

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.

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

Asesor de Control Interno

Carlos Arturo Paternina Moreno

Primer Informe vigencia 2019.

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 le permita disponer de los escenarios mínimos para el ejercicio del control interno, 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 está implementado un adecuado ambiente de control, estableciendo en las primeras instancias las siguientes condiciones:

La Gerencia de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha generado los espacios de participación del personal de la Entidad, donde son escuchados por la Alta Dirección y los servidores pueden expresar sus diferentes opiniones.

El Código de Ética versión 2 del 2 de diciembre de 2014 que la ESE tiene aprobado, se le han hecho algunos ajustes solo falta el nuevo Acto Administrativo donde están expresados los principios y valores éticos del Hospital sustituyendo el nombre por el de Código de Integridad.

Para supervisar el desempeño del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, se viene realizando de acuerdo con el cronograma el Comité

Coordinador de Control Interno, en el cual se socializan las auditorias y seguimientos realizados por parte de la Oficina de Control Interno, en las cuales se identifica la materialización de algunos riesgos. Se reitera que es necesario que las personas definidas y asignadas como las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control, realicen el ejercicio de la actualización y valoración de los riesgos (Riesgo Inherente) y el diseño y monitoreo a los controles de estos y su nueva valoración (Riesgo Residual), porque la ESE se ha visto avocada a la materialización de riesgos en diferentes procesos, con el respectivo trauma que ello ha representado, para la organización.

Ahora bien, para el fortalecimiento del Ambiente de Control se apoya en el desarrollo de otras dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, sobre todo a partir del trabajo abordado por Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados y el Talento Humano.

En la ESE Hospital Marco Fidel Suárez las diferentes actividades programadas de los Planes liderados por la Oficina de Gestión Humana en 2019, que aseguran la selección, capacitación, 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. En el siguiente cuadro está el cumplimiento de las actividades programadas en el periodo evaluado, ver cuadro N° 1:

Cuadro N° 1: Planes de Gestión Humana HMFS, enero-junio 2019.

Planes de Gestión Humana HMFS 2018			
Planes	Programación Anual	Actividades Ejecutadas	% Cumplimiento
Plan de Estímulos	11	7	63,6
Plan de Bienestar Social	47	21	44,7
Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	163	72	44,2
Plan Anual de Capacitación	27	15	55,5

Fuente: Gestión Humana ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Los planes de Gestión Humana están apuntando a los objetivos estratégicos de la ESE y tienen en el periodo evaluado el siguiente cumplimiento: El Plan de Estímulos del 63,6%, 13,6% por encima de la meta programada; el Plan de Bienestar Social un 44,7%, un 5,3% por debajo de lo programado; el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo un 44,2%, un 5,8% menos de la meta programada y el Plan Anual de Capacitación un 55,5%, un 5,5% por encima de lo programado.

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 al Gerente y su Equipo Directivo tienen la responsabilidad de diseñar, mantener y mejorar el Sistema de Control Interno, por lo tanto han tenido la responsabilidad de orientar el Direccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional, determinando las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad y más cuando el Hospital se encontraba sujeto a un Plan de Gestión Integral del Riesgo PGIR, el cual ante la mejora de resultados que ha presentado la ESE, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 1342 de 2019, por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019, la categorizó en **riesgo bajo**.

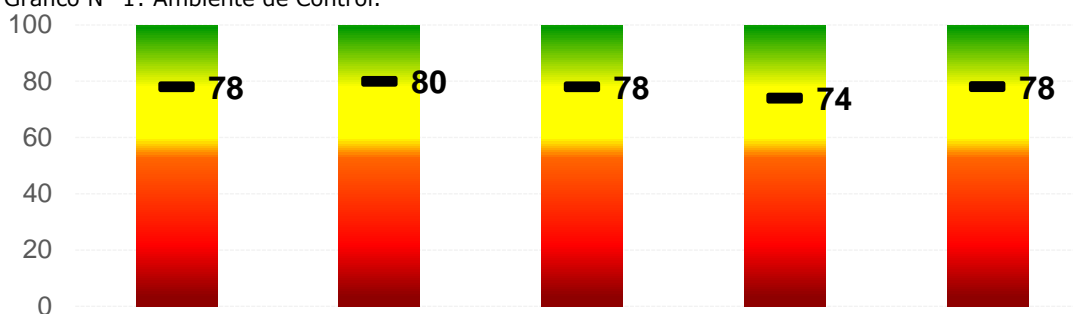
En la primera línea de defensa de este componente, que corresponde a los líderes de proceso: Se tiene el Comité de Gerencia, donde se imparten directrices a los funcionarios de la ESE, los contratistas de las agremiaciones, los contratistas de prestación de servicios los cuales se deben acoger y cumplir los principios estipulados en el Código de Ética (Integridad); se tiene implementado el Comité de Control Interno Disciplinario normalizado mediante la Resolución 076 de 2018, además de la realización de las evaluaciones de desempeño institucional; un punto de control es el Comité de Gerencia y en él se hace seguimiento al cumplimiento del Plan Operativo Anual Institucional POAI de la ESE; se hace seguimiento, al cumplimiento de las asignaciones a cada uno de los procesos institucionales tanto del personal vinculado, como del agremiado y evaluando que los funcionarios de la ESE, los empleados de las agremiaciones y los contratistas de prestación de servicios estén apuntando al cumplimiento de los objetivos institucionales.

