

# AUTOCONTROL

## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO



## **ESTADO DEL CONTROL INTERNO**

**LEY 1474 DE 2011**

**PERIODO EVALUADO:**

**01 de ENERO A 30 de JUNIO 2021**

### **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 en la página web de la entidad, un Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno de la entidad y en cumplimiento del decreto 403 de 2020.

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:

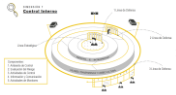
La ESE CARISMA, tiene como resultado durante el periodo el primer semestre del año 2021 en su informe pormenorizado de control interno.

## 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. Luego de realizar la evaluación al sistema de control interno de la ESE Hospital Carisma, se ha llegado a las siguientes conclusiones con una calificación total de **5.4** para el primer semestre del 2021:

Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL CARISMA
Periodo Evaluado:	ENERO 01 A JUNIO 30 DE 2021
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	
<b>54%</b>	



**Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno**

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Se debe realizar el plan de acción MYPG, ya que se tiene el diagnóstico de los pendientes para lograr la implementación con las necesidades que la ley tiene para cada uno de los procesos y procedimientos. Se debe implementar el plan estratégico de talento humano incluido el proceso de evaluación de desempeño, con su respectiva evaluación e impacto dentro de la ESE CARISMA. El direccionamiento estratégico de la entidad presenta dificultades esencialmente en la entrega de sus productos que son insumo para la toma de decisiones en la gestión de la entidad y lograr un implementación efectiva de MIPG en la entidad. Construcción de indicadores de eficiencia eficacia y efectividad al proceso de talento humano y cada uno de sus procedimientos. Realización de los mapas de aseguramiento, líneas de defensa plan estratégico anual de la entidad. Cumplimiento del decreto 612 tal como lo exige la ley no descriptivo sino el deber ser y la realización de las actividades a desarrollar. No se cuenta con una evaluación de desempeño para los servidores de la entidad y no hay operatividad del comité. Implementación de admón. de la gestión del riesgo, identificación valoración y mitigación del mismo por procesos y procedimientos. Establecer verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico. Implementar las líneas de defensa 1 y 2 en la entidad por proceso y procedimientos y sus responsables. 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. Elaboración de Las Tablas de retención documental –TRD debidamente aprobadas y actualizadas según versión 2. Apoyar la gestión auditora como insumo para generación de valor en la toma de decisiones. se deben realizar las acciones de los planes de mejoramiento -evidencias, se deben pagar morosa atrasada y pago de prestaciones sociales ( prima de servicios) igualmente tomar todas medidas de riesgo financiero y evitar materialización del mismo y par dar continuidad al negocio.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	Porque aun faltan por terminar todas las acciones anteriormente descritas con el apoyo total de la alta dirección para la gestión del cambio y que realmente se emprendan con liderazgo los planes de acción para lograr el cumplimiento y la efectividad de los planes de acción que den fe de la mejora continua
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/NO) (Justifique su respuesta):	No	Las líneas de defensa 1-2-3 no se han implementado realmente en la institución, solo la línea 3 viene desarrollando el aseguramiento en cada una de ellas a través del plan anual de auditorías y seguimiento a planes de gestión y de mejoramiento y el cumplimiento de la gestión del riesgo, institucional.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual; Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	No	40%	Se debe Realizar el plan de acción MYPG, ya que se tiene el diagnóstico de los pendientes para lograr la implementación con las necesidades que la ley tiene para cada uno de los procesos y procedimientos. Se debe implementar el plan estratégico de talento humano incluido el proceso de evaluación de desempeño, con su respectiva evaluación e impacto dentro de la ESE CARISMA. El direccionamiento estratégico de la entidad presenta dificultades esencialmente en la entrega de sus productos que son insumo para la toma de decisiones en la gestión de la entidad y lograr un implementación efectiva de MIPG en la entidad. Construcción de indicadores de eficiencia eficacia y efectividad al proceso de talento humano y cada uno de sus procedimientos. Realización de los mapas de aseguramiento, líneas de defensa, plan estratégico anual de la entidad. Cumplimiento del decreto 612 tal como lo exige la ley, no descriptivo sino el deber ser y la realización de las actividades a desarrollar. No se cuenta con una evaluación de desempeño para los trabajadores de la entidad y no hay operatividad del comité. Establecer verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico, realizar seguimiento y medición a las 18 políticas establecidas por el MIPG en LA ESE HOSPITAL CARISMA.	1%	El informe anterior presenta las mismas variables y necesidades para su cumplimiento.	39%
Evaluación de riesgos	No	31%	Porque se debe dar cumplimiento de manera asertiva la implementación de administración de la gestión del riesgo, identificación, valoración y mitigación del mismo por procesos y procedimientos igualmente a los mapas de riesgos de corrupción y la medición de estos a través de los indicadores	1%	El informe anterior presenta las mismas variables y necesidades para su cumplimiento.	30%
Actividades de control	Si	67%	Existen mecanismos y actividades de control pero se debe Apoyar la gestión auditora como insumo para generación de valor en la toma de decisiones. cumplimiento de la implementación de las líneas de defensa 1-2-3 implementación de indicadores por procesos y procedimientos.	21%	El informe anterior presenta las mismas variables y necesidades para su cumplimiento.	46%
Información y comunicación	Si	50%	Si bien se ha mejorado en estos procesos se debe dar por terminado Las Tablas de retención documental –TRD debidamente aprobadas y actualizadas según versión actual, presentación de plan de gestión documental y todo lo relacionado a la ley 594. elaboración socialización y ejecución del PETS y del plan anual de comunicaciones igualmente que estrategia se tienda a desarrollar para la implementación de la dimensión de gestión del conocimiento en la entidad.	10%	El informe anterior presenta las mismas variables y necesidades para su cumplimiento.	40%
Monitoreo	Si	82%	se debe implementar en la ese las líneas de defensa 1-2-3 que de fe del monitoreo y el seguimiento a la efectividad de los controles existentes y los posteriores necesarios para la gestión institucional, 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.	5%	El informe anterior presenta las mismas variables y necesidades para su cumplimiento.	77%

