



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

PARA: Dr. JUAN CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ
Gerente general.

DE. OFICINA DE CONTROL INTERNO
Martha Polo Motta
Ing. Diego Infante

Asunto: informe Pormenorizado del Estado de Control Interno

Dando cumplimiento al artículo noveno de la ley 1474 de julio de 2011 y a la circular externa No. 100-006 para la cual se normaliza la periodicidad semestral, se presenta el estado del sistema de control Interno del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE. El periodo de enero 01 a junio 30 de 2020.

Espero dicho documento sea de utilidad para la entidad, de manera que se pueda generar mejoramiento continuo en los procesos, además del cumplimiento de objetivos y metas institucionales de manera eficiente y eficaz.

Cordialmente,

Martha Polo Motta
Oficina de Control Interno

Proyecto: Martha polo Motta
Reviso: Ing. Diego Infante



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno

Periodo de Evaluación
1 de enero al 30 de junio de 2020

Oficina de Control Interno
Martha Polo Motta
Diego Infante

Santiago de Cali, julio 30 de 2020



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

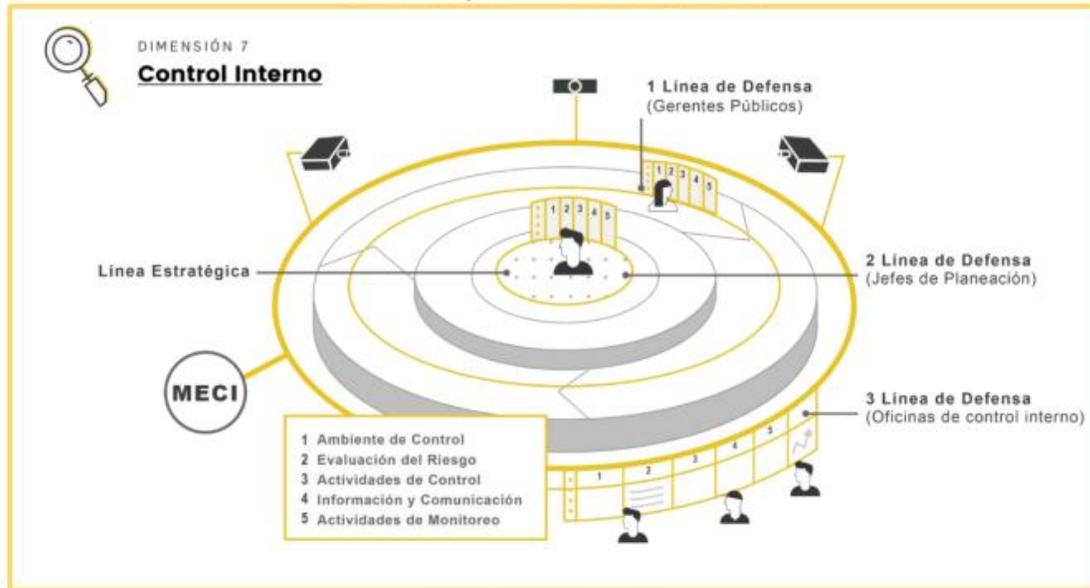
En cumplimiento del artículo 9 de la ley 1474 de 2011 y del artículo 156 del decreto 2106, la oficina de Control Interno presenta resultados del seguimiento al Estado del Sistema de Control Interno del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E correspondiente al periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2020 con el fin de normalizar la periodicidad semestral, en concordancia con lo estipulado en la circular Externa N° 100-006

Teniendo en cuenta que a partir de la implementación del Modelo MIPG Decreto 1499 de 2017, el cual se presenta en el contexto de la gestión pública como un avance importante para la ejecución y seguimiento integral de la gestión a través de siete (7) dimensiones, de las cuales hace parte el control interno.

Este informe se presenta bajo la estructura del Modelo MECI, enfocado de acuerdo con el modelo integrado de Planeación y Gestión -MIPG, actualizado en un esquema de cinco (5) componentes:

- Ambiente de control
- Evaluación del Riesgo
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- Actividades de Monitoreo

Gráfico 15. Séptima Dimensión Control Interno



Fuente: Función Pública, 2017

1. AMBIENTE DE CONTROL

Este componente se fortalece con el direccionamiento estratégico y planeación requiriendo del compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta dirección, gestión con valores para resultados y especialmente con Talento Humano.

