

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Asesor de Control Interno:	Martin Alvarez Montoya	Período: Marzo - junio de 2018
		Fecha elaboración: 12/07/2018

El siguiente informe presenta el estado del Sistema de control interno de la Empresa Social del Estado Hospital El Carmen, mostrando las dificultades y avances asociadas a cada una de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, incluido en este el Modelo estándar de control interno MECI.

ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL PARA MIPG

La ESE Hospital El Carmen adelantó la fase de alistamiento institucional, con las siguientes acciones:

- Capacitación por parte de asesor de control interno en el Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- Asignación de responsabilidades para realización de diagnósticos en MIPG.
- Creación del Comité coordinador de gestión, desempeño, control interno y calidad.
- Designación del representante del gerente para liderar la implementación.

DIMENSIÓN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Dificultades

Aunque se tiene el diagnóstico y se han desarrollado diferentes elementos de la gestión del Talento humano aún no se ha consolidado el Plan estratégico que establece MIPG.

En la gestión del Talento humano continúa oportunidad de mejora en relación con la sistematización de las expresiones del cliente interno como insumo para el mejoramiento de los procesos y como mecanismo de identificación y canalización de las necesidades de estos.

Aunque se está realizando medición del clima laboral aún no se implementa un plan de intervención específico en la vigencia 2018, más allá que se han realizado acciones desde el plan de estímulos.

Falta continuidad en el seguimiento a los diferentes elementos del proceso de Gestión del talento humano.

Avances

Se realizó el diagnóstico de talento humano en relación con los requisitos de MIPG.

Está definido y caracterizado el proceso para la Gestión del talento humano y se tienen los procedimientos documentados y publicados en red de acceso a los funcionarios. En la vigencia se contó con apoyo de un funcionario para la organización y seguimiento a la ejecución de los procedimientos.

Se aplica inducción y reinducción a través de una presentación que reúne los temas más relevantes de interés para todo el personal. Entre otros temas, incluyó: misión, visión principios y valores, objetivos, políticas, organigrama, mapa de procesos, Programa de auditoría para mejoramiento de la calidad PAMEC, modelo estándar de control interno MECI, Salud y seguridad en el trabajo, manejo de residuos hospitalarios, etc.

Se ha cumplido con la realización de reuniones mensuales de personal como un espacio de participación y de interacción entre directivos y demás servidores. Además, es el espacio principal para capacitación del personal.

Se está ejecutando un Plan institucional de capacitación del año 2018 con temas priorizados a partir del diagnóstico y prioridades del sistema de garantía de la calidad, sistema de seguridad y salud en el trabajo, seguridad del paciente, entre otros.

Se está ejecutando un Plan de bienestar social e incentivos formulado a partir del Reglamento aprobado para la ESE, los recursos asignados y las preferencias del personal identificadas a través de encuestas y en reunión de personal.

En desarrollo de la política y programa de Salud y seguridad en el trabajo se ha avanzado en las siguientes acciones:

- Adopción y socialización de la política,
- Formulación del programa,
- Identificación de factores de riesgos,
- Socialización de directrices de autocuidado,
- Realización de exámenes médico - laborales,
- Análisis de accidentes laborales y planes de intervención,
- Capacitaciones al personal (riesgos y accidentes biológicos, reporte accidentes laborales,
- Nueva conformación del COPASST,
- Inspecciones de puestos de trabajo,
- Inspecciones del programa de almacenamiento, orden y seguridad,
- Inventarios de extintores,
- Programa de pausas activas,
- Entre otras acciones.

Para el año 2018 la entidad suscribió los compromisos de desempeño con los empleados inscritos en carrera administrativa, los Acuerdos de gestión de la gerencia con los subdirectores y está vigente el Plan de gestión con el cual la Junta Directiva evaluará al gerente de la ESE.

La ESE cuenta con un Manual de funciones y competencias laborales para todos los cargos de la planta de personal de la institución, actualizado y entregado a cada funcionario durante el año 2016.

Durante la vigencia se realizó la actualización del Estatuto de personal de la ESE, de acuerdo con la normatividad vigente.

Código de integridad

En reunión de personal los funcionarios participaron activamente en el análisis de los valores del servicio público y conductas asociadas a cada uno de ellos. Se realizaron talleres de interiorización de dichos valores y conductas.

Además, la entidad cuenta con principios y valores institucionales aprobados y actualizados con la participación del personal dentro del proceso de formulación del plan de desarrollo para el periodo 2014-2020.

