



**E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO**  
**DICIEMBRE - MARZO 2017**

**OBJETIVO GENERAL**

De acuerdo al artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, se propuso realizar seguimiento cuatrimestral pormenorizado al estado del Sistema de Control Interno del periodo comprendido entre Diciembre y Marzo de 2017.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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

**ALCANCE**

- Se realizara seguimiento al estado del Sistema de Control Interno durante el cuatrimestre comprendido entre los meses de Diciembre y Marzo de 2017.



## FORTALEZAS

### MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

#### Componente de Talento Humano

- Se modificaron y adoptaron los principios y valores corporativos por medio del Acuerdo 02 de 2017, el cual adopta el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2019. (Pág. 59)
- La entidad cuenta con manuales de funciones y competencias laborales actualizadas y adoptado mediante Acuerdo 012 de 2016.
- Se cuenta con la concertación de objetivos de las Evaluaciones de Desempeño del personal de Carrera Administrativa para el año 2017.

#### Componente de Direccionamiento Estratégico

- Se modificaron la Visión y Misión institucional por medio del Acuerdo 02 de 2017, el cual adopta el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2019. (Pág. 58)
- Se aprueba por parte de la Junta Directiva el Plan de Gestión 2016-2019, por medio del Acuerdo 017 del 8 de Noviembre del 2016.
- Se aprueba por parte de la Junta Directiva el Plan de Desarrollo 2017-2019, por medio del Acuerdo 02 del 28 de Febrero de 2017.

#### Componente de Administración del Riesgo

- Se cuenta con una Política y una Metodología de Administración del Riesgo, adoptada mediante Resolución 147 de 2015, además se cuenta por Mapas de Riesgos por Procesos.
- Se cuenta con un Plan Anticorrupción Institucional para la vigencia 2017, adoptado por Resolución 027 del 31 de enero; el cual contempla el mapa de riesgos anticorrupción.

## MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### Componente de Auditoria Interna

- La entidad cuenta con Manual de Auditoria Interna, adoptado por Resolución 044 de 2015, además se presenta el Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno de acuerdo a los lineamientos de la Función Pública.
- La entidad cuenta con un Plan Institucional de Auditoria, el cual incorpora las auditorias reglamentarias u obligatorias, las auditorías a los procesos enfocada a los riesgos y las consultorías realizadas por la Oficina de Control Interno y el área de Calidad para la vigencia 2017.

### Componente de Planes de Mejoramiento

- La entidad cuenta con procedimiento documentado de planes de mejoramiento el cual pertenece al subproceso de medición, análisis y mejora. El seguimiento a las acciones de mejoramiento se realiza de manera trimestral como lo establece la Circular Interna 110 de 2015, presentando el avance de dichas acciones.
- La entidad cuenta con una herramienta tecnológica la cual permite monitorear el avance en el cumplimiento de las acciones del Plan de Mejoramiento Institucional.

## EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### Componente de Información y Comunicación

- Se adelantó la construcción del Programa de Gestión Documental.
- La institución cuenta con un manejo sistematizado de la correspondencia y documentación recibida.
- Se cuenta con correo interno e intranet que permite el manejo y consulta de la comunicación interna entre los empleados de la institución.
- Se realizó por parte de la alta dirección la Rendición Anual de cuentas a la ciudadanía el 13 de Diciembre de 2016 en la Supersalud.

## DEBILIDADES

### MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

#### Componente de Talento Humano

- No se ha publicado en el sistema de información interno el Plan Institucional de Formación y Capacitación, aprobado para la vigencia 2017.
- No se ha publicado en el sistema de información interno el Programa de Inducción y Reinducción, aprobado para la vigencia 2017.

#### Componente de Direccionamiento Estratégico

- No se definen indicadores para medir la eficacia, eficiencia y efectividad del Modelo de Operación por Procesos, como tampoco la periodicidad para su actualización y ajuste.
- La entidad cuenta con la Resolución 149 de 2015 por medio de la cual se adopta la actualización de los procesos de la E.S.E, dicho acto administrativo no adopta el Manual de Procesos y Procedimientos.
- Se encuentra pendiente de aprobación mediante acto administrativo del Plan Operativo Anual para la vigencia 2017.