Se cuenta con una actualización de la plataforma estratégica con una misión y visión actualizada, se realizó un análisis estratégico DOFA con la participación de la alta dirección, líderes de procesos y líderes de programas y servicios claves de la institución. En este desarrollo se tuvo en cuenta el punto de vista de las diferentes partes interesadas. Se realizó también una revisión de la alineación de los principios y valores incluidos en el código de integridad con el direccionamiento estratégico. Se cuenta con un plan de desarrollo que incluye las 5 perspectivas estratégicas, adicionando la responsabilidad social a las 4 que se tenían del plan de desarrollo anterior, como son la perspectiva financiera, la de cliente, la de procesos y la de crecimiento y desarrollo. El plan de desarrollo cuenta con los diversos programas, responsables, acciones, indicadores, tiempos, etc.

Se cuenta también con un Sistema de gestión que integra, el Sistema de Gestión de Calidad, el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y el Modelo Integrado de planeación y gestión, dentro del cual se tiene definido un organigrama institucional y un mapa de procesos, con sus respectivas caracterizaciones. Y Se



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Cuenta con un proceso financiero que maneja los aspectos contables, financieros, presupuestales alineados al plan de desarrollo institucional.

El comité directivo se reúne cada 15 días, a través del cual se realiza seguimiento al avance de los compromisos e indicadores y se retroalimenta de información indispensable para la toma de decisiones.

La oficina de Planeación, tiene como mecanismo de monitoreo a la gestión, el seguimiento al cumplimiento de los planes de acción por proceso. El último seguimiento a la gestión institucional se realizó con el informe de la rendición de cuentas vigencia 2019, el cual se presenta en septiembre. Dada la declaratoria de pandemia nacional por Covid 19.

Contamos con el código de integridad el cual incluye los principios y valores institucionales de acuerdo a los lineamientos de MIPG, se han desarrollado ejercicios de divulgación del código de integridad a todo nivel, incluyendo también en la inducción del personal.

Actualmente la mayoría de integrantes del comité de gerencia se encuentra adelantando un curso de actualización en PAMEC y también desarrollando el curso de MIPG de la página de la DAFP, lo que busca mejorar la interiorización, comprensión y habilidades de los líderes institucionales.

2. GESTION DEL RIESGO

La gestión del riesgo se fortalece a través del diseño y seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional y por proceso y al plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano PAAC

En el componente de racionalización de trámites de la institución De acuerdo a MIPG ya se cuenta con la política de racionalización de trámites Resolución N°425 de 31 de julio de 2019, se está implementando el inventario de trámites, y también se realizó la solicitud de la creación de usuario para comenzar a identificar los trámites montados en el sistema único de información de trámites (SUIT).

La entidad ha avanzado en el cumplimiento de la ley de transparencia, tenemos la ley de protección de datos, página web con chat en línea, publicación y contratación a través de página del secop, se actualizó el procedimiento de PQRS, se está realizando análisis de las respuestas y retroalimentando para mejorar en la calidad de respuesta.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

Por requerimientos de MIPG se crearon y se socializaron las políticas de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción y la política de defensa Jurídica.

Los componentes de Rendición de Cuentas, aunque no se han cumplido, es un porcentaje aceptable de gestión, en los cuales la actividad pendiente de cumplir está relacionada con publicación y socialización de la información, que se dará en el segundo semestre de esta vigencia.

