



E S E Hospital Local de Montelíbano
Mejoramos para Servir!

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

NIT: 812000344 - 4

CODIGO: FO-SGC-09
VERSION: 1

INFORME PORMENORIZADO SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO

KAREN TRIANA DÍAZ
GERENTE

VICTOR JOSÉ DÍAZ GÓMEZ
ASESOR DE CONTROL INTERNO

FECHA DE ELABORACIÓN
2020

Elaborado por: Elena Bustamante | Cargo: Asistente Gerencia Apoyo por Funexser

Revisado por: Carlos Pérez | Cargo: Asesor Calidad

Aprobado por: Ofir Ramos | Cargo: Profesional Universitario - Fecha: 05 de Mayo



gerencia@hospitalmontelibano.gov.co
esehospitallocaldemontelibano@hotmail.com



320 - 5701391



094 - 7626639



Carrera 5ª N°. 23 – 144
Montelíbano – Córdoba



INFORME PORMENORIZADO SISTEMA DE CONTROL INTERNO

2020

PRESENTACIÓN

En cumplimiento de la ley 1474 de 2011 artículo 9º párrafo 4 “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad...” La oficina de control Interno de la ESE Hospital Local de Montelíbano presenta el informe pormenorizado correspondiente al periodo comprendido entre el mes de noviembre 2019 y el mes de marzo de 2020.

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017, se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo sistema de gestión el cual se articula con el Sistema de Control Interno creado por la ley 87 de 1993; se define entonces el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos, por lo que el Modelo Estándar de Control Interno MECI continua siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno cuya estructura se actualiza en articulación con MIPG.

El objetivo principal del Modelo es dinamizar la gestión de las organizaciones públicas para generar bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de la ciudadanía en el marco de la integralidad y la legalidad y la promoción de acciones que contribuyan a la lucha contra la corrupción. Los objetivos específicos, son:

- Fortalecer el liderazgo y el talento humano como motor de la generación de resultados de las entidades públicas.
- Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en el control, el seguimiento, la evaluación, la gestión del conocimiento, el mejoramiento continuo, la calidad y los principios de integridad y legalidad.
- Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos.





- Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.
- Identificar, difundir y replicar las mejores prácticas de gestión pública.
- Promover la coordinación entre entidades públicas para mejorar su gestión y desempeño.
- Proporcionar información para la oportuna toma de decisiones que permitan mejorar la gestión y el desempeño de las entidades.

El informe se estructuró en dos aspectos fundamentales; el primero describe las actividades adelantadas por la entidad desde la expedición del Decreto 1499 de 2017 y el segundo muestra el estado de los componentes del MECI con base en MIPG en la Dimensión de Control interno.

DESARROLLO DEL INFORME

En el presente informe se describen las actividades desarrolladas a partir de la expedición del Decreto 1499 de 2017 y el estado de los componentes del MECI como una dimensión dentro del modelo MIPG, se formulan las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DEL DECRETO 1499 DE 2017.

Se realizó la aplicación del Diagnostico a cada uno de los elementos del MECI conforme a los lineamientos estipulados por el DAFP mediante el aplicativo FURAG II el cual fue enviado en forma oportuna según la evidencia de reporte.

Se realizó revisión y estudio del manual operativo de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG -con el fin de conocer más detalladamente los lineamientos del nuevo modelo y facilitar la formulación de las acciones para su socialización. También con base en lo estipulado por MIPG, Dimensión Control Interno se realizó evaluación de los componentes determinando su estado de avance los cuales se describen a continuación, el diagnóstico del cual se partirá en la presente vigencia para la formulación del plan de implementación de MIPG.

La E.S.E. Hospital Local de Montelíbano cuenta con los siguientes elementos que hacen parte del Modelo Estándar de Control Interno acorde a la dimensión de MIPG:





ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL MECI COMO UNA DIMENSIÓN DENTRO DEL MODELO MIPG.

Componente Talento Humano

Documento con los principios y valores de la institución construida participativamente.
Plan Institucional de Formación y Capacitación (Anual)
Programa de Inducción y reinducción.
Programa de Bienestar (Anual).
Sistema de evaluación del desempeño

Avances de este Componente

Se tiene la evidencia de la socialización de los principios y valores a todos los servidores de la entidad.

Componente Direccionamiento Estratégico.

Misión visión y objetivos institucionales adoptados y divulgados. Planes operativos con cronogramas y responsables.

- *Caracterización de los procesos y divulgados a los jefe de área.
- *Mapa de procesos.
- *Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.
- *Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades desarrolladas en la entidad.
- *Estructura organizacional.

Avances de este Componente.

La E.S.E Hospital Local de Montelíbano cuenta con el área de calidad, con un responsable del proceso, que se encarga de coordinar y verificar que los planes de acción anual de cada área estén acordes al plan de desarrollo institucional.

La Estructura Organizacional que tiene la entidad se ajusta al modelo de operación por procesos.

Se tiene la evidencia de las actividades de revisión y actualización de los procesos (actas)

Los procesos se encuentran caracterizados y diagramados.

Recomendaciones componente Autoevaluación Institucional.

Después de realizada la autoevaluación, se debe socializar los resultados a todo el personal operativo.

Cuando se realice un cambio en los procesos, derivado de una autoevaluación se deben socializar estos cambios a todo el personal.





Recomendaciones Componente Direccionamiento Estratégico.

Aunque la entidad cuenta con un plan de desarrollo institucional, donde están planteadas unas metas, se debe hacer un seguimiento periódico a todos los indicadores, (por lo menos mensual a través de un tablero de mando), ya que esto permitiría identificar el avance en la gestión, y de esta manera realizar los correctivos necesarios, si bien es cierto que la entidad cuenta con un modelo de operación por procesos, que estos están caracterizados; y que los procedimientos están diagramados y socializados a los jefes de área, se debe socializar de manera más constante al personal operativo de la entidad, que son los que actúan sobre lo que se decide en los comités de calidad.

