

## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO



### UNIDAD FUNCIONAL DE CONTROL INTERNO

### PERIODO

12 de marzo – 11 de julio de 2018



## Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ESTRUCTURA MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.....	3
2.1 INSTITUCIONALIDAD DEL MODELO .....	3
2.1.1 Comité Institucional de Gestión y Desempeño .....	3
2.1.2 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno .....	4
2.1.3 Herramientas autodiagnóstico .....	4
2.1.4 Resultados FURAG .....	4
2.1.5 Recomendaciones .....	6
2.2 COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.....	6
2.2.1 Dimensión talento humano .....	7
2.2.2 Recomendaciones .....	9
2.2.3 Dimensión direccionamiento estratégico.....	10
2.2.4 Recomendaciones .....	12
2.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO .....	12
2.3.1 Estado, avances - fortalezas:.....	13
2.3.2 Recomendaciones .....	15
2.4 COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL .....	15
2.4.1 Dimensión gestión con valores para el resultado .....	17
2.4.2 Estado – Avances - Fortalezas .....	17
2.4.3 Recomendaciones .....	18
2.5 COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	19
2.5.1 Dimensión información y comunicación .....	20
2.5.2 Recomendaciones .....	21
2.6 COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO .....	22
2.6.1 Balance .....	23
2.6.2 Recomendaciones .....	25





## 1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 “por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”, se presenta a continuación el informe pormenorizado del estado del control interno del Hospital María Auxiliadora Empresa Social del Estado del municipio de Mosquera.

El control interno de acuerdo al artículo 1° de la Ley 87 de 1993 se entiende como “el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”.

Así mismo, con la expedición del Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015; se actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG para el orden nacional e hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales. Este modelo aborda en su 7ª Dimensión el control interno “que se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018). Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General del MIPG y se desarrolla en detalle en este apartado del Manual Operativo”<sup>1</sup>

Por lo tanto, a continuación, se presenta el estado de la institucionalidad del modelo y de cada uno de los cinco componentes del MECI: Ambiente de control, administración del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo en el marco de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

## 2. ESTRUCTURA MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

### 2.1 INSTITUCIONALIDAD DEL MODELO

#### 2.1.1 Comité Institucional de Gestión y Desempeño

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera constituyó y adoptó a través de la Resolución No 51 del 09 de julio de 2018 el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Así mismo en esta resolución adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para el hospital.

<sup>1</sup> Consejo para la gestión y el desempeño institucional. (2017). *Manual operativo Sistemas de Gestión - Modelo Integrado de Planeación y Gestión*. Bogotá: Documento Oficial DAFP.



### 2.1.2 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

En la actualidad existe en el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera creado a través de la resolución No 28 de 2006 el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno. En la última sesión del mes de marzo de 2018 se presentó el proyecto para aprobación el estatuto de Auditoría Interna y otras disposiciones en materia de control interno que incorpora en su capítulo dos la actualización del este comité frente a las disposiciones del Decreto 648 de 2017 y en él se solicita generar acto administrativo del comité de manera independiente al estatuto interno de auditorías.

### 2.1.3 Herramientas autodiagnóstico

Se identifica que al corte del presente informe el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera no se encuentran elaborados los autodiagnósticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión dispuestos por el DAFP. Sin embargo, desde la unidad funcional de planeación se inició la gestión para su elaboración, así mismo a partir de instrucciones del Comité de Gerencia del hospital, la unidad funcional de planeación del hospital adelanta la gestión y seguimiento para la realización de los autodiagnósticos dispuestos por el DAFP.

### 2.1.4 Resultados FURAG<sup>2</sup>

A partir de la medición realizada en octubre- noviembre de la vigencia 2017, la cual se fundamenta en la metodología de grupo par, que consiste en una ordenación de los resultados de las entidades dentro del grupo par en quintiles. El quintil (figura 1) es una medida de ubicación que identifica conocer que tal lejos está la entidad dentro del puntaje máximo obtenido dentro del grupo par, siendo estas:

Figura 1 Estructura lectura resultados quintiles



**Fuente:** Informe de gestión y desempeño institucional del ESE María Auxiliadora del municipio de Mosquera -abril 2018

Por lo tanto, se entiende una entidad con **buen desempeño** si los resultados quedan ubicados en el quintil 4 y 5, y **un bajo desempeño** si los resultados se ubican en el quintil 1, 2 y 3; conociendo lo anterior el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera obtuvo los siguientes resultados:

<sup>2</sup> Informe de gestión y desempeño institucional del ESE María Auxiliadora del municipio de Mosquera – Cundinamarca – abril 2018. DAFP



## A. Índice de desempeño institucional

El índice de desempeño institucional fue de **58.87** ver Figura 2 ubicándose en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO**. Así mismo los resultados de todas las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG se ubican entre los quintiles 1,2 y 3 con bajo desempeño. Las dimensiones ubicadas en el quintil 1 son: Talento Humano con 55.55, gestión del conocimiento con 58.26 y control interno 59.00; en el quintil 2 son: Direccionamiento estratégico con 61.43, evaluación de resultados con 58.84 e información y comunicación con 61.09, por último, en el quintil 3 se ubica la dimensión gestión con valores para el resultado con 62.19.