El Mapa de Riesgos Institucional

Hacen referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Aunque el hospital ya cuenta con una metodología de gestión de riesgos y una herramienta de mapa de riesgos, en el año 2020 se ha trabajado en fortalecer la metodología de gestión de riesgo para fortalecer el seguimiento y ejecución de las acciones derivadas del análisis de los riesgos, de igual forma se ha fortalecido la gestión de riesgos a través de la formalización de un programa de gestión de riesgos que establezca las estrategias y acciones para la implementación de la política de gestión de riesgos, pero además logra una mejor integración del enfoque de riesgos de MIPG, con el enfoque de riesgos del SOGC y en especial con aspectos claves como son el programa de seguridad del paciente, programa de humanización y el sistema único de acreditación, ya que uno de los ejes transversales de la acreditación es la gestión de riesgos. Por otro lado también se ha adelantado trabajo en la integración o alineación con otros sistemas como son el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo SGSST o el Sistema de Gestión Ambiental, el programa de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, entre otros, los cuales también identifican y gestionan riesgos dentro de su alcance. Por supuesto se conserva la integración con los riesgos financieros y riesgo del sistema de información que ya se habían incluido en el mapa de riesgos anterior. De esta manera se tiene como meta optimizar los recursos y actividades de los diferentes procesos, programas y sistemas al interior de la institución, y que no se trabaje de manera aislada.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Riesgos por proceso

Actualmente se encuentra en proceso de actualización el ejercicio identificación de los riesgos por cada proceso, alineado a la actualización de las caracterizaciones de procesos, la creación de nuevos procesos en el Mapa de procesos y la alineación con los diversos sistemas de gestión y programas transversales de la institución.

También se está trabajando la alineación o identificación de indicadores de los procesos que permitan evidenciar el correcto funcionamiento de los controles para prevención y mitigación de los riesgos o en caso contrario ayuden a evidenciar la materialización de algún riesgo y permitan de manera rápida y efectiva tomar las medidas pertinentes en caso de ocurrir.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

Acciones determinadas por la organización a través de políticas y procedimientos que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección para mitigar los riesgos identificados y que tengan un impacto potencial en los objetivos; generalmente se establecen por medio de políticas de operación, procesos y procedimientos.

Los comités que funcionan en la Entidad son mecanismos de control, toda vez que allí se exponen los avances en la gestión y las dificultades presentadas, a partir de las cuales se toman decisiones y se asignan responsabilidades. Estos comités institucionales tienen un seguimiento específico por el área de planeación, y se está trabajando en crear la cultura del registro de los comités en el aplicativo panacea. Por otro lado se cuenta con otro tipo de reuniones de equipo alineadas al sistema único de acreditación, como son los equipos PAMEC y los grupos primarios por proceso, que también se vienen impulsando desde el área de calidad y de talento humano. También se está trabajando en crear la cultura del registro de actas en el sistema panacea, para que sea de fácil consulta y seguimiento por todos los integrantes de cada reunión.

Se cuenta con un proceso de información documentada que incluye las políticas de operación por cada proceso o sea los manuales, procedimientos, guías, protocolos, instructivos, formatos, videos, infogramas y demás información que sirva de guía a los funcionarios para el logro de los objetivos de cada proceso y el cumplimiento de sus actividades específicas por subproceso, servicio o cargo.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

El seguimiento al cumplimiento de cada proceso se hace de manera mensual a través de los comites administrativos, financieros y asistenciales de indicadores, donde cada lider de proceso presenta a la subdirección respectiva el avance y cumplimiento de sus indicadores, el analisis de las desviaciones y las medidas de intervencion que se deben tomar. Esta información validada por la respectiva subdirección es entregada al proceso de calidad para su consolidación y revisión. El proceso de Calidad de acuerdo al tablero de mando establecido consolida la información por proceso, pero tambien alimenta el tablero de mando institucional donde se hace seguimiento a los indicadores de nivel estrategico, lo cual permite hacer un seguimiento mensual al cumplimiento de los programas y objetivos estrategicos, al igual que el plan de gestion gerencial. Esta información tambien es la fuente para realizar los reportes de indicadores obligatorios como el decreto 2193 o la resolución 256 entre otros.

4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

La información y la comunicación, se realiza a través de publicaciones en la intranet, y pagina web, correo institucional, carteleras y redes sociales, mediante charlas, en reuniones, información en el auditorio y en rendición de cuentas a la comunidad.

