

## INFORME PORMENORIZADO MECI

Jefe de Control Interno:	ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA	Período: Marzo a Junio de 2019
		Fecha elaboración: 12/07/2019

El siguiente informe presenta el resultado asociado a cada una de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, a partir del FURAG diligenciado en marzo del 2019 y publicado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en evaluación de 10 políticas que hacen parte de dicho Modelo, incluido en éste, el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

## RESULTADOS FURAG

### POLÍTICAS DE MIPG

A partir del reporte realizado por la ESE en el FURAG en marzo de 2019, el Departamento Administrativo de la Función Pública, emitió en el mes de abril los resultados por cada política, comparados con entidades similares desde el resultado mínimo hasta el máximo del grupo.

Explicación de los resultados que se van a presentar:

**Puntaje mínimo:** corresponde a la calificación más baja que obtuvo una entidad del grupo de las entidades descentralizadas del nivel territorial, similares a la ESE Hospital Padre Clemente Giraldo (grupo par).

**Puntaje máximo:** corresponde a la calificación más alta obtenida por alguna entidad del grupo par.

**Puntaje promedio:** corresponde al promedio de calificación de las entidades del grupo par.

**Puntaje de la ESE:** es el resultado de calificación de la entidad con base en el reporte del FURAG realizado en marzo de 2019.

### RESULTADOS POR POLÍTICAS:

Gestión estratégica del talento humano	Puntaje mínimo	21.4	En la gestión del talento humano la entidad obtiene un resultado superior al promedio del grupo par, pero 24 puntos por debajo de la entidad con mayor calificación.
	Puntaje máximo	89.3	
	Puntaje promedio	59.1	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	65	

Integridad	Puntaje mínimo	20.3	En esta política la entidad obtiene un resultado superior al promedio del grupo par,
	Puntaje máximo	87.7	

	Puntaje promedio	56.5	pero 29.7 puntos por debajo de la entidad con mayor calificación.
	<b>Puntaje de la ESE</b>	58	
Planeación institucional	Puntaje mínimo	25.2	En la política de planeación la entidad obtiene un resultado inferior al promedio del grupo par y se encuentra en 27.3 puntos por debajo de la entidad con mayor calificación.
	Puntaje máximo	83.7	
	Puntaje promedio	58.6	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	56.4	
Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos	Puntaje mínimo	17.1	En esta política la entidad obtiene un resultado superior al promedio del grupo par, pero 12.5 puntos por debajo de la entidad con mayor calificación.
	Puntaje máximo	81.9	
	Puntaje promedio	60.4	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	64.9	
Gobierno digital	Puntaje mínimo	11.5	En esta política la entidad obtiene un resultado inferior al promedio del grupo par, con una diferencia de 9.7 puntos.
	Puntaje máximo	82.0	
	Puntaje promedio	56.4	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	46.7	
Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	Puntaje mínimo	23.6	En esta política la entidad obtiene un resultado inferior al promedio del grupo par, con una diferencia de 6.9 puntos.
	Puntaje máximo	80.2	
	Puntaje promedio	59.3	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	52.4	
Servicio al ciudadano	Puntaje mínimo	20.5	En esta política la entidad obtiene un resultado inferior al promedio del grupo par, con una diferencia de 3.7 puntos.
	Puntaje máximo	94.4	
	Puntaje promedio	59.3	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	55.6	

Participación ciudadana en la gestión pública	Puntaje mínimo	6.9	En esta política la entidad obtiene un resultado inferior al promedio del grupo par, con una diferencia de 6.7 puntos.
	Puntaje máximo	83.3	
	Puntaje promedio	56.0	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	49.3	

Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Puntaje mínimo	16.7	En esta política la entidad obtiene un resultado inferior al promedio del grupo par, con una diferencia de 5.8 puntos.
	Puntaje máximo	83.3	
	Puntaje promedio	60.5	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	54.7	

Control interno	Puntaje mínimo	24.2	En esta política la entidad obtiene un resultado inferior al promedio del grupo par, con una diferencia de 2.2 puntos.
	Puntaje máximo	79.1	
	Puntaje promedio	56.8	
	<b>Puntaje de la ESE</b>	54,6	

## DIMENSIÓN CONTROL INTERNO

A continuación, se presentan los detalles del resultado de la evaluación de la Dimensión Control interno:

El resultado general de la Dimensión en la ESE fue 54.6, el resultado promedio del grupo par fue de 56.8, el resultado máximo en el grupo par fue de 79.1 y el mínimo fue 24,2.

