



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

De acuerdo con la Ley 1474 de 2011, artículo 9° Reportes del responsable de control interno, que establece: "(...) El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. (...)", la oficina de control interno de la Empresa Social Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, teniendo en cuenta el direccionamiento emitido por Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", genero informe pormenorizado del sistema de control interno con corte al 12 de Marzo de 2018, a partir de este momento y de acuerdo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG", la oficina de control interno generara los siguientes informes pormenorizados del sistema de control interno, basado en este modelo, orientado a una metodología de seguimiento y revisión de las siete dimensiones que estructuran el Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG".

Igualmente será retroalimentara el presente informe con el formulario de reporte de avances de gestión FURAG II y el resultado del informe de gestión y desempeño institucional del la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, que emite el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", basado en el FURAG II y que debe diligenciar anualmente el Hospital.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG", es un marco de referencia, que permite a las entidades públicas, dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento evaluar y controlar su gestión, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos.

Dentro del resultado de desempeño y gestión institucional, de los índices de desempeño para las diferentes dimensiones, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje (%), que referenciado con el puntaje % máximo a obtener de acuerdo un par (Un hospital con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá), medida que se da con base a cinco categorías que se establecieron con medida porcentual del 20% para cada una, que pasaran a llamarse quintiles como valor de referencia, el resultado de nuestro índices en las



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

diferentes dimensiones, se tomara y comparara con el porcentaje más alto que obtenga nuestro par. El quintil es una medida de ubicación que le permitirá a la entidad conocer que tan lejos esta del puntaje máximo obtenido dentro del grupo par. Una entidad con buen desempeño estará ubicada en los quintiles más altos (4 y 5), mientras que una entidad con bajo desempeño se ubicara en los quintiles más bajos (1, 2,3)

Teniendo en cuenta lo anterior se emite el presente informe pormenorizado del sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en los siguientes términos:

Las dimensiones de acuerdo a la estructura del Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG", son las siguientes:

1. Talento Humano
2. Direccionamiento Estratégico y Planeación
3. Gestión con Valores para Resultados
4. Evaluación de Resultados
5. Información y Comunicación
6. Gestión del Conocimiento y la Innovación
7. Control Interno Ambiente de control

1. DIMENSION DE TALENTO HUMANO

En el proceso de Talento Humano de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se observa que su planeación está orientada a tener en cuenta la información estratégica y básica de la entidad, aplicando la normatividad que rige la



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

gestión del talento humano, la creación y modificación de la planta de personal se hace mediante actos administrativos, más específicamente con acuerdos que genera la Junta Directiva del Hospital.

El hospital se encuentra actualizando la plataforma estratégica, en modificación a la plataforma estratégica aprobada mediante resolución 409 de octubre de 2014, donde se contempla el objetivo de Gestión del Talento humano, orientado a:

- Mejoramiento del clima organizacional basado en valores organizacionales
- Mejoramiento del proceso de planeación del talento humano (capacidad instalada).
- Mejoramiento del proceso selección de personal
- Mejoramiento del proceso de inducción y reinducción

La estrategia actual del proceso de Talento Humano, incluye temas como:

Capacitación

Bienestar

Incentivos

Evaluación del desempeño

Inducción y reinducción

Clima organizacional

Actualización de la información del SIGEP

Acuerdos de gestión firmados con los subgerentes

Regirse por normas de la carrera administrativa, para los funcionarios de planta.

Socializar un código de ética.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

Dentro del resultado de los índices de desempeño para **la dimensión de Talento Humano**, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 64.4%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 64.4%, que nos ubica en el quintil 3, que corresponde al 60%, catalogado como de bajo de desempeño.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

- Contar con la caracterización de todos sus servidores públicos
- La implementación frecuente y oportuna de los programas de inducción y reinducción
- La inversión de recursos basada en la priorización de las necesidades de capacitación
- El mejoramiento del clima laboral, a partir de su medición
- Coherencia entre los resultados de la evaluación del desempeño laboral y el cumplimiento de las metas institucionales.
- Generar oportunidades para que los servidores de carrera pueda acceder a encargos de gerencia pública o en encargo o comisión
- Socializar un código de integridad
- Seguimiento a los servidores que se retiran, ni existen mecanismos para transferirles conocimiento
- Establecer una ruta de calidad de hacer las cosas bien, dirigida al conocimiento normativo y del entorno.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

2. DIMENSION DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

En el proceso de Planeación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el direccionamiento estratégico está enfocado a la misionalidad para lo que fue creada la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, atendiendo las necesidades, y dejando a disposición los bienes y servicios para atender los requerimientos o problemas de sus grupos de valor, donde se articulan los objetivos estratégicos, dirigidos a las líneas de acción, objetivos, programas o proyectos del plan de Gestión de la gerencia y el plan de desarrollo del Departamento del cuatrienio, donde las metas se viabilizan de acuerdo a los objetivo del Hospital, permitiendo alcanzar las metas, los tiempos de ejecución de las actividades, donde se incluyen recursos financieros, humanos, físicos, tecnológicos para lograr lo propuesto, que se evalúa mediante el seguimiento a los indicadores establecidos.

Dentro del plan de acción anual, el cual está establecido para el plan de anual en salud, que es la carta de navegación del Hospital y del cual se rinde informes a la Junta Directiva, está articulado con las estrategias del Hospital, con las metas y objetivos que se fijan, alcanzando los objetivos propuestos, la ejecución de las actividades dentro de los tiempos programados y que se verifican mediante la evaluación y seguimiento a los indicadores establecidos.

Planes de acción para los procesos y subprocesos de los macraprocesos misional y de apoyo, no se han llevado a cabo, dificultando la evaluación de la gestión de los procesos y subprocesos y su articulación con el plan de gestión del Gerente, aunado a los acuerdos de gestión firmados con los subgerentes, aunque en la operatividad misional y de apoyo de la entidad se observa un buen ejercicio, se carece de una buena evaluación por no tener planes de acción formalizados con indicadores que permitan realizar un seguimiento a las tareas que se ejecutan.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

La política de administración del riesgos está establecida, los mapas de riesgos de los procesos y subprocesos se elaboran, para darle paso al mapa de riesgos institucional, pero no se ve un buen fortalecimiento en su implementación, se queda reflejado en el documento y el plan o programa para la aplicación de la política de la administración del riesgo, no se genera, quedándose en una evaluación de un mapa de riesgos institucional, de la cual no se toman decisiones en aras de mitigar el riesgo, para que no se materialice y no se siga manteniendo el riesgo constantemente reflejado en los mapas de riesgos de los procesos y subprocesos, y por supuesto también el mapa de riesgos institucional. Igual sucede con el mapa de riesgos de corrupción. Es importante tener en cuenta la información resultante de la evaluación de riesgo, como del mapa de riesgos, como el de corrupción y matriz AMFE.

Dentro del resultado de los índices de desempeño para **la dimensión del direccionamiento estratégico y planeación**, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 65.2%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 80.2%, que nos ubica en el quintil 4, que corresponde al 40%, catalogado como de alto desempeño.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

- Actualización de la plataforma estratégica
- Definir planes de acción anuales, para los procesos y subprocesos.
- Diseño y elaboración de planes con base en evidencias (resultados de auditorías internas y externas, de gestión de riesgos, capacidad institucional, desempeño de periodos anteriores)
- Contundencia en la política de administración de riesgos
- Pertinencia en el diseño de los indicadores de seguimiento
- Planes (estratégicos y de acción), orientados a atender las necesidades o problemas de los grupos de valor.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

En la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, para la dimensión de gestión con valores para resultados, dentro del enfoque misional y administrativo, tiene un modelo de operación por procesos, que permite generar oportunamente bienes y servicios para resolver las necesidades de los grupos de valor, mediante la ejecución de procedimientos, que están en proceso de actualización y mejora, en el proceso de planeación, a partir de sugerencias, quejas, peticiones o denuncias por parte de la ciudadanía y los servidores, igualmente basados en análisis de necesidades y prioridades en la prestación del servicio.

El no tener actualmente una infraestructura moderna y tecnológica, que cubra la demanda de la población que por referenciación geográfica tiene el Hospital, como es la de la provincia del Sumapaz y de la su red sur a la que pertenece, se plantean y se tienen planes y proyectos de contingencia, para cuando la demanda sobredimensione la oferta de servicios, además que con una visión futurista se encuentra en marcha el proyecto de ampliación del servicio de urgencias.

Actualmente el hospital se encuentra en transición para utilizar el SECOP II y la tienda virtual del estado colombiano, se tienen ya los usuarios.

Los ingresos del Hospital se estiman de una manera conservadora, apoyado este estimativo con una buena gestión de cobro ante las EPSs, que permite respaldar las apropiaciones presupuestales, evitando generación de déficit presupuestal, por el contrario se cuenta en esta administración con disponibilidad presupuestal y control a la ejecución de las doceavas partes de presupuesto, lo que ha permitido que el Hospital no se des presupueste, mas si se realizan controles y cruces de información, presupuestal, contable, y de tesorería, controles que deben fortalecer para



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

garantizar la consistencia de la información , en aras de que en las conciliaciones realizadas se identifiquen las diferencias y pasar a realizar los ajustes y correcciones que permitan tener saldo iguales en los registros contables, tesorería y bancos.

