



<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

En cumplimiento del artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, como Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, publico en la página WEB Institucional de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, el informe pormenorizado del sistema de control interno correspondiente al primer cuatrimestre del año 2016, sobre el estado del Control Interno en la Institución, en los siguientes términos:

La estructura del sistema de control interno como parte administrativa y el modelo estándar de control interno como la parte operativa y ejecutiva del sistema de control interno nos permite en nuestra tarea de seguimiento y evaluación independiente, analizar los dos módulos, el eje transversal, los seis componentes, trece elementos y los productos que se tienen que generar y actualizar para darle continuidad, sostenimiento y fortalecimiento al sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en los siguientes aspectos a fortalecer y a otros aspectos en darle continuidad y sostenibilidad:

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Talento humano

Elemento: Acuerdos Compromisos y Protocolos Éticos

Mediante resolución 460 del 01 de diciembre de 2014, se actualizo el código de ética y buen gobierno, generado de manera participativa por consenso en la construcción del direccionamiento estratégico 2012 – 2024, para la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá

El proceso de talento humano, no programo jornadas de divulgación, socialización, para el primer cuatrimestre del año 2016, de los acuerdos, compromisos y protocolos éticos, y de la misma plataforma estratégica, a los servidores públicos de la entidad y a aquellos particulares contratados mediante órdenes de apoyo administrativas o asistenciales que cumplen funciones públicas.

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Talento humano

Elemento: Desarrollo del Talento Humano

Producto: Plan Institucional de Formación y Capacitación

A primer cuatrimestre del año 2016, no se ha generado formalmente mediante acto administrativo el plan institucional de capacitación 2016, como se viene observando desde el



OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	MAYO 6 DE 2016

año 2013, contraviniendo el Artículo 2 numeral 3 literal e de la ley 909 de 2004 principios de la función pública, el artículo 15 las unidades de personal de las entidades, numeral 2 Serán funciones específicas de estas unidades de personal, literal e) **Diseñar y administrar los programas de formación y capacitación, de acuerdo con lo previsto en la ley y en el plan nacional de formación y capacitación.**

Igualmente el decreto 1567 de 1998, dentro de las obligaciones de las entidades, en su artículo 11 literal b, debe **"Formular, con la participación de la Comisión de Personal, el plan institucional de capacitación, siguiendo los lineamientos generales impartidos por el Gobierno Nacional y guardando la debida coherencia con el proceso de planeación institucional."**

Decreto 1567 de 1998, artículo 3º, literal c, Planes Institucionales. Con el propósito de organizar la capacitación internamente, cada entidad formulará con una periodicidad mínima de un año su plan institucional de capacitación.

Este deberá tener concordancia con los parámetros impartidos por el Gobierno Nacional a través del Plan Nacional de Formación y Capacitación, con los principios establecidos en el presente Decreto - Ley y con la planeación institucional. Para ello las entidades podrán solicitar asesoría de la Escuela Superior de Administración Pública y el Departamento Administrativo de la Función Pública, entidad ésta que podrá revisar los planes, hacerles las observaciones que considere pertinentes y ordenar los ajustes que juzgue necesarios, los cuales serán de forzosa aplicación. La Comisión de Personal participará en la elaboración del plan y vigilará su ejecución.

*Literal c; Recursos.* Cada entidad contará para la capacitación con los recursos previstos en el presupuesto, así como sus propios recursos físicos y humanos, los cuales debe administrar con eficiencia y transparencia, estableciendo mecanismos que permitan compartirlos con otros organismos para optimizar su impacto. El Departamento Administrativo de la Función Pública apoyará la búsqueda de mecanismos de coordinación y de cooperación institucional que hagan posible utilizar con mayor eficiencia los recursos disponibles para hacer capacitación en las entidades del Estado.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

Para la aprobación del Plan Institucional de Capacitación "PIC" 2016, se formaliza utilizando un acto administrativo que se había separado con anticipación, resolución 126 del 19 de abril de 2016, no existiendo verdaderamente un control sobre los actos administrativos, los cuales deben ser temporales a lo que se va a formalizar, teniendo en cuenta que este acto se firmo el 06 de mayo de 2016.

Al embarcarnos en el sistema de control interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, observa la oficina de control interno que particulares que son contratados mediante órdenes de apoyo administrativo o asistencial, para ejercer funciones públicas no están inmersos en la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a sus cargos, y a la supervisión continua de la eficacia de los controles integrados, así mismo no desarrollan autoevaluación permanente a los resultados de sus labores, como parte del cumplimiento de las metas previstas por el proceso al cual pertenecen. Igualmente no toman acciones que permitan realizar el ejercicio del autocontrol en sus puestos de trabajo, con el fin de que detecten las desviaciones que puedan entorpecer el desarrollo de sus funciones, como parte fundamental y eje principal del correcto sostenimiento y fortalecimiento continuo del sistema de control interno.

Las unidades de personal formularán los planes y programas de capacitación para lograr objetivos, en concordancia con las normas establecidas y teniendo en cuenta los resultados de la evaluación del desempeño.

En la evaluación del desempeño se cumplió con la calificación de los funcionarios dentro de la evaluación anual ordinaria que abarca el período comprendido entre el primero (1°) de febrero y el treinta y uno (31) de enero del año siguiente; la cual se debe producir a más tardar el quince (15) de febrero de cada año e incluye dos evaluaciones parciales semestrales, los funcionarios se calificaron con oportunidad, pero no se estableció con el servidor a evaluar, dentro de los quince (15) días siguientes al vencimiento del período evaluado, los compromisos laborales encaminados a los productos, servicios o resultados susceptibles de ser medidos, cuantificados y verificados, que el evaluado deberá alcanzar en el período a evaluar, en cumplimiento de la planeación estratégica del Hospital para el logro de los fines del Estado.

La comisión de personal debe verificar que el proceso de evaluación del desempeño laboral se realice según lo establecido legalmente.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

La oficina de control interno suministra información sobre los resultados de las evaluaciones de las áreas, resaltando las acciones de mejoramiento que se tienen que llevar a cabo sobre los hallazgos detectados, acciones de mejoramiento que se recomiendan pero no se cumplen, ni se ejecutan ni se rinden informes de los planes de mejoramiento, quedan en un documento de apoyo que da la oficina de control interno.

Para la auditoria que se realizo al subproceso de almacen - inventarios del hospital, al subproceso de propiedad planta y equipo, caja menor, se generaron planes de mejoramiento, para las demás auditorias que realizo la oficina de control interno no se generaron planes de mejoramiento, pero no se ven reflejados la ejecución de los avances trimestrales que se deben presentar a la oficina de control interno.

