



AUTOCONTROL

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO



ESTADO DEL CONTROL INTERNO

LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO:

01 OCTUBRE de 2018 A FEBRERO DE 2019

PRESENTACIÓN

El Concepto de control interno definido de una manera global, es el plan de la organización y todos los métodos y procedimientos que adoptan la administración de una entidad para ayudar al logro del objetivo administrativo y asistencial asegurando en lo posible la conducción ordenada y eficiente de su gestión, Incluyendo la adherencia a las políticas administrativas, la salvaguarda de los activos, la prevención y detección de riesgos y preparación oportuna de la información.

El artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 establece que 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 Sistema de Control Interno de la entidad.

Por medio del Decreto N° 648 del 19 de abril de 2017, el Departamento Administrativo de la función Pública -DAFP- estableció modificaciones en la denominación, Integración y funciones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, las cuales se incorporaron a la reglamentación interna de la ESE CARISMA.

El 17 de septiembre de 2017, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Función Pública expedieron el Decreto N° 1499 de 2017, por medio del cual se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose en un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993.

Conforme al nuevo enfoque del Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno, dado que a la fecha se ha venido estructurando con base en los elementos del Modelo Estándar de Control Interno -MECI y que dicha herramienta ha sido modificada dentro del Modelo Integrado de Planeación y de Gestión - MIPG, en cumplimiento de una directriz del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-, se encuentra prioritario y procedente considerar los siguientes aspectos para su análisis y posterior publicación en las fechas determinadas en la normatividad así:

La ESE CARISMA ha adelantado durante este periodo, las siguientes tareas:

INSTITUCIONALIDAD

Mediante la Resolución N° 0236 del 26 de febrero del 2018, se crea y se reglamenta el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE CARISMA y se incorporan internamente las disposiciones contenidas en el Decreto N° 1499 de 2017 y el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en el cual se definen entre otros aspectos los siguientes:

Su denominación, integración, sus miembros, deberes del comité, y sus respectivas funciones, operacionalización del Comité Institucional, convocatoria y sesiones, quórum, actas, vigencias y derogatorias.

DIMENSIONES OPERATIVAS

1. DIMENSION TALENTO HUMANO

1.1. Responsable asignado:

Profesional universitario líder del proceso de talento humano.

1.2. Autodiagnóstico: se realizó con los siguientes resultados; puntaje total de la dimensión 6.2; se vienen realizando actividades al plan de acción según el autodiagnóstico.

1.3. Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas:

Se tiene como punto de partida el Código de Ética Institucional.

1.4. Cronograma para la implementación o proceso de transición

- Se cuenta con un nuevo plan de capacitación 2019, aún no está socializado; este tiene contemplados temas como: Gobierno en Línea, Participación Ciudadana, Gestión Documental, T.I, Contratación Estatal y temas relacionados con la ESE HOSPITAL CARISMA.
- Con el autodiagnóstico del proceso ha iniciado las actividades para lograr la implementación y las necesidades que por ley debe cumplir la gestión de talento humano, igualmente se debe presentar los avances de las políticas y atributos que según MYPG son necesarias.

- Elaborar una base de datos que suministre estadísticas de retiro y las razones del mismo, de los funcionarios de la ESE HOSPITAL CARISMA.
- Se debe implementar y poner en marcha en este 2019 el plan estratégico de talento humano incluido el proceso de evaluación de desempeño, con su respectiva evaluación e impacto dentro de la ESE CARISMA. Igualmente, los 12 planes que se involucrarán en el plan de acción institucional 2019
- Realizar actividades que conduzcan a mejorar el clima laboral- organizacional de la entidad según el último informe de clima laboral
- Construcción de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad al proceso de Talento Humano y cada uno de sus procedimientos
- Diseñar un formato (informe de entrega del cargo) para gestionar el conocimiento que dejan los servidores que se desvinculan.
- Sensibilización a funcionarios para que cumplan con la Obligación de gestionar la información en el SIGEP oportunamente, mediante recordatorios por correo electrónico y TIPS previos y oportunos, antes del vencimiento del plazo.
-
- Articulación con la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de que Gestión Humana participe en el direccionamiento estratégico de la entidad y lo involucre en su planeación.
- Llevar a cabo jornada de capacitación a los directivos para desarrollar sus competencias en la gestión de los conflictos, así como en liderazgo, planeación, toma de decisiones, dirección y desarrollo de personal y conocimiento del entorno.