#### Componente de Administración del Riesgo

- La entidad no ha definido claramente el contexto estratégico de los riesgos de la entidad (económico, político, contable financiero, tecnológico y legal).
- No se cuenta con una divulgación del mapa de riesgos que contenga todos los riesgos identificados en los procesos de la institución.
- La metodología para la evaluación de los riesgos no contempla un procedimiento para la implementación de controles aplicables a los riesgos por procesos, de manera que se mitigue la materialización del riesgo residual.
- No se observa la consolidación de los riesgos residuales y su valoración (críticos, moderados y leves), de manera que faciliten la elaboración del mapa de riesgos institucional, además no se encuentra descrito en el manual metodológico para la administración del riesgo.

- La Metodología para la Administración del Riesgo no define la periodicidad con la cual serán evaluados y actualizados los riesgos de cada uno de los procesos y subprocesos institucionales.

## MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### Componente de Autoevaluación Institucional

- En la entidad no se realizan o ejecutan actividades de autoevaluación al interior de los procesos, de acuerdo al elemento de Autoevaluación del Control y Gestión contemplado en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno (Decreto 943 de 2014), en el cual se menciona que se deben ejecutar actividades de autoevaluación y a través de estas se genere una disciplina al interior de los procesos de manera que la autoevaluación se convierta en el día a día de la entidad.

### Componente de Planes de Mejoramiento

- La entidad no ha formulado Planes de Mejoramiento Individual por servidor, producto de las Evaluaciones de Desempeño.
- El hospital presenta 26 planes de mejoramiento para la vigencia 2016, los cuales cuentan con un total de 238 hallazgos y que para corte a diciembre 31 presentó un avance equivalentes al 31%, de acuerdo al "*informe final de seguimiento a plan de mejoramiento único institucional*", realizado por la oficina de Control Interno.

## EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### Componente de Información y Comunicación

- Las Tablas de Retención Documental no se encuentran aprobadas por el Consejo Departamental de Archivo, ya que fueron devueltas por falta de estudio de unidad documental y explicación metodológica.
- No se cuenta con una Política de Comunicaciones actualizada para el año 2017.
- El avance en el cumplimiento de la implementación de la Ley 1712 de 2014, se encuentra en ejecución en un 54% de acuerdo al informe evaluativo



"Cumplimiento Ley de Transparencia" realizado por la Oficina de Control Interno.

- La entidad aún no tiene centralizada la información interna como informes, actas, actos administrativos, entre otros que sean de fácil acceso para los clientes internos.

### **AVANCES OBTENIDOS RESPECTO A LA EVALUACIÓN ANTERIOR Y RECOMENDACIONES REALIZADAS**

- La entidad estableció Acuerdos de Gestión entre la Gerencia y las Subgerencias Administrativa y Científica, las cuales se adoptaron por Resolución número 031 de 2017.
- Fue aprobado por parte de la Junta Directiva de la E.S.E, el Plan de Desarrollo 2017-2019, por medio del Acuerdo número 02 del 28 de Febrero de 2017.
- Para la vigencia 2017, se cuenta con personal de apoyo a la Oficina de Control Interno para dar cumplimiento del cronograma del Plan de Auditorias.
- Se realizó la evaluación final de desempeño a los empleados de carrera administrativa de la E.S.E correspondiente a la vigencia 2016.
- Se realizó la concertación de objetivos para el año 2017 de la evaluación de desempeño por parte de los empleados de Carrera Administrativa de la E.S.E.

### **RECOMENDACIONES**

Desde la Oficina de Control Interno, se recomienda para la entidad, fortalecer las debilidades que afectan la evaluación del Sistema de Control Interno:

- Avanzar en el cumplimiento de las acciones de mejoramiento planteadas en las auditorías internas y externas contenidas en el Plan de Mejoramiento Institucional.



- Dar cumplimiento a los cronogramas del Plan de Capacitaciones y el Programa de Inducción y Reinducción, para la satisfacción de las necesidades de los servidores públicos.
- Realizada la verificación del Manual Metodológico para la Administración del Riesgo y el Mapa de Riesgos donde se consoliden los riesgos residuales y su valoración (críticos, moderados y leves), para facilitar la elaboración del Mapa de Riesgos institucional.
- Definir los tiempos en los cuales se deben evaluar y actualizar los riesgos de cada uno de los procesos y subproceso de la institución de acuerdo a la Metodología para la Administración del Riesgo.
- Tramitar la aprobación de las Tablas de Retención Documental en el Consejo Departamental de Archivo.

**JOVANY PINZÓN PINZON**  
Asesor de Control Interno  
ESE Hospital Mareo Fidel Suarez

*Natalia Morales*

Elaboró: Natalia Morales Galvis  
Apoyo Oficina Control Interno  
Abril 30 de 2017