Por eso la oficina de control interno remite el informe sobre los resultados de la evaluación de gestión de los procesos, subprocesos, basados en el ejercicio auditor que se lleva cabo, para que sean tomadas como criterio o factor en la evaluación del desempeño laboral de los servidores.

Se recomienda planeación, organización, dirección y autocontrol en las diferentes actividades que tiene que desarrollar el proceso de talento humano para concretar y ejecutar el plan institucional de capacitación para el año 2016, de acuerdo a la asignación presupuestal, igual que haya prevalencia en el derecho que tienen los funcionarios a capacitarse, como adquisición de conocimientos y el mejoramiento de aptitudes, capacidades, entendimiento y condiciones naturales de una persona, así como el desarrollo de sus creencias y valores que forman parte de su comportamiento.

No se genera el programa de bienestar formalmente mediante documento, ni lo adoptan por acto administrativo.

No se genera el programa del Plan de Incentivos formalmente mediante documento, ni lo adoptan por acto administrativo.

A pesar que varios informes pormenorizados del sistema de control , se llama la atención sobre un procedimiento específico en el proceso de talento humano para la verificación de hojas de vida, perfil, títulos y la idoneidad del personal que se vincula al hospital, se vuelve a



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

insistir en que se requiere un procedimiento específico para lograr un filtro adecuado, en aras de blindar a las directivas y al mismo hospital en la contratación, para que el personal que entra a laborar al Hospital por ordenes de apoyo asistenciales o administrativas, sea el idóneo, tenga la pericia suficiente, sea una buena hoja de vida y cumpla con los requisitos de ley, falencia que se sigue presentando y se observa en las auditorias que realiza la oficina de control interno, lo mismo para el personal que se terceriza, donde no se conocen las hojas de vida del talento humano que suministra el contratista que terceriza.

Este procedimiento debe ser claro, que defina la responsabilidad si es el proceso de talento humano o el subproceso de contratación, o las subgerencias, quienes deben verificar las hojas de vida, los títulos de estudio, las referencias laborales, la idoneidad y pericia de los contratistas, para que no se sigan presentando falencias en la asignación del personal y en la asignación de obligaciones que se les hace cuando se vinculan contractualmente al Hospital.

La vinculación de personal al Hospital debe ir amarrado al proceso de inducción que debe tener toda persona que se vincule para desarrollar actividades en los diferentes procesos de la Institución.

Se debe observar la expedición de la resolución 125 de abril 15 de 2016, donde se establecen parámetros bajo términos que no son coherentes con la organización interna del Hospital reflejada en el manual de operaciones por procesos, como son las fijados en el artículo primero de la mencionada resolución, referente a:

Objeto del contrato, que consiste su definición en crear, modificar, regular o extinguir obligaciones, en suma el objeto del contrato, es en esencia una fuente creadora de obligaciones de dar, hacer y no hacer, puede ser un objeto directo que es el crear, transmitir, etc derechos y obligaciones; o bien, un objeto indirecto que puede ser un bien o los actos o abstenciones pactadas, y no es la descripción de un título, como se contempla en el objeto de contrato de la mencionada resolución, que en concepto de la oficina de control interno corresponde a un grupo ocupacional que son las categorías que permite organizar grupos en razón de su formación, capacitación y experiencia reconocida, que consiste evolucionar desde



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

un modelo jerárquico, basados en categorías hacia un modelo organizativo, para el caso del Hospital Modelo de operación por procesos, basado en los procesos, subprocesos y en un análisis de carga laboral de las personas que ejecutan los procedimientos.

Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimiento especializado, Ley 80 de 1993.

Igualmente el perfil lo contemplan con una descripción que corresponde a unos requisitos de estudio y experiencia, teniendo en cuenta que los requisitos de estudio y experiencia se refieren y se entienden como por estudios los conocimientos académicos de tipo básico, técnico, tecnológico o profesional, adquiridos en instituciones públicas o privadas, debidamente reconocidas por el gobierno nacional para la ejecución de un empleo.

Por experiencia se definen los conocimientos, las habilidades y las destrezas adquiridas o desarrolladas mediante el ejercicio de una profesión, arte u oficio, que se encuentran previamente establecidos como requisito para la ejecución de un empleo, riñendo esto con los párrafos primero y segundo del artículo primero, donde definen el perfil a aplicar como las actividades a desarrollar por el contratista y no por el estudio como lo contemplan en el artículo primero en la tabla donde adoptan salarios.

Claramente un perfil se debe definir y describir como el conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones, tareas o actividades de una determinada profesión o trabajo y el requisito como una circunstancia o condición necesaria para algo, es lo que se necesita para cumplir el ejercicio de una profesión, arte u oficio, que se encuentran previamente establecidos como requisitos para la ejecución de unas funciones o actividades.

Son prioridades para el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población las finalidades sociales del Estado, que tiene como objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación. *Artículo 366 de la Constitución Política de Colombia.*

Por eso es de cuidado la situación financiera que puede conllevar a que los fines del estado no se cumplan más específicamente en brindar nuestro servicio misional orientado hacia la salud, con la aplicación de la resolución 125 del 15 de abril de 2016, al no planear bien, no contemplando un estudio económico y de análisis de cargas laborales, que nos determinen con que profesionales, técnicos y auxiliares deben contar los diferentes procesos, subprocesos y su costo, de acuerdo a la organización interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, mas cuando se tiene un presupuesto basado en recaudos y en una cartera corriente, aprobado para el año 2016, donde se tiene presupuestado la remuneración por servicios técnicos, con un plan anual mensualizado de caja, que no nos permite asumir obligaciones o compromisos de pago que superen la cuantía de los montos aprobados en el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).

Se puede referenciar como fortaleza el hecho de actualizar el Manual de Inducción y Reinducción por cambio en la plataforma estratégica de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, mediante acto administrativo 253 del 31 de agosto de 2015.

Igualmente se crea la comisión de personal de acuerdo a la ley 909 de 2004 y el comité de convivencia teniendo en cuenta la ley 1010 de 2006, resolución 2646 de 2008 y resolución 652 de 2012. La cual cumplió con el ejercicio de participar en la elaboración del plan institución de capacitación 2016, y procederá a su seguimiento.

## **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Planes Programas y Proyectos

Se cuenta con plataforma estratégica, adoptada y aprobada mediante resolución 409 del 22 de octubre de 2014.