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 tiene: Que está interiorizado en cada uno de los funcionarios de la ESE, los empleados de las agremiaciones y los contratistas de prestación de servicios aplicar las normas estipuladas y aprobadas en el Código de Ética (Integridad); se cuenta con el Comité de Control Interno Disciplinario y también está conformado el Comité de Convivencia Laboral mediante la Resolución 332 de 2016 y con la Resolución 014 de 2017, se nombran los representantes de dicho comité; aunque los riesgos no se tienen del todo identificados, valorados y con sus respectivos controles diseñados, 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; se ha implementado el GETH institucional, conectado con el Plan de Desarrollo del HMFS y la Oficina de Gestión Humana hace el respectivo seguimiento; se están realizando las evaluaciones al personal agremiado.

En la tercera línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de la Oficina de Control Interno, ésta ha organizado el Plan de Auditoría basado en Riesgo y el alcance y objetivo de este, está alineado con la planeación que tiene la Entidad. Se tiene el Manual de Auditoría Interna (Resolución 044 del 26 de febrero de 2015) y se vienen realizando las auditorías de acuerdo con los protocolos establecidos y se presentó ante el Comité Coordinador de Control Interno los borradores del Código de Ética de la Auditoría y el Estatuto de Auditoría, está pendiente la adopción de estos mediante Acto Administrativo.

Al evaluar el componente de Ambiente de Control por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **77,4** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 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): **78.**

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): **78.**

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** y se avanza al pasar a **77,4**. 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 **70,2** (calificación con corte a diciembre 31 de 2018).

2. Gestión de los Riesgos Institucionales.

En este segundo componente, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, viene realizando actualización de los procesos y subprocesos de la entidad a cargo del área de calidad, en el cual se realizan la identificación de los riesgos.

Se sigue desde el área de planeación con el ejercicio de la identificación de los riesgos de corrupción en cada una de las áreas de la entidad, los cuales conforman el mapa de riesgos de corrupción institucional y al cual la Oficina de Control Interno viene realizando el respectivo seguimiento, por lo tanto, se hace la verificación de los diferentes controles que se están realizando en los diferentes procesos de la entidad, para mitigar los riesgos de corrupción que fueron identificados a saber:

Se presenta un cumplimiento del 90.3% en el desarrollo de los proyectos que hacen parte del Plan de Desarrollo institucional.

Planeación: Desde esta área se realiza seguimiento trimestral al Plan Operativo Anual, el cual para este trimestre arrojó un cumplimiento de 56 actividades cumplidas, 6 sin cumplir para un avance el 90.3%. Cumplimiento positivo de acuerdo con la metodología propuesta por la Resolución 408 de 2018.

Talento Humano: En el periodo evaluado no se han presentado casos que indiquen corrupción para obtención de cargos públicos. Desde la Oficina de Talento Humano se viene realizando la verificación de títulos universitarios del personal que labora en la entidad, con el propósito de llevar un mejor control en el proceso y evitar posibles desviaciones.

Farmacia: Se solicitan cotizaciones de los bienes e insumos requeridos mensualmente, utilizando la plataforma de comercio electrónico contratada por la institución. El Director Financiero y de Compras revisa y analiza las cotizaciones de los proveedores a través de la plataforma electrónica y confirma las compras con los proveedores que cumplan con las especificaciones técnicas y necesidades de la institución. Estas acciones son aprobadas por medio del Comité de Compras y Contratación de la institución.

Urgencias: Los casos de hurto que se presentan en el servicio por parte de trabajadores, son reportados a la enfermera jefe-encargada, la cual debe reportar a las agremiaciones o Coordinador del servicio para la debida investigación y proceso.

En el caso de los usuarios se reporta al servicio de vigilancia y en su defecto a la autoridad competente. En este periodo no se tienen evidenciados casos de hurtos en la entidad.

Gestión Jurídica: Para la fecha de corte del seguimiento se encontraron suscritos 62 contratos, de los cuales 58 contaban con interventoría. Para un cumplimiento del indicador: 93,5%.