La entidad cuenta con un ambiente favorable para el desarrollo del sistema de control interno, dado que se tiene compromiso de la alta dirección, equipos de trabajo conformados, roles establecidos y metas de implementación del sistema asociadas a la planeación estratégica y operativa de la ESE.

Además de los talleres de interiorización, durante la vigencia se han realizado las siguientes acciones de difusión de los principios y valores:

- Publicación en la página web de la ESE.
- Presentación en el informe de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.
- Contenido en presentación básica de inducción.
- Contenido en folleto de soporte de la inducción que se entrega a todos los funcionarios que ingresan a la planta de personal de la institución.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Dificultades

Aún no se formula el plan de intervención de la Dimensión a partir del diagnóstico realizado en MIPG.

Aún no se integran en el Plan de acción todos los planes formulados para el desarrollo estratégico de la entidad, aunque se tienen formulados algunos de ellos.

Oportunidad de mejora en la actualización de los riesgos en algunos procesos de apoyo institucional y así mismo falta frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos.

Avances

A continuación, se presentan algunos avances o logros en algunos de los elementos de la dimensión, sin que esto signifique que hay un cumplimiento total de los requisitos de MIPG:

Política de Planeación:

Se cuenta con un Plan de desarrollo aprobado por la junta Directiva para el periodo 2014-2020. El Plan se hace operativo mediante planes de acción anuales. Estos han sido socializados en reuniones de personal, se entregó folleto resumen y se tiene publicado en red de acceso a todos los servidores, así como en el sitio web de la ESE.

El Plan de desarrollo fue actualizado en aspectos de metas, plan de inversiones y proyectos a partir del año 2017.

Se tiene un Plan de acción aprobado por la Junta directiva para el año 2017, con cronograma, responsables y presupuestos, para la ejecución de los proyectos establecidos para lograr las metas trazadas en el Plan de desarrollo. Con base en este se establecieron planes de acción para cada uno de los procesos, con los compromisos que les corresponde gestionar.

Se continúa realizando medición de la satisfacción del usuario para establecer la percepción respecto a la ejecución de los distintos proyectos y su impacto en los servicios de la ESE. Se evalúa la percepción de calidad y la satisfacción con los servicios.

Indicadores de gestión:

Se cuenta con todas las fichas técnicas de indicadores para la medición del Plan de desarrollo vigente. Entre otras variables, incluye el dominio clasificado en eficacia, eficiencia y efectividad, la forma de medición, fuentes de información y las metas establecidas en el Plan para cada año.

Además, se tienen instrumentos gerenciales de indicadores definidos para cada uno de los procesos, principalmente los asistenciales y algunos de apoyo, con las respectivas metas y rangos de desempeño. Algunos indicadores se actualizaron para aplicar a partir del año 2017, por cambio en la forma de medición o en la meta a partir de la nueva resolución del sistema de información para la calidad y actualización del Plan de desarrollo 2017-2020.

Presupuesto:

Para el año 2018 la ESE cuenta con la planeación financiera a través de su presupuesto aprobado por el Consejo Municipal de Política fiscal – COMFIS y la Junta directiva de la ESE (en lo de su competencia).

Plan anticorrupción y de atención al ciudadano:

Se tuvo aprobado un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia

2018, elaborado según las Guías metodológicas publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, fue publicado en sitio web, socializado a todos los funcionarios en reinducción del mes de abril y se le realizó el primer seguimiento.

Plan de adquisiciones:

Se cuenta con un Plan de adquisición de bienes, obras y servicios para vigencia 2018 y fue reportado al SECOP según lo ordena la Resolución 5185 de 2013.

Administración de riesgos:

La ESE tiene aprobada una política específica para la administración del riesgo la cual incluye la definición de la metodología, acorde con la recomendada por el Departamento Administrativo de la Función Pública. La política fue actualizada en el mes de noviembre de 2017 de acuerdo con nuevos lineamientos para la administración del riesgo.

Se tienen identificados y caracterizados los riesgos para cada uno de los procesos que integran el modelo de operación, previa documentación del contexto estratégico que analiza las principales variables del entorno y define los principales factores causantes de riesgos.

En la aplicación de la metodología de administración del riesgo se valoraron los controles para los diferentes procesos y procedimientos y se cuenta con el respectivo mapa de riesgos de cada proceso.

