



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	Período evaluado: con corte a mayo 31 de 2018
		Fecha de elaboración: mayo - junio 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.





Mediante el Acuerdo 02 de 2017 de la Junta Directiva de la ESE Marco Fidel Suárez, se adopta el Plan de Desarrollo 2017-2019 de la Entidad y en el mismo están inmersos e incorporados los principios y valores corporativos, aprobados en el Código de Ética. De estos principios y valores corporativos se ha hecho la debida divulgación a los funcionarios, contratistas y usuarios del Hospital e igualmente están publicados en la página Web de la Entidad.

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.

La Oficina de Gestión Humana de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez ha iniciado el ejercicio de organizar la Gestión Estratégica del Talento Humano GETH, que asegure 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.

Se debe destacar, que se han establecidos acuerdos de gestión entre los Subgerentes y la Gerencia, la evaluación de desempeño de los servidores públicos y el seguimiento del Plan de Desarrollo por intermedio del Plan Operativo Anual POA y el cual es presentado a la Junta Directiva, periódicamente.

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 No.1:



Cuadro No. 1: Planes de Gestión Humana HMFS, corte mayo 31 2018.

Planes de Gestión Humana HMFS 2018			
Planes	Programación Anual	Actividades Ejecutadas	% Cumplimiento
Plan de Estímulos	9	3	33,3
Plan de Bienestar Social	91	28	30,8
Plan de Seguridad Social en el Trabajo	221	80	36,2
Plan Anual de Capacitación	54	36	66,7

Fuente: Gestión Humana ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

También es de señalar, que se encuentra implementada una plataforma virtual, la cual apoya el cumplimiento del plan institucional de capacitaciones y la Oficina del Gestión Humana del HMFS ya dio inicio a la elaboración de la Gestión Estratégica del Talento Humano GETH.

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.

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 Ética (en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG denominado Código de Integridad) de la Entidad, 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, por lo cual han fijado las políticas, estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad para el logro de los objetivos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez; pero es necesario que cuando se elabore la Gestión Estratégica del Talento Humano se responsabilicen de desarrollar los mecanismos incorporados en la misma.

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 Ética (ahora denominado Código de Integridad en el MIPG) 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 evaluar el cumplimiento de las asignaciones a cada uno de los procesos institucionales tanto del personal vinculado, como del agremiado.

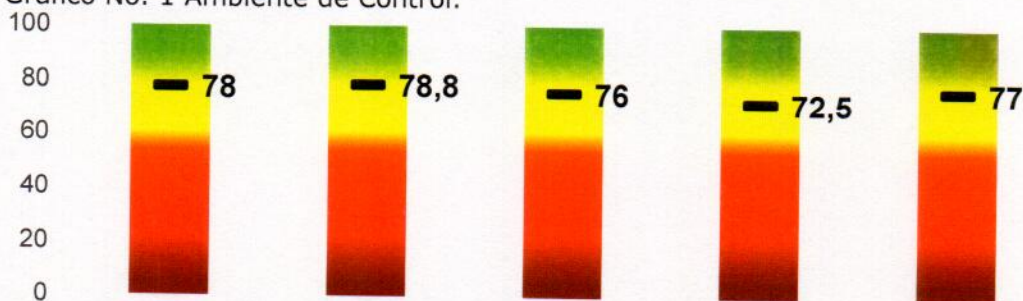
En la segunda línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, se aplican las pautas de conducta e integridad (valores) y los principios del servicio público por cada uno de los funcionarios y en cierta medida por el personal agremiado del Hospital, el área de Gestión Humana facilita la implementación y monitorea la apropiación de los mismos por parte de cada uno de los servidores públicos y mucho más cuando la responsable del Control Interno Disciplinario el cual fue creado mediante la Resolución 076 del 13 de febrero de 2018, es la misma Directora de Talento Humano; también ejercen un rol importante el Comité de Convivencia Laboral el cual designa los representantes de la Gerencia y se reconocen los representantes elegidos por los empleados, mediante la Resolución 014 del 17 de enero de 2017. 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. Implementar el GETH institucional, conectado con el plan de desarrollo del HMFS.