No se tienen fichas de indicadores, de efectividad, eficiencia e impacto, para medir los avances en la planeación.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

El proceso de planeación por ser unos de los procesos más transversales y por su carácter estratégico en la gestión que realiza la alta dirección en el Hospital, debe contar y saber sobre las existencias de recursos suficientes dentro del presupuesto, asegurándose la disponibilidad de estos para el cumplimiento y generación de los planes, programas y proyectos establecidos de carácter misional, en aras de planear bien para evitar traslados y adiciones presupuestales, teniendo en cuenta que esto genera un desbalance financiero y presupuestal al interior del Hospital, que puede afectar lo planeado, mas cuando se tiene un presupuesto basado en recaudos y en una cartera corriente aprobado para el año 2016, que no nos permite asumir obligaciones o compromisos de pago que superen la cuantía de los montos aprobados en el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).

Los planes operativos de los diferentes procesos y subprocesos no se volvieron a autoevaluar, por lo tanto no existe un seguimiento a los indicadores, a lo ejecutado y a las metas propuestas por los procesos y subprocesos para la vigencia, igualmente se refleja que no se han elaborado planes operativos en los diferentes procesos y subprocesos para el año 2016, se debe tener en cuenta la interinidad que vive actualmente el Hospital en la alta dirección y el proceso de aprobación en que se encuentran los planes de desarrollo departamental y municipal, para poder generar el plan de gestión de la gerencia y los mismos planes operativos de los procesos y subprocesos, para que vayan transversalizados con los planes de desarrollo departamental y municipal.

En el SIAU, las quejas de los usuarios, se tramitan mediante requerimientos a los procesos y subprocesos, sobre lo sucedido, para establecer planes de mejoramiento o correctivos que subsanen y corrijan la falencia presentada, se observa que la celeridad en la respuesta que dan los diferentes procesos y subprocesos al requerimiento del SIAU sobre la PQRS, ha mejorado, lo mismo que la calidad y atributos de la respuesta, permitiendo responder en tiempo de ley a los usuarios e informando los correctivos que se tomaron o invitándolos a que concilien con el implicado en la queja, en aras de armonizar el trato y la atención entre el cliente interno y el cliente externo, para que la atención sea, con oportunidad, calidad, calidez y humanización.

Las respuestas de los procesos y subprocesos a los requerimientos de los usuarios mediante PQRS, canalizadas por el proceso del SIAU, para el año 2015 fueron de un 30% sobre un total de 280 quejas equivalente a 84 quejas con respuesta y un 70% que no se contesto, equivalente a 196 quejas.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

Se observa que para el primer cuatrimestre de 2016, las quejas presentadas por los usuarios fueron de 197 quejas con respuesta y direccionamiento al usuario del 95%, y un 5% sin respuesta equivalente a 10 PQRS, lo que relativamente nos demuestra un alto porcentaje de contestación y de respuesta al usuario, pero también nos demuestra que las quejas se incrementaron, mostrando en contexto que los usuarios ya reportan, porque encuentran una receptividad en la oficina de atención al usuario y porque existen servicios que son álgidos en la prestación del servicio por su alta demanda, sobrepasando la oferta y la capacidad instalada con que cuenta el servicio, vale mencionar el servicio de urgencias, donde en ocasiones se tiene que declarar la emergencia funcional, lo que molesta a muchos usuarios por la falta de oportunidad y calidad, reflejándolo en PQRS.

La capacidad de respuesta de los procesos y subprocesos es el reflejo de la capacitación, la intervención de la oficina de atención al usuario, y los términos de ley que regulan el tiempo en que se le tiene que dar respuesta al usuario, conllevando igualmente a que se tomen correctivos sobre las falencias presentadas y si la queja es repetitiva se le apunta a un plan de mejoramiento que le de continuidad y sostenibilidad a corregir la falencia para mejorar la atención que se le debe brindar al cliente externo e interno

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Modelo de Operación por Procesos

Dentro del sistema de control interno la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en la parte operativa que debe cumplir el modelo estándar de control interno y como un producto que se debe generar, se presenta como gran fortaleza el avance y actualización del modelo de operación por procesos, proyecto presentado en el comité coordinador de control interno del 05 de agosto 2015 y aprobado con las correcciones solicitadas, en los comités del mes de octubre y diciembre, de 2015 y febrero y abril 2016, quedando aprobado para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el mapa de procesos y la estructura del modelo de operación por procesos, con 4 macraprocesos, 16 procesos, y 29 subprocesos.

Con base en lo anterior en reunión ordinaria del comité coordinador de control interno celebrada el 27 de abril de 2016, se determino generar el acto administrativo por medio del cual se formaliza la estructura del modelo de operación por procesos para la E.S.E. Hospital San



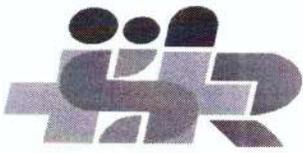
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

Rafael de Fusagasugá y generar acto administrativo para el mapa de procesos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Igualmente se acordó referenciar el manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano, "MECI: 2014", del Departamento Administrativo de la Función Pública, "DAFP", para que con base a los productos mínimos establecidos y adoptados de acuerdo a la normatividad y al direccionamiento estratégico hacen que se establezca un estándar de la operación de la entidad a través de los procesos y sus respectivos procedimientos, teniendo en cuenta que:

1. Es conveniente que para la caracterización de los procesos y procedimientos se involucre a los servidores públicos que hacen parte del mismo, ya que son ellos quienes conocen como se realizan las actividades y cuál es su secuencia.
2. Los procesos deben acomodarse a la realidad de las instituciones y no lo contrario, es decir, estos deben ser un espejo de las actividades que se llevan a cabo en la entidad.
3. El representante de la Alta Dirección se asegurará de la existencia de procesos (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación), que permitan gestionar de manera eficaz y eficiente la razón de ser de la entidad. A su cargo estará facilitar los parámetros para la construcción, ejecución y seguimiento a los mismos. Sin embargo, la responsabilidad de su mantenimiento y mejora, es de cada uno de los líderes de los procesos y sus grupos de trabajo.
4. Una vez caracterizados los procesos es necesario darlos a conocer a todos los servidores públicos de la entidad, esto con el fin de que se conozca la forma en la que la entidad funciona.
5. En las actividades de inducción y reinducción se debe hacer referencia a los procesos de la entidad, socializando su caracterización, los procedimientos que los componen y los indicadores que se han definido para cada uno de ellos.
6. Para el mayor entendimiento de la interrelación que tienen los procesos es recomendable que se haga una representación gráfica de los mismos, en la que se deje claro la forma en la que se relacionan unos con otros. (Mapa de procesos)
7. Es necesario que los procesos y procedimientos sean revisados periódicamente



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

por parte de sus responsables, y que los ajustes que se realicen sean dados a conocer de manera oportuna a los servidores públicos. Es importante que se verifique que los medios por los cuales se comunican los cambios garanticen el conocimiento de los mismos.