**1. Ambiente de Control**

**Valoración: 4.0**

- No se evidencia el plan de riesgos de la entidad para la vigencia 2020
- El direccionamiento estratégico de la entidad presenta dificultades esencialmente en sus productos que son insumo para la toma de decisiones en la gestión de la entidad y lograr una implementación efectiva de MIPG en la entidad.
- Realizar el plan de acción MYPG, ya que se tiene el diagnóstico de los pendientes para lograr la implementación que por ley tiene cada uno de los procesos y procedimientos
- Elaborar una base de datos que suministre estadísticas de retiro y las razones del mismo, de los funcionarios de la ese carisma.
- Se debe implementar el plan estratégico de talento humano incluido el proceso de evaluación de desempeño, con su respectiva evaluación e impacto dentro de la ESE CARISMA.
- Realizar actividades que conduzcan a mejorar el clima laboral- organizacional de la entidad y la realización de una nueva evaluación para subsanar los planes de mejoramiento que se deriven de esta.
- 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.
- El código de integridad no es transversal a la organización no se siente introyectado cada uno de los valores institucionales.
- Articulación con la Oficina Asesora de Planeación para que el 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.
- Realización de los mapas de aseguramiento, líneas de defensa 1-2-3, plan estratégico anual y cuadro de mando integral de la entidad para cada vigencia
- Diagnóstico de capacidades y entornos de las partes interesadas
- Consolidar el liderazgo estratégico del área de desarrollo institucional
- Cumplimiento del decreto 612, tal como lo exige la ley, no descriptivo sino el deber ser y la realización de las actividades a desarrollar.
- No se cuenta con una evaluación de desempeño para los servidores de la entidad y no hay operatividad del comité.
- Involucrar todas las áreas y servidores al modelo integrado de planeación y gestión.
- Realizar concurso para proveer vacantes en forma definitiva.
- 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.
- Evaluar los resultados de la implementación del código de integridad a través de encuestas.

- Extemporaneidad en los pagos de nómina y prima de servicios del primer semestre 2021
- No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento.
- 

## **2. Administración del Riesgo**

**Valoración: 3.1**

- Falta de análisis del contexto interno y externo sobre los riesgos y no se evidencia el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2021
- Implementación de administración de la gestión del riesgo; identificación valoración y mitigación del mismo por procesos y procedimientos.
- 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.
- Establecer verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico.
- Realizar seguimiento a todas las actividades al plan anticorrupción mapa de riesgos y la medición de acuerdo a sus indicadores.
- Entregar una verdadera estrategia anticorrupción para la entidad en marco del cumplimiento de ley
- No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento.

## **3. Actividades de Control**

**Valoración: 6.7**

- 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.
- Implementar las líneas de defensa 1 y 2 en la entidad por proceso y procedimientos y sus responsables.
- 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.
- No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento.

#### **4. Información y comunicación**

**Valoración: 5.0**

- La institución cuenta con un plan institucional de archivos PINAR pero no se evidencia su operación.
- Elaboración socialización del plan anual de comunicaciones y ejecución del mismo para la vigencia 2020.
- Socialización del Plan de Gestión Documental - PGD-, Oficina de gestión documental.
- Elaboración del Sistema Integrado de Conservación – SIC.
- 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 documental.
- Las Tablas de retención documental –TRD debidamente aprobadas y actualizadas según versión 2.
- Normalización de formas y formularios electrónicos, Gestión de documentos electrónicos.
- Programa de Implementación de metadatos, banco terminológico y Tabla de Control de Acceso.
- 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.
- Falta de cultura y espacios corporativos para el conocimiento y la innovación.
- Falta de documentación del conocimiento y la canalización que este dentro de ESE CARISMA.
- Desarrollo de plataformas para la gestión y generación de conocimiento e innovación.
- Implementar y dar sostenibilidad a un sistema de tics, necesario para la ESE CARISMA (PETI), que logre alcanzar las necesidades de la gestión de hoy y que brinde la seguridad necesaria para la protección de la información de la ESE Hospital Carisma.
- Implementación del protocolo de gestión de conocimiento e innovación a través de investigaciones y buenas prácticas.
- Faltan evidencias a planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento.

#### **5. Actividades de monitoreo**

**Valoración: 8.2**

- Se ejecutó el Plan anual de auditorías 2020 en su totalidad, son 19 para la vigencia, igualmente se viene cumplimiento con todos los informes de ley establecidos sin ningún tipo de extemporaneidad en su presentación.

- Adecuar la estructura del sistema de Control Interno a los componentes y líneas de defensa 1-2-3.
- 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.
- Atender todos los mecanismos de protección y protocolos de bioseguridad emanados por la OMS y el gobierno nacional para el manejo de la pandemia covid 19
- Dar estricto cumplimiento a los planes de mejoramiento que existen a la ESE CARISMA, suscriptos por los diferentes entes de control internos y externos.
- Pago oportuno de las nómina y prestaciones sociales causadas

**YON ALEJANDRO VASQUEZ ALVAREZ**

Asesor Control Interno

ESE Hospital Carisma





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

E.S.E Hospital Carisma, línea única de atención 605 02 33  
Sede Hospitalaria Cra 93 N° 34 AA 01, barrio Belencito. Sede Ambulatoria Cra 81 N° 49-23, barrio Calasanz  
[www.esecarisma.gov.co](http://www.esecarisma.gov.co)