Sistemas de Información: Se cuenta con dos (2) profesionales en el área (1 contratista, 1 agremiado), los cuales en sus contratos están estipuladas las obligaciones para con el contratante, en la cual se incluye el debido manejo y reserva de la información institucional generada en su área.

Apoyo logístico e infraestructura: Para el proceso de compra de bienes e insumos, se realiza aprobación por medio del Comité de Compras, el cual exige por lo menos tres (3) cotizaciones para la selección de estos. Dicho comité se realiza de manera mensual.

Ayudas diagnósticas: Las ayudas diagnósticas son manejadas por un tercero, el cual cuenta con los protocolos para el manejo de resultados de exámenes y entrega a pacientes. Este contrato además es supervisado por personal vinculado de la institución.

En la Línea Estratégica que corresponde a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se ha establecido la Política de Administración del Riesgo con la Resolución 256 de noviembre 22 de 2017 y se está haciendo 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, pero no se monitorea el estado de los riesgos aceptados (apetito del riesgo, que es la cantidad de riesgo que una organización está dispuesta a asumir para alcanzar sus objetivos estratégicos), con el fin de identificar cambios que afecten el funcionamiento de la ESE.

En la primera línea de defensa de este componente, se ha estado realizando el ejercicio con los Líderes de Proceso de la identificación y valoración de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales (riesgo inherente) e implementar los controles a esos mismos riesgos (riesgo residual), pero se debe realizar el seguimiento a los riesgos y documentarlo y definir el plan de tratamiento e impacto cuando estos se lleguen a materializar.

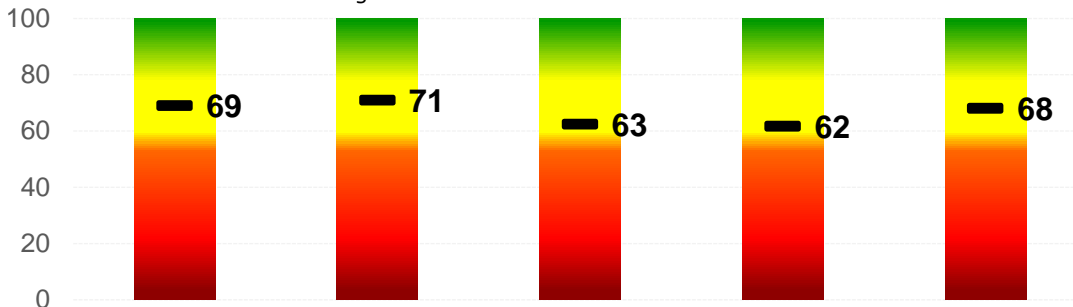
En la segunda línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, deben documentar el monitoreo y acciones de seguimiento que realizan al riesgo y sus controles, que muestren a las otras líneas de defensa, que su implementación ha evitado la materialización de estos y proponer acciones preventivas.

En la tercera línea de defensa de este componente, donde la responsabilidad es de la Oficina de Control Interno, se ha estado ejecutando en cierta medida el ejercicio de identificar y valorar los riesgos de la ESE y el diseño e implementación de los controles a cada uno de estos, pero no se ha revisado la efectividad en la aplicación de los controles, sin embargo se realiza socialización de los resultados de las auditorías internas, en el Comité de Coordinación de Control Interno, resaltando los riesgos identificados en las mismas. La Oficina de Control Interno ha estado presentando de forma rigurosa el Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y se han expuesto las respectivas 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 **65,9** como consolidación

de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 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: **69**.

Responsabilidades de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **71**.

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): **62**.

Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **68**.

Se debe señalar, que la evaluación del componente de 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 **60,9** y se presenta un avance al pasar a **65,9**. 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 **58,1** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

3. Actividades de Control.

En este componente la ESE Hospital Marco Fidel Suárez debe diseñar, implementar y fortalecer los controles, como uno de los instrumentos para dar tratamiento a cada uno de los riesgos: la ESE ha iniciado el ejercicio de identificar, valorar los riesgos (Riesgo Inherente) de cada uno de los procesos y diseñar los controles a cada uno de los mismos y valorar de nuevo (Riesgo Residual), pero se debe verificar que los controles se estén ejecutando por los responsables, tal como están diseñados; también se debe verificar que los controles si están contribuyendo a la mitigación de los riesgos a niveles aceptables. Es de anotar que se deben definir controles en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC, para evitar situaciones traumáticas ya presentadas en la ESE.

En la Línea Estratégica, que corresponde a la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Se vuelve a reiterar que se puede aprovechar la fortaleza que tiene el subproceso de Facturación, el cual está realizando una apropiada Administración de sus Riesgos con controles diseñados e implementados a cada uno de estos, haciéndole seguimiento y/o monitoreo constante, ejercicio que se puede replicar a las otras áreas. Se le ha estado realizando el seguimiento al mapa de riesgos de corrupción que tiene organizado la ESE.