8. Los servidores públicos deberán contar con mecanismos que les permitan realizar sugerencias de mejora a los procesos y procedimientos. La alta dirección tomará en cuenta las sugerencias y de considerarlo pertinente realizará los ajustes necesarios.

9. El Jefe de Control interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces podrá incluir dentro de su programa de auditoría la evaluación a los aspectos que sean relevantes en los procesos establecidos por la entidad.

La coordinación jurídica en transversalidad con proceso de planeación deben definir la parte considerativa y resolutive del acto administrativo que formalice la estructura del modelo de operación por procesos y el mapa de procesos del hospital, teniendo en cuenta que en la parte resolutive se contemple un artículo donde se informe a la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el procedimiento que empieza el hospital en la caracterización del modelo de operación por procesos y el mapa de procesos, de acuerdo a la estructura aprobada en el comité coordinador de control interno, esto debe realizarse con acompañamiento del Representante de la Dirección para el "MECI: 2014"

Los procedimientos deben convertirse en un control del Hospital, encaminado a lograr que las actividades se desarrollen siguiendo una secuencia lógica, que permita que quien los realice pueda llevarlos a cabo de la misma manera en la que lo efectuaría cualquier otro servidor que siga lo descrito en el mismo, ajustándonos a la definición y ejecución de la norma técnica de calidad de la gestión pública NTCGP1000, que define el procedimiento como la forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

Se espera que como productos mínimos del modelo de operación por procesos, el proceso de planeación genere el mapa de procesos, divulgación de los procedimientos, y un proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y las partes interesadas, para llevar a buen término la actualización del modelo de operación por procesos como proyecto presentado al comité coordinador de control interno por el proceso de planeación para su aprobación.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

El representante de la alta dirección debe asegurar la existencia de los procesos que permitan gestionar de manera eficaz y eficiente la razón de ser del Hospital, facilitando la construcción, ejecución y seguimiento a los mismos, sin embargo la responsabilidad de su mantenimiento y mejora, es de cada uno de los líderes de los procesos y sus grupos de trabajo.

**MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Estructura Organizacional

Una vez actualizado y aprobado el modelo de operación por procesos, se actualiza el Mapa de procesos y la estructura organizacional interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

La estructura organizacional y organización interna del Hospital, una vez definida y actualizada de acuerdo al mapa de procesos y el manual de procesos y procedimientos debe facilitar la gestión por procesos y la transversalidad de los mismos, donde se identifiquen los niveles de responsabilidad y autoridad jerarquizada, ya bien sean ejecutados por funcionarios o contratistas que desempeñen funciones públicas.

La organización interna del hospital debe relacionar la transversalidad y la línea jerárquica de los procesos y subprocesos, con la comunicación y engranaje que deben tener los mismos de acuerdo a los procedimientos que se ejecuten y a las políticas que fije el Hospital, para el logro de los objetivos que se contemplan en la plataforma estratégica, de acuerdo a la autoridad jerárquica fijada en el organigrama y organización interna del hospital, por eso es tan importante conocer el talento humano que se conformara para ejecutar los diferentes procesos y subprocesos y su costo, en aras de la organización interna que tenga el Hospital, pueda cumplir con los procedimientos que llevaran a cabo en la parte administrativa y asistencial, en beneficio de atender y dar un servicio con oportunidad y calidad a los usuarios

**MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Indicadores de Gestión

De acuerdo a la actualización del modelo de operación por procesos aprobado, específicamente en su producto mapa de procesos se deben generar indicadores para todos



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

los procesos y subprocesos, con su caracterización y fichas, se debe proceder a socializarlos con los líderes de los procesos y subprocesos para que los analicen, realicen sus aportes en aras de dejar el indicador bien definido y caracterizado, para formalizarlo y que haga parte del manual de procesos y procedimientos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Igualmente se debe generar cuadros de control para seguimiento a los Indicadores de Gestión de los procesos, ya sean de eficacia, eficiencia y de impacto.

Esto permitirá controlar el comportamiento de los factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos del hospital, y al mismo tiempo facilitara la autoevaluación y la evaluación independiente, como mecanismo de evaluación y seguimiento.

Se hace seguimiento a la gestión gerencial y se presentan informes a la junta directiva, basados en una matriz de indicadores de gestión gerencial, a pesar de encontrarnos en un proceso gerencial interino, mientras realiza el concurso meritocratico para la elección del Gerente

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

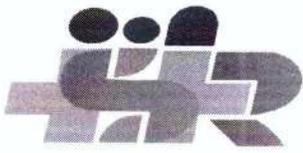
Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Políticas de Operación

Se tiene políticas para la administración del riesgo, para información y comunicación, formalizadas mediante actos administrativos, para las de direccionamiento estratégico se contemplaron en la plataforma estrategia, sin embargo para lo referente a las políticas de administración del riesgo, y la política de información y comunicación, se quedan en el documento, teniendo en cuenta que los planes que se programaron para su ejecución no se lleva a buen término. Por lo tanto se deben socializar y divulgar soportándola con actas de asistencia, igualmente se deben mencionar en procesos de inducción y reinducción que se debe cumplir con las personas que se vinculen al Hospital, especificándoles a que procesos responde cada una de ellas.

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente: Administración del Riesgo



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

La Administración del riesgo es reconocida como practica integral de una buena gerencia, por eso La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá mediante resolución 258 de septiembre 04 de 2013, actualizo la política de administración del riesgo, contenido en un documento anexo de 32 folios, donde claramente se definen las responsabilidades para la operatividad de las políticas de administración de riesgos y el mapa de riesgos

La oficina de control interno hará seguimiento y evaluación independiente a las acciones que se desarrollen para una efectiva administración del riesgo

La oficina de control interno en sus diferentes auditorías realizadas a los procesos y subprocesos y a los informes pormenorizados generalizados del sistema de control interno ha reportado riesgos que se han materializado y que fueron contemplados en el mapa de riesgos institucional y en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, dejando como ejemplos entre otros:

- El no seguimiento institucional a los planes operativos de los procesos.
- Prestación de servicios sin cumplir con los estándares de habilitación y/o atributos de calidad esperados
- Cierre de servicios ofertados por incumplimiento de requisitos de habilitación.
- Contratar personal sin que cumplan los perfiles establecidos.
- Actividades realizadas y no facturadas o mal facturadas.
- Mal manejo de los inventarios de la institución.
- Alto nivel de aceptación de glosas.

Esto, genero recomendaciones de la oficina de control interno, para que se tomaran correctivos y ajustes necesarios para minimizar los riesgos y por lo tanto darle un manejo adecuado a los riesgos que han sido recurrentes y que se siguen plasmando en los mapas de riesgos institucionales.