Igualmente se tiene un mapa de riesgos a nivel institucional en el cual se incluyen aquellos cuya valoración arrojó un resultado que lo ubique en zona alta o extrema y que consecuentemente requiere prioridad en su intervención.

Se cuenta con un mapa de riesgos de corrupción elaborado de acuerdo con la Guía metodológica publicada por el DAFP, con participación de directivo y líderes de procesos de diferentes áreas. A partir de este se definen y se aplican acciones de intervención dentro del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano.

En desarrollo de la política de seguridad del paciente se continúa fomentando la cultura del reporte y gestión de riesgos, principalmente lo relacionado con incidentes en la atención y eventos adversos. Esta temática está incluida en el Plan institucional de capacitaciones del año 2018.

Durante el 2017 se realizaron jornadas de trabajo para actualizar los mapas de riesgos de los diferentes procesos, para luego actualizar el mapa de riesgos institucional a partir del Instructivo para aplicación de la metodología diseñado a partir de la política.

GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de esta Dimensión de MIPG en sus diferentes elementos, a partir del diagnóstico.

Se cuenta con un modelo de operación por procesos, pero se tiene documentación desactualizada de los procedimientos para la mayor parte de los procesos definidos. Asociado a ello estaría faltando también la actualización de las políticas de operación.

Se ha mejorado avance en la publicación de información en la página web de la ESE, pero, aun se tienen oportunidades de mejora en cuanto al cumplimiento en la publicación de la información obligatoria a partir de la ley de transparencia en la gestión y derecho de acceso a la información pública y por la estrategia de Gobierno en Línea (ahora Gobierno digital).

Para algunos elementos no se tienen avances importantes en los términos que lo establece MIPG, entre ellos los de Gobierno Digital, Seguridad digital, Defensa jurídica y Racionalización de trámites.

Avances

A continuación, se presentan algunos avances o logros en algunos de los elementos de la dimensión, si expresar un cumplimiento total de los requisitos de MIPG:

Fortalecimiento organizacional y operación por procesos:

Se tiene un mapa de procesos institucional, incluye procesos de dirección, evaluación, de apoyo y misionales. Es suficiente para responder a las necesidades de los usuarios de acuerdo con el nivel de complejidad de la entidad y los servicios que presta. Está en la tercera versión.

Se tienen los procesos caracterizados según el mapa y se está realizando revisión y actualización con nueva normatividad. Esta define objetivo, alcance, responsables, insumos, productos y clientes, entre otros aspectos.

La ESE tiene políticas definidas para la gestión de los procesos. Las políticas generales hacen parte del Código de ética y Buen Gobierno y las específicas de cada proceso se incluyen en la documentación de procedimientos en el numeral de “políticas de operación”.

La actualización de estas se está realizando cuando se actualizan los procedimientos (faltando algunos procesos por definir o actualizar).

Las políticas se están socializando a todos los servidores en los ciclos de reintroducción y en la inducción de personal nuevo. Además, están publicadas en el servidor de acceso para los funcionarios, llamado Gestión Documental y en el sitio web de la ESE. Última socialización en segundo semestre de 2017.

Durante el periodo evaluado se actualizó la política y directrices para la administración del

riesgo, el Manual de políticas contables y se también se socializaron políticas incluidas en el Código de ética y buen gobierno.

Estructura organizacional:

Se tiene actualizado el organigrama institucional, facilitando la visualización de los niveles de responsabilidad y autoridad y su interrelación con el modelo de operación por procesos. Se ha realizado la socialización logrando la comprensión por parte de los funcionarios. Está incluido en la presentación de la inducción al personal que ingresa.

Se cuenta con una planta de cargos aprobada por la Junta directiva a partir de la cual se actualizaron las funciones y competencias. Así mismo se cuenta con el Manual de Funciones, perfiles y competencias.

En general la estructura orgánica responde a las necesidades para la operación de los procesos y la prestación de los servicios.

Planta de cargos: En coherencia con la estructura organizacional y los procesos, se ha definida una planta de cargos aprobada por la Junta Directiva. El tamaño de dicha planta le permite a entidad operar con relativa flexibilidad, complementando su funcionamiento con la contratación tercerizada.

Manual de funciones: Se cuenta con un Manual de funciones y competencias laborales diseñado, aprobado y socializado para cada uno de los cargos que integran la planta de cargos de la entidad.

