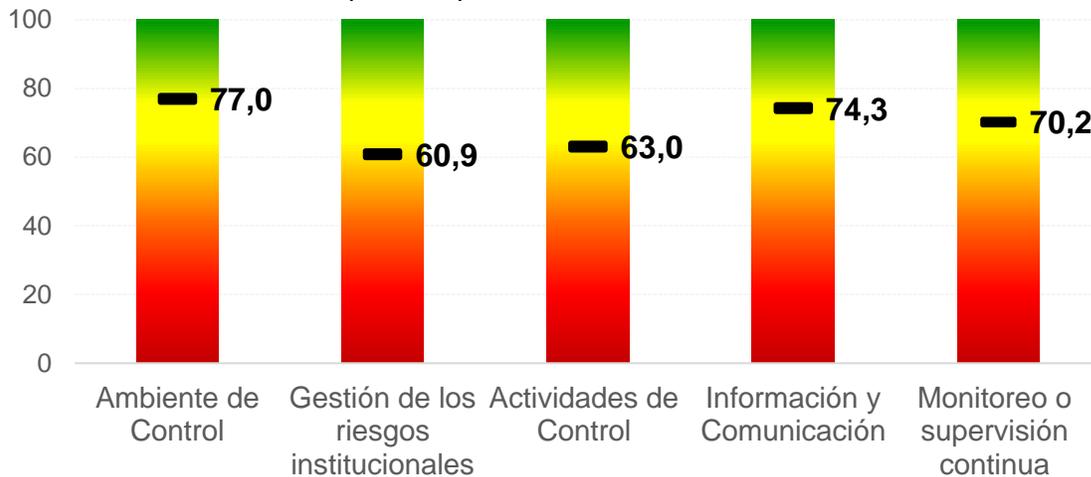
Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **74.**

Se debe señalar, que la evaluación del componente Monitoreo y Supervisión Continua en el anterior informe de desempeño realizado por la oficina de Control Interno de la ESE, arrojó una calificación de **68,7** y avanza 1,5 puntos al pasar a **70,2.**

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 Marco Fidel Suárez, esta arroja una calificación tal como se muestra en el gráfico N°. 6:

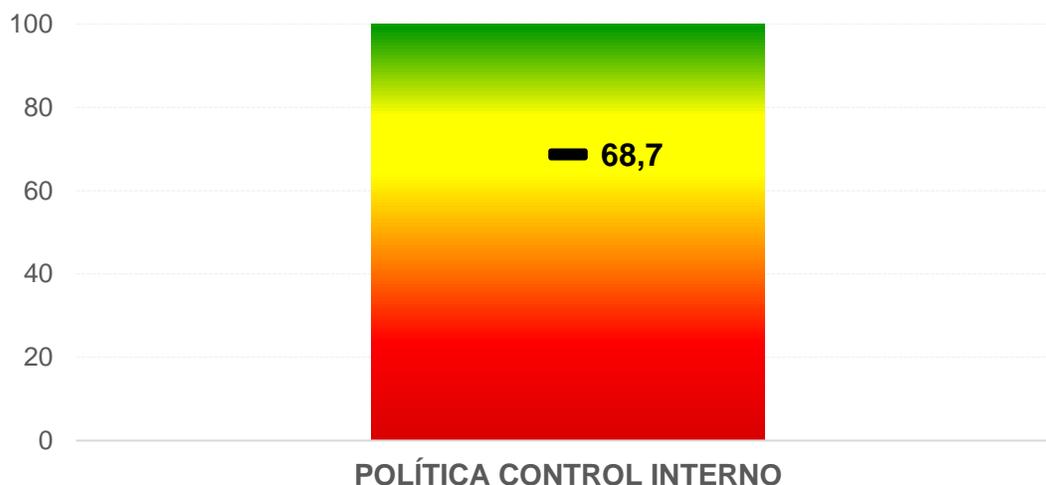
Gráfico N° 6: Calificación por componente.