Figura 2. Índice de Desempeño Institucional



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. junio 2018

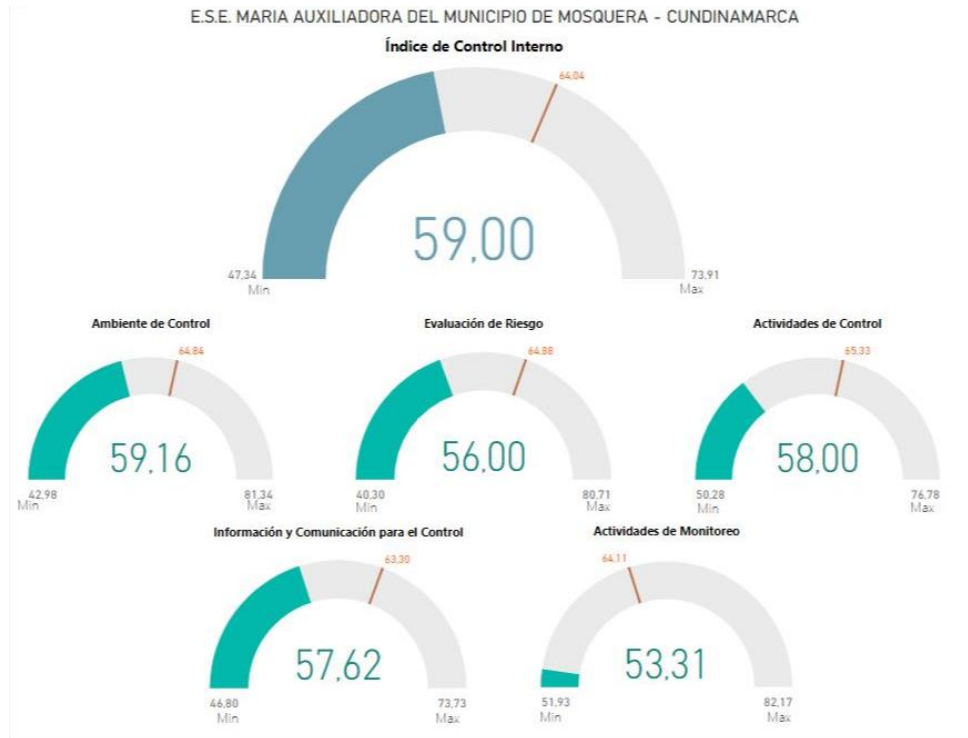
## B. Índice de control interno

El índice de control interno fue de **59.00** ubicándose en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO**. Así mismo los resultados de todos los componentes: ambiente de control, gestión del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo con 59.16, 56.00, 58.00, 57.62 y 53.31 respectivamente, se ubicaron en el quintil 1 con bajo desempeño.





Figura 3. Índice de Control Interno



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>, junio 2018

## 2.1.5 Recomendaciones

- Atender la recomendación del Comité institucional de Coordinación de Control Interno, elaborando un acto administrativo para la actualización de este comité, independiente del estatuto interno de auditorías

-Adelantar la gestión necesaria para la elaboración de los autodiagnósticos del MIPG del hospital.

## 2.2 COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Este componente busca asegurar las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de Hospital María Auxiliadora ESE del Municipio de Mosquera para implementar y fortalecer de control interno de la entidad. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **59.16 puntos** ubicándose de en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO** ( Figura 4).





Figura 4 Resultados componente ambiente de control



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>, junio 2018

En este componente incorpora temas de las dimensiones de talento humano y direccionamiento estratégico que a continuación se muestran los resultados

## 2.2.1 Dimensión talento humano

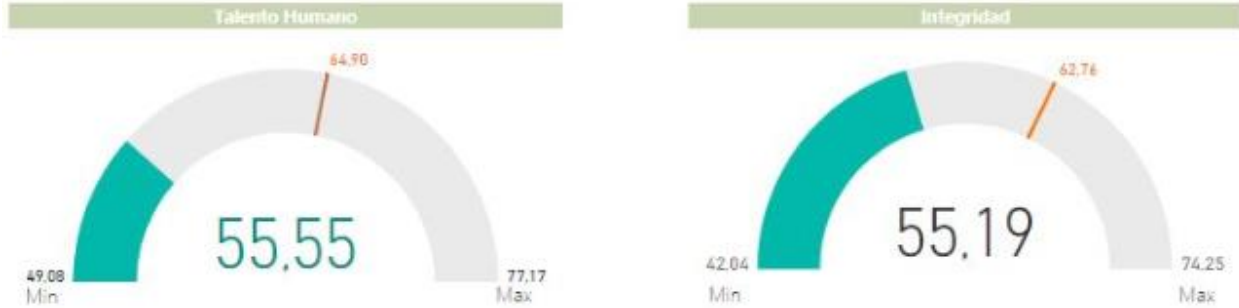


Talento humano

En esta dimensión se concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuenta el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera y en consecuencia como factor crítico de éxito que facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados; trabaja las políticas de talento humano y la política de integridad.