De acuerdo a los resultados obtenidos por cada componente de la dimensión de Control Interno en la E.S.E., el que logra mayor resultado corresponde a Ambiente de Control con 59.6 puntos, seguido de Actividades de monitoreo con un resultado de 54.7.

El componente de Información y Comunicación logra un puntaje de 53.0, Evaluación Estratégica del Riesgo del 52.7 y el de menor resultado corresponde al componente de Actividades de Control con 49.3 puntos.

La siguiente parte del informe se centra en detallar el estado del Sistema de Control Interno a partir de los cinco (5) componentes del MECI, registrando las dificultades y avances observados en cada uno de éstos.

## COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

### Dificultades

Se cuenta con el instrumento para la realización del diagnóstico de la Gestión del Talento Humano, pero aun no se realiza su aplicación.

La ESE viene desarrollado diferentes elementos de la gestión del Talento humano, pero aún no se ha consolidado la gestión de este proceso mediante el Plan Estratégico que establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Aunque se realizan actividades de inducción teniendo en cuenta un cronograma de inducción, se requiere fortalecer en la implementación de soportes que evidencien la actividad (evaluación de la inducción, listados de asistencia).

### Avances

Se realizó la actualización al Manual de Funciones y Competencias de acuerdo a lo establecido en el Decreto 815 de 2018, dicho documento ha sido socializado a los funcionarios para su conocimiento, en la jornada de reinducción.

Desde la dirección se ha materializado el compromiso con la integridad mediante la documentación del código de integridad que define los principios, valores y conductas asociadas.

Se formularon para la vigencia 2019, el Plan de Capacitación y el Programa de Bienestar Social, los cuales se viene implementando, como parte de los proyectos definidos en el Plan Operativo Anual para la vigencia 2018.

Para fortalecer la gestión del conocimiento, se realizó la jornada de re-inducción con participación de los funcionarios de la Institución, donde se dictaron temas de interés general.

Se viene implementando el Programa de Salud y Seguridad en el Trabajo, desarrollando actividades desde el Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Se tiene compromiso desde el nivel directivo con la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión y se mantiene operativo el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, dando cumplimiento a los lineamientos normativos definidos en el Decreto 1499 de 2017.

Desde la tercera línea de defensa (asesor control interno) se ha realizado evaluación al diseño de control y se ha informado a la dirección a través de la evaluación cuatrimestral de sistema de control interno.

La entidad viene desarrollando procesos de planeación para el fortalecimiento institucional, contando con planes que se vienen ejecutando tales como el Plan Operativo Anual, Plan de Gestión, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Plan de Mantenimiento Institucional, entre otros.

Se realizó nuevamente socialización de la plataforma estratégica (visión, misión, valores, principios), dentro de las actividades de reinducción.

Se tienen formuladas políticas institucionales, las cuales fueron socializadas en la actividad de reinducción.

## COMPONENTE: GESTIÓN DEL RIESGO

### Dificultades

Dado el tamaño y recursos de la entidad no se tiene una dependencia y/o funcionario específico que lidere la administración del riesgo por lo que se tiene en cabeza de cada líder de proceso.

Se requiere mejorar la documentación y/o actualización de algunos de los riesgos a nivel de procesos 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

Se tiene formulada la política de administración de riesgos, en la cual se definió la metodología acorde con la Guía publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, ésta ha sido socializada a los funcionarios de la Institución.

Se continúa con la aplicación de instrumentos para la documentación del mapa de riesgos por procesos, con base en los lineamientos establecidos en la nueva metodología de Administración del Riesgo definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, por parte de los líderes de los procesos.

El mapa de riesgos de corrupción se encuentra actualizado para la vigencia 2019, con base en la guía de administración del riesgo de corrupción emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, éste se encuentra publicado en la página web para la

divulgación a los usuarios internos y externos.

En la gestión del riesgo en la ESE se prioriza los relacionados los procesos misionales y específicamente con incidentes y eventos adversos, se reportan, se analizan y se hacen planes de mejoramiento según resultados.