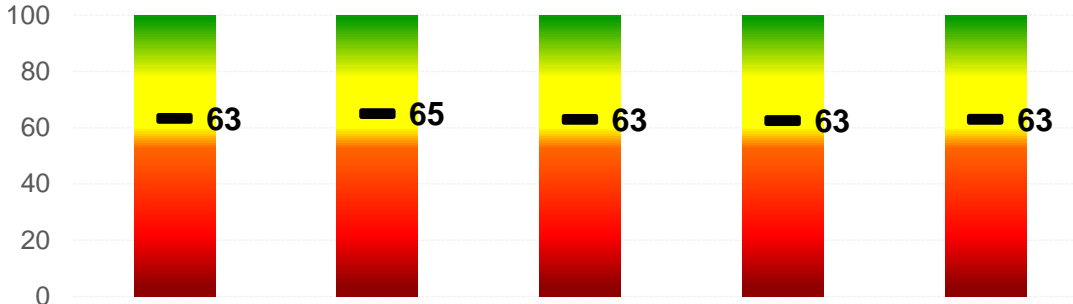
En la primera Línea de defensa, que es responsabilidad de los Líderes de Proceso, en este componente la ESE ha iniciado el ejercicio de reorganizar los procedimientos de cada uno de los procesos, para identificar y valorar los riesgos de cada uno (Riesgo Inherente) y pasar a diseñar e implementar cada uno de los controles a cada riesgo y valorar de nuevo (Riesgo Residual), pero no se verifica que los controles si están contribuyendo a la mitigación de los riesgos a niveles aceptables; que los controles diseñados sean los pertinentes para los riesgos identificados y verificar que estos controles estén siendo ejecutados por los responsables, tal como se han diseñado.

En la segunda línea de defensa responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo: Se está realizando el ejercicio de diseñar los controles, de cada uno de los riesgos de los diferentes procesos; pero no se realiza un monitoreo riguroso por parte de la segunda línea de defensa y determinar su relevancia y actualizar los mismos si es necesario. Un ejemplo de la falta de controles está reflejado en una evaluación realizada por la Oficina de Control Interno al subproceso de Cartera Poblacional, se presentan entre otras las siguientes observaciones: Pagarés sin el diligenciamiento de datos completos, algunos solo tienen la huella o firma del deudor; Deficiencia en la toma de la huella dactilar; Algunos pagarés no cuentan con deudor solidario; Algunos pagarés no cuentan con fotocopia de la cedula del deudor; Se encuentran pagarés sin dirección y teléfono del paciente o acompañante; Se encuentran varios pagarés de un solo paciente particular (habitante de calle, TBC), por altos valores, a los cuales se les debe buscar pagador; Algunos pagarés no cumplen con las márgenes de impresión; Se observan pagarés con el valor errado, diferente al valor facturado; Cuentas particulares sin afiliación institucional (Niquía); Cuentas particulares que no se les realizó pagaré; Pagaré con tachones; Realización de pagarés a menores de edad, etc.

En la tercera línea de defensa en este componente, que corresponde a la Oficina de Control Interno: Se ha realizado el ejercicio de verificar que los controles diseñados, tengan en cuenta: el responsable de la actividad del control, la periodicidad de este, el propósito del control, una descripción de cómo se realiza la actividad del control, pero no se está verificando con evidencias la ejecución de los controles.

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 No. 3:

Gráfico N° 3: Actividades de Control.



Fuente 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 **63** y se mantiene la misma de la anterior evaluación, la cual es también de **63**, 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 **60,0** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

4. Información y Comunicación.

En este cuarto componente de la dimensión del Control Interno, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, sigue realizando las acciones para contar con un adecuado y efectivo componente de información y comunicación dentro del Sistema de Control Interno de la Entidad, porque se debe destacar: que se generan espacios de participación por parte de la Alta Dirección de la ESE, con los servidores en las diferentes asambleas participativas y con la ciudadanía en la denominada Audiencia Pública de Rendición de Cuentas; ya que hay una comunicación adecuada con los diferentes grupos de valor y hay una comunicación interna que es confiable, oportuna y segura.

Ahora bien, la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE 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). Pero se hace necesario evidenciar que no se está cumpliendo con: El **Acuerdo 049 del 5 de mayo del 2000** del Archivo General de la Nación, el cual en su artículo 2º manifiesta las condiciones generales que debe tener la edificación donde está el archivo, entre otros los siguientes aspectos:

- Ubicación: Prever el espacio suficiente para albergar la documentación acumulada y su natural incremento.
- Capacidad de almacenamiento: La adecuación climática de acuerdo con las normas establecidas para la conservación del material documental; el crecimiento documental de acuerdo con los parámetros archivísticos que establezcan los procesos de retención y valoración documental.
- Distribución: Las áreas destinadas para la custodia de la documentación deben contar con los elementos de control y aislamiento que garanticen la seguridad de los acervos archivísticos; las zonas de trabajo archivístico, consulta y prestación de servicios estarán fuera de las de almacenamiento tanto por razones de seguridad como de regulación y mantenimiento de las condiciones ambientales en las áreas de depósito.

