



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

PARA: Dr. JUAN CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ
Gerente general.

DE. OFICINA DE CONTROL INTERNO
Martha Polo Motta
Ing. Diego Infante

Asunto: informe Pormenorizado del Estado de Control Interno segundo semestre de 2020

Dando cumplimiento al artículo noveno de la ley 1474 de julio de 2011 y a la circular externa No. 100-006 para la cual se normaliza la periodicidad semestral, se presenta el estado del sistema de control interno del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE. El periodo de julio 1 a diciembre 31 de 2020.

Espero dicho documento sea de utilidad para la entidad, de manera que se pueda generar mejoramiento continuo en los procesos, además del cumplimiento de objetivos y metas institucionales de manera eficiente y eficaz.

Cordialmente,

Martha Polo Motta
Oficina de Control Interno



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"
Proyecto: Martha polo Motta
Reviso: Ing. Diego Infante

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno

Periodo de Evaluación
1 de julio al 31 de diciembre de 2020

Oficina de Control Interno
Martha Polo Motta
Diego Infante

Santiago de Cali, enero 29 de 2020



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

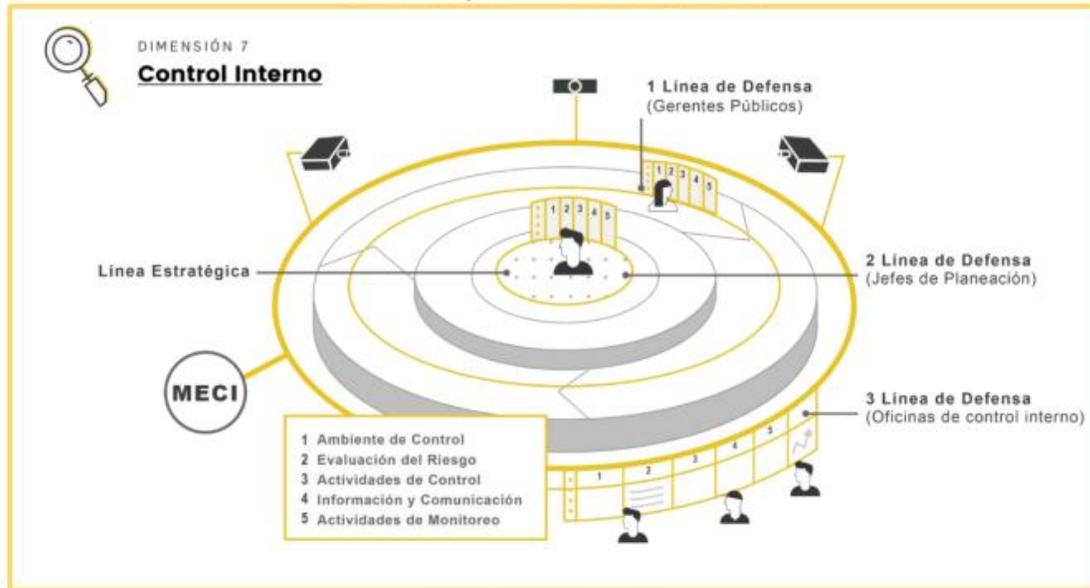
En cumplimiento del artículo 9 de la ley 1474 de 2011 y del artículo 156 del decreto 2106 de 2019, la oficina de Control Interno presenta resultados del seguimiento al Estado del Sistema de Control Interno del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E correspondiente al periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2020 con el fin de normalizar la periodicidad semestral, en concordancia con lo estipulado en la circular Externa N° 100-006

Teniendo en cuenta que a partir de la implementación del Modelo MIPG Decreto 1499 de 2017, el cual se presenta en el contexto de la gestión pública como un avance importante para la ejecución y seguimiento integral de la gestión a través de siete (7) dimensiones, de las cuales hace parte el control interno.

Este informe se presenta bajo la estructura del Modelo MECI, enfocado de acuerdo con el modelo integrado de Planeación y Gestión -MIPG, actualizado en un esquema de cinco (5) componentes:

- Ambiente de control
- Evaluación del Riesgo
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- Actividades de Monitoreo

Gráfico 15. Séptima Dimensión Control Interno



Fuente: Función Pública, 2017

1. AMBIENTE DE CONTROL

Este componente se fortaleció con el direccionamiento estratégico y planeación requiriendo del compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta dirección, gestión con valores para resultados y especialmente con Talento Humano.