Desde la tercera línea de defensa (asesor control interno), se ha realizado seguimiento a la gestión de riesgos a través las auditorías internas, seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano, seguimiento a la planeación institucional, siendo este uno de los principales propósitos del control interno.

## COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

### Dificultades

La principal dificultad para el diseño de este componente se relaciona con el desarrollo parcial del componente de Gestión de los riesgos, a través del cual se definirían las actividades de control para los principales riesgos.

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, Racionalización de trámites.

Aunque se tienen procesos y procedimientos documentados, algunos de éstos requieren revisión y actualización, lo que implica destinar tiempo para el personal en la realización de labores diferentes a las actividades diarias.

### Avances

Se cuenta con una mapa de procesos, a partir del cual se definen los procesos para su posterior caracterización y los procedimientos que hace parte de éstos.

La entidad viene realizando medición y análisis de los indicadores definidos para los procesos, implementando acciones de mejora cuando se presentan desviaciones de la meta. Dicho análisis se realiza dentro del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, donde se cuenta con participación del nivel directivo y los líderes de procesos.

La entidad ha avanzado en la definición e implementación de políticas institucionales, que establecen directrices sobre diferentes temas que requieren un control en la E.S.E., las cuales han sido socializadas a los funcionarios a través de diferentes canales (volantes, página web).

El seguimiento a los controles se está realizando por lo menos con los siguientes mecanismos: supervisores de los contratos de acuerdo con el objeto de cada uno,

seguimiento desde los comités, autoevaluaciones de los diferentes Sistemas de Gestión (diagnósticos MIPG, Sistema de Garantía de Calidad, Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo), las auditorias de control interno, auditorias de calidad realizadas por los auditores asignados y análisis de los indicadores definidos para los procesos.

Entre los seguimientos más frecuentes está el seguimiento a los riesgos de corrupción por parte de asesor de control interno. Estos resultados, así como los de otros seguimientos a los controles son socializados a la dirección y a líderes de procesos, en el comité de coordinación de Control Interno y en el de Gestión y Desempeño.

## COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de las políticas definidas en la dimensión de Información y Comunicación establecidas en el MIPG.

No se encuentra operativo el Comité Interno de Archivo Institucional.

Aunque se cuenta con las Tablas de Retención Documental y Tablas de Valoración Documental documentadas, éstas requieren socialización y aplicación.

No se tiene documentado el Programa de Gestión Documental y la Política de Gestión Documental, además se requiere fortalecer en la implementación de las tablas de retención documental y de valoración documental.

No se tiene documentado un plan institucional de archivo administrativo, donde se definan las actividades para fortalecer el Programa de Gestión Documental.

Aunque se cuenta con página web, se requiere continuar mejorando en la publicación de la información correspondiente a lo definido para el desarrollo de la Política de Democracia Participativa (Ley 1474 de 2011, artículo 74 y 78 y el CONPES 3654 de 2010) y la ley de transparencia (Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios: 0103 de 2015), que aplica a las instituciones de la Administración Pública

### Avances

Se mejor el diseño de la página web, la cual viene siendo actualizada con información útil como mecanismos para mantener informados a los usuarios.

Existe una Oficina de Información y Atención al Usuario, la cual es operativa, a través de la cual se reciben y gestionan las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias presentadas por la ciudadanía.

Se cuenta con instrumento para identificar la satisfacción con los canales de comunicación, el cual se viene aplicando.

Se cuenta con canales de comunicación institucional internos y externos como página web, cartelera institucional, buzón de sugerencias, Oficina de Información y Atención al Usuario liderada por la Enfermera Jefe, espacio en programa radial municipal, reuniones con el personal, comités institucionales.

Se viene realizando la identificación de la satisfacción del usuario y la recepción y gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de los usuarios a través de la Oficina de Información y Atención al Usuario, para lo cual se cuenta con procedimientos documentados y formatos para el registro.

Se tiene un software que permite integrar los procesos administrativos y asistenciales.

Se vienen realizando actividades de mantenimiento al software y hardware, fortaleciendo el Sistema de Información de la E.S.E.

Para la vigencia 2019 se tiene formulado el plan de comunicaciones.

Se realizó la actividad de audiencia pública y rendición de cuenta con participación de la comunidad.

Se documentó el plan de participación social en salud, dado cumplimiento a los lineamientos normativos (Decreto 2063 de 2017).