En el artículo 5º de este Acuerdo 049 del 2000 exterioriza cuales son las condiciones ambientales y técnicas que deben tener los edificios y locales destinados a albergar material de archivo, que incluyen manejo de temperatura, humedad relativa, ventilación, contaminantes atmosféricos e iluminación, así:

- Material Documental: Soporte en papel.
Temperatura de 15 a 20° C con una fluctuación diaria de 4°C.
Humedad relativa entre 45% y 60% con fluctuación diaria del 5%.
- Iluminación en depósitos: Para radiación visible lumínica, menor o igual a 100 lux; para radiación ultravioleta, menor o igual a 70 uw/lumen; si es iluminación artificial se podrá emplear luz fluorescente, pero de baja intensidad y utilizando filtros ultravioletas
- Se tiene que disponer de equipos para atención de desastres como extintores de CO2, Solfaclan o Multipropósito y extractores de agua de acuerdo con el material a conservar; se tiene que evitar el empleo de polvo químico y de agua; las especificaciones técnicas de los extintores y el número de unidades deberá estar acorde con las dimensiones del depósito y la capacidad de almacenamiento y se debe implementar un sistema de alarma contra incendio y robo.

También se debe observar que en el **Acuerdo 50 del 5 de mayo de 2000** del Archivo General de la Nación, en su artículo 2° plantea la necesidad de la planificación general de la preservación, como medida para la prevención de desastres y situaciones de riesgo; en su artículo 3° dice que se debe partir de la identificación y levantamiento del panorama de riesgos, seguido de la evaluación o valoración de las amenazas potenciales e igualmente se debe preparar un plan de emergencia y como se tiene que reaccionar en caso de siniestros.

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 Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2019 el 24 de mayo de 2019 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. Hay un flujo dinámico de los documentos y la información tanto interna como externa a través de rutas preestablecidas entre las dependencias de la entidad y funcionarios vía Intranet o Internet, facilitando conocer en tiempo real el estado y trazabilidad de cualquier documento.

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 No. 3, se muestra como ha sido el comportamiento de las PQRSF en el segundo semestre de 2019.

Cuadro N° 3: Comportamiento PQRSF enero-junio 2019.

PQRS-F	TOTAL	OPORTUNA	%	EXTEMPORANEA	%
Peticiones	37	37	100	0	0
Quejas	99	65	65,7	34	34,3
Reclamos	60	48	80	12	20
Sugerencias	15	13	86,7	2	13,3
Felicitaciones	84	79	94	5	6
Total	295	242	82	53	18

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 se tiene que:

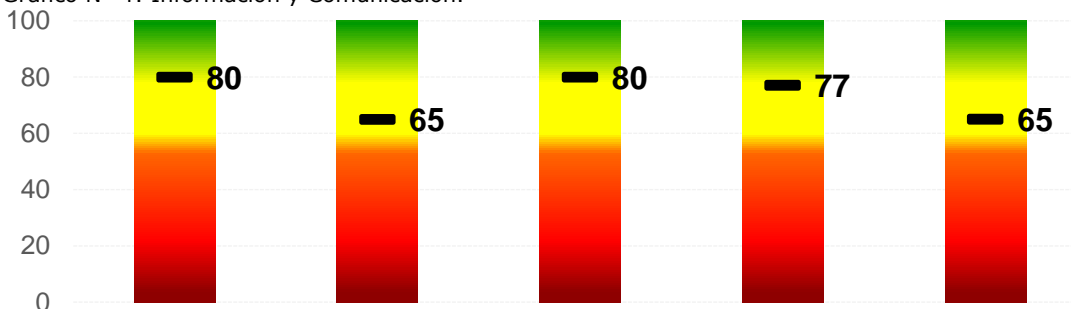
Si comparamos el primer semestre de 2019, con el segundo semestre de 2018 se tiene: que las PQR (peticiones, quejas y reclamos) en el segundo semestre de 2018 son 224, mientras en el primer semestre es de 196, para una disminución de -12,5%; también se puede destacar que la extemporaneidad de las respuestas de las PQRSF pasó de 26,1% en el segundo semestre del 2018, a 18% en el primer semestre de 2019.