Igualmente deben mantener una permanente comunicación entre la gestión de recursos físicos y la gestión contable, para conciliar mensualmente la información registrada en la base de datos del área de almacén e inventarios. Es decir, que el control administrativo y físico de los bienes esté acorde con su control contable.

Tener en cuenta las disposiciones previstas en el Plan General de la Contabilidad Pública de la CGN, las directrices dadas por Colombia Compra Eficiente y las establecidas por cada entidad, en sus manuales internos de contratación.

Dentro de los componentes de plan anticorrupción, se hace un seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano, pero no se tiene en cuenta la información resultante de la evaluación, mas si se encuentra componentes donde se deben tomar medidas para mitigar los riesgos de corrupción, aplicación de estrategias anti tramites, transparencia y acceso a la información.

El Hospital cuenta con la oficina de sistemas de información y atención al usuario, pero no se encuentra una área responsable de atención a los grupos étnicos, por lo tanto no existe un procedimiento de traducir la información pública que llegue a solicitar un grupo étnico a su lengua, pero si en términos generales se dan las respuestas a solicitudes de información que hacen los ciudadanos, en los términos legales establecidos , además de generar encuestas de satisfacción de los usuarios que obligan a tomar e implementar acciones para mejorar la prestación de los servicios.

Los procedimientos con respecto a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes son claros, se pueden plasmar por escrito, en buzones, en la página WEB institucional, donde se encuentra un link para su recepción. No se observa un



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

procedimiento establecido para las denuncias, ni un mecanismo para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas, por los periodistas, menores de edad, personas en situación de discapacidad y mujeres embarazadas.

El Hospital divulga mediante redes sociales, radio, boletines impresos, carteleras, reuniones, invitaciones directas, la realización del ejercicio de rendición de cuentas, la cual se lleva a cabo cumpliendo la normatividad y regulación existente para tal fin, informando a los asistentes de los productos y servicios, de los avances y resultados de la gestión institucional, de su situación financiera, de sus proyectos, pero el resultado no se encuentra plasmado en un documento que identifique las debilidades, retos u oportunidades institucionales, o implementación de acciones de mejoramiento, de lo cual tenga conocimiento los ciudadanos o usuarios mediante una comunicación que divulgue el resultado de la rendición de cuentas y las decisiones tomadas de acuerdo a las observaciones que hacen los usuarios, ciudadanos y grupo de valor que asisten y participan en la rendición de cuentas presentada por la Gerencia y su equipo de trabajo.

Los trámites registrados ante el SUIIT los deben realizar presencialmente los usuarios, los trámites en línea y de acceso a la WEB, no se ha implementado ninguno, por lo tanto no existe usabilidad de los trámites que en medios virtuales.

En cuanto a la satisfacción de los trámites con los grupos de valor, no se realiza una medición, de costos, tiempos, tiempo de recepción del trámite para los trámites presenciales y por supuestos al no existir los de línea tampoco.

No se encuentra en la página WEB, una sección de "transparencia y acceso a la información pública", exclusiva, se reporta información en varios links que tiene la página WEB, donde se suben información que debe ir en la sección de transparencia y acceso a la información pública, como mecanismos para interponer PQRSD, localización física de los puestos de salud, presupuestos, estados financieros, plan anticorrupción y atención al ciudadano, informes pormenorizados del sistema de control interno, pero la mayoría de información de la cual debe haber acceso no se sube.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI), que define la estrategia bajo la cual se espera que las TI se integren con la misión, visión y objetivos organizacionales, relacionado con respeto un catalogo de servicios de tecnologías de la información, arquitectura empresarial del Hospital, no se tiene.

Con respecto al ciclo de sistemas de información, se realizan mantenimientos preventivos y correctivos sobre el sistema de información, pasa igual como con la arquitectura de la tecnologías de la información, no existe un catalogo para los sistemas de información, de la misma forma no existe una trazabilidad plena sobre las transacciones realizadas en los sistemas e información, se realizan y generan informes cuando la junta directiva, alta dirección o el órgano de control las solicita, que sirven para darle trazabilidad a hechos anteriores.

En cuanto a las tecnologías de la información y los sistemas de información, el Hospital debe realizar un auto diagnostico pronto de lo que actualmente se tiene y compararlo con las gestiones de avances y desempeño que se envían en el formulario de reportes de avances de la gestión "FURAG" II, al Departamento Administrativo de la Función Pública. "DAFP", que permita fortalecer las tecnologías de la información y los sistemas de información del Hospital, en cuanto a políticas digitales, y de seguridad digital, y las políticas que deben generarse para esta dimensión, como la de política de participación ciudadana en la gestión pública, política en la racionalización de trámites y política de servicio al ciudadano.

De acuerdo a la implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión "MIPG", se debe crear en el menor tiempo posible el comité de desempeño y gestión institucional, donde se traten temas como:

Sistema de gestión de la seguridad de la información (SGSI)

Metodología de gestión de activos de información de la entidad.

Inventario de activos de información, acorde con la metodología establecida.

Plan de tratamiento de los riesgos de seguridad y privacidad de la información



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

Dentro del resultado de los índices de desempeño para la **dimensión de gestión con valores para resultados**, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 61.5%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 75.8.2%, que nos ubica en el quintil 3, que corresponde al 60%, catalogado como de bajo desempeño.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

- Actualizar y formalizar, el modelo de operación por procesos y procedimientos.
- Actualizar y modernizar la infraestructura tecnológica
- Cumplir la transición para utilizar el SECOP II y la tienda virtual del estado.
- Fortalecer la información de las conciliaciones entre los procesos y subprocesos, presupuestal, contable, tesorería, jurídica, almacén (inventarios), cartera.
- La información resultante de las evaluaciones de los mapas de riesgos, plan anticorrupción y atención al ciudadano, mecí, matriz amfe, se debe tener en cuenta para tomar los correctivos y generar planes de mejoramiento.
- Crear el mecanismo para traducir la información pública a los grupos étnico en su lengua.
- Establecer el mecanismo o procedimiento para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas por los periodistas, menores de edad, personas en situación de discapacidad y mujeres embarazadas.
- Plasmar la rendición de cuentas en un documento que identifique las oportunidades, debilidades, retos institucionales o acciones de mejoramiento, de los cual tenga conocimiento los ciudadanos y usuarios, como principio de acceso de transparencia y acceso la información pública.
- Implementar los trámites en línea y de acceso a la WEB, para su usabilidad.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

- Medición en cuanto a la satisfacción o no de los trámites establecidos y registrados en el SUIT.
- Retroalimentar en la página WEB, la sección de transparencia y acceso a la información pública.
- Establecer el plan estratégico de tecnologías de la información "PETI"
- Fortalecer la trazabilidad sobre las transacciones realizadas en los sistemas de información.
- Realizar auto diagnóstico sobre las tecnologías de la información y los sistemas de información.
- Generar el sistema de gestión de la seguridad de la información.

4. DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS

En el marco de la actualización de la plataforma estratégica, deben revisar, actualizar, identificar y levantar nuevos indicadores, de acuerdo a los objetivos estratégicos que queden planteados dentro de la plataforma estratégica

Los indicadores utilizados para hacer evaluación de la gestión de la gerencia, cuentan con una ficha técnica que especifica sus características, los consolida como área responsable el proceso de planeación, indicadores que esta normados y regulados para los informes de gestión que debe presentar la gerencia ante la junta directiva.

En lo que respecta a los procesos y subprocesos no existen indicadores, si se tiene en cuenta que no se generan planes de acción que permita analizar mediante indicadores la gestión de cada uno de los procesos y subprocesos.

Los indicadores de ejecución presupuestal son consistentes con el cumplimiento de los resultados del Hospital, de igual manera existen indicadores normados que permite medir los estados financieros de la entidad.

La información resultante de la evaluación, es importante tenerla en cuenta, para que el ejercicio del monitoreo permita generar intervenciones, y que no se materialice el riesgo, mas si se encuentra componentes donde se deben tomar



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

medidas para mitigar los riesgos de corrupción, aplicación de estrategias anti tramites, transparencia y acceso a la información.

Dentro del resultado de los índices de desempeño para la **dimensión evaluación de resultados**, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 66.3%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 85.0%, que nos ubica en el quintil 4, que corresponde al 40%, catalogado como de alto desempeño.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

- Monitoreo oportuno para generar intervenciones, que aseguren el cumplimiento de las metas institucionales.
- Unidad y batería de indicadores para hacer seguimiento y evaluación de la gestión.
- Mejoramiento en la prestación de servicios a partir de las encuestas de satisfacción de los ciudadanos.
- Monitoreo a la gestión del riesgo y control
- Coherencia entre la ejecución presupuestal y el cumplimiento de las metas institucionales.