Figura 5 Resultados dimensión talento humano y sus políticas





Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>, junio 2018

La dimensión de talento humano obtuvo como resultado, **Figura 5**, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubico en el primer grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, las políticas de talento humano y la política de integridad se ubican en un primer quintil indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

Los resultados obtenidos en la política de talento humano se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i) la calidad de la planeación estratégica del talento, (ii) eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano, (iii) desarrollo y bienestar del talento humano de la entidad, (iv) desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano. De igual forma la política de integridad se deriva de los índices que evalúan los temas de: (i) adecuación institucional para la integridad, (ii) las acciones para promover ciudadanos corresponsables y (iii) las acciones para promover la integridad de los servidores públicos. A continuación se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

### a. Política de Talento Humano

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Gestión estratégica del talento humano	<p>En cumplimiento de del Decreto 612 de 2018, se define el plan estratégico del talento humano que incorpora los aspectos de inducción y reinducción, capacitación y bienestar, incentivos, provisión de vacantes, seguridad y salud en el trabajo, clima organizacional etc.</p> <p>Se inició con estrategia para el fortalecimiento de la gestión de los procesos de inducción y reinducción y capacitación para todos los colaboradores en aras de cumplir con los estándares de habilitación de la resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Por lo tanto, se implementan mecanismos virtuales plataforma ED modo y jornadas de amplia participación con los temas transversales.</p>
Manual de funciones	A través del acuerdo No 23 de 2006, por medio del cual se establece el manual específico de funciones y competencias laborales para los diferentes empleos públicos de la planta del hospital.







TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
	<p>El manual de funciones define los requisitos para ocupar un cargo en la entidad cuenta con aspectos claves para el buen desempeño y acorde con las competencias requeridas por el cargo.</p>
Evaluación del desempeño	<p>En el nivel directivo se aprobó en el acuerdo No 13 del 5 de diciembre de 2016 el plan de gestión del gerente en cumplimiento a las disposiciones del decreto 743 de 2013 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta evaluación se realiza con una frecuencia anual. Evaluación del plan de gestión del gerente vigencia 2017.</p> <p>Se realizó evaluación del plan de gestión para la vigencia 2017 de la gerente con la calificación por parte de la junta directiva del hospital.</p> <p>Actualmente el personal profesional, técnico y auxiliar de planta están en provisionalidad, por lo que no se ha generado un sistema de evaluación del desempeño.</p> <p>En el hospital se identifican dos cargos de gerencia pública el gerente y subgerente que cumplen con los requisitos de los cargos, para este último se definió acuerdo de gestión.</p>

**b. Política de Integridad**

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Integridad	<p>Durante el proceso de planeación estratégica, se presentó a la Junta Directiva una actualización de la plataforma estratégica del hospital incluido los principios y valores de la entidad, igualmente se adoptaron con acto administrativo. El hospital ha elaborado el Código de ética, buen gobierno e integridad, se encuentra sin aprobación.</p> <p>Se inicia ejecución plan de humanización vigencia 2018 con alcance a todos los colaboradores de la entidad y se documenta política de humanización.</p>

**2.2.2 Recomendaciones:**

- Revisar los resultados de los índices desagregado de desempeño y las variables que inciden en su medición con especial énfasis en la calidad de la planeación estratégica del talento y en desarrollo y bienestar del talento humano de la entidad y en la adecuación institucional para la integridad y las acciones para promover la integridad de los servidores públicos que fueron los que se ubicaron en el quintil número uno.



- Surtir el proceso de aprobación del documento de código de ética, buen gobierno e integridad para el hospital.
- Incluir en el sistema de gestión documental (Mosquerafa) la documentación de la gestión que se ha realizado desde la gestión del talento humano

### 2.2.3 Dimensión direccionamiento estratégico


 En esta dimensión se define el horizonte a corto y mediano plazo del hospital que le facilite establecer la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, así como fortalecer su confianza y legitimidad para focalizar sus procesos y el uso de sus recursos; trabaja las políticas de Planeación institucional y gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

Figura 6 Resultados dimensión direccionamiento estratégico y su política



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. junio 2018

La dimensión de direccionamiento obtuvo como resultado, Figura 6, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el segundo grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, las políticas de planeación institucional se ubican en un primer quintil indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**. A continuación se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

#### a. Planeación Institucional

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Plataforma estratégica	El hospital ha definido una ruta o plataforma estratégica a través de un trabajo institucional aprobado por su junta directiva a finales de 2017, esta ruta guiará su gestión institucional en el horizonte a corto y mediano plazo, lo que facilitará priorizar sus recursos y talento humano y así como la focalización de sus procesos de gestión para la consecución de los resultados con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor y fortalecer la confianza en los usuarios a través de asegurar los



TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Planeación Institucional	<p>derechos en materia de salud que en el marco de la normativa y de su nivel de atención (primer nivel) el hospital debe cumplir.</p> <p>El hospital María Auxiliadora ESE Mosquera construyó una herramienta que consolida información de planes del para la vigencia 2018, en él se realiza la alineación con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, plan departamental, plan municipal y los planes dispuesto por el decreto 612 de 2018.</p> <p>El hospital María Auxiliadora ESE de Mosquera ha definido los siguiente planes, programas y proyectos acordes con normativa aplicable para cumplir con su misión:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Plan indicativo cuatrienal 2017-2020 aprobado en acuerdo No 2 de 2017 de junta directiva del hospital</li><li>b. Plan de acción en salud vigencia 2018</li><li>c. Plan del gerente aprobado en el acuerdo No13 del 2016 de la junta directiva</li><li>d. Plan anticorrupción y de atención al ciudadano aprobado y publicado en la página web el 31 de enero 2018</li><li>e. Plan de mejoramiento resultado de la auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad integral vigencia fiscal 2016 aprobado por la Contraloría de Cundinamarca</li><li>f. Programa de saneamiento fiscal y financiero aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</li><li>g. Programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud PAMEC para la vigencia 2018</li><li>h. Plan de mejoramiento Sistema Único de Acreditación.</li><li>i. Plan anual de auditorías internas 2018</li><li>j. PETIC</li><li>k. Planes decreto 612 de 2018</li></ul> <p>De acuerdo con el portafolio de servicios el hospital atiende los programas en salud pública de protección específica para: vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones, atención preventiva en salud bucal, atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombre y mujeres. Así como programas de salud pública en de detección temprana de: las alteraciones de crecimiento y desarrollo, alteraciones del desarrollo del joven; alteraciones del embarazo, alteraciones del adulto, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, alteraciones de la agudeza visual. Por último, presta servicios a la comunidad con los programas de atención domiciliaria, consultorio rosado, preparación a la maternidad y paternidad, UMO unidad médica Odontológica y transporte especial de pacientes. Existen otros programas plus diabetes, hipertensión arterial EPOC y obesidad.</p>

## b. Gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Gestión Presupuestal	<p>La junta directiva del hospital aprobó el presupuesto para la vigencia 2018 a través del acuerdo 09 del 2017 y así mismo aprueba las modificaciones presupuestales y adiciones que se generaron durante la vigencia 2018</p> <p>El hospital durante la vigencia inicio uso en la plataforma SECOP II en el rol de proveedor, para ejecución de convenio con Fuerza Armada y Gobernación de Cundinamarca; y continúa usando el SECOP I</p> <p>Se realizó durante la vigencia seguimiento y reporte en el CHIP del programa de saneamiento fiscal y financiero aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p>

## 2.2.4 Recomendaciones

- Revisar la forma de articular los temas de los recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos a las metas y necesidades de los programas, planes y proyectos desde de la planeación anteproyecto presupuestal y planeación estratégica y anual.
- Identificar el mecanismo para vincular al ejercicio de planeación los resultados de las auditorías internas, la evaluación y retroalimentación ciudadana realizada en las actividades de rendición de cuentas y los resultados de la capacidad institucional, resultados de la evaluación de la gestión de riesgos.

## 2.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Este componente busca asegurar un proceso dinámico que le facilite al Hospital María Auxiliadora ESE del Municipio de Mosquera identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales .De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **56.00 puntos** ubicándose de en el quintil número **1**, es decir **BAJO DESEMPEÑO (Figura 7)**

Figura 7 Resultados componente administración del riesgo



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. junio 2018





En este componente incorpora temas de las dimensiones direccionamiento estratégico que se presentó los resultados en la Figura 6 y en el siguiente componente de actividades de control se indicaran los resultados de la dimensión gestión con valores para el resultado. Por lo tanto, a continuación se presenta un balance de la gestión de riesgos realizada en el hospital

### 2.3.1 Estado, avances - fortalezas:

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera, desde la alta gerencia ha estructurado componentes de un sistema de riesgos basado en los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo; el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, de viabilidad financiera y ambientales. Los componentes del sistema de riesgos se encuentran articulados con los objetivos estratégicos definidos para el hospital en el Acuerdo No. 011 del 2017, de la siguiente forma:

OBJETIVO	COMPONENTE DE RIESGO
<b>MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA:</b> Fortalecer el modelo de atención primaria en salud (APS), con énfasis en salud preventiva, individual, familiar y comunitaria para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población Sabana de Occidente	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
<b>ESTANDARES SUPERIORES DE CALIDAD:</b> Implementar y sostener un Sistema Integrado de Gestión, basados en estándares superiores de calidad, mejorando la prestación de servicio y las necesidades de las partes interesadas	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
<b>GESTION DEL TALENTO HUMANO:</b> Mejorar continuamente las habilidades y competencias de los nuestros colaboradores por medio de un plan de la gestión del talento humano que permita su bienestar y satisfacción a la comunidad.	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>SOSTENIBILIDAD FINANCIERA:</b> Lograr la sostenibilidad financiera del Hospital E.S.E, mediante la implementación de procesos administrativos, financieros y asistenciales efectivos que optimicen los recursos físicos, tecnológicos, humanos y económicos.	Viabilidad financiera