1.5. Planes de mejora para la Implementación o proceso de transición:

- Implementar mecanismos para desarrollar procesos de reclutamiento que garanticen una amplia concurrencia de candidatos idóneos para el acceso a los empleos de la ESE CARISMA.
- Incentivos a equipos de trabajo (pecuniarios); en la ESE Hospital CARISMA, la mayoría son provisionales a quienes no se le pueden entregar incentivos pecuniarios

1.6. Avances acordes al cronograma y planes de mejora:

- Diseño de las estrategias de comunicación para implementar, promover, socializar y divulgar el código de integridad (Campañas, carteleras, correos, publicidad)
- Entrega del código de integridad y socialización a todas las partes interesadas de la ESE HOSPITAL CARISMA.

2. DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

2.1. Responsable asignado:

El Jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Organizacional y Subdirección Científica

2.2. Autodiagnóstico: se realizó con los siguientes resultados:

Puntaje total de la dimensión: 6.0 no existen evidencias de actividades desarrolladas durante este cuatrimestre

2.3. Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas:

- Falta de análisis del contexto interno y externo sobre los riesgos y de las políticas y atributos que según MYPG son necesarias para el desarrollo de la dimensión.
- Falta de diseño e implementación de controles.
- Involucrar a la ciudadanía y grupos de interés en el diagnóstico de posibles oportunidades de negocio en los planes programas y proyectos de la entidad que son de interés de la ciudadanía.

2.4. Cronograma para la implementación o proceso de transición:

- Diseño de Política Institucional de Gestión del Riesgo, a diciembre de 2019.
- Estrategia de implementación de la política de gestión de riesgo, incluye controles y la medición, a diciembre de 2019
- Seguimiento al cronograma de actividades de gestión de riesgo, para la vigencia 2019.

2.5. Planes de mejora para la implementación o proceso de transición:

- Conocimiento total de Organización
- Involucrar todas las áreas y servidores en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
- Identificar plenamente los grupos de valor y sus necesidades.
- Toma de las decisiones basadas en evidencias.
- Consolidar el liderazgo estratégico del área de desarrollo institucional

2.6. Avances acordes al cronograma y planes de mejora:

- Definición de responsables de la implementación de cada una actividades y servicios de capacitación para los servidores involucrados en cada uno de los procesos entregables por las actividades desarrolladas

3. DIMENSION GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

3.1. **Responsable asignado:** Jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Organizacional y Subdirección Científica

3.2. **Autodiagnóstico:** se realizó con los siguientes resultados; Puntaje total de la dimensión: 6.0 no existen actividades de avance en plan de gestión según autodiagnóstico de la dimensión.

3.3. Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas:

- Falta de información a la comunidad sobre los mecanismos para hacer seguimiento a las quejas y reclamos.
- Falta de un mecanismo para tener acceso a la transparencia y a la información.
- Falta identificación de otros Procesos Administrativos -OPAS- como parte de la racionalización de trámites.

3.4. Cronograma para la implementación o proceso de transición:

- Desarrollo de la guía para la implementación de la ley de transparencia a diciembre de 2018.
- Llevar a cabo el plan de mejoramiento al Sistema Único de Información y tramites -SUIT-, a diciembre de 2018

3.5. Planes de mejora para la implementación o proceso de transición:

- Realizar el seguimiento a todas las actividades del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano - PAAC de manera oportuna y pertinente que incluya, mapa de riesgos y su respectiva mitigación igualmente una medición por medio de indicadores para la vigencia 2019 con productos reales y tangibles.
- Seguir con el fortalecimiento de Seguridad de la información.
- Fortalecer de manera permanente la participación ciudadana.
- Seguir avanzando con procesos de servicio al ciudadano de manera documentada e implementada.

3.6. Avances acordes al cronograma y planes de mejora:

- Articulación de todas las actividades de la ESE CARISMA con la Oficina Asesora de Comunicaciones

4. DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS

4.1. Responsable asignado:

- El Jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Organizacional

- 4.2. Autodiagnóstico:** se realizó con los siguientes resultados; Puntaje total de la dimensión; 4.0 no se evidencian actividades durante este período, se espera el desarrollo de las políticas y atributos puestos en marcha para el logro de la dimensión.