5. DIMENSION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La política de gestión documental no está establecida, aunado que en el comité de archivo órgano asesor y consultivo de la Gerencia, no se tocan a fondo los temas de gestión documental, igualmente en transversalidad con la gobernación de Cundinamarca, se fijo el compromiso con el programa de misión salud, de generar un plan de gestión documental, donde debía incluirse los costos para la vigencia 2017-2020.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

Las tablas de retención documental TRD no están acordes con el organigrama y la organización interna del Hospital, deben proceder a su actualización teniendo en cuenta el organigrama del Hospital y su organización interna, teniendo en cuenta los procesos y subprocesos que se contemplan dentro del mapa de procesos y el modelo de operación por procesos a actualizar.

Deben proporcionar los lineamientos para normalizar de forma sistemática el manejo de las actividades inherentes al proceso de Gestión Documental que incluye la producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta y préstamo de los documentos, conservación y disposición final, que perfectamente puede ser incluido dentro de la política que se fije para la gestión documental del E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

Se evidencia debilidad por parte de los procesos y subprocesos en la gestión de los archivos y la creación de los mismos de acuerdo con la producción documental del área y la TRD establecida, además de no contar gestión de los expedientes virtuales y la creación de los mismos de acuerdo con la producción documental del área y la TRD establecida.

Para el proceso de Gestión Documental se identificaron los siguientes riesgos:

- Represamiento en los envíos de correspondencia
- Demoras en el envío y trámite de documentos
- Reprocesos en la dependencia Productora y el área de correspondencia
- Imposibilitar de surtir los trámites asociados con la recepción de la correspondencia
- Incumplimiento a términos legales de respuesta.
- Elaboración y actualización de Tablas de Retención Documental
- Organización de archivos
- Consulta y Préstamos de documentos de Archivo



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

- Disposición Final de Documentos
- Transferencias Documentales
- Gestión correspondencia

Dentro del resultado de los índices de desempeño para la **dimensión *información y comunicación***, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 57.5%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 77.9.0%, que nos ubica en el quintil 2, que corresponde al 80%, catalogado como de bajo desempeño.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

- Gestión documental soportada en la tabla de retención documental (TRD) y del programa de gestión documental (PGD) del Hospital.
- Gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información
- Mecanismo para asegurar la trazabilidad sobre las transacciones realizadas en los sistema de información
- Publicación de la información de la entidad en su sitio WEB u otro espacio accesible para los ciudadanos..

6. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

Se propicia el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores públicos, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promueven la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo, la cual se lleva en el comité de gerencia, donde asisten los líderes de los procesos y subprocesos.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

El conocimiento se evidencia de manera explícita en los documentos (infografías, planes, informes, guías, instructivos, herramientas), piezas audiovisuales (presentaciones, videos), publicaciones en redes sociales o grabaciones.

Para adelantar el Hospital una buena gestión del conocimiento y de la innovación, debe tener en cuenta:

- Gestión documental y recopilación de información de los productos generados por todo tipo de fuente.
- Memoria institucional recopilada y disponible para consulta y análisis.
- Bienes o productos entregados a los grupos de valor, como resultado del análisis de las necesidades y de la implementación de ideas innovadoras de la entidad.
- Espacios de trabajo que promueven el análisis de la información y la generación de nuevo conocimiento.
- Los resultados de la gestión de la entidad se incorporan en repositorios de información o bases de datos sencillas para su consulta, análisis y mejora.
- Decisiones institucionales incorporadas en los sistemas de información y disponibles.
- Alianzas estratégicas o grupos de investigación donde se revisen sus experiencias y se compartan con otros, generando mejora en sus procesos y resultados.

Dentro del resultado de los índices de desempeño para la **dimensión gestión del conocimiento y la innovación**, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 66.3%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 86.7.0%, que nos ubica en el quintil 4, que corresponde al 80%, catalogado como de alto desempeño.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

- Análisis periódico de los indicadores de gestión.
- Gestión documental acorde con la normativa y las instrucciones del archivo general de la nación
- Frecuencia de la Inducción y reinducción



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

- Mejoramiento del clima laboral para fomentar una mayor productividad y generación de conocimiento
- Transferencia de conocimiento de los proveedores y los contratistas hacia el Hospital.

7. DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO

En esta sección se abordará la séptima dimensión de MIPG -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 de MIPG y se desarrolla en detalle en este apartado del Manual Operativo.

COMPONENTES	OBJETIVO	ASPECTO MINIMOS PARA LA IMPLEMENTACION	OBSERVACIONES
AMBIENTE DE CONTROL	La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	La entidad demuestre el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público	Documento con los principios y valores de la entidad. Carta de valores y políticas éticas de la entidad., decálogo de ética, código de ética. Resolución 460 de 2014, cartilla código de ética
		El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cumpla las funciones de supervisión del desempeño del SCI y de determinación de las mejoras a que haya lugar.	El comité se reúne trimestralmente, se plantean las no conformidades encontradas en los procesos y subprocesos, estableciendo planes de mejoramiento.
		La alta dirección asume la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la	La alta dirección apoya la oficina de control interno, pero no se observa los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para lograr



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

		consecución de los objetivos del SCI.	los objetivos del SCI.
		La gestión del talento humano tenga un carácter estratégico, de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad.	Se tiene en cuenta la información estratégica y básica de la entidad, la normatividad aplicable, los actos administrativos de creación o modificación de la planta de persona.
		Se tengan definidas y asignadas en personas idóneas las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control.	No se tienen asignadas las personas idóneas para la gestión de los riesgos y del control, que apoyen el proceso de planeación en los mecanismos de control que se establecen.
GESTION DE LOS RIESGOS	Este segundo componente hace 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. Estos eventos pueden tener un impacto negativo, positivo o de ambos tipos a la vez. Los de impacto negativo pueden	Es un proceso continuo que fluye por toda la entidad	Existe una política de administración de riesgos. El proceso de planeación consolida el mapa de riesgos de los procesos y subprocesos, generando el mapa de riesgos institucional, pero se queda en el mero documento, perdiendo dinámica después de la generación del mapa de riesgos que nos permite identificar los riesgos institucionales.
		Es llevado a cabo por todos los servidores de la entidad	Por los líderes de los procesos y subprocesos



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

ISNTITUCIONALES	interferir en la creación de valor o bien afectarlo de forma importante, en tanto que pueden lesionar la imagen institucional así como entorpecer la operación, la estrategia u otros aspectos relacionados con la prestación del servicio. Por su parte, los eventos de impacto positivo pueden compensar los negativos o representar oportunidades, ayudando a la creación de valor o a su conservación. Este componente, requiere que la alta dirección canalice las oportunidades que surgen para que se reflejen en la estrategia y los objetivos, y formular planes que permitan su aprovechamiento.	Se aplica en el establecimiento de la estrategia	Se aplica estratégicamente, pero no se tiene el plan de contingencia inmediato cuando se materializa un riesgo.
		Está diseñado para identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad	Se diseña la herramienta del mapa de riesgos y mapa de corrupción, para identificar riesgos que afectan al Hospital, pero no se ejecutan los controles que se establecen. La gestión del riesgo si está orientada a los resultados y al logro de metas
		Está orientado al logro de las metas estratégicas, los resultados esperados y en general de los objetivos de la entidad	
		Los objetivos deben ser definidos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados	Los objetivos se fijan con claridad en la plataforma estratégica y en los proyectos misionales que se ejecutan en la operatividad del Hospital, mas si se tiene un PAS Plan de atención en Salud
		Brindar atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial	En el mapa de riesgos institucional se priorizan los riesgos, que pueden producir mayor impacto al materializarse. Pero cosa diferente es a que se le brinde la atención prioritaria. Los procesos judiciales en contra del hospital, al materializarse afectan los objetivos institucionales, por la cuantía de las demandas



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

		Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional	En el comité de gerencia y el comité de control interno se consideran las posibilidades de fraude, que puedan afectar la gestión institucional, a saber contratos con las EPSs, contratación de personal idóneo y seguimiento a proveedores dentro del plan de compras y adquisiciones
		Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno	No se evalúan los cambios que puedan afectar los riesgos del SIC.
		Se debe dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.	Se cumple generando el plan anticorrupción y atención al ciudadano anualmente, igualmente solicitándole a los procesos y subprocesos los posibles riesgos de corrupción que se pueda presentar en el ejercicio de sus funciones y de la operatividad del Hospital.
ACTIVIDADES DE CONTROL	Implementación de controles, esto es, de los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.	Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos.	Se establecen controles, sus responsables, la frecuencia del control, la evidencia del control, nombre del control.
		Definir controles en materia de TIC.	Copias de seguridad,
		Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros	Existe un manual de operación y de procedimientos, que está en