Se realizó auditoría interna al proceso de Archivo el cual no cuenta con los mínimos requisitos: por no cumplir especificaciones técnicas de infraestructura, humedad, lugar adecuado para la conservación de los documentos, no se observan aires acondicionados, ni detectores de humo etc. Incumpliendo con el Acuerdo 049 del 5 de mayo del 2000, el cual desarrolla el capítulo 7 "Conservación de Documentos" del Reglamento General de Archivos" se especifica sobre las condiciones que deben tener los edificios y locales destinados a archivos; el Acuerdo 50 del 5 de mayo del 2000, por el cual se desarrolla el artículo 64 del título VII "conservación de documento", del Reglamento General de Archivos sobre "prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo" y con el artículo 3 del Acuerdo 008 de 2014 del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen las especificaciones técnicas y los requisitos para la prestación de los servicios de depósito, custodia, organización, reprografía y conservación de documentos de archivo y demás procesos de la función archivística en desarrollo de los artículos 13° y 14° y sus parágrafos 1° y 3° de la Ley 594 de 2000.

Además, se realizó la autoevaluación del MIPG a la Política de Gestión Documental, la cual arrojó una calificación de 44,5/100.

Al evaluar el componente Información y Comunicación por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **74,8** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 4:

Gráfico N° 4: Información y Comunicación.



Fuente 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): **80**.
 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 **74,3** y avanza 0,5 al pasar a **74,8**. 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 **71,1** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019).

5. Monitoreo y Supervisión Continua.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez realiza el seguimiento oportuno al cumplimiento de las actividades planteadas en el Acuerdo 02 del 19 de febrero de 2019 Plan Operativo Anual -POA- 2019, que consta de cuatro (4) líneas estratégicas, desarrollados mediante veintitrés (23) proyectos, cuyos resultados trimestrales son presentados a la Junta Directiva de la ESE, y tenemos resultados cualitativos de la Línea Estratégica N° 1:

Línea estratégica N° 1 Equilibrio y sostenibilidad financiera:

- Continuando con los indicadores financieros, frente al Margen neto en el primer trimestre de 2019 fue de \$673.727.912 menos el margen neto del trimestre vigencia anterior 2018 que fue de \$1.834.468.017, dando como resultado \$-1.160.740.105 dividido margen neto del trimestre vigencia anterior \$1.834.468.017; se obtuvo un margen neto de un -63.3%, lo que significa que la entidad tuvo una disminución neta, reflejando así un incumplimiento del indicador en este primer trimestre del POA 2019, sin embargo el margen neto está por encima del punto de equilibrio mayor o igual a 1%, mostrando un resultado positivo a nivel interno. Siguiendo con la variación del Margen operacional para el periodo que cubre abril, mayo y junio del 2019, correspondiente a la fórmula Margen operacional segundo trimestre actual (2019) 2.378.440.434 - Margen operacional segundo trimestre vigencia anterior (2018) 2.414.007.730 / Margen operacional segundo trimestre vigencia anterior (2018) 2.414.007.730; muestra un porcentaje de -1.47%, lo que significa que la entidad tuvo una disminución operativa para el segundo trimestre; sin embargo para la actual vigencia el margen operacional está por encima del punto de equilibrio mayor o igual a 1%, lo cual muestra un resultado positivo a nivel interno.
- Respecto al monitoreo y seguimiento a los costos frente a la facturación, el margen operacional por centros de costos primer trimestre actual 2019 fue de \$13.746.099 - costo y gasto por centro de costos primer trimestre actual \$12.875.676/ total facturado por centro de costos primer trimestre actual \$13.746.099. Se obtuvo resultado de 6.33%, el cual supera el punto de equilibrio mayor o igual a 1%, mostrando un buen desempeño en los centros de costos, y eficiencia en el uso de los recursos que se

consumen. Respecto al monitoreo y seguimiento a los costos frente a la facturación, para el segundo trimestre 2019, el total facturado por centro de costos fue de 8.01%, que corresponde a la fórmula (margen operacional por centros de costos segundo trimestre actual 2019 – costo y gasto por centro de costos segundo trimestre actual / total facturado por centro de costos segundo trimestre actual) $29.681.092.456 - 27.302.649.000 / 29.681.092.456$. El resultado obtenido supera el punto de equilibrio mayor o igual a 1%, logrando cumplimiento de la meta para el periodo. Esto muestra un buen desempeño en los centros de costos, y eficiencia en el uso de los recursos.

Se evalúa el Control Interno Contable vigencia 2018 de la ESE por parte de la Oficina de Control Interno, con una calificación de 4,84 sobre 5. Se debe destacar que la Entidad migro toda la contabilidad a normas internacionales y se fortaleció el equipo de trabajo; que la información de los estados financieros contables es la misma para todos los entes de control, como Contraloría General de Antioquia, Contaduría General de la Nación, Super Salud y Junta Directiva HMFS, entre otros; esta información se entrega de forma oportuna; cuenta con un sistema de Costos Hospitalarios.

La Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica) en este componente: se aprobó el Plan Anual de Auditoría propuesto por el Jefe de Control Interno en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno; se verifica que los Líderes de los procesos, programas o proyectos mediante autoevaluación el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, patentizados en el Plan Operativo Anual POA.

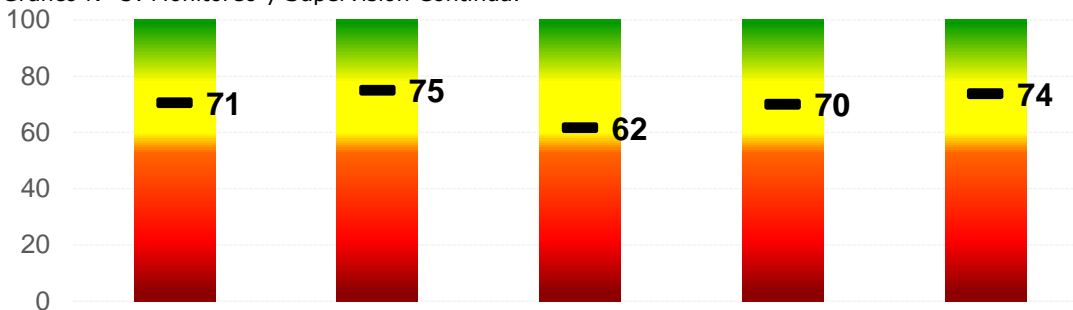
Los Gerentes públicos y Líderes de proceso (primera Línea de defensa): en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez verifican el logro de los objetivos estratégicos e institucionales, la confiabilidad de la información financiera y no financiera, el avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento que tiene la ESE; ha estado realizando el ejercicio de identificar y valorar los riesgos (Riesgo Inherente) y ha diseñado e implementado los controles a cada uno de los mismos y ha realizado la nueva valoración (Riesgo Residual), pero no se está realizando el seguimiento e informando de forma periódica a la Alta Dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad, para tomar las acciones correctivas necesarias.

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, 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.

El área de Control Interno (tercera línea de defensa), estableció un Plan de Auditorías basadas en riesgos, 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 y otras auditorías internas dándole cumplimiento a lo planeado en la vigencia, etc. La Oficina de Control Interno ha dado mucha importancia al cumplimiento de las acciones de mejora, de cada una 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; la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, presenta 22 planes de mejoramiento, que para el corte del seguimiento presenta 74 acciones de mejoramiento, de estas acciones 21 fueron cumplidas en su totalidad y 22 presentan avance lo que equivale a un 58% de ejecución, además se encuentran 31 acciones sin ejecutar correspondientes al 42%.

Al evaluar el componente Monitoreo y Supervisión Continua por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, se tiene una calificación de **70,4** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 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): **75.**

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.**

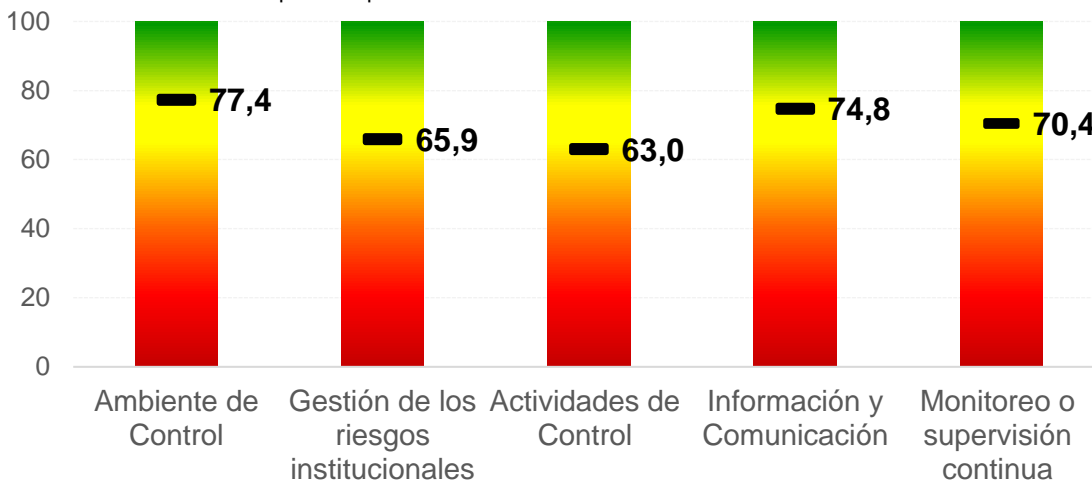
Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **74.**