El mapa de riesgos de los años 2015 y 2016, se levantaron y generaron teniendo en cuenta las cuatro etapas de la administración del riesgo y que están contempladas en la actualización de la política para la administración del riesgo, como son el riesgo, la evaluación del riesgo, la valoración del riesgo y la administración del riesgo.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

Los mapas de riesgos para los años 2015 y 2016 formalizados y aprobados mediante sendos actos administrativos, van en contravía con la política de administración del riesgo, porque se aprueban y formalizan antes de ir al comité coordinador de control interno, que los debe adoptar, publicar y divulgar, que es concordante con lo que le apunta el requerimiento de darle viabilidad al interior del comité coordinador de control interno.

La trazabilidad del mapa de riesgos es razonable con base a los correctivos, planes de mejoramiento ajustes necesarios y acciones establecidos por la administración de acuerdo a los hallazgos que se han detectado en el ejercicio auditor, de lo cual la oficina de control interno no ha tenido conocimiento a la fecha.

El mapa de riesgos, con sus cuatro etapas, se tiene que decir que el mapa de riesgos para el año 2016 ya fue avalado, formalizado y aprobado, mediante acto administrativo resolución 027 del 28 de Enero de 2016, para el año 2015 fue aprobado por extemporáneamente mediante acto administrativo resolución 138 el 08 de mayo de 2015.

La oficina de control interno valora los requerimientos del presidente del comité coordinador de control interno, porque permite reflejar las debilidades en que se viene incurriendo en la política de la administración del riesgo, la cual carece de un plan para su aplicación.

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente: Administración del Riesgo

Elemento: Identificación del Riesgo

Se genera el mapa de riesgos para los años 2014 y 2015, debiéndose generar o actualizar anualmente, donde se plasman los tipos de riesgo y riesgos, la probabilidad que suceden y su impacto de llegar a concretarse, pero no se revisan periódicamente, con el fin de establecer si los existentes siguen siendo riesgo para el Hospital, o si existen nuevos riesgos no identificados producto de cambios en el interior del Hospital o su entorno

Se sigue insistiendo en socializar con los diferentes procesos y subprocesos el mapa de riesgos institucional, soportándolo con actas, además de que cada proceso y subproceso genere su mapa de riesgo, en aras de consolidar el mapa institucional para que de acuerdo a este priorizar los riesgos que tengan más posibilidad de ocurrir.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

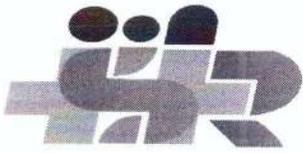
**MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente: Administración del Riesgo

Elemento: Análisis y Valoración del Riesgo

Se debe realizar el seguimiento al mapa de riesgos institucional, analizando, identificando y valorando aquellos riesgos que tengan más alta probabilidad de ocurrir o de materializarse y el impacto que producirían al concretarse, con el fin de establecer las acciones que se van a implementar para evitarlo o mitigarlo.

Existen procesos con alto grado de exposición a que se materialice por falta de planeación, controles, indicadores, gestión, estudio de mercados, como lo refleja la Contraloría de Cundinamarca para la auditoria integral realizada en el 2015 a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá correspondiente a la vigencia 2014, donde en las observaciones para la evaluación de la contratación administrativa encuentra que no se cuenta con un análisis que soporte el valor estimado del contrato, pues según la norma: "el valor estimado del contrato es el fruto de un minucioso estudio de mercado que la entidad debe realizar no solo con el fin de precisar el valor aproximado de los bienes, obras o servicios que se requiere, sino para definir de manera más exacta la naturaleza de los mismos, por lo que dentro de los estudios previos se debe incluir el resultado", el ejercicio auditor de seguimiento y evaluación de la oficina de control interno ha reflejado hallazgos que producen posible detrimento patrimonial, especialmente en el proceso de contratación como es el firmado para el proceso de urgencias, entre la cooperativa de trabajo asociado de especialidades medicas "CODESMED CTA" y la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá desde el mes de Febrero de 2015 hasta el mes de abril de 2016, donde la contratación para el proceso de urgencias adulto para el mes de enero de 2015, lo realizaba la cooperativa de trabajo asociado para la prestación de servicios a entidades del sector salud "COOMESALUD", por valor de \$91.080.000.00, contratándose luego para el mes de febrero y marzo de 2015 con la cooperativa de trabajo asociado de especialidades medicas "CODESMED CTA" el mismo proceso por valor \$396.000.000.00, saliendo mes a \$198.000.000.00, más sin tener un sistema de costos institucional, que nos permita identificar el costo de producción de cada centro de costo, como para que el Hospital haga un reconocimiento porcentual sobre un valor facturado bruto de una unidad de cuidado intermedio de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá que no cumple los requisitos para su habilitación, sin dejar de contemplar que para los meses siguientes la cuantía del contrato por mes aumento a un valor de \$264.438.000.00.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

Esto conlleva a que la oficina de control interno solicitara la intervención de la Dirección de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, en verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas en el decreto 1011 de 2006 y resolución 2003 de 2014, para el servicio de urgencias donde funcionaba en la sala de reanimación una unidad de cuidados intermedios y una unidad de cuidados intensivos, donde se determinó que la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, no cumple los estándares o criterios de habilitación establecidos en la resolución 2003 de 2014, para los servicios de cuidados intermedio adultos (107), cuidado intensivo adulto (110), en el servicio de urgencias, imponiéndose una medida de seguridad, estos servicios solo se pueden prestar en el área habilitada para tal fin, área de internación u hospitalización, igualmente se suspende el servicio de cuidado intensivo pediátrico (109) por estar prestando sin hallarse inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

La dirección de Inspección Vigilancia y control de la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca profirió auto de investigación administrativa en contra de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, por este hecho

A pesar que desde mayo de 2014, la oficina asesora de control interno de acuerdo a los hallazgos encontrados en la auditoría a las diferentes ordenes de suministro de víveres frescos, abarrotes y carnes, dio recomendaciones sobre la terminación de contratos que reflejaban posibles detrimentos patrimoniales y sobrecostos, los cuales se adjudicaron sobre documentos espurios, se continúa contratando con el mismo proveedor, haciendo caso omiso a las recomendaciones de la oficina de control interno, ejemplo; ordenes de suministro de víveres frescos y abarrotes firmados con Andina Express de Colombia, por eso la Contraloría de Cundinamarca llama la atención que "No existe un estudio serio técnico, que sirva de justificación para la adquisición de víveres carnes y abarrotes, el mismo comportamiento se observa en la mayoría de productos destinados a la alimentación."

Igualmente dice "Se evidencia un alto costo en alimentación, se debe realizar un análisis de contención de costos en aras de la austeridad del gasto."