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

		mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.	proceso de actualización
INFORMACIÓN Y COMUNICACION		Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.	Se está puliendo información con base a los rips y a las exigencias de la junta directiva del Hospital
		Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	Fortalecer la comunicación y su multiplicación, ya sea ascendente o descendente
		Comunicarse con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.	Estos grupos de valor tienen que constituirse, como el grupo directivo, operativo y evaluador, para que entren a actuar en la continuidad y sostenibilidad del SCI.
	Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el	Aplicar evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno	Se evalúa el plan de gestión del gerente, se evalúa el plan de atención en salud PAS, se proyecta evaluar planes operativos de los procesos y subprocesos.
		Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.	Se evalúa con el informe pormenorizado del SIC, se genera evaluación del "MECI:2014" trimestral, informe ejecutivo del sistema de control interno, informe de control interno contable, donde



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

<p>propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública. De esta forma, la evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua.</p>	<p>se reflejan deficiencias o no conformidades, que se recomienda por parte de la oficina de control interno tomar los correctivos o planes de mejora.</p>	
	<p>En primer lugar, las evaluaciones continuas constituyen operaciones rutinarias que se integran en los diferentes procesos o áreas de la entidad, las cuales se llevan a cabo en tiempo real por parte de los líderes de proceso para responder ante un entorno cambiante</p>	<p>Algunos procesos y subprocesos realizan actividades de autocontrol. Los líderes de los procesos y subprocesos deben determinar en el ejercicio y ejecución de sus funciones u operatividad, las desviaciones que se presentan, para tomar los correctivos necesarios o establecer planes de mejoramiento</p>
	<p>La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del</p>	<p>Se evalúa el plan de gestión de la Gerencia, el Plan de Atención en Salud "PAS", donde se contemplan indicadores de Gestión, de impacto, eficiencia</p>



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

MONITOREO O SUPERVISION CONTINUA		desempeño	
		<p>En ese orden de ideas se busca que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos Institucionales. Se convierte, entonces, la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.</p>	<p>Es procedente generar los planes operativos de los procesos y subprocesos, que contribuyan al cumplimiento de los objetivos del Hospital. Realizándoles seguimiento y autoevaluación a los mismos.</p>
		<p>La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participa los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación. Toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones.</p>	<p>Se debe impulsar la cultura del autocontrol que permita los líderes de los procesos y subprocesos autoevaluarse, en aras de verificar si los controles, procedimientos son efectivos en la operatividad el ejercicio funcional del funcionario o contratista.</p>



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

		<p>En todo caso, deben tener en cuenta que la coordinación de las auditorías (cualquiera que sea su ámbito) está en cabeza del jefe de control interno o quien hace sus veces en cada entidad, con el apoyo de los líderes de cada uno de los sistemas de gestión que tengan implementados.</p> <p>La auditoría es una herramienta de realimentación del SCI y de MIPG que analiza las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, lo cual influye en los resultados y operaciones propuestas en la entidad.</p> <p>La actividad de auditoría interna debe realimentar a las entidades en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos promoviendo la mejora continua. Así mismo, para formarse una opinión sobre la adecuación y eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control -y de esta manera emitir juicios de valor- las oficinas de control</p>	<p>Se cumple, ya que la oficina de control interno genera el plan anual de auditorías, para que sea aprobado en el comité coordinador de control interno.</p> <p>Si se convierte en herramienta para el Hospital y retroalimenta en aras de que se generen correctivos o planes de mejoramiento, para alcanzar las metas propuestas..</p> <p>Las auditorias se ejecutan con base a los procedimientos de auditoría establecidos y se amparan en soportes documentales.</p>



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

		interno deben basarse en las evidencias obtenidas en el ejercicio de auditoría	
		Para ello, siguiendo los estándares internacionales dados por el Instituto de Auditores Internos Global (THE IIA Global), es recomendable que la oficina de control interno elabore un plan de auditoría anualmente y seleccione los proyectos, procesos y actividades a ser auditados basados en un enfoque de riesgos documentado, alineados con los objetivos y prioridades de la entidad, y desarrolle adecuados procedimientos para obtener suficiente evidencia para evaluar el diseño y la eficacia de los procesos de control en los diferentes procesos y actividades de la entidad. Este plan debe ser flexible de manera que puedan efectuarse ajustes durante el año, como consecuencia de cambios en las estrategias de la dirección, condiciones externas, áreas de mayor riesgo o modificación a los objetivos de la entidad.	Se ejecuta plan anual de auditorías que es aprobado por el comité coordinador de control interno, donde se priorizan los procesos o subprocesos que presenten no conformidades.

Dentro del resultado de los índices de desempeño para la **dimensión control interno**, la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 61.7%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 78.2.0%, que nos ubica en el quintil 3, que corresponde al 60%, catalogado como de bajo desempeño.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

- Compromiso de la alta dirección con el sistema de control interno
- Seguimiento a la gestión del riesgo por parte de la oficina de planeación, y que las evaluaciones que salgan de ese seguimiento sean tenidas en cuenta para mitigar riesgos y evitar la materialización de los mismos.
- Monitoreo a los controles de los riesgos.
- Utilidad de la política de administración de riesgos para determinar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto.
- Gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información conforme a la metodología que plantee el Hospital.
- Generar un mecanismo para gestionar el incumplimiento de las normas de conducta ética por parte de los servidores y los contratistas.

El resultado general del desempeño de institucional para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, de acuerdo la calificación que emite el Departamento Administrativo arroja un porcentaje de 62.2%, que referenciado con el puntaje máximo a obtener de acuerdo a nuestro grupo par (Hospitales con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá) que es del 78.1%, que nos ubica en el quintil 3, que corresponde al 60%, catalogado como de bajo desempeño.

Finalmente, es preciso señalar que actualmente los procesos y subprocesos se encuentran realizando los ejercicios de auto diagnóstico para de esta forma conocer el avance en cada una de las dimensiones del MIPG, ejercicio que inicia

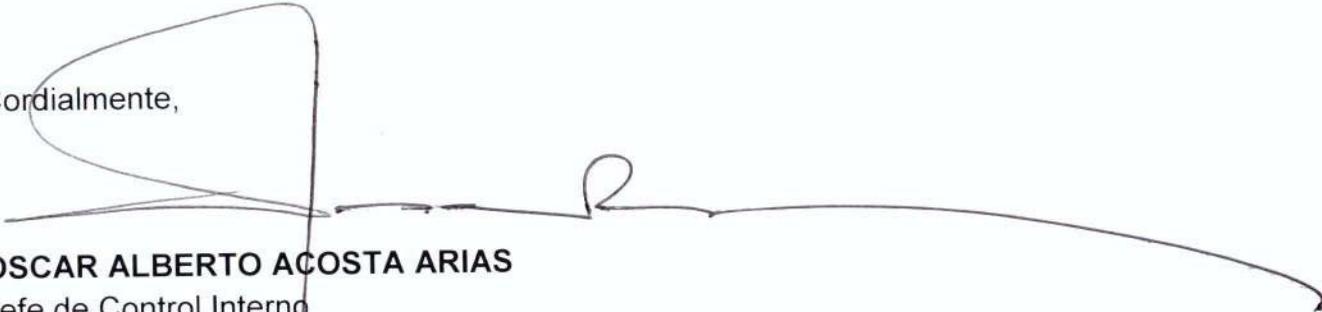


INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE MAYO DE 2018

con capacitación sobre el MIPG y el auto diagnóstico de las dimensiones de acuerdo a lo que se refleja en los procesos que se encuentran involucrados en las diferentes dimensiones.

Se anexa la calificación de Gestión y Desempeño Institucional de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, Vigencia 2017, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP, que se fijó en un 62.2% sobre un 100%, y sobre 78.1% sobre su par (Un hospital con las mismas características de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá), en 23 folios.

Cordialmente,


OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS
Jefe de Control Interno
E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

Anexo: veintisiete (27) folios
Anexos: Veintitrés (23) folios

c.c. Dr. Jhon Castillo Martínez
Gerente
c.c. Ingeniero Javier Antonio Melo Rivera
Sistemas
c.c. Archivo.

Proyecto y elaboro: Oscar Acosta.



modelo integrado
de planeación
y gestión

FUNCIÓN PÚBLICA
ABRIL 2018

Informe de Gestión y Desempeño Institucional

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL - FUSAGASUGÁ



MINHACIENDA



MINTIC



SECRETARÍA DE TRANSPARENCIA
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA



FUNCIÓN PÚBLICA
Departamento Administrativo de la Función Pública



ARCHIVO
GENERAL
DE LA NACIÓN
COLOMBIA



DNP
Departamento
Nacional
de Planeación



Colombia Compra Eficiente



Agencia Nacional de Defensa
Jurídica del Estado



DANE
Para tomar decisiones



CONTADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN

Handwritten signature or mark

Contenido

- 1 Metodología para análisis de los resultados de desempeño institucional
- 2 Resultados generales de desempeño institucional
- 3 Resultados de desempeño por dimensión y políticas
- 4 Índices desagregados de desempeño

p

1. Metodología para análisis de los resultados de desempeño institucional

El Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional agradece de manera especial a más de 3100 entidades que participaron de la medición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y los invita a analizar sus resultados y liderar las estrategias que consideren convenientes con el fin de lograr la mejora en la gestión de las entidades y fortalecer la confianza y legitimidad en la administración pública.

