

AUTOCONTROL

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO



**ESTADO DEL CONTROL INTERNO
LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO:
01 de JULIO A 31 de DICIEMBRE 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.

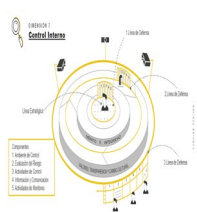
Conforme al nuevo enfoque del Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno, dado que a la fecha se ha venido estructurando con base en los elementos del Modelo Estándar de Control Interno -MECI y que dicha herramienta ha sido modificada dentro del Modelo Integrado de Planeación y de 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 .

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.

La ESE CARISMA, tiene como resultado durante el periodo del segundo semestre del año 2021 en su informe pormenorizado de control interno; Luego de realizar la evaluación al sistema de control interno, ha llegado a las siguientes conclusiones con una calificación total de **5.6** para el segundo semestre del 2021:

<table border="1"> <tr> <td>Nombre de la Entidad:</td> <td>ESE HOSPITAL CARISMA</td> </tr> <tr> <td>Período Evaluado:</td> <td>JULIO 01 A DICIEMBRE 31 DE 2021</td> </tr> </table>		Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL CARISMA	Período Evaluado:	JULIO 01 A DICIEMBRE 31 DE 2021
Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL CARISMA				
Período Evaluado:	JULIO 01 A DICIEMBRE 31 DE 2021				
	<table border="1"> <tr> <td>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</td> <td>56%</td> </tr> </table>	Estado del sistema de Control Interno de la entidad	56%		
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	56%				
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno					
<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>En proceso</p> <p>Se debe realizar un plan de acción más agresivo en la efectividad de la implementación del MIPG, ya que se tienen los diagnósticos por cada dimensión con los pendientes a realizar para lograr un 100%, igualmente los productos pendientes en la evaluación de desempeño de gestión de la entidad entregada por el FURAG para la vigencia 2020. 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 una implementación efectiva de MIPG en la entidad. • Construcción de indicadores de eficiencia eficacia en cada uno de sus procedimientos. • Realización de los mapas de aseguramiento, líneas de defensa de la entidad. • Cumplimiento del decreto 612 tal como lo exige la ley y su respectiva ejecución dentro de la vigencia. • No se cuenta ni con política y procedimiento en el manejo de conflicto de intereses, no hay operatividad del comité de evaluación de desempeño institucional, no existe implementación real de la admn. de la gestión del riesgo; que incluya identificación valoración y mitigación del mismo por procesos y procedimientos. • Establecer verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico, se debe 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. Igualmente tomar todas medidas de riesgo financiero y evitar materialización del mismo y lograr la continuidad al negocio.</p>				
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>No</p> <p>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 esperada que den fe de la mejora continua</p>				
<p>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):</p>	<p>No</p> <p>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.</p>				

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	42%	Se debe realizar un plan de acción más agresivo en la efectividad de la implementación del MYPG, ya que se tienen los diagnósticos por cada dimensión con los pendientes a realizar para lograr un 100%, igualmente los productos pendientes en la evaluación de desempeño de gestión de la entidad entregada por el FURAG para la vigencia 2020. 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 una implementación efectiva de MIPG en la entidad; • Construcción de indicadores de eficiencia eficacia en cada uno de sus procedimientos; • Realización de los mapas de aseguramiento, líneas de defensa de la entidad; • Cumplimiento del decreto 612 tal como lo exige la ley y su respectiva ejecución dentro de la vigencia • No se cuenta ni con política y procedimiento en el manejo de conflicto de intereses, no hay operatividad del comité de evaluación de desempeño institucional, no existe implementación real de la admón. de la gestión del riesgo; que incluya identificación valoración y mitigación del mismo por procesos y procedimientos; • Establecer verdaderas políticas de defensa	1%	El informe anterior presenta las mismas variables y necesidades para su cumplimiento.	41%
Evaluación de riesgos	No	34%	Porque se debe dar cumplimiento de manera asertiva a la Implementación de administración de la gestión del riesgo; identificación, valoración y mitigación del mismo por procesos y procedimiento igualmente a los mapas de riesgos anticorrupción y la medición de estos a través de los indicadores	1%	El informe anterior presenta las mismas variables y necesidades para su cumplimiento.	33%
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	54%	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 PETI y del plan anual de comunicaciones, igualmente que estrategia se tiende 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.	44%
Monitoreo	Si	86%	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.	81%

1. Ambiente de Control

Valoración: 4.2

- No se evidencia el plan de riesgos a la realidad de la entidad para la vigencia 2021
- 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.
- Se debe 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
- Se debe ejecutar el plan estratégico de talento humano incluido el proceso de evaluación de desempeño, con su respectiva evaluación e impacto dentro de la ESE CARISMA.
- Construcción de indicadores de eficiencia eficacia y efectividad a cada uno de los proceso y sus procedimientos institucionales,
- Diseñar un formato (informe de entrega del cargo) para gestionar el conocimiento que dejan los servidores que se desvinculan.
- Retroalimentar el código de integridad, este no es transversal a la organización no se siente introyectado en cada uno de los valores institucionales y dentro de la política de integridad incluir el manejo para el conflictos de intereses y su respectivo procedimiento
- Llevar a cabo jornada de capacitación a los directivos para desarrollar sus competencias en la gestión de conflicto de intereses, así como en liderazgo.
- Realización de 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
- Debilidad en 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 y ejecución de dichos planes dentro de la respectiva vigencia.
- 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.
- No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento de manera definitiva.

2. Administración del Riesgo

Valoración: 3.4

- Falta de análisis del contexto interno y externo sobre los riesgos y no se evidencia el mapa de riesgos institucional real para la vigencia 2021
- Falta de Implementación de administración de la gestión del riesgo; identificación valoración y mitigación del mismo por procesos y procedimientos tal como lo establece la función pública.
- Falta de diseño e implementación de controles para evitar los factores de riesgo institucional.
- 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 en materia de administración de riesgos.

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. Integral

4. Información y comunicación

Valoración: 5.4

- La institución cuenta con un plan institucional de archivos PINAR pero no se evidencia su operación.
- Socialización del Plan de Gestión Documental - PGD-, Oficina de gestión documental.
- Elaboración del Sistema Integrado de Conservación – SIC.
- No se evidencian 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.
- 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: 8.0

- Se ejecutó el Plan anual de auditorías 2021 en su totalidad son 17 para la vigencia y 78 para el cuatrienio que se termina el 31 de diciembre 2021, igualmente se cumplió con todos los informes de ley establecidos sin ningún tipo de extemporaneidad en su presentación.
- Se debe 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.

YON ALEJANDRO VASQUEZ ALVAREZ

Asesor Control Interno
ESE Hospital Carisma