Así mismo es conveniente identificar proveedores de materiales, equipos y suministros, revisando cotizaciones, con cuadros comparativos para elegir el mejor proponente para el tema de alimentación."



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

Apreciaciones que el órgano de control interno recoge y comparte de acuerdo a las auditorias que ha realizado para este proceso y que se siguen presentando como es el caso que se refleja en el informe preliminar de los procedimientos de auditoría, que permiten concluir que el contrato: "Contratar las obras civiles de adecuación de infraestructura de algunas áreas de los servicios de pediatría, obstetricia, cirugía general, urgencias, esterilización, radiología e imágenes diagnosticas, otros servicios y áreas comunes priorizadas con el fin de aumentar el cumplimiento de las condiciones de habilitación mejorando el estándar de infraestructura y mantenimiento" numero 2398-2014 firmado entre la :E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y la empresa Tecniaceros NAF Ltda. con nit 900.435.469-2, no ha sido terminado en su totalidad, observándose un rezago en la mayoría de los ítem de obra contratados, pero que ya se realizó su pago total por valor de cuatrocientos cuarenta y cinco millones doscientos ochenta y cuatro mil ochocientos sesenta y nueve pesos (\$445.284.869.00), por parte de representante legal Doctor José Mauricio Álvarez Torres Gerente, con el aval del supervisor Doctor Camilo Alberto Salazar Vásquez y el interventor señor Mauricio Rubiano Velasco en representación legal de la Fundación Constructores Tejidos Sociales con Nit 900647319, al cual se le cancelo un valor de cuarenta millones (40.000.00.00) por la interventoría del contrato, con el agravante que se genera otro contrato el numero 490-2016 por valor de ciento veintiún millones novecientos setenta y dos mil seiscientos cuarenta y tres pesos moneda corriente (\$121.972.643.00) con la misma empresa, con un objeto social de adecuación y mantenimiento de la infraestructura de áreas, como central de esterilización, que ya había sido contemplado en el contrato 2398 de 2014, o sea con el mismo objeto.

La gerente encargada Doctora Gladys Marcela Ulloa Valencia, en acompañamiento de la Secretaria de Salud del Departamento de Cundinamarca, la oficina de control interno hacen revisión del contrato y recorrido por la obra teniendo en cuenta el convenio interadministrativo de desempeño numero 001363 celebrado entre la Secretaria de Salud de Cundinamarca y la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá el cual dio origen al contrato de adecuación de obra 2398-2014 firmado entre la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y la empresa Tecniaceros NAF Ltda. con NIT 900.435.469-2, generándose acta y se espera informe sobre el particular.



<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

Por eso es importante evaluar y medir el impacto de la materialización del riesgo, la cual debe concretarse con el seguimiento y evaluación del mapa de riesgos institucional 2016, igualmente establecer controles preventivos y correctivos para evitar la materialización del riesgo.

Por lo tanto se debe hacer una evaluación y seguimiento por parte de la administración al Plan Anticorrupción, teniendo en cuenta los reportes que ha hecho el jefe de la oficina de control interno a los entes de control externos para los años 2014 y 2015 de posibles actos de corrupción hallados en el ejercicio de su funcionalidad como auditor interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

El análisis y valoración del riesgo debe estar apoyada y fortalecida por el ejercicio que tienen que hacer los supervisores de los contratos e interventores de los convenios al rendir sus informes, como retroalimentación para la administración en el seguimiento y evaluación que debe de hacer de la gestión de los procesos y del mismo proceso de planeación en el seguimiento que debe hacerle a los planes operativos de los diferentes procesos de la Institución.

## **MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Componente: Autoevaluación Institucional

Elemento: Autoevaluación del Control y Gestión

La autoevaluación institucional es muy incipiente, pues son muy pocos los procesos, funcionarios y contratistas, que evalúan y controlan su trabajo y ejecución del proceso donde les corresponde desarrollar sus funciones, que les permita detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de las metas, programas y proyectos, de mano de las metas institucionales, mas si se tiene en cuenta que no se volvió a realizar autoevaluación de los planes operativos de los procesos en verificación del cumplimiento de las metas fijadas y a las maneras que la ejecución de los procesos y actividades se desarrollen con base a los principios establecidos legalmente y al manual de procesos y procedimientos del Hospital, en aras que se reflejen en el plan de gestión fijado por la Gerencia ante la junta directiva.

En la autoevaluación se hace un reconocimiento a la bodega 20 y la bodega 10, quienes aplican autoevaluación mediante pruebas selectivas, lo que ha permitido tener un control sobre los inventarios de esta bodegas, minimizando el riesgo por faltantes, sobrantes y medicamentos



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

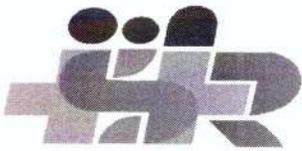
vencidos, que se demuestra con los procedimientos de auditoría que hace la oficina de control interno, caso contrario sucede con las demás bodegas, 30, 40 y 50 y los mismos carros de paro.

No se encuentra dinamización en la perspectiva que el sistema de control interno se convierta en un asunto de todos, teniendo en cuenta que la alta dirección no se ve plenamente comprometida en la continuidad y sostenimiento que se le quiere dar al sistema de control interno desde la oficina de control interno, llegándose a cuestionar el ejercicio de control interno por algunos contratistas, que hacen omisión a los requerimientos de información de la oficina de control interno, (Ley de Transparencia y Acceso a la Información, ley 1712 de 2014) más cuando se está en el ejercicio auditor, queriendo determinar la eficiencia y eficacia de los controles establecidos y al cumplimiento de las metas establecidas en el plan operativo de cada proceso y subproceso.

Se sigue haciendo inobservancia a las actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la auto evaluación y no se alimenta el proceso a partir de otros sistemas, como es el del aplicativo MECI, (Informe ejecutivo anual de control interno), y el mismo informe pormenorizado sobre el sistema de control interno, que emite la oficina de control cuatrimestralmente en cumplimiento de la ley 1474 de 2011.

Por eso es recomendable que los líderes de procesos en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, programen reuniones mensuales en las que realicen ejercicio de autoevaluación y que a través de estas se genere la disciplina al interior de los procesos, para que la autoevaluación se convierta en parte del día a día del Hospital, como se dijo antes ejercicio que se observa, en el proceso de almacen bodegas 10 y 20, empezando a ejecutarlo el proceso de tesorería y facturación, mediante reuniones mensuales, de análisis de hallazgos presentados en el ejercicio de los procedimientos diarios .