MIPG es un marco de referencia que permite a las entidades públicas, dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar su gestión con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos.

Entre el 17 de octubre y el 28 de noviembre de 2017 se llevó a cabo su medición; el propósito fue determinar la línea base a través de la cual la entidad identifica su grado de acercamiento a dicho marco de referencia. La medición fue estructurada para establecer un índice de desempeño general así como de las dimensiones y las políticas de gestión y desempeño institucional que hacen parte de MIPG.

Los resultados que se presentan a continuación, se soportan en la información registrada por su entidad, la cual fue validada por el representante legal a través del aplicativo FURAGE.

Para entender cómo se llegaron a los resultados del presente informe podrá consultar la metodología de medición del desempeño de entidades públicas en el micrositio de MIPG en el botón de "Cifras/Resultados de Desempeño 2017/Metodología de medición".

¿Cuál es la ruta a seguir teniendo en cuenta los resultados de desempeño?

La utilidad del presente informe se verá reflejada en la capacidad de la entidad para determinar su desempeño general, así como de cada una de sus dimensiones y políticas que conforman MIPG, y a partir de los resultados, definir las adecuaciones y ajustes requeridos para lograr un mejor desempeño institucional.

Para definir los planes de mejoramiento, se recomienda revisar las guías de autodiagnóstico diseñadas para cada una de las dimensiones, las cuales se encuentran en el enlace <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/mipg-dimensiones-operativas>; estas guías le permitirán a las entidades de manera autónoma y voluntaria, identificar los factores críticos en los cuales debe priorizar sus acciones.

Es importante tener en cuenta que para asegurar que los planes de mejoramiento se cumplan en una herramienta de gestión para movilizar los cambios, es necesario que las acciones de intervención se definan de manera clara y sean comprensibles para quienes deben llevarlas a cabo. Igualmente, es necesario determinar los recursos humanos, financieros, técnicos de infraestructura, entre otros, que se requieran, así como definir responsables de su ejecución y fechas de cumplimiento.

Es recomendable que una vez definidos los anteriores aspectos, se determine la viabilidad de su ejecución, y a partir de ello, tomar la decisión de cuales acciones son las que se deben priorizar porque tienen asegurado su cumplimiento, y de esta manera evitar esfuerzos que no aseguren al final el resultado esperado.

Adicionalmente, las entidades encontrarán en cada entidad líder de política, el respaldo a través del acompañamiento, para la implementación y/o mejora de los lineamientos propios de cada política. Con el fin de facilitar esta interacción, en el micrositio de MIPG se dispondrá del directorio de las entidades líderes de política y los enlaces y datos de contacto.

¿Cómo se analizaron los resultados?

Con un mayor aprovechamiento de la información y con el interés de que las entidades públicas puedan identificar mejores prácticas de gestión, bajo la iniciativa de la Unión Pública, se estructuró la metodología para el análisis de resultados de desempeño institucional de las entidades públicas, la cual fue aprobada por el Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional en su sesión del 08 de marzo de 2018.

La metodología para el análisis de la información parte de la determinación de no establecer ranking por desempeño; por el contrario, su propósito es en primer lugar, lograr que los resultados de las entidades se constituyan en una fuente de referencias individuales para que a partir de ella se establezcan metas propias de mejoramiento; y en segundo lugar, para que las entidades tengan mejores referentes de gestión dentro de un conjunto de entidades con características similares, y como resultado de esos referentes se desarrollen procesos de aprendizaje, réplica y mejoramiento en otras entidades.

Para lograr el propósito antes mencionado, la metodología para el análisis de resultados se estructuró teniendo en cuenta los órdenes nacional y territorial de la siguiente manera:

Orden Nacional:

Rama Ejecutiva

El análisis de los resultados de las entidades de la rama ejecutiva del orden nacional se efectuó de la siguiente manera:

Las empresas industriales y comerciales del estado, así como las sociedades de economía mixta, por su naturaleza jurídica y por el tipo de negocio que desarrollan se analizaron en un grupo independiente.

Para el análisis de resultados de las demás entidades de la rama ejecutiva del orden nacional, se organizaron en 5 grupos teniendo en cuenta las siguientes variables:

- Presupuesto de inversión
- Presupuesto de funcionamiento
- Número de servidores
- Número de regionales o seccionales
- Número de trámites
- Número de entidades adscritas o vinculadas (solo para cabeceras de sector)

Las ramas y entidades

Las demás ramas y entidades de orden nacional fueron clasificadas de la siguiente manera:

- Rama Judicial
- Rama Legislativa
- Organismos de Control y Vigilancia
- Organización Electoral
- Corporaciones Autónomas Regionales
- Universidades

- Banco de la República, Agencia Nacional de Televisión y Comisión Nacional del Servicio Civil

Orden Territorial:

A nivel territorial, se adoptó la tipología de municipios establecida por el DNE en su documento "Propuesta metodológica para el cierre de brechas territoriales" (D.P. 2015), la cual agrupa los municipios en 7 categorías, los departamentos en 5 categorías, las cuales a su vez se agrupan en 3 contextos de desarrollo, teniendo en cuenta los siguientes componentes temáticos:

- Urbano regional
- Condiciones de vida
- Económico
- Ambiental
- Institucional
- Seguridad

Así, las entidades fueron clasificadas de acuerdo a la tipología del municipio o departamento al que pertenecen. Adicionalmente, y con el fin de ser más comparables las mediciones a la clasificación anterior, se adiciona un segundo agrupamiento de las entidades de acuerdo a su propósito fundamental, de esta forma resulta más asertivo el análisis de los resultados, a manera de ejemplo puede verse que es de **mayor utilidad** la comparación entre los **resultados de los hospitales ubicados en municipios de tipología C** y no la comparación de todos los resultados de los hospitales del orden territorial.

¿Cómo leer los resultados?

Para efectos del presente informe, los grupos conformados por la metodología aquí expuesta tanto para las entidades del orden nacional como del orden territorial, se denominarán grupo par.

Dentro de cada grupo par, los resultados numéricos de las entidades se ordenaron y sub-agruparon en quintiles (cinco categorías cada una con el mismo número de entidades, equivalente al 20% del total de entidades).

El quintil es una medida de ubicación que le permitirá a la entidad conocer que tan lejos está del puntaje máximo obtenido dentro del grupo par. Una entidad con buen desempeño estará ubicada en los quintiles más altos (4 y 5), mientras que una entidad con bajo desempeño se ubicará en los quintiles más bajos (1, 2 y 3).

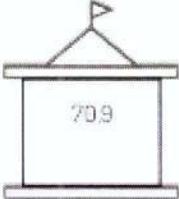
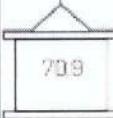
Para conocer el grupo al cual pertenece su entidad puede consultar el micrositio de MIPG en el botón de "Cifras/Resultados de Desempeño 2017/Informes por entidad".

Las entidades públicas recibirán los siguientes resultados:

1. El puntaje de desempeño institucional
2. El puntaje de desempeño por cada dimensión y por cada política
3. El puntaje de desempeño por índices desagregados

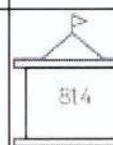
A continuación se presentan dos ejemplos que ilustran y facilitan la interpretación de los resultados.

Dimensión Talento Humano

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 70.9	86.1			 70.9		

El puntaje obtenido por su entidad en la dimensión de Talento Humano, corresponde a 70.9 puntos; el puntaje máximo alcanzado por alguna de las entidades que forma parte del grupo par, corresponde a 86.1 puntos; la ubicación de su entidad de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 3, es decir, el desempeño alcanzado en la dimensión de Talento Humano, indica que su entidad cuenta con un resultado que la posiciona dentro del 60% de los puntajes bajos del grupo par.

Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 81.4	88.0				 81.4	

El puntaje obtenido por su entidad en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, corresponde a 81.4 puntos; el puntaje máximo alcanzado por alguna de las entidades que forma parte del grupo par, corresponde a 88 puntos; la ubicación de su entidad de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 4, es decir, el desempeño alcanzado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, indica que su entidad cuenta con un resultado que la posiciona dentro del 10% de los puntajes más altos del grupo par.

¿Con quién me puedo referenciar frente a los resultados obtenidos por mi entidad?

La gran apuesta de Control Interno, como el sistema articular con MIPG, es poder contar con un sistema de información del desempeño de las entidades que permita conocer los mejores desempeños institucionales y a través de ellos identificar prácticas de gestión sobre las cuales se puedan referenciar las entidades, para que el modelo a través de su medición se construya en una fuente de conocimiento, aprendizaje continuo e innovación.