Políticas de operación: El sistema de gestión cuenta con políticas de operación generales, y otras definidas dentro de los procedimientos documentados. Además, se hallan diversas políticas definidas en el Código de Buen Gobierno y Código de Ética.

Se ha avanzado, pero aún se debe fortalecer el cumplimiento y la oportunidad en la publicación de toda la información obligatoria según la ley de transparencia y acceso a la información (Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios).

Gestión de recursos físicos:

La ESE cuenta con unas instalaciones físicas y equipos suficientes para la prestación de los servicios de salud de primer nivel que ha declarado – habilitado. Cada año formula y ejecuta un Plan de mantenimiento acorde con los recursos que por norma debe asignar del presupuesto general. Con este plan se mantiene en las mejores condiciones posibles el estado de los recursos físicos para el desarrollo de su misión (instalaciones físicas, redes, equipos y vehículos).

Se dispone de un sistema de información para la gestión de recursos físicos (módulo de activos) que facilita la operación contable de los mismos. También se tiene información organizada del talento humano, del presupuesto y de inventarios.

Gestión presupuestal:

La dirección de la entidad en cabeza del gerente y la subdirección administrativa realiza permanente seguimiento a la ejecución presupuestal buscando garantizar la disponibilidad de recursos para el normal desarrollo de los procesos.

Durante el periodo evaluado ha logrado mantener la disponibilidad de recursos financieros para cumplir sus obligaciones y desarrollar los procesos.

Defensa jurídica:

Más allá de la necesidad de implementar las directrices que se impartan por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, se debe afirmar que la gerencia de la entidad y su asesor jurídico han asumido la defensa de los intereses del estado ante las diferentes demandas que se ha recibido. No se tiene ninguna demanda perdida en los últimos años.

Participación ciudadana:

Entre los principales avances en esta dimensión está la operatividad de la oficina de servicio al ciudadano de la ESE, con un funcionario asignado para el desarrollo eficiente de las acciones, se encuentra ubicada en un lugar estratégico de fácil acceso e identificación por parte de los usuarios. Desde la oficina de atención al usuario se viene realizando la recepción y trámite a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios.

Además, se vienen aplicando las encuestas a los usuarios en los diferentes servicios, con el fin de identificar su nivel de satisfacción con los servicios prestados, se realiza la tabulación y consolidación de resultados.

La ESE dispone de los mecanismos de participación ciudadana en salud establecidos en la normatividad vigente y tiene en ejecución en la vigencia un plan de acción para fortalecer el ejercicio de estos espacios por parte de los ciudadanos.

Durante la vigencia se está ejecutando satisfactoriamente un Plan de rendición de cuentas a la comunidad, conforme al Manual único de rendición de cuentas, en lo que le aplica.

Trabajo por proyectos:

La entidad ha gestionado proyectos bajo la metodología general ajustada MGA con el fin

de acceder a recursos de cofinanciación de entidades como la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y Ministerio de Salud y Protección social. Además, se gestionan proyectos desde el Plan de acción para organizar los recursos hacia el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales. Actualmente se gestiona proyecto de mejoramiento de dotación y proyecto de mejoramiento de infraestructura.

Gestión ambiental:

El desarrollo de la política de gestión ambiental en la ESE, como prestador de servicios de salud se basa en el Programa de gestión integral de residuos generados en la atención en salud. Dicho programa se ejecuta de acuerdo con lo programado, incluyendo capacitaciones, seguimientos a la aplicación, realizando lo reportes correspondientes.

Servicio al ciudadano:

Se dispone de instrumentos para recepcionar información sobre las expresiones del usuario (cliente externo) y otras partes interesadas: página web, buzones, encuestas de satisfacción, oficina de atención al usuario, correo institucional, línea de información telefónica, espacios de participación en salud como la asociación de usuarios, comité de ética, junta directiva de la ESE con representante de la comunidad.

Continúa en operación la oficina de atención al usuario con los recursos humanos, logísticos y técnicos necesarios para desarrollar sus funciones. Desde allí se realiza la canalización de las manifestaciones de los usuarios, medición de la satisfacción y apoyo en trámites para el usuario, apoyo a la asociación de usuarios, enlace con veedurías en salud, entre otras.

Se tienen sistematizadas las expresiones de los usuarios o partes interesadas (peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias) y con el apoyo de la subdirección científica se ha mejorado la oportunidad en el análisis y en las respuestas a los remitentes.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Dificultades

Persiste la oportunidad de mejora en la medición periódica y análisis de todos los indicadores de los procesos, así como en hacer efectivo el espacio de análisis de los resultados de forma regular, con fines de uso de la información para la gestión.