La oficina de control interno como responsable de realizar la evaluación del sistema de control interno, a través de la toma del cumplimiento de los objetivos, principios y fundamentos del sistema de control interno, la existencia del modelo estándar de control interno en lo referente a sus módulos , componentes y elementos a querido comprobar la efectividad de cada uno de ellos, pero en su intención de apoyar el cumplimiento de los objetivos de la entidad contemplados en la plataforma estratégica, no ha encontrado receptividad por parte de la alta dirección de su rol evaluador independiente, por el contrario ha visto una obstrucción



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

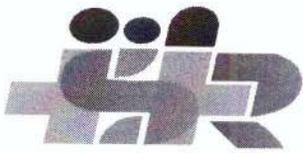
sistémica de la estructura administrativa del modelo de operación por procesos a su ejercicio auditor, que debe cumplir con los diferentes procesos y subprocesos, al quererles verificar su gestión en cumplimiento de lo programado o contratado, con un enfoque sistemático y disciplinado de evaluar y mejorar la eficacia de los procesos en aras de mitigar riesgos.

Dentro de los productos mínimos que se tienen que generar para el elemento de auditoría interna del modelo estándar de control interno, están establecidos los procedimientos de auditoría para la oficina de control interno, igualmente se presentó un plan anual de auditorías ante el comité coordinador de control interno para su aprobación, el cual fue aprobado pero la alta dirección de la administración pasada en cabeza de su Gerente, no quiso firmarlo, caso que sucedió igual para las actas del comité coordinador de control interno de los meses de diciembre de 2015 y febrero de 2016, a pesar de haberse leído y aprobado en los comités, pero el gerente como presidente del comité coordinador de control interno no las firmo.

Para la auditoría interna no se encuentra el apoyo de la alta dirección para fortalecer la actividad a través de talento humano, recursos físicos y tecnológicos.

La oficina de control interno debe contar con un grupo multidisciplinario, de acuerdo a la ley 87 de 1993, artículo 11 párrafo segundo, "El auditor interno, o quien haga sus veces, contará con el personal multidisciplinario que le asigne el jefe del organismo o entidad, de acuerdo con la naturaleza de las funciones del mismo. La selección de dicho personal, no implicará, necesariamente, aumento en la planta de cargos existente", en aras de cumplir las auditorías integrales programadas, con la finalidad de cubrir la mayoría de los procesos.

Se carece de avance de los planes de mejoramiento, hallazgo que también observo la Contraloría de Cundinamarca, no existe compromiso de la parte directiva, de los procesos y subprocesos auditados sobre los planes de mejoramiento que se tiene que ejecutar con base en la auditorías que realiza el órgano de control interno primario, y que se le informan a la Gerencia, en aras de que se corrijan las desviaciones encontradas, se presta más atención al plan de mejoramiento que solicita el órgano de control fiscal externo (Contraloría de Cundinamarca) y no a los que solicita el órgano de control interno primario, desdibujando la labor de la oficina de control interno, lo cual queda como un canto a la bandera.



OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	ENERO A ABRIL DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	MAYO 6 DE 2016

### EJE DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa

Generar información sobre la planeación institucional, para ser subida en la página WEB.

Oficializar y publicar en la página WEB los formularios oficiales relacionados con los trámites de los ciudadanos.

### EJE DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Sistemas de Información y Comunicación

Actualizar periódicamente el contenido de la página WEB Institucional.

Brindar espacio o punto de atención al usuario que le genere confiabilidad en reportar personalmente sus PQRS.

Reingeniería, actualización y fortalecimiento de la página Web institucional.

En este eje transversal Información y Comunicación, se continua viendo un estancamiento en el plan para la ejecución de la política de información y comunicación del Hospital, a pesar de haberse generado el documento en especial. En el elemento información y comunicación externa para los productos que se tienen que generar como es de la publicación en la página WEB de la planeación institucional, de los formularios oficiales relacionados con los tramites de los ciudadanos, de evidencias de otros tipos de contacto con la ciudadanía diferente al de rendición de cuentas, del elemento información y comunicación interna, las fuentes de información interna manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, no son socializados, multiplicados y de fácil acceso, mas si no se guarda una memoria y control de los actos administrativos que se generan.

No se ha generado una matriz de responsabilidades, con la finalidad de jerarquizar la comunicación interna, si es ascendente o descendente, a pesar de que se creó el comité editorial, no se cumple, ni se aplica, ni se imparten pautas que se deben tomar al momento de la publicación de los comunicados, documentos, artículos del hospital y comunicados de prensa y la multiplicación de estos. De los cinco objetivos específicos contemplados en el plan de comunicaciones para la implementación de la política de comunicaciones, se ha cumplido



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

únicamente con el de generar el documento del plan de comunicaciones para la aplicación de la política de comunicaciones en el Hospital.

Igualmente no se ha actualizado la pagina web institucional, ni reglamentado formalmente el uso del altavoz, no se establecieron los mecanismos de comunicación para con la comunidad, como son programa radial, de televisión, boletines virtuales e impresos.

El indicador de madurez MECI, mediante factores como: Entorno de Control, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento, permite identificar el estado de desarrollo y fortalecimiento de los módulos, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno "MECI 2014", orientando a las entidades hacia aquellos aspectos que requieren mayor atención o acciones para su mejora.

Teniendo en cuenta lo anterior, el ejerció auditor y la ejecución del plan anual de auditorías fijado para la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, da la base para ampliar el presente informe, en otros aspectos del sistema de control interno, muy correlacionados con los que nos muestra la evaluación del "MECI:2014", en su sostenimiento, continuidad, y actualización.

## **ENTORNO DE CONTROL**

- Contar con procesos de gestión del talento humano en vías de mejora, mediante programas de bienestar, inducción, re-inducción, planes de incentivos y el plan institucional de formación y capacitación estructurados formalmente y siguiendo los lineamientos normativos relacionados.
- Establecer las interrelaciones y sinergia entre los procesos, así como planificar procedimientos para la ejecución de dichos procesos, los cuales requieren mejoras para optimizar su trazabilidad.
- Facilitar el conocimiento por parte de la Alta Dirección, mediante la política y el plan de comunicaciones, la información relevante para el cumplimiento de las funciones de los servidores



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

- Contar con una Alta Dirección comprometida con el manejo del riesgo en la entidad; así como el mejoramiento de canales para la comunicación interna y externa en la entidad.
- Establecer mecanismos para la familiarización, actualización y divulgación de los programas de bienestar, inducción, re-inducción, planes de incentivos y el plan institucional de formación y capacitación.
- Disponer de canales de comunicaciones formales que faciliten el flujo de la información en todos los niveles de la entidad, permitiendo así una comunicación efectiva con los diferentes grupos de interés de forma interna y externa.
- El Comité de Coordinación de Control interno, permite identificar las fortalezas y debilidades del Sistema, estableciendo las posibles acciones correspondientes para mejorarlo, pero los direccionamientos emitidos no se cumplen, por parte de los procesos y subprocesos.