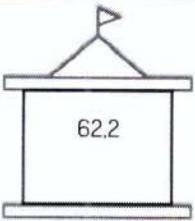
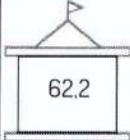
Teniendo en cuenta que la entidad conocerá las entidades que conforman el grupo par al que pertenece (grupo de entidades con características similares), podrá establecer contacto con aquellas que desee interactuar, con el fin de intercambiar experiencias y poder identificar buenas prácticas de gestión susceptibles de ser replicadas o adaptadas a su entidad.

2. Resultados generales de desempeño institucional

El índice de desempeño institucional refleja el grado de orientación que tiene la entidad hacia la eficacia (la medida en que se logran los resultados institucionales), eficiencia (la medida en que los recursos e insumos son utilizados para alcanzar los resultados) y calidad (la medida en la que se asegura que el producto y/o prestación del servicio responde a atender las necesidades y problemas de sus grupos de valor).

A continuación, se presenta el resultado de índice de desempeño institucional de su entidad:

Índice de Desempeño Institucional

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 62.2	78.1			 62.2		

3. Resultados de desempeño por dimensión y políticas

Dimensión de Talento Humano

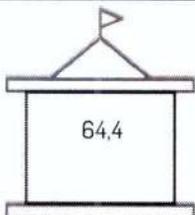
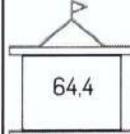
MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades sin el cual sería imposible gestionarse y lograr sus objetivos y resultados. El talento humano lo conforman todas las personas que laboran en la entidad y contribuyen con su trabajo al cumplimiento de su propósito fundamental, y a garantizar derechos y responder demandas de los ciudadanos, en el marco de los valores del servicio público.

Por ello, es importante que la entidad trabaje permanentemente para que sus procesos de selección y desarrollo de las personas estén acordes con las propias necesidades institucionales y con las normas que les rige en materia de personal, con garantía del derecho fundamental al diálogo social y a la concertación como principal mecanismo para resolver las controversias laborales y promover la integridad en el ejercicio de las funciones y competencias de los servidores públicos. Especialmente se recomienda trabajar en los siguientes factores críticos de éxito para el fortalecer esta dimensión en la entidad:

- Contar con la caracterización de todos sus servidores actualizada
- Coherencia de las estrategias y programas de talento humano y con los objetivos y metas institucionales
- La implementación frecuente y oportuna de los programas de inducción y reincorporación
- La inversión de recursos basada en la priorización de las necesidades capacitación
- El mejoramiento del clima laboral, a partir de su medición
- Coherencia entre los resultados de la evaluación de desempeño laboral y el cumplimiento de las metas institucionales

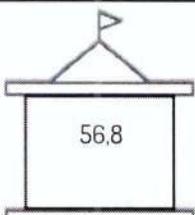
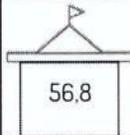
En este sentido, las entidades pueden consultar los lineamientos previstos en el Manual Operativo de MIPG y apoyarse en las herramientas de autodiagnóstico de las políticas de Gestión del Talento Humano y de Integridad, para identificar puntos débiles y fortalezas. Estos instrumentos están disponibles en el micrositio de MIPG en la página Web de Función Pública.

A continuación se presentan los resultados de los índices de la Dimensión y sus políticas:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 64.4	79.8		 64.4			

b

Política de Integridad

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 56.8	77.0		 56.8			

Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación

Para MIPG es vital que las entidades tengan claro su horizonte a corto, mediano y largo plazo, con lo cual puedan priorizar sus recursos y su talento humano y focalizar sus procesos de gestión en la consecución de los resultados previstos en los planes de desarrollo y nacionales o territoriales, con los cuales espera atender las demandas sociales y ciudadanas.

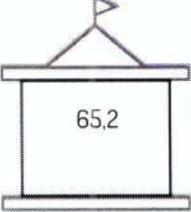
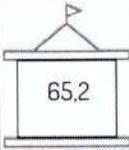
Por ello es importante que la entidad trabaje permanentemente para que sus procesos de planeación de actividades, metas y tiempos, asignación de responsables y programación presupuestal y de ejecución de gastos se enfoquen a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de sus grupos de valor (ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios), así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad institucional. De igual manera es importante definir adecuadamente los riesgos que pueden afectar el logro de lo previsto en los planes y los indicadores a través de los cuales monitoreará si estos se están cumpliendo en los términos y condiciones previstos.

Especialmente se recomienda trabajar en los siguientes factores críticos de éxito para el fortalecimiento de esta dimensión en la entidad:

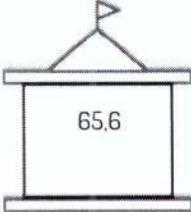
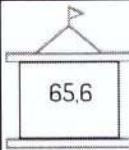
- Diseño y elaboración de planes con base en evidencias (resultados de auditorías internas y externas, de gestión de riesgos, capacidad institucional, desempeño de periodos anteriores)
- Coherencia en la política de administración de riesgos
- Pertinencia en el diseño de los indicadores de seguimiento
- Planes (estratégicos y de acción) orientados a atender las necesidades o problemas de los grupos de valor

En este sentido, las entidades pueden consultar los lineamientos previstos en el Manual Operativo de MIPG y apoyarse en las herramientas de autodiagnóstico de las políticas de Planeación Institucional y Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, para identificar puntos débiles y fortalezas, en las que la entidad puede trabajar para fortalecer la implementación del Modelo, estos instrumentos están disponibles en el micrositio de MIPG en la página Web de Función Pública.

A continuación se presentan los resultados de los índices de la Dimensión y sus políticas

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 65,2	80,2				 65,2	

Política de Planeación Institucional

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 65,6	81,6				 65,6	

Dimensión de Gestión con Valores para Resultados

MIPG facilita que la gestión de las entidades se oriente al logro de resultados en el marco de la integridad, a través de la puesta en marcha de los cursos de acción o trayectorias de implementación definidas desde los ejercicios de direccionamiento estratégico, teniendo en cuenta el talento humano del que dispone la entidad.

Por ello, es importante que la entidad desarrolle procesos que le permitan atender sus funciones y competencias legales y llevar a cabo actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público. Y en este sentido, se debe trabajar desde dos desde dos perspectivas: la primera, asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación sostenible de la organización: los procesos institucionales, la estructura organizacional, el suministro oportuno de recursos físicos y servicios internos, la gestión eficiente del gasto público, el uso estratégico de las TIC en la gestión de la entidad, la seguridad de la información, una defensa jurídica que garantice el ahorro y buen uso de recursos públicos, y en general todos aquellos aspectos que pueden facilitar la operación interna de las entidades (alianzas estratégicas, trabajo por proyectos).

Adicional a los requerimientos que exige contar con esquemas operativos ágiles, las entidades deben mantener una constante interacción con la sociedad de manera transparente y participativa, prestando un servicio de excelencia y facilitando la garantía del ejercicio de los derechos ciudadanos, a través de la entrega efectiva de trámites, servicios, información, programas y proyectos.

En este sentido, las entidades pueden consultar los lineamientos previstos en el Manual Operativo de MIPG y apoyarse en las herramientas de autodiagnóstico de las siguientes políticas, para identificar puntos débiles y fortalezas, en las que la entidad puede trabajar para fortalecer la implementación del Modelo:

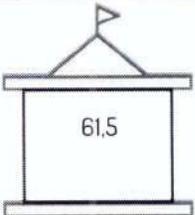
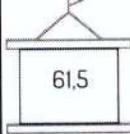
- Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público
- Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para la gestión y Seguridad de la Información
- Seguridad Digital
- Defensa jurídica

b

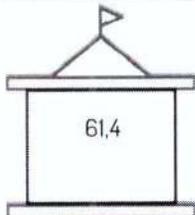
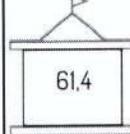
- Servicio al Ciudadano
- Racionalización de Trámites
- Participación ciudadana en la gestión pública
- Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea; TIC para el servicio y TIC para Gobierno Abierto

Estos documentos están disponibles en el micrositio de MIPG en la página Web de Función Pública.

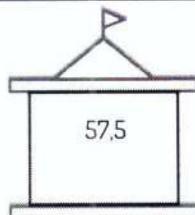
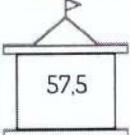
A continuación se presentan los resultados de los índices de la Dimensión y sus políticas.