Se trabajó en la actualización de la plataforma estratégica, misión y visión a y la divulgación, se realizó un análisis estratégico DOFA con la participación de la alta dirección, líderes de procesos y líderes de programas y servicios claves de la institución. En este desarrollo se tuvo en cuenta el punto de vista de las diferentes partes interesadas. Se realizó también una revisión de la alineación de los principios y valores incluidos en el código de integridad con el direccionamiento estratégico. Se cuenta con un plan de desarrollo que incluye los 5 perspectivas estratégicas, adicionando la responsabilidad social a las 4 que se tenían del plan de desarrollo anterior, como son la perspectiva financiera, la de cliente la de procesos y la de crecimiento y desarrollo. El plan de desarrollo cuenta con los diversos programas, responsables, acciones, indicadores, tiempos, etc. En el segundo semestre se realizó el seguimiento al avance y revisión del cumplimiento del plan de desarrollo, logrando un resultado mayor al 92%

Se cuenta también con un Sistema de gestión que integra, el Sistema de Gestión de Calidad, el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y el Modelo



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Integrado de planeación y gestión, dentro del cual se tiene definido un organigrama institucional y un mapa de procesos, con sus respectivas caracterizaciones. Y se cuenta con un proceso financiero que maneja los aspectos contables, financieros, presupuestales alineados al plan de desarrollo institucional.

El comité directivo se reúne cada mes, realiza seguimiento al avance de los compromisos e indicadores y se retroalimenta de información indispensable para la toma de decisiones.

La oficina de Planeación, tiene como mecanismo de monitoreo a la gestión, el seguimiento al cumplimiento de los planes de acción por proceso. El último seguimiento a la gestión institucional se realizó con el informe de la rendición de cuentas vigencia 2019, el cual se presenta en septiembre. Dada la declaratoria de pandemia nacional por Covid 19. Este seguimiento se continuó de manera mensual a los planes definidos para el 2020.

Contamos con el código de integridad el cual incluye los principios y valores institucionales de acuerdo a los lineamientos de MIPG, se han desarrollado ejercicios de divulgación del código de integridad a todo nivel, incluyéndolo también en la inducción del personal.

Gran parte del comité de Gerencia y de los principales líderes institucionales realizó curso de actualización en PAMEC y de MIPG de la página de la DAFP, lo que logro mejorar la interiorización, comprensión y habilidades de los líderes institucionales.

2. GESTION DEL RIESGO

La gestión del riesgo se fortalece a través del diseño y seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional y por proceso y al plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano PAAC

En el componente de racionalización de trámites de la institución De acuerdo a MIPG ya se cuenta con la política de racionalización de trámites Resolución N°425 de 31 de julio de 2019, se está implementando el inventario de trámites, y también se está trabajando en la parametrización y estandarización los trámites alineado al sistema único de información de trámites (SUIT).



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

La entidad a avanzado en el cumplimiento de la ley de transparencia, tenemos la ley de protección de datos, pagina web con chat en línea, publicación y contratación a través de página del Secop, se actualizó y socializó el procedimiento de PQRS, se continúa fortaleciendo el análisis de las respuestas y retroalimentando para mejora en la calidad de respuesta.

Por requerimientos de MIPG se crearon y se está en proceso de socialización las políticas de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción y la política de defensa Jurídica.

Se realizó la revisión y publicación de la audiencia pública de la Rendición de cuentas de la vigencia 2019, los componentes de Rendición de Cuentas, tiene un cumplimiento del 100% de gestión.

Se realiza la audiencia de rendición de cuentas de manera virtual, por la contingencia COVID 19, la transmisión se hizo por Facebook live y se implementa por canales web una serie de encuestas y listado de asistencia a las personas que ingresen al enlace

El Mapa de Riesgos Institucional

Hacen referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Aunque el hospital ya cuenta con una metodología de gestión de riesgos y una herramienta de mapa de riesgos, en el segundo semestre del año 2020 se ha continuado trabajando en la metodología de gestion de riesgo para fortalecer el seguimiento y ejecución de las acciones derivadas del análisis de los riesgos, de igual forma se ha fortalecido la gestión de riesgos a traves de la formalizacion de un programa de gestión de riesgos que establezca las estrategias y acciones para la implementación de la politica de gestión de riesgos, pero ademas logra una mejor integración del enfoque de riesgos de MIPG, con el enfoque de riesgos del SOGC y en especial con aspectos claves como son el programa de seguridad del paciente, programa de humanizacion y el sistema unico de acreditacion, ya que uno de los ejes transversales de la acreditación es la gestion de riesgos. Por otro lado tambien se ha adelantado trabajo en la integración o alineación con otros sistemas como son el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo SGSST o el Sistema de Gestión Ambiental, el programa de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia,



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

entre otros, los cuales también identifican y gestionan riesgos dentro de su alcance. Por supuesto se conserva la integración con los riesgos financieros y riesgo del sistema de información que ya se habían incluido en el mapa de riesgos anterior. De esta manera se tiene como meta optimizar los recursos y actividades de los diferentes procesos, programas y sistemas al interior de la institución, y que no se trabaje de manera aislada.