Fuente: Oficina de Control Interno 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 77; Gestión de los Riesgos Institucionales 60,9; Actividades de Control 63; Información y Comunicación 74,3 y Monitoreo o Supervisión Continua 70,2; para una calificación final de este primer autodiagnóstico de la Dimensión y Política de Control Interno es de **68,7** (La calificación de la anterior evaluación de la oficina de Control Interno **67,7**); tal como se muestra en el gráfico N° 7:

Gráfico N° 7: Calificación Dimensión y Política de Control Interno.



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

Recomendaciones.

Este Informe Pormenorizado del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, aplicando el nuevo modelo donde este sistema se articula con los del Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Calidad, en el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, dándole cumplimiento al Decreto 1499 de septiembre 17 de 2017 del DAFP, y se hacen estas recomendaciones:

Que se debe adoptar con un Acto Administrativo el Código de Integridad (denominado actualmente Código de Ética).

Que se debe evaluar el cumplimiento de las asignaciones de cada uno de los procesos institucionales tanto del personal vinculado, como del agremiado.

Que cada responsable de la línea estratégica y de las tres (3) líneas de defensa, en cada uno de los componentes de la política de control interno, interiorice y asuma las obligaciones que exige el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en esta dimensión.

Que se actualizó la Política de Administración del Riesgo, mediante la Resolución 256 de noviembre 22 de 2017 y se realizó un diagnóstico de la Administración del Riesgo en diciembre de 2017, pero solo de los riesgos inherentes es decir no se ha hecho el ejercicio de valorar los mismos después de los controles diseñados (riesgos residuales) y se debe también observar que desde el año 2015 no se le hace actualización de los riesgos inherentes identificados y por ende del monitoreo y el seguimiento pertinente, los cuales son responsabilidad de cada uno de los servidores del Hospital en su respectivo proceso.

Que la primera línea de defensa del componente de la Gestión de los Riesgos Institucionales, que corresponde a los Líderes de Proceso es la responsable de realizar el ejercicio de identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales (riesgo inherente), definir y diseñar los controles a esos mismos riesgos (riesgo residual).

Que los responsables de la segunda línea de defensa del componente Gestión de los riesgos institucionales, la obligación que tienen, es el monitoreo y seguimiento constante de los riesgos identificados y valorados de cada proceso.

Que en el componente Actividades de Control de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez se deben diseñar e implementar los controles, como uno de los instrumentos para dar tratamiento a cada uno de los riesgos de los diferentes procesos, esto con el fin de: Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos; políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control, contexto que se presenta de forma espontánea, pero no está identificado y documentado, por lo tanto, es una responsabilidad que se tiene que asumir de forma inmediata. Se puede

utilizar el ejercicio que tiene el subproceso de Facturación, como prueba piloto para replicar en las otras áreas.

Que hay problemas en el archivo de la información que se genera en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, por lo tanto, se le recomienda el cumplimiento de la Ley 594 del 2000, la cual es reglamentada por el Decreto 2609 de diciembre 14 de 2012 y en su Artículo 3°. *Responsabilidad de la gestión de documentos*, dice: "La gestión de documentos está asociada a la actividad administrativa del Estado, al cumplimiento de las funciones y al desarrollo de los procesos de todas las entidades del Estado; por lo tanto, es responsabilidad de los servidores y empleados públicos así como los contratistas que presten servicios a las entidades públicas, aplicar las normas que en esta materia establezca el Archivo General de la Nación *Jorge Palacios Preciado*, y las respectivas entidades públicas".

Que se le debe dar cumplimiento a los diferentes hallazgos, que se encuentran patentizados en el Plan de Mejoramiento Único de la ESE, aunque en la vigencia de 2018 se cerraron muchas observaciones, todavía se tienen veintiséis (26) en avance y setenta y ocho (78) sin cumplir, por lo tanto, hay que evitar futuras sanciones de los Organos de Control, asumiendo estas acciones de mejora en los términos definidos.

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