## COMPONENTE: ACTIVIDADES DE MONITOREO

### Dificultades

Aunque se cuenta con plan de acción para adecuar la aplicación del Modelo Estándar de control interno MECI bajo la perspectiva del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se debe iniciar la etapa de implementación con participación de los líderes de procesos.

Se presentan dificultades para cumplir con todos los seguimientos a los planes de manejo de riesgos y algunos indicadores.

### Avances

Se cuenta con espacios institucionales definidos para la medición y análisis de indicadores

como lo es el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, liderados por el Gerente de la Institución.

Realización de auto-evaluación a algunos de los procesos con base en otros sistemas de gestión que se vienen implementando en la institución (Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo).

Implementación de la realización de rondas de seguridad a diferentes servicios, como mecanismos de verificación del cumplimiento de requisitos institucionales y normativos.

Realización de arqueos a la caja de recaudo y control de inventarios a farmacia como actividades de auto-control, con participación de los líderes de procesos.

Formulación de los planes de mejoramiento con base en los resultados de auditorías externas (de EPS, Contraloría General de Antioquia, auditorías internas, otras), de análisis de eventos adversos, de la ejecución del Programa de Auditorías Internas, Auto-evaluación de otros Sistemas de Gestión (Salud y Seguridad en el Trabajo, Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema de Gestión Ambiental) entre otras, de los cuales se ha venido realizando seguimiento.

Realización del informe pormenorizado 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 Gestión, Desempeño, Control Interno y Calidad.

Realización del seguimiento del Plan Anticorrupción correspondiente al período de Enero a Abril de 2019 de acuerdo a lo definido en el Decreto 2146 de 2012. Dicho seguimiento fue publicado en la página web de la E.S.E.

Se viene implementando el cronograma de auditoría interna con participación de los líderes de proceso asignados para el desarrollo de éste.

Realización de seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con base en auditorías externas (Contraloría, entidades administradoras de planes de beneficios) y auditorías internas.

Realización de auditorías de austeridad en el gasto de acuerdo a lo definido en el cronograma de auditorías interna.

## RECOMENDACIONES

Aplicar el instrumento de MIPG de diagnóstico del Talento Humano y documentar con base en los resultados de éste, el Plan Estratégico de Talento Humano.

Revisar el proceso de inducción definido en la Institución y aplicarlo elaborando los respectivos registros definidos dentro de éste.

Continuar con el desarrollo de las actividades definidas para implementar el Plan de Capacitaciones y Plan de Bienestar Social formulado de la vigencia 2019.

Continuar con la operatividad del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, como espacio para la implementación de las dimensiones que hacen parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Fortalecer el programa de inducción de acuerdo a los lineamientos establecidos en el proceso de talento humano y elaborando los respectivos registros que evidencian la actividad.

Continuar con la actualización de los procesos y procedimientos que lo requieren con participación de los líderes de procesos.

Continuar con la aplicación de la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la documentación de los mapas de riesgos para los procesos institucionales.

Continuar alimentando el mapa de riesgos institucional con los mapas de riesgos que se vayan actualizando.

Mejorar la periodicidad en la realización de seguimiento a los controles definidos para los mapas de riesgos que se tienen documentados por parte de los líderes de proceso.

Mejorar la periodicidad en la revisión y definición de acciones de mejora de los indicadores de gestión que se tienen definidos para los procesos por parte de los líderes de procesos.

Mejorar en el cumplimiento y la oportunidad en la publicación en la página web de toda la información obligatoria según la ley de transparencia y acceso a la información (Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios).

Socializar y aplicar las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental.

Documentar y socializar el Programa de Gestión Documental y la Política de Gestión Documental para la E.S.E.

Conformar a través de acto administrativo y operativizar el Comité de Archivo Institucional, como una instancia diferente al Comité de Archivo Clínico.

Documentar el Plan Institucional de Archivo Administrativo, donde se definan las actividades para fortalecer el Programa de Gestión Documental.

Continuar con la realización de los diagnósticos para evaluar cada una de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), con el fin de implementar las acciones de mejora pertinentes y lograr dar cumplimiento con dicho Modelo.

*Adriana Pérez*

ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA  
Asesora de Control Interno  
Funcionario A.C. Auditoría y Consultoría S.A.S.