Riesgos por proceso

Se da continuidad al ejercicio identificación de los riesgos por cada proceso, alineado a la actualización de las caracterizaciones de procesos, la creación de nuevos procesos en el Mapa de procesos y la alineación con los diversos sistemas de gestión y programas transversales de la institución.

Se continúa trabajando la alineación o identificación de indicadores de los procesos que permitan evidenciar el correcto funcionamiento de los controles para prevención y mitigación de los riesgos o en caso contrario ayuden a evidenciar la materialización de algún riesgo y permitan de manera rápida y efectiva tomar las medidas pertinentes en caso de ocurrir.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

Acciones determinadas por la organización a través de políticas y procedimientos que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección para mitigar los riesgos identificados y que tengan un impacto potencial en los objetivos; generalmente se establecen por medio de políticas de operación, procesos y procedimientos.

Los comités que funcionan en la Entidad son mecanismos de control, toda vez que allí se exponen los avances en la gestión y las dificultades presentadas, a partir de las cuales se toman decisiones y se asignan responsabilidades. Estos comités institucionales tienen un seguimiento específico por el área de planeación, y se está trabajando en crear la cultura del registro de los comités en el aplicativo panacea. Por otro lado se cuenta con otro tipo de reuniones de equipo alineadas al sistema único de acreditación, como son los equipos PAMEC y los grupos primarios por proceso, que también se vienen impulsando desde el área de calidad y de talento humano. También se está trabajando en crear la cultura del registro de actas en el sistema panacea, para que sea de fácil consulta y seguimiento por todos los integrantes de cada reunión. En cuanto a esta estrategia el comité de Gerencia tuvo una adherencia del 100%, los comités institucionales lograron un promedio del 74%, los equipos pamec presentaron un promedio del



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

64% con mejoras del 80% al final del año. Los grupos primarios presentaron un promedio del 48% llegando a un 68% en los meses finales del año.

Se cuenta con un proceso de información documentada que incluye las políticas de operación por cada proceso o sea los manuales, procedimientos, guías, protocolos, instructivos, formatos, videos, infogramas y demás información que sirva de guía a los funcionarios para el logro de los objetivos de cada proceso y el cumplimiento de sus actividades específicas por subproceso, servicio o cargo. En el año 2020 se lograron elaborar 36 documentos nuevos y se actualizaron 39 de un total de 349 documentos del sistema de gestión del hospital.

El seguimiento al cumplimiento de cada proceso se hace de manera mensual a través de los comités administrativos, financieros y asistenciales de indicadores, donde cada líder de proceso presenta a la subdirección respectiva el avance y cumplimiento de sus indicadores, el análisis de las desviaciones y las medidas de intervención que se deben tomar.

Esta información validada por la respectiva subdirección es entregada al área de calidad para su consolidación y revisión. El área de Calidad de acuerdo al tablero de mando establecido consolida la información por proceso, pero también alimenta el tablero de mando institucional donde se hace seguimiento a los indicadores de nivel estratégico, lo cual permite hacer un seguimiento mensual al cumplimiento de los programas y objetivos estratégicos, al igual que el plan de gestión gerencial. Esta información también es la fuente para realizar los reportes de indicadores obligatorios como el decreto 2193 o la resolución 256 entre otros.

4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

La información y la comunicación, se realiza a través de publicaciones en la intranet, y página web, correo institucional, carteleras y redes sociales, mediante charlas, en reuniones, información en el auditorio y en rendición de cuentas a la comunidad.

A través del correo interno institucional, intranet, redes sociales y por la página web se envía información actualizada sobre eventos, directrices y noticias. En este semestre se publicó información relacionada con el funcionamiento de la institución y también con la pandemia covid 19 entre la que podemos encontrar:

- Información legal sobre la emergencia por COVID 19
- Información educativa en cuanto a prevención.
- Información enfocada en el cliente interno y su fortalecimiento.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

- informacion de cambios en los servicios y modos de acceso.
- informacion de avances en la institucion.

Atención al Usuario

Otro elemento importante de comunicación, son los mecanismos para recepción registro y atención de peticiones, quejas y reclamos, sugerencias y felicitaciones PQRSF. La institución mantiene y gestiona una serie de canales de servicio, a través de los cuales los grupos de valor, pueden solicitar trámites y servicios sobre temas de competencia de la entidad, los cuales son radicados por la ciudadanía en los diferentes canales disponibles de la institución como son :

Buzón de sugerencias
Correo electrónico
Encuestas de satisfacción
Personal
Telefónico
Web

Todos los medios están funcionando buzón de sugerencias, presencial página web y línea telefónica. y el más utilizado es el personal.