Componente Administración el Riesgo. Políticas de administración del riesgo, Mapa de riesgo por procesos.

Avances de este Componente.

Los mapas de riesgos se construyeron con cada jefe de área

Recomendaciones Componente Administración del Riesgo

Se debe socializar los riesgos identificados a todo el personal operativo de la institución. Aunque existen mapas de riesgos, estos se construyeron con cada jefe de área, y desde el área de calidad; por lo que se recomienda construirlos de manera conjunta con todos los jefes de área, y lo debe liderar el área de control interno, ya que así lo establece la guía de administración del riesgo diseñada por el DAFP, para tal fin.

Formular el plan anticorrupción y atención al ciudadano de acuerdo al establecido en las normatividad vigente, proceso que debe estar a cargo de la oficina de control interno, y en el que se debe incluir la política de administración de riesgos, la política anti trámites, la política de rendición de cuentas y atención al ciudadano.

Con los riesgos de más alto impacto se debe construir el mapa de riesgos institucional.

Cada jefe de área se ha revisado cada proceso, con el fin de ir actualizándolos de acuerdo a los cambios normativos y de necesidad del servicio.

Existen documentos que soporten los seguimientos a los riesgos identificados.

Componente Autoevaluación Institucional.

Desde el área de calidad se ha realizado la autoevaluación de los procesos. Al final del año se tiene el análisis de los indicadores por proceso.





Se realizaron auditorias para revisión de cumplimiento de estándares de habilitación.

Se efectuaron los seguimientos establecidos en el plan de acción y los solicitados por la gerencia.

Revisión del avance de cumplimiento de los planes de acción, el cual es el insumo para la autoevaluación institucional.

Avances de este Componente.

En los comités se ha realizado la autoevaluación de los procesos, adicionalmente los resultados de la autoevaluación deben de ser divulgados de manera más amplia.

Se deben realizar informes periódicos de los análisis realizados a los indicadores por procesos.

Componente Auditoría Interna.

Entrega de los informes pormenorizados de la vigencia.

Está documentado el proceso de auditoría interna.

Programa anual de auditorías formulado por Calidad y Control Interno fue ejecutado en la vigencia 2019.

Avances de este Componente.

Las auditorias se realizan de manera independiente.

La institución cuenta con un profesional de la salud que realiza auditorias médicas.

La institución cuenta con el plan anual de auditorías.

Se realizan auditorias de calidad.

Recomendaciones Componente Auditoría Interna.

Las auditorias deben realizarse de manera integral, tomando como base el modelo de operación por procesos con cuenta la entidad.

Se debe hacer seguimiento más periódico a los indicadores por parte de cada jefe de área, con el fin de ir identificando el porcentaje de avance de cada una de las metas, y de esta manera priorizar todas las actividades.

Componente Planes de Mejoramiento.

Después de realizadas las auditorias la institución suscribe los respectivos planes de mejoramiento.

Para el seguimiento a los planes de mejoramiento se cuenta con el aplicativo PAMEC.

La asociación de usuarios de la salud cuenta con un espacio en la institución donde se puede reunir cada mes; a cada reunión asisten funcionarios de la entidad para atender sus inquietudes.





ESE Hospital Local de Montelíbano
Mejoramos para Servir!

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

NIT: 812000344 - 4

CODIGO: FO-SGC-09
VERSION: 1

Avances de este Componente.

El porcentaje de avance en el cumplimiento de los planes de mejoramiento es del 85%. Todos los planes de mejoramiento cuentan con los respectivos soportes.

Recomendaciones Componente Planes de Mejoramiento.

Aumentar la cobertura en el seguimiento y evaluación de los diferentes procesos de la entidad para que se apropien de los conceptos y criterios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG- con el fin de facilitar la gestión de ajuste y aplicación del mencionado Modelo.

Eje Transversal Información y Comunicación.

Componente Información y Comunicación Externa.

Se cuenta con el mecanismo para la recepción, registro y atención de sugerencias, quejas y felicitaciones por parte de la ciudadanía.

Recomendaciones de este Componente.

La información de la página WEB de la entidad debe ser actualizada de manera periódica, y con información relevante, de acuerdo a lo establecido en la estrategia Gobierno Digital antes Gobierno en Línea.

CONCLUSIONES

La ESE Hospital Local de Montelíbano, sigue en la aplicación del Decreto 1499 de 2017 a partir de la vigencia anterior y continua con la implementación del Modelo Integrado de Planeación Y Gestión.

El Diagnóstico realizado a cada uno de los elementos y componentes del MECI se constituye en el punto de partida para la formulación del plan de implementación, de acuerdo con la resolución 113 de noviembre del 2018, manera por medio de la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión y se conforma el comité institucional de gestión y conforma el comité institucional de gestión y desempeño CIGD de la E.S. E. Hospital Local De Montelíbano.

VICTOR JOSÉ DÍAZ GÓMEZ.

Asesor en Control interno.

Elaborado por: Elena Bustamante | Cargo: Asistente Gerencia Apoyo por Funexser

Revisado por: Carlos Pérez | Cargo: Asesor Calidad

Aprobado por: Ofir Ramos | Cargo: Profesional Universitario - Fecha: 05 de Mayo



gerencia@hospitalmontelibano.gov.co
esehospitallocaldemontelibano@hotmail.com



320 - 5701391
094 - 7626639



Carrera 5ª N°. 23 – 144
Montelíbano – Córdoba