Falta cultura de la evaluación de la gestión a través de indicadores por parte de los líderes de los procesos y/o servicios, pues aun disponiendo de las herramientas no se aplican regularmente.

Hay oportunidad de mejora en la autoevaluación por parte de los líderes de los procesos en lo relacionado con el seguimiento a los controles establecidos para los principales riesgos.

Avances

Autoevaluación institucional:

Se están actualizando algunos instrumentos gerenciales basados en indicadores de gestión para los procesos operativos de la ESE a través de los cuales se puede ejecutar la autoevaluación de la gestión. Se realizan autoevaluaciones a través de rondas de seguridad para monitorear la calidad en los servicios. Se están midiendo indicadores en algunos procesos asistenciales y de apoyo. Resultados de algunos indicadores de calidad se han presentado en reunión de personal.

Se tienen definidos los controles preventivos y correctivos asociados a los riesgos de cada uno de los procesos.

Durante el periodo evaluado se aplicó nueva estrategia para la realización de los comités institucionales, buscando mejorar su operatividad. Se tiene establecido el espacio mensual y se está promoviendo la presentación de resultados de la gestión durante estas reuniones.

Planes de mejoramiento:

La ESE tiene institucionalizado una metodología e instrumento para documentar los planes de mejoramiento. Estos son canalizados hacia control interno y desde allí se hace seguimiento y evaluación.

De diversas fuentes se surten los planes de mejoramiento, entre otras: auditorías externas (de EPS, Contraloría General de Antioquia, otras), de análisis de eventos adversos, de auditorías internas de control interno, entre otras. A partir de los resultados de la evaluación del desempeño se formulan planes de mejoramiento a nivel individual.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

Se han presentado eventos que han afectado la funcionalidad del sistema de información de la entidad, evidenciando oportunidades de mejora en la definición y aplicación de políticas para la seguridad de la información.

Persiste la oportunidad de mejora relacionada con la implementación del Programa de Gestión documental. Aún no se gestiona la aprobación de las tablas de retención documental por el concejo departamental y por ende no se ha realizado la respectiva implementación.

Avances

Desde el año 2016 la entidad realizó importante labor de complemento al cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual, al completar el licenciamiento de software de uso institucional (de sistema operativo y de herramientas de office). Para el año 2018 se han actualizado licencias

de equipos y de cómputo y servidor.

La ESE cuenta con un sistema de información que en términos generales es suficiente para garantizar la captura de datos, procesamiento y generación de reportes e información oportuna y confiable. Además, está soportado en una adecuada plataforma tecnológica tanto para el área asistencial o de atención al usuario como para la de apoyo logístico.

Para el año 2018 se formuló y está en ejecución un Plan de rendición de cuentas con base en los lineamientos del Manual único de rendición publicado por el Departamento Administrativo de la Función pública. Incluye acciones de información, diálogo e incentivo. Entre las acciones de rendición se relacionan, entre otras, las siguientes:

- Reporte de informes a los organismos de vigilancia y control.
- Publicación de información en sitio web.
- Uso de redes sociales para intercambio de información.
- Presentación de informe de gestión en Concejo Municipal.
- Audiencia pública de rendición de cuentas.
- Boletín institucional.

Se formuló y esté en ejecución un plan de comunicaciones a través del cual se realizan acciones de comunicación organizacional y de tipo informativo a la comunidad. Algunas de los medios de comunicación utilizados son los siguientes:

A nivel organizacional:

- Correo electrónico
- Carteleras.
- Comités.
- Sistema de altavoz.
- Comunicaciones escritas (Circulares).
- Boletín institucional.

A nivel informativo (hacia la comunidad):

- Líneas de atención al cliente.
- Correo electrónico
- Página web.
- Emisora local.
- Canal local de TV.
- Espacios de participación comunitaria (Asociación de usuarios, COPACOS, Concejo Municipal y otros).
- Boletín institucional.

Con miras a mejorar la gestión documental la entidad está capacitando a dos funcionarios del área administrativa.

La entidad ha identificado sus fuentes de información primara y ha dispuesto de los medios e

instrumentos para captura, organización, procesamiento y transmisión de esta (matriz de información primaria, software institucional, encuestas, buzones).