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 61,5	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	75,8			 61,5		

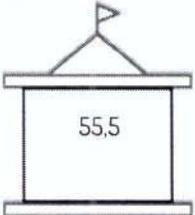
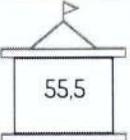
Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 61,4	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	83,2			 61,4		

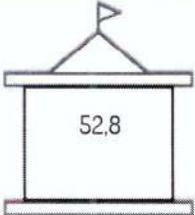
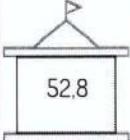
Política de Gobierno Digital

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 57,5	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	77,8		 57,5			

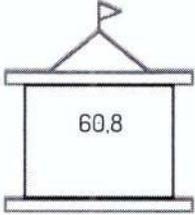
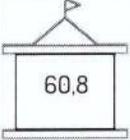
Política de Seguridad Digital

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	81,5					

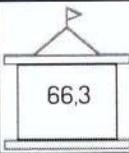
Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	79,6					

Política de Racionalización de Trámites

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	81,2					

Política de Servicio al Ciudadano

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 66.3	85.0				 66.3	

Dimensión de Evaluación de Resultados

Para MIPG es importante que las entidades conduzcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas en los tiempos y recursos previstos; así general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera esto le permite introducir mejoras en la gestión.

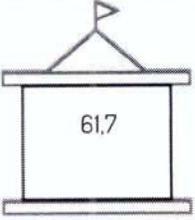
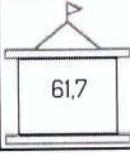
Por ello es importante que la entidad cuente permanentemente con un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de su planeación institucional a fin de identificar los avances o limitaciones de su gestión, y al final del periodo, saber si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, con las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos, e incluso los efectos de esta gestión en la satisfacción de las necesidades y problemas de los grupos de valor.

Tanto el seguimiento como la evaluación se fundamentan en indicadores para monitorear y medir el desempeño de las entidades, los cuales se diseñan desde el ejercicio de planeación institucional, y dada la importancia que tienen, deben enfocarse en los criterios, directrices y normas que orientan la gestión, y en los productos, resultados e impactos que esta genera.

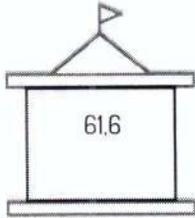
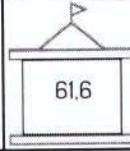
Especialmente se recomienda trabajar en los siguientes factores críticos de éxito para el fortalecer esta dimensión en la entidad:

- Monitoreo oportuno para generar intervenciones que aseguren el cumplimiento de las metas institucionales
- Monitoreo a la gestión del riesgo y control
- Coherencia entre la ejecución presupuestal y el cumplimiento de las metas institucionales
- Utilidad de los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de la gestión
- Mejoramiento en la prestación del servicio a partir de encuestas de satisfacción de los ciudadanos

En este sentido, las entidades pueden consultar los lineamientos previstos en el Manual Operativo de MIPG y apoyarse en la herramienta de autodiagnóstico de la política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional, para identificar puntos débiles y fortalezas, en las que la entidad puede trabajar para fortalecer la implementación del Modelo. Estos instrumentos están disponibles en el sitio de MIPG en la página Web de Función Pública.

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 61,7	82,0			 61,7		

Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 61,6	81,0			 61,6		

Dimensión de Información y Comunicación

MIPG contempla la Información y Comunicación como la dimensión articuladora que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones internas.

Por ello, es importante que en la entidad tanto la información como los documentos que la soportan (escrito, electrónico, audiovisual, entre otros), sean gestionados de manera que faciliten la operación de la entidad, el desarrollo de sus funciones, la seguridad y protección de la misma, todo ello garantizando la trazabilidad.

Así mismo, que esta información se difunda y transmita a través de múltiples canales de comunicación, tanto a los ciudadanos a quienes dirige sus bienes y servicios (grupos de valor), a quienes tienen algún interés en su gestión (grupos de interés) y a todos los servidores que laboran en la entidad.

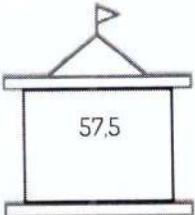
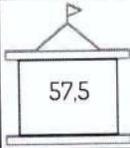
Especialmente, se recomienda tratar en los siguientes factores críticos de éxito para el fortalecer esta dimensión en la entidad:

- Gestión documental soportada en la Tabla de Retención Documental (TRD) y del Programa de Gestión Documental (PGD) de la entidad.
- Gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información conforme a la metodología planteada por la entidad
- Mecanismos para asegurar la trazabilidad sobre las transacciones realizadas en los sistemas de información
- Publicación de la información de la entidad en su sitio web u otro espacio accesible para los ciudadanos
- Acciones de diálogo implementada a través de múltiples canales y mejora de la gestión a partir de la retroalimentación de los grupos de valor

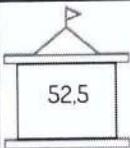
En este sentido, las entidades pueden consultar los lineamientos previstos en el Manual Operativo de MIPG y apoyarse en las herramientas de autodiagnóstico de las políticas de gestión documental, y de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, para identificar puntos

debiles y fortalezas, en las que la entidad puede trabajar para fortalecer la implementación del Modelo. Estos instrumentos están disponibles en el micrositio de MIPG en la página Web de Función Pública.

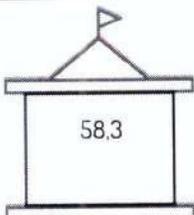
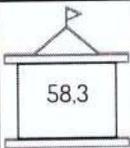
A continuación se presentan los resultados de los índices de la Dimensión y sus políticas:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 57,5	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	77,9		 57,5			

Política de Gestión Documental

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 52,5	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	86,5	 52,5				

Política Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 58,3	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	82,0		 58,3			

Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación

MIPG contempla la Gestión del Conocimiento y la Innovación como una dimensión que fortalece de forma transversal a las demás dimensiones, ya que reconoce que el conocimiento que se genera y produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.

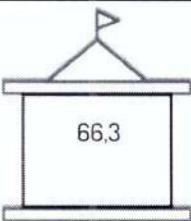
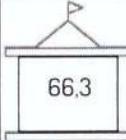
Por ello, es importante que en la entidad todos los datos, información, ideas, investigaciones y experiencias que se generan, se documenten y estén disponibles y de fácil acceso para todos los servidores. En esencia MIPG busca que las entidades aprendan de sus propias experiencias y propicien el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores públicos, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promueve la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo.

Especialmente se recomienda trabajar en los siguientes factores críticos de éxito para el fortalecer esta dimensión en la entidad:

- Análisis periódico de los indicadores de gestión
- Gestión documental acorde con la normativa y las instrucciones del Archivo General de la Nación
- Frecuencia de la inducción y reinducción
 - Mejoramiento del clima laboral para fomentar una mayor productividad y generación de conocimiento
 - Transferencia de conocimiento de los proveedores y contratistas hacia la entidad

En este sentido, las entidades pueden consultar los lineamientos previstos en el Manual Operativo de MIPG para identificar puntos débiles y fortalezas, en las que la entidad puede trabajar para fortalecer la implementación del Modelo. Estos instrumentos están disponibles en el portal de MIPG en la página Web de Función Pública.

A continuación se presentan los resultados de los índices de la Dimensión y su política:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 66.3	86.7				 66.3	

Dimensión de Control Interno

MIPG concibe al Control Interno como la dimensión que permite asegurar razonablemente que los demás componentes cumplan su propósito; al promover el diseño y aplicación de acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para su prevención y evaluación.

Por ello, es importante que la entidad implemente el Modelo Estándar de Control Interno. Dado que el instrumento a través del cual se materializa esta dimensión, es importante señalar que se cuenta con una nueva estructura del MECI la cual se fundamenta en cinco componentes, a saber: (i) ambiente de control, (ii) administración del riesgo, (iii) actividades de control, (iv) información y comunicación y (v) actividades de monitoreo. Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo esta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno.

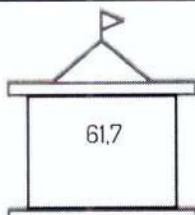
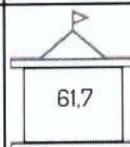
La estructura del MECI se organiza en tres líneas de control: (i) Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo; (ii) Primera Línea, conformada por los gerentes públicos, los líderes de proceso; (iii) Segunda Línea, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos donde existan comité de contratación, entre otros); y (v) Tercera Línea, conformada por la oficina de control interno.

Especialmente, se recomienda trabajar en los siguientes factores críticos de éxito para el fortalecer esta dimensión en la entidad:

- Compromiso de la alta dirección con el sistema de control interno;
- Seguimiento a la gestión del riesgo por parte de la oficina de planeación;
- Monitoreo a los controles de los riesgos;
- Utilidad de la política de administración de riesgos para determinar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto;
- Gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información conforme a la metodología planteada por la entidad.

En este sentido, las entidades pueden consultar los Lineamientos previstos en el Manual Operativo de MIPG, y apoyarse en la herramienta de autodiagnóstico de la práctica de control interno para identificar puntos débiles y fortalezas, en los que la entidad puede trabajar para fortalecer la implementación del Modelo. Estos instrumentos están disponibles en el micrositio de MIPG en la página Web de Función Pública.