En la tercera línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de la Oficina de Control Interno se tienen deficiencias en la evaluación de la eficacia de las estrategias que tiene la ESE Hospital Marco Fidel Suárez para promover la integridad en el servicio público y si con ella se apunta de forma efectiva el comportamiento de los servidores al cumplimiento de los patrones de conducta e integridad (valores) y los principios del servicio

público que tiene patentizado el Hospital en su Código de Ética y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles. También se tienen brechas identificadas al evaluar el diseño y efectividad de los controles y el de proveer esta información a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de estos, por lo tanto, se debe organizar una capacitación para orientar a los líderes en la construcción de riesgos y controles de los procesos, para 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; pero es de resaltar, que se está ejerciendo la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas y de hecho se tiene aprobado y adoptado el Manual de Auditoría Interna mediante la Resolución 044 del 26 de febrero de 2015.

Al realizar el primer autodiagnóstico, del componente de Ambiente de Control por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **76,2** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 1:

Gráfico No. 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): **78,8.**
 Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **76.**
 Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **72,5.**
 Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **77.**

Se debe señalar, que la evaluación del Ambiente de Control en el informe de desempeño realizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en 2017, arrojó una calificación de **67,7**; mostrando en este primer autodiagnóstico una mejoría al pasar a **76,2**.

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, 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. 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.

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 debe asumir la responsabilidad de evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad, así como de realimentar a la Alta Dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles y de hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles.

En la primera línea de defensa de este componente, que corresponde a los Líderes de Proceso se debe realizar de nuevo 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) y se debe establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la Alta Dirección; aunque se han identificados y se controlan en cierta medida los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de los objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos, es necesario revisar los mismos y ya la Oficina de Control Interno en el Informe de seguimiento al Plan Anticorrupción, hizo la respectiva observación.

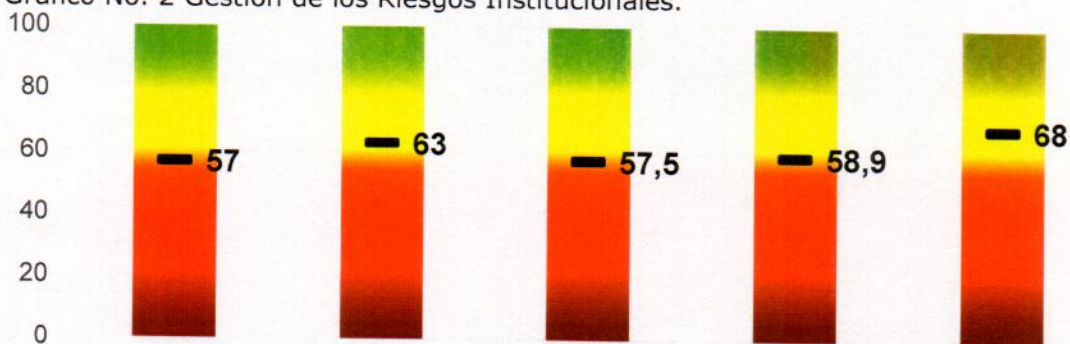
En la segunda línea de defensa de este componente, que es responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, se debe establecer un líder que coordine las actividades de gestión de los riesgos, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez mediante la Resolución 165 de mayo 2 de 2018 se delegó al Asesor de Calidad como representante de la Alta Dirección para la implementación del MECI. Esta línea de defensa tiene la responsabilidad de: Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada; consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo; seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar; elaborar informes consolidados del seguimiento y monitoreo a los mapas de riesgos para los entes que lo requieran, lo cual la entidad no lo está realizando; pero se tiene el mapa de riesgos de corrupción en la ESE Marco Fidel Suarez y la Oficina de Control Interno le ha realizado el respectivo seguimiento, donde se presentaron las observaciones para que se le hagan los ajustes pertinentes.