Aunque cada uno de los componentes mencionados en el sistema de riesgos, por lo general son de aplicación transversal a la institución, existe un liderazgo ejercido por uno o varias de las unidades funcionales del hospital, que orientan su diseño e implementación; a continuación, se describen cada uno de los componentes:

COMPONENTE	EJE CENTRAL	METODOLOGIA/INSTRUMENTOS	LIDERAZGO
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Seguridad del paciente	Política de seguridad del paciente Reportes de Eventos adversos - Protocolo de Londres	Unidad Funcional de Calidad





COMPONENTE	EJE CENTRAL	METODOLOGIA/INSTRUMENTOS	LIDERAZGO
		Paquetes instruccionales de procesos asistenciales seguros del Minsalud	
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad Colaboradores	Política del sistema Procedimiento para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles. GCT 45	Unidad Funcional de Ambiente Físico- Gestión Ambiental
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Procesos	Guías metodologías para los riesgos del DAFP para riesgos de operación y riesgos de corrupción y seguridad digital.	Unidad Funcional de Planeación – Sistema de Control Interno
	Corrupción		Unidad Funcional de Planeación - Sistemas
	Seguridad de la información	Unidad funcional de contratación	
Viabilidad financiera	Saneamiento fiscal y Financiero	Metodología de Colombia Compra eficiente	Unidad Funcional de Planeación y Subgerencia Administrativa

A continuación se relaciona la gestión de manera general la gestión que se ha realizado en cada uno de los componentes:

COMPONENTE	EJE CENTRAL	GESTIÓN
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Seguridad del paciente	Existe política de seguridad del paciente Reportes de Eventos adversos - Protocolo de Londres
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad Colaboradores	Existe política del sistema Procedimiento para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles. En proceso actualización de matriz de riesgos
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Procesos	Existe política aprobada por comité para el tema de operación y corrupción, también fue divulgada.
	Corrupción	Guías metodologías para los riesgos del DAFP para riesgos de operación y riesgos de corrupción y seguridad digital. Pendiente actualización de riesgos identificados para procesos, corrupción y seguridad digital.
	Seguridad de la información	
	Contratación	La gestión contractual tiene incluidos en sus estudios previos el análisis de riesgo conforme a la metodología de Colombia compra eficiente





COMPONENTE	EJE CENTRAL	GESTIÓN
Viabilidad financiera	Saneamiento fiscal y Financiero	Se realiza internamente la aplicación de la Metodología del Ministerio de Salud y Protección Social como seguimiento a la gestión del riesgo financiero,  Se ejecutan los seguimientos del Programa de saneamiento fiscal y financiero del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

### 2.3.2 Recomendaciones

- Actualizar mapas de riesgo de operación, de corrupción y riesgos en seguridad y salud en el trabajo.
- Iniciar la elaboración de los mapas de riesgo de seguridad digital o de la información
- Revisar la pertinencia de gestionar un mecanismo, aplicativo o sistema de información para la actualización de los riesgos de operación y de corrupción

### 2.4 COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

Este componente busca asegurar los mecanismos para apalancar el logro de los objetivos, forman parte integral de los procesos y facilitan el control de los riesgos identificados en el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **58.00 puntos** ubicándose de en el quintil número **1**, es decir **BAJO DESEMPEÑO**

Figura 8 Resultados componente actividades de control



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. junio 2018

En este componente incorpora temas de la dimensión de direccionamiento estratégico cuyos resultados se muestran en la Figura 6 y de la dimensión de gestión con valores para resultados que sus resultados se muestran a continuación:

Figura 9 Resultados dimensión gestión con valores para resultados y sus políticas





## D3: Gestión para Resultados con Valores



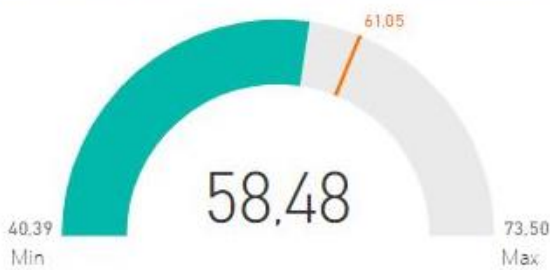
### Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos



### Racionalización de Trámites



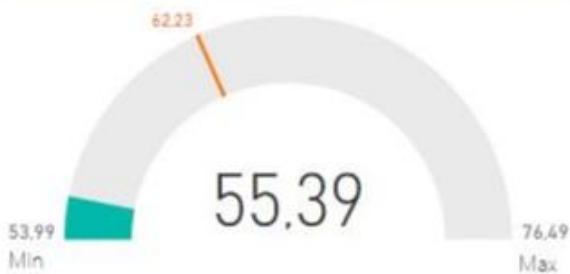
### Participación Ciudadana en la Gestión Pública