Mediante herramientas como: el módulo gerencial del PANACEA se registran las peticiones, quejas y reclamos, sugerencias y felicitaciones, este semestre se radicaron 59

El proceso de Sistema de información ha venido fortaleciendo la implementación de los tres módulos del Sistema de información PANACEA, del cual los más adelantados son el módulo asistencial y el módulo financiero, se encuentra en etapa de implementación y adecuación el módulo gerencial. El proceso de sistemas también ha venido fortaleciendo los aspectos de seguridad de la información y redes de datos

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Este componente es transversal a toda la institución y se desarrolla a través de la autoevaluación ejecutada por cada proceso y la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno, permitiendo valorar la efectividad del control interno de la entidad y los resultados de su gestión, detectando las desviaciones frente a las metas planificadas y realizando recomendaciones.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

El comité de gerencia se realiza el monitoreo a la gestión institucional, con el seguimiento a los indicadores que se reportan por cada proceso, identificando las causas del incumplimiento de las metas, generando acciones de mejora y compromisos por parte de los responsables, así mismo, el comité Institucional de Gestión y desempeño y el comité de coordinación de control interno, realizan actividades de monitoreo a la gestión en los temas que les compete.

La oficina de control interno en su rol de enfoque hacia la prevención y de evaluación de seguimiento, dio cumplimiento en este segundo semestre y cierre de año ejecutando el programa y cronograma anual de auditorías, aprobado por la gerencia. En el periodo evaluado, objeto de este informe, control interno realizó las siguientes actividades

- Seguimiento al plan de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, primero, segundo y tercer cuatrimestre 2020
- Seguimiento al mapa de riesgos 1er, segundo y tercer cuatrimestre 2020
- Se diligencio la encuesta del FURAG y se radico en forma oportuna
- Se realizo cierre de hallazgos de Supersalud
- Programa y cronograma de auditoria integral 2020
- Se ejecutaron las auditorias programadas cumpliendo con el cronograma anual de auditorías.
- Austeridad del gasto primer ,segundo, tercer y cuarto trimestre 2020
- Seguimiento al plan de mejoramiento archivístico primer y segundo semestre 2020
- Seguimiento a los PQRS primer y segundo semestre 2020
- Se realizó publicación en la página web informe de Rendición de Cuentas realizado el 3 de septiembre de 2020
- Se realizó el comité de coordinación de control interno
- Se presentó los derechos de autor
- Se presentó el chip control interno 2019 entre otros

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Es necesario continuar el trabajo de fortalecimiento de los sistemas de información al interior de la organización, lo que incluye la necesidad de asignar responsabilidades para las actividades de racionalización de trámites, comunicación interna y externa, y apoyo al desarrollo de aplicaciones.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

- Es necesario fortalecer algunos procesos claves transversales, los cuales se han visto afectados por la dificultad para mantener a todo el personal. Sobre todo en la parte administrativa, ya que muchos aspectos de las líneas de defensas y de los ámbitos de gestión y control se manejan desde procesos administrativos.
- Se debe continuar con el ejercicio de entrenamiento y capacitación en los aspectos claves de MIPG, SOGC, SUA y SGC para los funcionarios líderes de procesos, programas o sistemas claves de la institución, y fortalecer el entrenamiento específico en algunas dimensiones y políticas claves que puedan presentar dificultades en su entendimiento e implementación.
- Se debe continuar fortaleciendo el enfoque preventivo de la gestión de riesgos a todo nivel, de la mano cada líder de procesos y de los sistemas, procedimiento o programas ya existentes, como son los programas de seguridad del paciente, programa de seguridad y salud en el trabajo, programa de gestión ambiental y reporte de no conformidades.
- Se debe continuar trabajando la alineación e integración de los diversos sistemas y programas institucionales, para que se optimicen los recursos y se evite la duplicación de esfuerzos o reprocesos. El reto de la integración depende de cada institución ya que las diferentes normas legales informan que todos los sistemas son complementarios o se pueden integrar, pero ninguno da indicaciones específicas de cómo realizar esta integración, lo cual es un reto al interior de cada institución.
- Se debe continuar con las estrategias administrativas y financieras de contención del gasto y los controles al manejo de los recursos, minimizando o evitando los efectos negativos sobre la prestación de los servicios misionales.

Oficina de Control Interno

Martha Polo Motta

Ing. Diego Infante