4.3. Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas:

- Consolidar los elementos de medición en la plataforma de la institución.
- Realizar la comunicación Interna sobre los resultados de la información proveniente de la evaluación

4.4. Cronograma para la implementación o proceso de transición y resultado indicadores

- Diseño de procedimientos que establezcan rutas y evidencias para formalizar y consolidar la medición por medio de indicadores de operación por cada uno de los procesos de forma transversal en el cumplimiento de las metas y del plan de gestión, para la vigencia 2019
- Incluir en el informe de revisión, todos los componentes de evaluación y planes de mejoramiento y verificación con evidencias claras para conocer la realidad institucional para la vigencia 2019

4.5. Planes de mejora para la implementación o proceso de transición:

- La institución debe implementar el diseño del proceso de evaluación
- Debe mejorar la buena calidad de la evaluación y los controles pertinentes en cada una de las líneas de defensa de acuerdo en lo establecido en MYPG dentro de la institución.

5. DIMENSION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

5.1. Responsable asignado:

- El Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones y subgerencia financiera administrativa

5.2. Autodiagnóstico: se realizó con los siguientes resultados; Puntaje total de la dimensión: 6.0 no existen evidencias de avance de la dimensión, se debe realizar las políticas y atributos correspondientes a la dimensión y el cumplimiento del plan de acción según autodiagnóstico MIPG.

5.3. Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas:

- La institución no cuenta con un plan institucional de archivos PINAR.

- Falta el control y normalización de herramientas tecnológicas de preservación documental.
- No se cuenta con la infraestructura tecnológica eficaz para la Gestión Documental Electrónica en la ESE Hospital CARISMA.

5.4. Cronograma para la Implementación o proceso de transición:

- Aprobación del Plan de Gestión Documental - PGD - y el Plan Institucional de Archivos – PINAR a diciembre de 2018, el responsable es la Subdirección Administrativa y Financiera
- Socialización del Plan de Gestión Documental - PGD-, Oficina Asesora de Comunicaciones y Archivo.
- Elaboración del Sistema Integrado de Conservación – SIC

5.5. Planes de Mejora para la implementación o proceso de transición:

- Comité interno de archivo estructurado y funcionando de acuerdo a la legislación vigente, el cual permite gestionar y hacer seguimiento a proyectos y prácticas de gestión ambiental.
- Las Tablas de retención documental –TRD debidamente aprobadas y actualizadas según versión 2.
- Cumplimiento de la Política de cero papeles.
- Normalización de formas y formularios electrónicos, Gestión de documentos electrónicos.
- Programa de Implementación de metadatos, banco terminológico y Tabla de Control de Acceso.
- Comité Interno de Archivo estructurado de acuerdo a la Legislación vigente, el cual permite gestionar y hacer seguimiento a proyectos y prácticas de gestión documental.
- Las Tablas de Retención Documental - TRD debidamente aprobadas y en proceso de actualización (2da versión)
- Se tiene Identificación las necesidades y requisitos conforme a Programas Específicos de "Normalización de formas y formularios electrónicos", "Gestión de documentos electrónicos" y el programa de "Implementación de metadatos, los cuales deben ser implementados.

Se requieren con urgencia avances en cada uno de las mejoras propuestas.

5.6 Avances acordes al cronograma y planes de mejora:

- El Programa de Gestión Documental - PGD- del Instituto se encuentra en la fase final de elaboración y aprobación.
- El plan Institucional de archivos PINAR, se encuentra en la fase de elaboración y aprobación.

5.7. Otros aspectos

Frente a la Gestión Pública de Transparencia y Acceso a la Información:

Puntaje total de la política de transparencia y acceso a la información: 6.0

Dar vida a las políticas y atributos directamente relacionados con la dimensión y llevarlos a la práctica.

- Seguimiento acceso a la información pública: 6.0
- Divulgación política de seguridad de la información y de la protección de datos personales: 6.0
- Gestión documental para el acceso a la información pública: 6.0
- Instrumentos de gestión de la información: 3.5
- Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública: 6.0
- Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la Información pública: 6.0

6. DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO

6.1. Responsable asignado;

El Jefe de la Oficina de Desarrollo Organizacional.

6.2. Autodiagnóstico: Puntaje total de la dimensión: no se calculó. No existe avances a dicha dimensión se espera el trabajo de Las políticas y atributos para ponerlos en marcha y dar cumplimiento a lo planteado por MYPG

6.3. Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas:

- Falta de cultura y espacios corporativos para el conocimiento y la innovación
- Falta de documentación del conocimiento y la canalización de este dentro de ESE CARISMA

6.4. Cronograma para la implementación o proceso de transición:

- Desarrollo de plataformas para la gestión y generación de conocimiento e innovación, para la vigencia 2019.
- Implementación del protocolo de gestión de conocimiento e innovación a través de investigaciones y buenas prácticas, para la vigencia 2019

6.5. Planes de mejora para la implementación o proceso de transición:

- La ESE CARISMA debe contar con la presencia de un espacio para articular las dependencias en torno a procesos de gestión del conocimiento.
- Se debe contar con eficacia del análisis de datos para mejorar la gestión mediante las mejores prácticas institucionales.

7. DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO

Responsable asignado: El representante de la Alta Dirección ante el MIPG Y MECI

7.1. Autodiagnóstico: se realizó con un puntaje total de 7.5

Puntajes por componentes:

Ambiente de control:	7.5
Gestión del riesgo:	5.5
Actividades de control:	8.0
Información y comunicaciones:	6.0
Actividades de monitoreo:	6.5

7.2. Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas:

De manera general, no se tiene definido y estructurado el modelo de control con las líneas de defensas, sus roles y responsabilidades. La entidad se encuentra en ese proceso de articulación y definición mediante acto administrativo y su posterior socialización al interior de la organización para la vigencia 2019, Las brechas identificadas son:

Ambiente de control

Gestión del riesgo

Actividades de control

Información y comunicación

Actividades de monitoreo

Se desarrolló el 100% del Plan anual de auditorías de la vigencia 2018, en total se desarrollaron 24, para la vigencia 2019, igualmente se tiene plan anual de auditoria basado en la gestión del riesgo de manera transversal con cada uno de los procesos de la ESE. Con un total de 20 auditorías, aprobadas previamente en el comité institucional de control interno –gerencia el pasado 28 de febrero de 2019 según consta en el acta número 5.

7.3. Cronograma para la implementación o proceso de transición:

- Adecuar la estructura de Control Interno a los componentes y líneas de defensa en la vigencia 2019
- Acta administrativo que define roles y responsabilidades frente a cada una de las líneas de defensa en la vigencia 2019

7.4. Planes de mejora para la implementación o proceso de transición:

- Definición y sensibilización de roles y responsabilidades de la operacionalización del Modelo Integrado de Planeación Gestión MIPG.

7.5. Avances acordes al cronograma y planes de mejora:

- Definición de cronograma para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG en el segundo semestre 2018.

8. DIFICULTADES:

La falta de cultura de organizacional y clima laboral dificulta la implementación del MIPG en la ESE CARISMA, por el bajo sentido de pertenencia a la entidad.

9. RECOMENDACIONES:

- Se debe iniciar campañas de cambios de cultura organizacional y mejoramiento de clima laboral para mejorar la armonía de la ESE CARISMA.
- Realizar el plan de acción y desarrollo de cada una de las actividades MYPG, ya que se tiene el diagnóstico de los pendientes en cada una de las dimensiones para lograr la implementación en el tiempo adecuado, para el cumplimiento de la norma.
- Agilizar el proceso de construcción y formalización del Mapa de Riesgos y del Mapa Institucional de procesos y procedimientos.
- Realizar cada una de las políticas del MYPG y atributos correspondientes a cada una de las dimensiones
- El mapa de riesgos anticorrupción debe ser clave para la organización dentro de una clara gestión y prevención del fraude.
- Los resultados como herramienta generadora de valor deben tener una medición clara por medio de indicadores de procesos y políticas de operación, bien planeadas y ejecutadas.
- Apoyar la gestión auditora como insumo para generación de valor en la toma de decisiones.
- Implementar y dar sostenibilidad a un sistema de tics, necesario para la ESE CARISMA que logre alcanzar las necesidades de la gestión de hoy y que brinde la seguridad necesaria para la protección del archivo histórico.
- En cumplimiento de la ley general de archivos dar estricto cumplimiento a la normatividad vigente; PGD- PINAR –SIC y tablas de retención documental (2 versión).
- Dar estricto cumplimiento a los planes de mejoramiento que existen a la ESE CARISMA, suscriptos por los diferentes entes de control internos y externos.

YON ALEJANDRO VASQUEZ ALVAREZ

Asesor Control Interno
ESE Hospital Carisma

E.S.E Hospital Carisma - www.esecarisma.gov.co
Sede hospitalaria: Cra 93 N° 34 AA 01 – Barrio Belencito

Sede ambulatoria: Cra 81 N° 49-23 – Barrio Calasanz
Conmutador: 6050233

Medellín – Colombia



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE

E.S.E Hospital Carisma - www.esecarisma.gov.co
Sede hospitalaria: Cra 93 N° 34 AA 01 – Barrio Belencito

Sede ambulatoria: Cra 81 N° 49-23 – Barrio Calasanz
Conmutador: 6050233

Medellín – Colombia