### Servicio al Ciudadano



### Seguridad Digital



### Gobierno Digital



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. junio 2018






La dimensión de gestión con valores para resultados obtuvo como resultado, Figura 9 un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el tercer grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, las políticas de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos y racionalización de trámites se ubican en un primer quintil; las políticas de gobierno digital, seguridad digital, participación en la gestión pública y política de servicio al ciudadano se ubican en el quintil 2, indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

Los resultados obtenidos en la política de gobierno digital o se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i) empoderamiento de los ciudadanos para el acceso a la información, (ii) fortalecimiento de la gestión de TIC y su aprovechamiento para la toma de decisiones, (iii) recursos y apoyo de la alta dirección (iv) gestión del riesgos en seguridad de la información. De igual forma la política de participación ciudadana en la gestión pública se deriva de los índices que evalúan los temas de: (i) intervención de los ciudadanos en ejercicios de participación ciudadana, (ii) calidad y eficacia de la participación ciudadana, y (iii) participación, eficacia y calidad en espacios de diálogos y rendición de cuentas de la ciudadanía. A continuación se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

### 2.4.1 Dimensión gestión con valores para el resultado



Gestión con valores para el Resultado

En esta dimensión está orientada hacia el logro de los resultados poniendo en marcha los cursos de acción y planes, programas, proyectos y demás directrices establecidas en la dimensión de direccionamiento estratégico y planeación, contando con el talento humano disponible en el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera.

### 2.4.2 Estado – Avances - Fortalezas

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera, generó un sistema de información documental en su dominio web, que se encuentra disponible y de acceso a todos los computadores de la entidad, en donde a partir de los estándares de habilitación, siendo estos: Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Historia clínicas, proceso prioritarios, interdependencia, medicamentos y dispositivos médicos se definieron procedimientos, protocolos manuales, guías, instructivos, formatos de las actividades asistenciales y transversales que se ejecutan en desarrollo de los servicios habilitados de acuerdo con la resolución 2003 del 2014, allí se encuentra descrita la operación y controles para el desarrollo de las actividades.



The screenshot shows the website for the 'SISTEMA INTEGRADO DOCUMENTAL' (Integrated Documental System). The page title is 'SISTEMA INTEGRADO DOCUMENTAL'. Below the title, there is a navigation menu on the left with categories like 'Principal', 'Comités Institucionales', 'BITACORA DE BUSQUEDA', 'HABILITACION', 'INVENTARIO DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA', 'MANUAL DE MEJORA', 'E1: Talento Humano', 'E2: Proceso Prioritarios', 'E3: Infraestructura', 'E4: Dotación', 'E5: Historia Clínica', 'E6: Interdependencia', 'E7: Medicamentos y dispositivos médicos', and 'Temas Transversales' (Vigilancia Epidemiológica). The main content area features a section titled 'Estándares de Habilitación' (Standards of Enablement) with six sub-sections: 'Talento Humano', 'Infraestructura', 'Dotación', 'Historia Clínica', 'Procesos Prioritarios', 'Interdependencia', and 'Medicamentos y Dispositivos Médicos'. Each sub-section has a corresponding image. At the bottom, contact information is provided: 'Calle 3 No. 2-15 Este Teléfono: 8278686 – Urgencias: Calle 2 No. 2-38 Este. Teléfonos: 8932393', 'Email: info@esemariaauxiliadora.gov.co', 'Mosquera – Cundinamarca', and the slogan 'Nuestro corazón a tu servicio'.



**Políticas:** El hospital cuenta con las siguientes políticas: Uso y re-uso; seguridad del paciente; Humanización, contables y financieras; IAMI, seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, política de gestión del riesgo.

**Indicadores:** El Hospital ha definido indicadores que facilitan medir eficiencia y efectividad y evaluar el avance de la ejecución de su gestión en los siguientes planes:

Plan Indicativo Cuatrienal

Plan de acción en Salud 2017 -PAS

Plan de gestión del Gerente

Programa de saneamiento Fiscal y Financiero

Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016

Indicadores de seguridad del paciente

**Servicio al ciudadano:** Se realizó el primer seguimiento a la estrategia racionalización de trámites, rendición de cuentas, servicio al ciudadano y transparencia y acceso a la información a través del plan anticorrupción y de servicio al ciudadano para la vigencia 2018.

El hospital cuenta con una unidad funcional denominada SIAU, quien implementa procedimiento para la gestión de estas de las PQRS, cuenta en su página web con un formulario para la recepción de estas y garantiza a través del libro radicado un código único para cara uno de estos casos y se responden en los términos de ley. Así mismo y con base en las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios se implementan acciones para mejorar los servicios.