En la tercera línea de defensa de este componente, donde la responsabilidad es de la Oficina de Control Interno, ésta en el mes de diciembre de 2018 realizó un diagnóstico y actualización del mapa de riesgos de la ESE Hospital Marco Fidel Suarez, a partir de ello se actualizó la Política de Riesgo, el Manual de la Administración del Riesgo y los formatos para los mapas de riesgos, este ejercicio se socializó en el Comité de Gerencia, en el Comité de Calidad y Control Interno CAMECI y la información se le envió a cada uno de los responsables. 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. 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 realizar el primer autodiagnóstico, del componente Gestión de los Riesgos Institucionales por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **60,7** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 2:

Gráfico No. 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: **57.**

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): **57,5.**

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **58,9.**

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

Se debe señalar, que la evaluación de la Gestión de los Riesgos Institucionales en el informe de desempeño realizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en 2017, arrojó una calificación de **63,7**; mostrando en este primer autodiagnóstico una disminución porque presenta una calificación de **60,7**.

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.

Ahora bien, la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno deben establecer las políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, también tiene que hacer el seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de los controles, que se hayan diseñado a cada uno de los riesgos de los procesos.

En lo que concierne, a la responsabilidad de los Líderes de Proceso como primera línea de defensa en este componente, en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, éstos deben diseñar e implementar las respectivas actividades de control, lo cual incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de Tecnologías de Información, son los adecuados para apoyar en el logro de los objetivos; interiorizar la cultura de mantener controles internos efectivos para ejecutar los procedimientos de riesgo y control todos los días, por lo tanto, se deben establecer responsabilidades para las actividades de control y asegurar que estos servidores sean competentes e idóneas, 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.

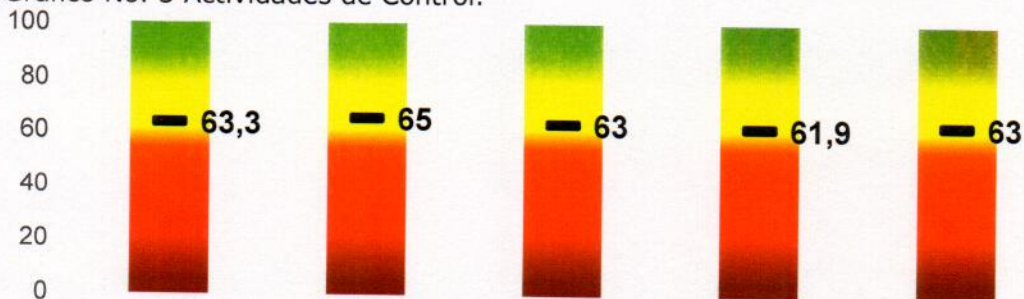
En la segunda línea de defensa responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, en cierta medida se ha supervisado el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea de defensa y los riesgos son monitoreados de forma espontánea y esporádicamente en relación con la política de administración de riesgo establecida por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, pero se debe interiorizar como cultura institucional, el monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos, porque

el riesgo de fallas del hardware y software se ha materializado en más de una ocasión y de hecho el 4 y 5 de mayo de 2018 el sistema dejó de funcionar por 22 horas, saliendo del servicio las dos (2) sedes del Hospital (Niquía y Autopista). Ahora bien, para que esta línea de defensa pueda realizar el monitoreo y seguimiento a los controles, éstos deben estar diseñados e implementados formalmente, ejercicio que no se ha hecho en la Entidad.

En la tercera línea de defensa en este componente, que corresponde a la Oficina de Control Interno, 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.

Al realizar el primer autodiagnóstico, del componente Actividades de Control por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **62,8** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 3:

Gráfico No. 3 Actividades de Control.



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

Diseño adecuado y efectivo del componente Actividades de Control: **63,3**.
 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): **61,9**.
 Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **63**.