A través del correo interno institucional, intranet, redes sociales y por la pagina web se envía información actualizado sobre eventos, directrices y noticias. En este semestre se publicó información relacionada con el funcionamiento de la institucion y también con la pandemia covid 19 entre la que podemos encontrar:

- Información legal sobre la emergencia por COVID 19
- Información educativa en cuanto a prevencion.
- Información enfocada en el cliente interno y su fortalecimiento.
- información de cambios en los servicios y modos de acceso.
- información de avances en la institucion.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Atención al Usuario

Otro elemento importante de comunicación, son los mecanismos para recepción registro y atención de peticiones, quejas y reclamos, sugerencias y felicitaciones PQRSF. La institución mantiene y gestiona una serie de canales de servicio, a través de los cuales los grupos de valor, pueden solicitar trámites y servicios sobre temas de competencia de la entidad, los cuales son radicados por la ciudadanía en los diferentes canales disponibles de la institución como son :

- Buzón de sugerencias
- Correo electrónico
- Encuestas de satisfacción
- Personal
- Telefónico
- Web

Todos los medios están funcionando buzón de sugerencias, presencial página web y línea telefónica. y el más utilizado es el personal.

Mediante herramientas como: el módulo gerencial del PANACEA se registran las peticiones, quejas y reclamos, sugerencias y felicitaciones, este semestre se radicaron 42

El proceso de Sistema de información ha venido fortaleciendo la implementación de los tres módulos del Sistema de información PANACEA, del cual los más adelantados son el módulo asistencial y el módulo financiero, se encuentra en etapa de implementación y adecuación el módulo gerencial. El proceso de sistemas también ha venido fortaleciendo los aspectos de seguridad de la información y redes de datos

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Este componente es transversal a toda la institución y se desarrolla a través de la autoevaluación ejecutada por cada proceso y la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno, permitiendo valorar la efectividad del control interno de la entidad y los resultados de su gestión, detectando las desviaciones frente a las metas planificadas y realizando recomendaciones.

El comité de gerencia se realiza el monitoreo a la gestión institucional, con el seguimiento a los indicadores que se reportan por cada proceso, identificando las causas del incumplimiento de las metas, generando acciones de mejora y



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

compromisos por parte de los responsables, así mismo, el comité Institucional de Gestión y desempeño y el comité de coordinación de control interno, realizan actividades de monitoreo a la gestión en los temas que les compete.

La oficina de control interno en su rol de enfoque hacia la prevención y de evaluación de seguimiento, dio cumplimiento en este primer semestre a presentar el programa y cronograma anual de auditorias, aprobado por la gerencia. En el periodo evaluado, objeto de este informe, control interno realizó las siguientes actividades:

- Seguimiento al plan de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano
- Seguimiento al mapa de riesgos 1er cuatrimestre 2020
- Se diligencio la encuesta del FURAG y se radico en forma oportuna
- Se realizo cierre de hallazgos de Supersalud
- Programa y cronograma de auditoria integral 2020
- Se realizo auditorias programadas a parqueadero, bodega farmacia, gestión ambiental. gestión mantenimiento equipos biomédicos.
- Austeridad del gasto primer y segundo trimestre 2020
- Seguimiento al plan de mejoramiento archivístico primer semestre 2020
- Seguimiento a los PQRS primer semestre 2020 entre otros

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Es necesario continuar el trabajo de fortalecimiento de los sistemas de información al interior de la organización.
- Es necesario fortalecer algunos procesos claves transversales, los cuales se han visto afectados por la dificultad para mantener a todo el personal. Sobre todo en la parte administrativa, ya que muchos aspectos de las líneas de defensas y de los ámbitos de gestión y control se manejan desde procesos administrativos.
- Se debe continuar con el ejercicio de entrenamiento y capacitación en los aspectos claves de MIPG, SOGC, SUA y SGC para los funcionarios líderes de procesos, programas o sistemas claves de la institución.
- Se debe continuar fortaleciendo el enfoque preventivo de la gestión de riesgos a todo nivel.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

- Se debe continuar trabajando la alineación e integración de los diversos sistemas y programas institucionales, para que se optimicen los recursos y se evite la duplicación de esfuerzos o reprocesos. El reto de la integración depende de cada institución ya que las diferentes normas legales informan que todos los sistemas son complementarios o se pueden integrar, pero ninguno da indicaciones específicas de cómo realizar esta integración, lo cual es un reto al interior de cada institución.
- Se debe continuar con las estrategias administrativas y financieras de contención del gasto y los controles al manejo de los recursos, minimizando o evitando los efectos negativos sobre la prestación de los servicios misionales.

Oficina de Control Interno
Martha Polo Motta
Ing. Diego Infante