**Participación ciudadana y rendición de cuentas:** Tiene implementada actividades a través de la audiencia de rendición (ejercicio con mayor éxito que se realiza dos veces al año) de cuenta y la participación en la asociación de usuarios. Se realizaron la audiencia de rendición de cuentas de la información segundo semestre de 2017 del hospital, sin embargo, a través de controles políticos y espacios de divulgación de la administración municipal se han realizado ejercicio de rendición de cuentas

**Racionalización de trámites:** Se definieron acciones a través del plan anticorrupción y de servicio al ciudadano y se realizó el primer seguimiento para la vigencia 2018. Se realizó la gestión para la incorporación en el sistema de información del SIUT 9 trámites del hospital entre ellos: Historia clínica, Radiología e imágenes diagnósticas, Asignación de cita para la prestación de servicios en salud, Certificado de defunción, Terapia, Examen de laboratorio clínico, Certificado de nacido vivo etc.

### 2.4.3 Recomendaciones

- Revisar la pertinencia de gestionar un mecanismo, aplicativo o sistema de información para la actualización la administración de la documentación y gestión de los indicadores





## 2.5 COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Este componente busca asegurar la información base para conocer el estado de los controles, así como el avance y la gestión del hospital. Así como la comunicación que facilita que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades frente a la gestión institucional. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **57.62 puntos** ubicándose de en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO**.

Figura 10 Resultados componente Información y comunicación



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg. junio 2018>

En este componente incorpora los temas de la dimensión de información y comunicación cuyos resultados se muestran a continuación:

Figura 11 Resultados dimensión gestión Información y comunicación y sus políticas





Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg. junio 2018>

La dimensión de información y comunicación obtuvo como resultado, **Figura 11**, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el segundo grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, la política de gestión documental se ubicó en un segundo quintil y la política de transparencia y acceso a la información y lucha contra la corrupción se ubicó en el quintil 1, indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

Los resultados obtenidos en la política gestión documental se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i)Planeación, producción, organización, transferencia, conservación y preservación de la gestión documental, (ii) Implementación de tecnologías en la gestión documental (iii) nivel de apropiación de cultura en la gestión documental. De igual forma, la política de transparencia y acceso a la información y lucha contra la corrupción se deriva de los índices que evalúan los temas de: (i) Divulgación proactiva de la información y sistema de seguimiento, (ii) lineamientos para el manejo y seguridad de la información, y (iii) instrumentos de gestión de información publicados y criterios diferenciales para acceso entre otros. A continuación, se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

### 2.5.1 Dimensión información y comunicación



En esta dimensión se articula todas las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, puesto que facilita al Hospital vincularse con su entorno y ejecutar sus actividades a través del ciclo de gestión para el cumplimiento de su misión.

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Fuentes de información	<p>El Hospital María Auxiliadora a través del Sistema de Información y Atención al Usuario -SIAU realiza encuestas a los usuarios sobre la satisfacción de los servicios, así mismo se canalizan y gestionan en consonancia con los procesos de la entidad las repuestas a quejas, peticiones y reclamos.</p> <p>Se documentó procedimientos para atención de Peticiones, quejas y reclamos, apertura de buzón y encuestas de satisfacción. Adicionalmente, cuenta con un inventario de activos de información.</p>





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
	<p>El hospital María Auxiliadora dispone del sistema de información de CNT donde se encuentra sistematizada la información de la Historia Clínica de los usuarios e información de facturación; y los asuntos contables de la entidad se manejan a través del aplicativo SINFA.</p>
Gestión documental	<p>El Hospital María Auxiliadora acorde con la normativa prevista para este tema expidió en el año 2012 la Resolución número 042, por la cual se adoptan las tablas de Retención Documental de la Entidad. Mantiene en operación el comité de archivo.</p> <p>La entidad tiene normalizados formatos para elaborar documentos, genera y controla un consecutivo único para cada tipo de acto administrativo; Adicionalmente tiene actividades de gestión documental incluidas en la planeación estratégica de la función archivística y documentadas en el PGD y PINAR</p> <p>Pendiente por definir la política de gestión documental, realizar transferencias documentales y actualizar las Tablas de Retención documental TRD acorde con la actual dinámica institucional y el SIC sistema integrado de conservación documental.</p>
Transparencia y acceso a la información pública Estrategia Gobierno en Línea	<p>La entidad cuenta con mecanismos para interponer PQRSD, dispone de localización en física con horarios y días de atención, tiene un organigrama, normatividad general y reglamentaria, ejecución presupuestal histórica anual, plan estratégico institucional y plan de acción anual, plan anticorrupción y de atención al ciudadano, informes de gestión, publicación de la información contractual y la oferta de servicios del hospital y en su página web.</p> <p>Continua en construcción el Plan estratégico de Tecnologías de la Información PETIC, El estándar GEL –XLM en la implementación de intercambios de información con otras entidades CNT datos trasmite hacia la Gobernación de Cundinamarca a través del SIUS asistencial.</p>

## 2.5.2 Recomendaciones

- Trabajar en la actualización y adecuación de los instrumentos archivísticos del hospital.
- Generar mecanismo para monitorear la actualización permanente de la información a publicar en la página web del hospital.
- Gestionar la revisión y aprobación del Plan Estratégico de Tecnologías de la información
- Revisar la aplicación de intercambio de datos con la gobernación de Cundinamarca a través del SIUS financiero



## 2.6 COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO

Este componente orienta las actividades de control permanente y evaluaciones periódicas sobre la ejecución de los planes, programas y proyectos, así como los resultados de la gestión para la identificación de las oportunidades de mejora. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **53.31 puntos** ubicándose de en el quintil número **1**, es decir **BAJO DESEMPEÑO**.