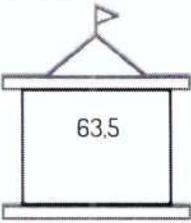
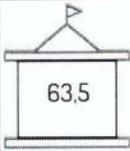
A continuación se presentan los resultados de los índices de la Dimensión y su política:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 61,7	78,2			 61,7		

Componente de Ambiente de Control

Este componente busca asegurar que la entidad disponga de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los Lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Garantizar un adecuado ambiente de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.

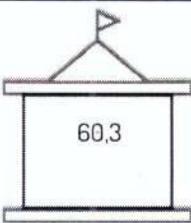
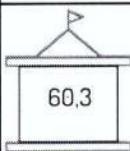
A continuación, se presentan los resultados del componente:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 63,5	80,5			 63,5		

Componente de Gestión de Riesgo

Este segundo componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y destinar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Este componente, requiere que la alta dirección canalice las oportunidades que surgen para que se reflejen en la estrategia, los objetivos y formular planes que permitan su aprovechamiento.

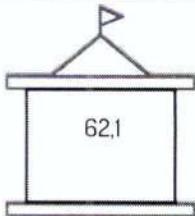
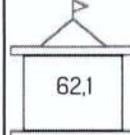
A continuación, se presentan los resultados del componente:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
 60,3	86,1			 60,3		

Componente de Actividades de Control

El tercer componente hace referencia a la implementación de controles, esto es, de los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, a través de actividades como determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos, implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control, y fortalecer el desarrollo de las actividades de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG.

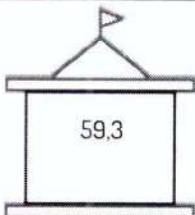
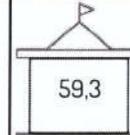
A continuación, se presentan los resultados del componente:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 62,1	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	83,9			 62,1		

Componente de Información y Comunicación

Este componente del control verifica que las políticas, directrices y mecanismos de construcción, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa, y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

A continuación, se presentan los resultados del componente:

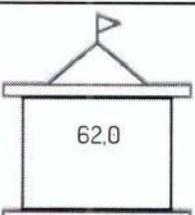
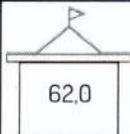
Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 59,3	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	81,2		 59,3			

Componente de Actividades de Monitoreo

Este componente comprende las actividades que se pueden dar en el día a día de la gestión institucional a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

De esta forma, la evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua (COSC, 2013: 143).

A continuación, se presentan los resultados del componente:

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
 62,0	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
	81,9			 62,0		

4. Índices Desagregados de Desempeño

Los índices desagregados de desempeño se muestran de la siguiente manera: el puntaje obtenido por la entidad, el puntaje máximo alcanzado dentro del grupo par y la ubicación de la entidad dentro del cuartil correspondiente, de acuerdo al puntaje obtenido.

A continuación, se presentan los resultados de los índices desagregados:

Índice	Puntaje Entidad	Valores de referencia					
		Puntaje máximo grupo par	Cuantiles				
			1	2	3	4	5
<u>Talento Humano</u> : Calidad de la planeación estratégica del talento humano	67,8	81,4				67,8	
<u>Talento Humano</u> : Eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano	55,0	76,3	55,0				
<u>Talento Humano</u> : Desarrollo y bienestar del talento humano en la entidad	62,2	83,0			62,2		
<u>Talento Humano</u> : Desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano	56,7	77,6			56,7		
<u>Integridad</u> : Adecuación Institucional para la Integridad	54,5	77,4		54,5			
<u>Integridad</u> : Acciones para promover ciudadanos corresponsables	58,8	84,7		58,8			
<u>Integridad</u> : Acciones para promover la integridad de los servidores públicos	68,7	84,8				68,7	
<u>Gobierno Digital</u> : Empoderamiento de los ciudadanos a partir del acceso a la información pública, la apertura de datos, la rendición de cuentas y la participación de la sociedad en el Gobierno, a través de medios medios electrónicos	50,6	78,4	50,6				
<u>Gobierno Digital</u> : Fortalecimiento de la gestión de TI a través de la planeación estratégica y gobierno de TI, la gestión de sistemas de información e infraestructura tecnológica y el uso y aprovechamiento de TI	62,9	81,0				62,9	
<u>Gobierno Digital</u> : Gestión, calidad y aprovechamiento de la información para la toma de decisiones.	54,4	86,5			54,4		

Índice	Puntaje Entidad	Valores de referencia					
		Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
			1	2	3	4	5
<u>Gobierno Digital</u> : Recursos dedicados para Seguridad de la Información	63,3	79,2				63,3	
<u>Gobierno Digital</u> : Apoyo de la alta dirección para la implementación del componente de Seguridad y Privacidad de la Información	68,0	79,4					68,0
<u>Gobierno Digital</u> : Gestión de los riesgos de Seguridad de la información en la entidad	52,5	81,6		52,5			
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Participación ciudadana con enfoque basado en Derechos Humanos	57,7	79,4		57,7			
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Intervención de los ciudadanos en los ejercicios de participación ciudadana en la gestión institucional	59,7	77,5			59,7		
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Calidad de la participación ciudadana	50,4	81,7	50,4				
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Eficacia de la participación ciudadana para mejorar la gestión institucional	55,6	84,9		55,6			
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Índice de Rendición de Cuentas en la Gestión Pública	52,5	81,2	52,5				
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Rendición de cuentas con enfoque basado en Derechos Humanos	58,0	79,4		58,0			
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Participación ciudadana en espacios de diálogo para la rendición de cuentas	56,6	78,0		56,6			
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Calidad de la rendición de cuentas	49,8	83,1	49,8				
<u>Participación Ciudadana en la Gestión Pública</u> : Eficacia de la rendición de cuentas para mejorar la gestión institucional	55,6	80,0		55,6			
<u>Racionalización de Trámites</u> : Calidad en la construcción de la estrategia de racionalización de trámites	60,9	78,1		60,9			
<u>Racionalización de Trámites</u> : Utilidad o beneficio de la acción de racionalización para el ciudadano	65,7	71,1					65,7
<u>Servicio al Ciudadano</u> : Enfoque ciudadano en las actividades de la entidad	69,5	82,9				69,5	
<u>Servicio al Ciudadano</u> : Enfoque hacia la excelencia en el servicio al ciudadano	66,6	86,2				66,6	
<u>Servicio al Ciudadano</u> : Nivel de inclusión de los grupos étnicos en los procesos de planeación	58,5	86,0		58,5			
<u>Servicio al Ciudadano</u> : Nivel de interlocución con grupos étnicos	52,6	84,1	52,6				
<u>Gestión Documental</u> : Calidad de la planeación estratégica de la gestión documental	51,0	85,3	51,0				

Índice	Puntaje Entidad	Valores de referencia					
		Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
			1	2	3	4	5
Gestión Documental: Calidad de la producción documental	66,0	70,3				66,0	
Gestión Documental: Calidad de la organización documental	56,7	82,8		56,7			
Gestión Documental: Calidad de la transferencia documental	57,2	69,4			57,2		
Gestión Documental: Conservación y preservación documental	51,5	88,2		51,5			
Gestión Documental: Nivel de implementación de tecnologías en la gestión documental	54,1	84,5		54,1			
Gestión Documental: Nivel de apropiación institucional de la cultura de gestión documental	49,0	80,2	49,0				
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública	58,4	81,6		58,4			
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Divulgación proactiva de la información	52,0	78,5	52,0				
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Atención apropiada a trámites, peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias de la ciudadanía	66,8	71,1					66,8
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Sistema de seguimiento al acceso a la información pública en funcionamiento	66,0	77,7				66,0	
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Lineamientos para el manejo y la seguridad de la información pública implementados	68,4	79,2					68,4
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Institucionalización efectiva de la Política de Transparencia y acceso a la información pública	64,8	85,2				64,8	
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Gestión documental para el acceso a la información pública implementada	54,3	87,7		54,3			
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Instrumentos de gestión de la información publicados	55,2	77,9				55,2	
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública aplicados	55,5	75,5		55,5			
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción: Eficacia de los controles para prevenir hechos de corrupción	58,6	81,1		58,6			
Gestión del Conocimiento: Eficacia del análisis de datos para mejorar la gestión institucional	66,5	82,1				66,5	

Índice	Puntaje Entidad	Puntaje máximo grupo par	Valores de referencia				
			Quintiles				
			1	2	3	4	5
Gestión del Conocimiento: Fomento de espacios de gestión del conocimiento para generar soluciones innovadoras	59,2	81,8		59,2			
Gestión del Conocimiento: Aprendizaje institucional y adaptación a nuevas tecnologías	66,3	87,0				66,3	
Control Interno: Ambiente de Control	63,5	80,5			63,5		
Control Interno: Gestión de Riesgo	60,3	86,1			60,3		
Control Interno: Actividades de Control	62,1	83,9			62,1		
Control Interno: Información y Comunicación	59,3	81,2		59,3			
Control Interno: Actividades de Monitoreo	62,0	81,9			62,0		