Se debe señalar, que la evaluación de las Actividades de Control en el informe de desempeño realizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en 2017, arrojó una calificación de **68,2**; mostrando una disminución en este primer autodiagnóstico al tener una calificación de **62,8**.

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), pero se debe mantener la integridad y seguridad de la información, incluyendo cualquier información de la entidad, ésta independientemente de cómo se almacene y de hecho hay ciertos problemas en el archivo del Hospital, donde la actual Coordinación responsable expresa que recibe el mismo en marzo de 2017, sin ningún inventario y se está en el ejercicio de organizar el caos que se tiene en el sitio donde está el archivo que es el Patronato (antigua sede social de la empresa Fabricato), y en las siguientes fotos está el trabajo que se ha realizado a la fecha:

Foto No. 1: Información organizada del Archivo ESE HMFS.



Fuente: Archivo ESE HMFS.

Foto No. 2: Información organizada del Archivo ESE HMFS.



Fuente: Archivo ESE HMFS.

Pero igualmente, hay información en condiciones precarias e inclusive de la vigencia 2018, tal como se muestra en las siguientes fotos:

Foto No. 3: Información organizada del Archivo ESE HMFS.



Fuente: Archivo ESE HMFS.

Foto No. 4: Información organizada del Archivo ESE HMFS.



Fuente: Archivo ESE HMFS.

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 en toda la entidad, facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de control interno; también se ha hecho la Rendición de Cuenta de la Gestión Institucional el 16 de marzo de 2018. La evaluación al Plan de Gestión se realizó el 16 de abril de 2018 con la Junta Directiva del HMFS como evaluador. Como métodos de comunicación efectiva se tienen: La Intranet, página Web, redes sociales, carteleras, buzones; de estos últimos para la recepción de las PQRSF en la Sede de Niquía se tienen instalados seis (6) buzones de ellos dos (2) buzones habilitados y en funcionamiento, en la Sede Autopista están nueve (9) buzones todos están habilitados y se recolecta la información diariamente.

En la segunda línea de defensa en este componente, se monitorea los canales de comunicación, incluyendo las líneas telefónicas de denuncias y se comunica a la Alta Dirección. En el cuadro No. 4, se muestra como ha sido el comportamiento de las PQRSF en los cinco (5) primeros meses de 2018.

Cuadro No. 2: Comportamiento PQRSF enero-mayo 2018, ESE Marco Fidel Suárez.

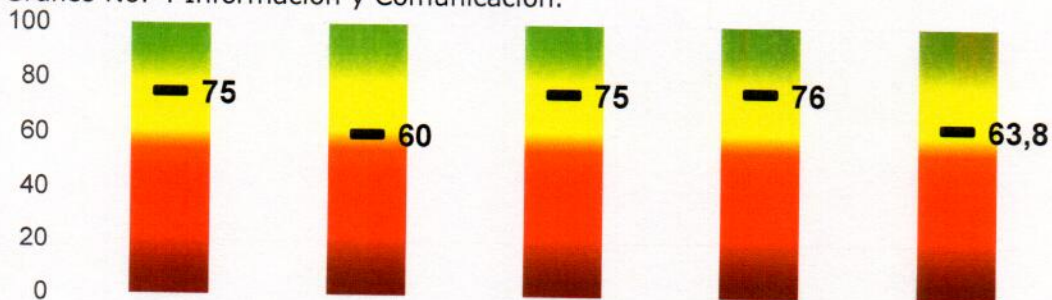
PQRS-F	TOTAL	OPORTUNA	%	EXTEMPORANEA	%
Peticiones	30	29	97	1	3
Quejas	74	27	36,5	47	63,5
Reclamos	66	32	48,5	34	51,5
Sugerencias	17	12	70,6	5	29,4
Felicitaciones	72	67	93	5	7
Total	259	167	64,5	92	35,5

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 sugiere que todos los derechos de petición ingresen y salgan por la ventanilla única institucional con su respectivo radicado de entrada, fecha de ingreso y radicado y fecha de salida; archivar de manera cronológica y en un solo lugar todos los derechos de petición o una copia con su respectiva respuesta; llevar un control de la documentación en el que se visualice la información general del derecho de petición, en un archivo de fácil consulta y control para las áreas responsables; llevar el debido control de las PQRS, con el propósito que las mismas reciban respuestas oportuna y en los tiempos establecido por ley.