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 **70,2** y avanza 0,2 puntos al pasar

a **70,4**. 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 **67,3** (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 Marco Fidel Suárez, esta arroja una calificación tal como se muestra en el gráfico No. 6:

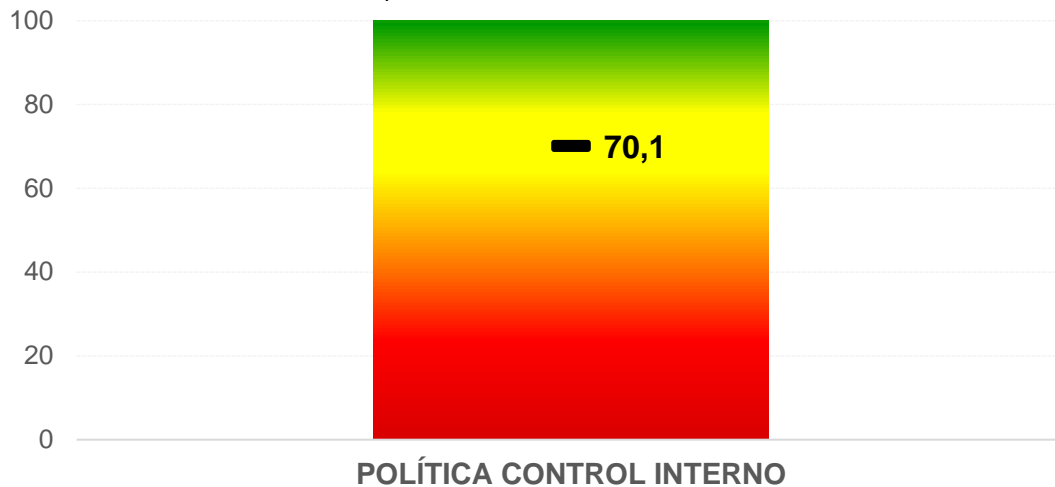
Gráfico N° 6: Calificación por componente.



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 77,4; Gestión de los Riesgos Institucionales 65,9; Actividades de Control 63; Información y Comunicación 74,8 y Monitoreo o Supervisión Continua 70,4; para una calificación final del autodiagnóstico de la Dimensión y Política de Control Interno es de **70,1** (La calificación de la anterior evaluación de la oficina de Control Interno **68,7** 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 **67,0** (calificación con corte a diciembre 31 de 2019); la nueva calificación de la Dimensión de Control Interno, en el gráfico No.7:

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




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

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, se hacen estas recomendaciones:

- El Código de Ética versión 2 del 2 de diciembre de 2014 que la ESE tiene aprobado, se le han hecho algunos ajustes por lo cual se debe realizar el nuevo Acto Administrativo donde se expresen los principios y valores éticos del Hospital sustituyendo el nombre por el de Código de Integridad.
- Que la primera línea de defensa del componente de la Gestión de los Riesgos Institucionales, que corresponde a los Líderes de Proceso los cuales son responsable de realizar el ejercicio de identificación y valoración de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales (riesgo inherente), diseñar los controles de los mismos y valorar de nuevo (riesgo residual), deben realizar el seguimiento a los riesgos, documentarlos y definir el plan de tratamiento e impacto cuando estos se lleguen a materializar.
- Que en el componente Actividades de Control se debe seguir con el diseño e implementación de los controles, como uno de los instrumentos para dar tratamiento a cada uno de los riesgos identificados de los diferentes procesos, esto con el fin de: Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos.

- Se debe señalar que, para asegurar la adecuada implementación y desarrollo de un Sistema de Control Interno articulado al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se debe realizar un análisis del entorno institucional que nos lleve a la identificación de los riesgos y sus posibles causas, lo cual permita asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales, con unos controles diseñados que aseguran la gestión de los procesos y con estas actividades de control establecidas nos permitan la mitigación de los riesgos a niveles aceptables.
- 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".
- Se evidencia, el no cumplimiento con: el **Acuerdo 049 del 5 de mayo del 2000** del Archivo General de la Nación, el cual en su artículo 2° manifiesta las condiciones generales que debe tener la edificación donde está el archivo de la Entidad y también con el **Acuerdo 50 del 5 de mayo de 2000** del Archivo General de la Nación, que en su artículo 2° plantea la necesidad de la planificación general de la preservación, como medida para la prevención de desastres y situaciones de riesgo; en su artículo 3° dice que se debe partir de la identificación y levantamiento del panorama de riesgos, seguido de la evaluación o valoración de las amenazas potenciales e igualmente se debe preparar un plan de emergencia y como se tiene que reaccionar en caso de siniestros.
- 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, debe interiorizar y asumir las obligaciones que exige el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en esta dimensión.



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