Figura 12 Resultados componente actividades de monitoreo



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg.junio.2018>

En este componente incorpora los temas de la dimensión de evaluación de resultados y gestión del conocimiento, cuyos resultados se muestran a continuación

Figura 13 Resultados dimensión gestión del conocimiento y sus políticas



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg.junio.2018>

La dimensión de gestión del conocimiento obtuvo como resultado, Figura 13, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el primer grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Los resultados obtenidos en la política gestión documental se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i) fomento de espacios de gestión del conocimiento para generar soluciones innovadoras (ii) , aprendizaje institucional y adaptación a nuevas tecnologías (iii) Eficacia del análisis de datos para mejorar la gestión institucional

Figura 14 Resultados dimensión evaluación de resultados y sus políticas



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipq. iunio 2018>

La dimensión de evaluación de resultado obtuvo como resultado, Figura 14, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el segundo grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, la política de evaluación de desempeño se ubicó en el quintil 1, indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

## 2.6.1 Balance

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Gestión del conocimiento	<p>El conocimiento adquirido por los servidores de la entidad a través del ejercicio de sus funciones es documentado con las actividades de documentación de los procesos y procedimientos, protocolos y demás documentos que apoyan la ejecución de las actividades de los procesos del Hospital.</p> <p>La entidad registra la información de las actividades de sus procesos a través de aplicativos CNT, SINFA, archivo físico, computadores asignados a los colaboradores, medios físicos (papel), hojas de cálculo o archivos digitales que reposan en los computadores de cada persona y e información que reposan en servidores internos de la entidad y bases de datos y sistemas de información a modo de página web.</p>
Auto evaluación del control y gestión	<p>En el hospital se realizan comités periódicos de carácter misional y administrativos donde se presentan y realizan seguimiento a la gestión de los temas para los cuales fue creado. Así mismo se encuentra en ejecución las actividades del plan de humanización para la vigencia 2018</p> <p>E hospital elaboró instrumentos y realizó los seguimientos de su gestión, entre estos, plan indicativo, PAS, PSFF, indicadores de calidad 256 con a la información correspondiente al primer semestre de la vigencia 2018,</p>





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
	<p>indicadores de seguridad del paciente, indicadores financieros, presupuestable y contables, etc.</p> <p>El hospital presentó atendiendo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública la encuesta del MECI 2017 en el marco del Modelo integrado de Planeación y Gestión., obteniendo lo siguientes resultados de 59 puntos para el índice de control interno y de 58.87 para el Índice de gestión de desempeño institucional.</p>
Auditoria interna	<p>El comité de Coordinación de Control Interno aprobó el plan anual de la vigencia 2018 contentivo de 5 estrategias: elaboración de informes de ley, seguimientos especiales, auditorías internas, auditoria de calidad en la prestación de servicios y participación en comités institucionales.</p> <div data-bbox="560 724 1421 1207" data-label="Diagram"> <p><i>Figura 1. Estrategias de aseguramiento y consulta para evaluación y verificación del Sistema Institucional de Control Interno</i></p> <pre> graph TD     A[1. Elaboración informes de ley] --&gt; A1[Control interno o quien haga sus veces]     B[2. Ejecución de seguimientos especiales] --&gt; B1[Sistemas de información]     B --&gt; B2[Tomas transversales]     C[3. Realización de auditorías procesos/funciones funcionales]     D[4. Participación de los comités] --&gt; D1[Misionales]     D --&gt; D2[Gerenciales y administrativos]     E[5. Auditoria para la calidad en la prestación del servicio] --&gt; E1[PAMEC]     E --&gt; E2[SUH]   </pre> <p><b>SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO</b> Hospital María Auxiliadora EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA</p> <p><i>Fuente: Unidad Funcional de Control Interno</i></p> </div>
Planes de mejoramiento	<p>El hospital realizó del plan de mejoramiento resultado de la auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad integral a la vigencia fiscal 2016, el plan fue aprobado en el mes de febrero por la contraloría de Cundinamarca y se realizó el seguimiento a la ejecución de las actividades para el primer semestre.</p> <p>También el hospital formuló plan de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación como resultado de la autoevaluación.</p> <p>Se documento el manual de mejora con disposiciones para el manejo institucional de las actividades de mejora.</p>







## 2.6.2 Recomendaciones

- Establecer los mecanismos para trabajar en la medición y cierre de efectividad de las acciones de mejora que se generen en los proceso y gestión del hospital.

ORIGINAL FIRMADO  
**LYNDA JOANA PEÑA HURTADO**  
Profesional Universitario  
Líder unidad funcional Control Interno