Al realizar el primer autodiagnóstico, del componente Información y Comunicación por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **71,5** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 4:

Gráfico No. 4 Información y Comunicación.



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

Diseño adecuado y efectivo del componente Información y Comunicación: **75.**

Responsabilidades de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **60.**

Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **75.**

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **76.**

Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **63,8.**

Se debe señalar, que la evaluación de la Información y Comunicación en el informe de desempeño realizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en 2017, arrojó una calificación de **65,2**; mostrando en este primer autodiagnóstico una calificación de **71,5**.

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 al mapa de riesgos que tiene la ESE Hospital Marco Fidel Suárez y en las diferentes auditorías internas se ha determinado, las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el cumplimiento de las metas y objetivos programadas por el Hospital. Se están realizando 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.

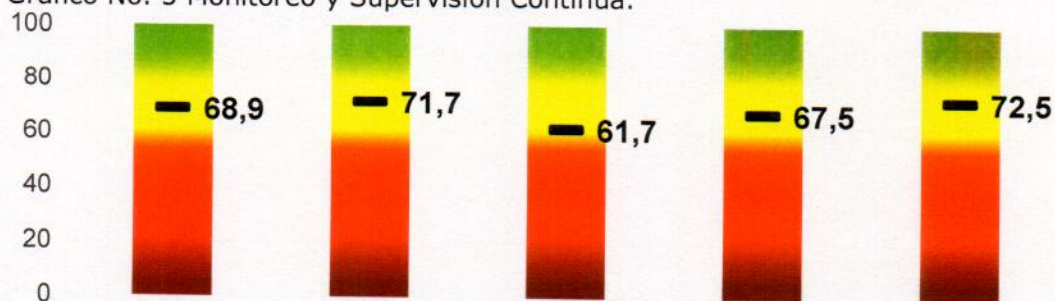
Los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa, se debe monitorear e informar sobre deficiencias de los controles a la Alta Dirección, los cuales no están formalizados y si funciona es de forma espontánea, determinando si el logro de los 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.

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; 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.

Al realizar el primer autodiagnóstico, del componente Monitoreo y Supervisión Continua por parte de la Oficina de Control Interno, se tiene una calificación de **68,7** como consolidación de cada una de las categorías evaluadas, tal como se muestra en el gráfico No. 5:

Gráfico No. 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: **68,9**.

Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica): **71,7**.

Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa): **61,7**.

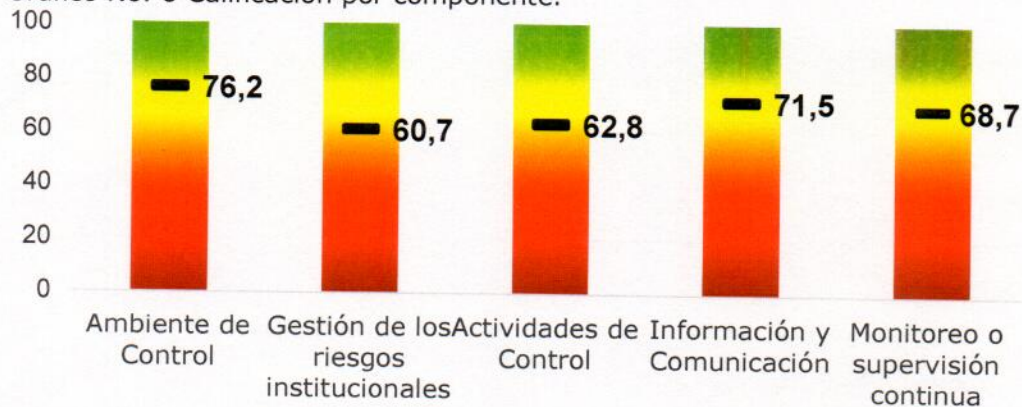
Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa): **67,5**.

Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa): **72,5.**

Se debe señalar, que la evaluación del Monitoreo y Supervisión en el informe de desempeño realizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en 2017, arrojó una calificación de **66,8**; mostrando en este primer autodiagnóstico una calificación de **68,7.**

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:

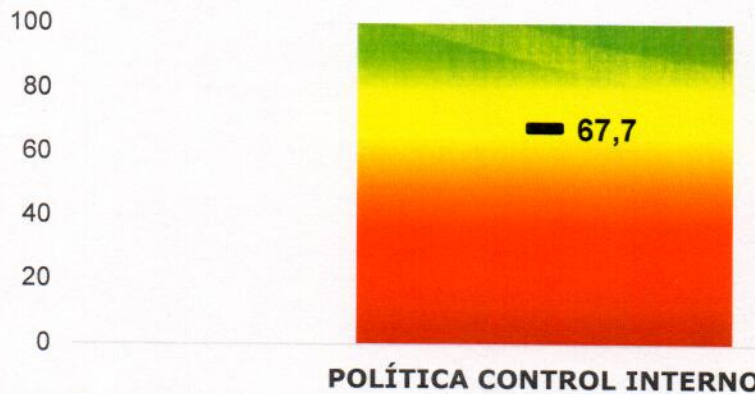
Gráfico No. 6 Calificación por componente.



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 76,2; Gestión de los Riesgos Institucionales 60,7; Actividades de Control 62,8; Información y Comunicación 71,5 y Monitoreo o Supervisión Continua 68,7; para una calificación final de este primer autodiagnóstico de la Dimensión y Política de Control Interno es de **67,7** (La calificación del DAFP en 2017 es de **65,8**); tal como se muestra en el gráfico No.7:

Gráfico No. 7 Calificación Dimensión y Política de Control Interno.



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

Recomendaciones.

Después de realizar este primer ejercicio de realizar 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 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 primeras recomendaciones:

Que se debe preparar la Gestión Estratégica del Talento Humano GETH, que asegure la selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral, 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 de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.

Que se ha promovido y se cumplen los principios planteado en el Código de Ética del Hospital (ahora denominado Código de Integridad en el MIPG), 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 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.

Que se debe elaborar un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación PETIC; el Plan de Tratamiento de Riesgo de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Mantenimiento de Servicios Tecnológicos.

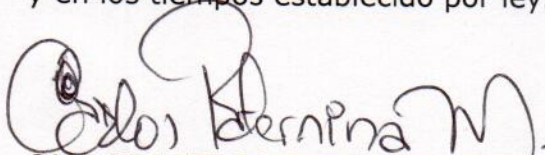
Que hay problemas en el archivo de la información que se genera en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, por lo tanto, se le recomienda el cumplimiento de la Ley 594 del 2000, la cual es reglamentada por el Decreto 2609 de





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 para una mejor organización de la documentación en el Hospital, se sugiere que todos los derechos de petición ingresen y salgan por la ventanilla única institucional con su respectivo radicado de entrada, fecha de ingreso y radicado y fecha de salida; archivar de manera cronológica y en un solo lugar todos los derechos de petición o una copia con su respectiva respuesta; llevar un control de la documentación en el que se visualice la información general del derecho de petición, en un archivo de fácil consulta y control para las áreas responsables; llevar el debido control de las PQRS, con el propósito que las mismas reciban respuestas oportuna y en los tiempos establecido por ley.


CARLOS ARTURO PATERNINA MORENO
Asesor de Control Interno.
ESE Hospital Marco Fidel Suarez
Junio 2018.