Igualmente ha identificado sus fuentes de información secundaria y ha dispuesto de los medios e instrumentos para captura, organización, procesamiento y transmisión de esta (matriz de información secundaria, software institucional, estadísticas, entre otros).

Se tiene la carpeta para publicación de documentos de interés en red de acceso público, donde todos los servidores pueden acceder a consulta de la información de los procesos.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Dificultades

Esta dimensión no ha sido trabajada en la entidad bajo la perspectiva que exige MIPG, más allá que se tenga la documentación de algunas experiencias y se socialice la información a los colaboradores. Se requiere aplicar el diagnóstico e identificar los aspectos puntuales a implementar en adelante.

CONTROL INTERNO

Dificultades

Aun no se implementa en la ESE un plan de acción para adecuar la aplicación del Modelo Estándar de control interno MECI bajo la perspectiva de MIPG.

Avances

Los avances o logros que se presentan a continuación están expresados en función de los roles que asume el asesor de control interno, representante de la firma contratada para tal fin y las acciones del comité coordinador.

Actividades de monitoreo:

Se vienen realizando los informes pormenorizados MECI de acuerdo con los tiempos establecidos por la normatividad (Ley 1474 de 2011), éstos son publicados en la página web de la Institución y puestos en conocimiento de la gerencia de la ESE y del representante de la Dirección para calidad y control interno.

Se han adelantado acciones de implementación del sistema de control interno y del sistema de garantía de la calidad (específico para el sector salud) a través del comité operativo de calidad y control interno, de cuyas sesiones se tienen las actas de soporte.

Auditoría interna:

Se cuenta con el Manual de control interno y un procedimiento específico para la aplicación de la auditoría interna en la ESE.

Para la vigencia 2018 se cuenta con un Programa de auditoría interna aprobado por el comité de coordinación de control interno y calidad; orientado realizar las evaluaciones obligatorias por normatividad que aplica a la ESE y a verificar procesos priorizados en aspectos relacionados con lo estratégico, de legalidad, de gestión y resultados. Dicho programa se implementó con participación de los líderes de procesos y asesor en asuntos de control interno representante de la firma que la entidad ha contratado para el propósito.

Durante la vigencia se llevaron a cabo acciones de auditoría o evaluaciones independientes a los siguientes procesos o asuntos:

- Evaluación anual, elaboración y envío del informe sobre el sistema de control interno contable de la vigencia 2017.
- Evaluación final al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2017.
- Un seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2018.
- Evaluación final del Plan de acción 2017.
- Evaluación final del Plan de gestión 2017.
- Evaluación y elaboración del informe pormenorizado cuatrimestral sobre el estado del sistema de control interno según la Ley 1474 de 2011 (noviembre 2017 – febrero 2018).
- Auditorías de adherencia a la calidad de historia clínica.
- Auditoría sobre aplicación de normas sobre austeridad en el gasto.
- Auditoría al proceso de contratación.
- Evaluación de planes de mejoramiento.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL MIPG

La ESE Hospital El Carmen, mediante la implementación del Modelo estándar de control interno como se estructuraba antes del Decreto 1499 de 2017 y el Sistema obligatorio de garantía de la calidad, ha avanzado en el desarrollo de dimensiones del Modelo integrado de Planeación y Gestión en algunos de sus elementos. Sin embargo, se debe reconocer que se requiere un trabajo organizado orientado a cerrar la brecha entre lo que existe y lo que exige MIPG, a fin de mejorar el cumplimiento de los fines esenciales de la organización y cumplir la normatividad.

RECOMENDACIONES

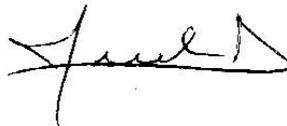
Iniciar inmediatamente la operación del Comité coordinador de Gestión, desempeño, control interno y calidad de la ESE para orientar el trabajo de implementación de MIPG.

Se debe consolidar el autodiagnóstico por cada una de las Dimensiones o políticas del Modelo integrado de planeación gestión.

Se debe elaborar el Plan de trabajo que le permita cerrar la brecha entre lo que existente y lo que exige el Modelo.

Se recomienda establecer espacios de capacitación en MIPG para el personal, principalmente de líderes de procesos, aprovechando, por ejemplo, las videoconferencias dictadas por Función pública y otras opciones que se ofrezcan en el medio.

Atentamente,



MARTÍN ALVAREZ MONTOYA
Asesor Control Interno
A.C. AUDITORÍA Y CONSULTORÍA S.A.S.