### **ASPECTOS A MEJORAR**

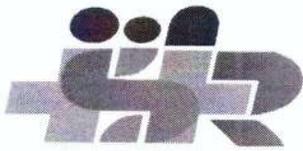
- Se debe generar el programa de bienestar e incentivos formalmente mediante documento y adoptarlo por acto administrativo.

### **FORTALEZAS**

- Se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno "MECI", en concordancia con el decreto 943 de 2014, realizando su evaluación periódica.
- Se cuenta con un Manual de Inducción y Reinducción actualizado.
- Se aprobó en comité coordinador de control interno la actualización de la estructura del modelo de operación por procesos y el mapa de procesos que sirve para alcanzar un esquema que facilita la gestión institucional, en la toma de decisiones frente a cambios que se puedan producir.

### **INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

- Poseer mecanismos para la recolección de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, entes de control, entre otros),



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

que aun requieren mejoras a fin de lograr la clasificación, distribución, así como un seguimiento a las respuestas y la trazabilidad de la información.

- Aplicar los lineamientos establecidos en la normatividad vigente, relacionados con la atención al ciudadano.
- Contar con canales de comunicación externos (por ejemplo sitio Web, redes sociales, radio, televisión, entre otros), que consideren los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable.
- Sistematizar la información generada al interior de la entidad (manuales, informes, actas, actos administrativos) facilitando el acceso de los usuarios e interesados.
- Identificar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, ley 1712 de 2014.
- Existen canales de comunicación entre la alta dirección y los demás servidores, como mecanismo de comunicación organizacional, haciendo la salvedad nuevamente que con el órgano de control interno no es el más fluido, pues no se cumplen en su mayoría los requerimientos de información solicitados por el órgano de control o se contestan extemporáneamente y sin los atributos necesarios afectando la funcionalidad de la oficina de control interno.

### **ASPECTOS A MEJORAR**

- Se debe generar planes de mejoramiento periódicos con base en las necesidades de los usuarios que dan a conocer mediante las PQRS.
- Fortalecer los canales de comunicación externos (por ejemplo sitio Web, redes sociales, radio, televisión, entre otros), que consideren los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable.
- Aplicar los lineamientos normativos para la gestión documental. (Tablas de Retención Documental).
- Utilizar mecanismos de recolección de información de las sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores públicos, para su análisis en pro de una mejora a los procesos.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

- Administrar la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, entes de control, entre otros).
- Revisar la aplicación de las Tablas de Retención Documental de forma periódica.
- Generar un control y una memoria institucional ordenada (archivo donde figuren todas las resoluciones formalizadas) sobre los actos administrativos (resoluciones) que genere la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en el ejercicio de su operatividad y gestión.
- Crear la infraestructura física para el archivo central de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en aras que se haga la transferencia documental por parte de los procesos de los archivos que ya no son de gestión.
- Establecer mediante pruebas de verificación, inspección y parametrización, si el sistema de información utilizado para la recolección de información interna y externa cuenta con características tales como: la robustez para mantener la integridad, confiabilidad y facilidad para la consulta de la información, así como los mecanismos para su actualización tecnológica.
- Contar con una rendición de cuentas que contemple, acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), diálogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos).
- Contar con un mecanismo de evaluación de cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas (información, diálogo e incentivos).
- Contestar al órgano de control interno los requerimientos de información solicitados, con oportunidad para que no se afecte la funcionalidad de la oficina de control interno. (Ley de Transparencia y Acceso a la Información. (Ley 1712 de 2014)
- Aplicación de la ley 962 de 2005, anti tramites, en cuanto a identificar los tramites (lista) que se aplican en el Hospital, eliminar los que por ley ya no se deben aplicar y socialización de los que queden establecidos y aprobados por el Hospital y avalados por el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP".

## **FORTALEZA**

- Se empezó a realizar trazabilidad optima sobre el recorrido de la petición, queja, reclamo, sugerencia interpuesta por el ciudadano para darle una respuesta oportuna sobre lo requerido por el usuario, en verificación de una respuesta y de establecimiento de un plan de



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

mejora o un correctivo, por el proceso inmerso en lo requerido por el usuario, igualmente se está dando cumplimiento a la ley 1474 de 2011 sobre el seguimiento semestral de las peticiones, quejas y reclamos llegadas al hospital. (Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano).

- Contar con un sistema de información para la captura, procesamiento, almacenamiento y difusión de la información interna.
- A pesar de que la página Web no se ha actualizado en su diseño, la información obligatoria de ser publicada, se sube, como son los estados financieros, plan de compras, presupuesto, rendición de cuentas, informes sobre el sistema de control interno, portafolio de servicios, etc.
- El sistema de información dinámica gerencial NET, ha servido para establecer seguimientos y controles internos a los diferentes procesos y subprocesos que forman el modelo de operación de la estructura administrativa del Hospital, en estandarización y transversalidad de las actividades, para el desarrollo de los procedimientos y actividades que se tiene que ejecutar en la funcionalidad de garantizar la generación de productos y servicios necesarios para dar cumplimiento a la misión y objetivos fijados en la plataforma estratégica.
- Se cuenta con un área de atención al ciudadano más cómoda y privada.

### **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

- Validar y actualizar los procesos y procedimientos con respecto a las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
- Generar, validar y actualizar los procesos y procedimientos con respecto a las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores.
- Contar con un mapa de procesos completamente estructurado, diseñar los procedimientos requeridos para los procesos.
- Asociar los lineamientos de la política de comunicaciones que impacten directamente a la operación de los procesos.
- Establecer para los Programas, Planes y/o Proyectos, un cronograma, metas, responsables y mecanismos de seguimiento a la planeación.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

- Validar los indicadores con respecto a las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores, en relación con el desarrollo de sus procesos

**ASPECTOS A MEJORAR**

- Realizar el seguimiento a la planeación institucional frente al cumplimiento del cronograma y las metas asociadas.
- Que los procesos generen un cuadro de control para seguimiento de los indicadores de gestión, ya sean indicadores de eficiencia, efectividad e impacto, pues solo contemplan los de eficacia.
- Se debe dar continuidad a la socialización y seguimiento trimestral a la planeación institucional frente al cumplimiento de las actividades presupuestadas en los planes operativos anuales de cada proceso, con seguimiento y revisión a los indicadores de manera regular con el fin de corregirlos.
- Se debe evitar que el subproceso de contratación siga sufriendo desgaste administrativo y por lo tanto evitar ese desgaste a los directivos al tener que estar generando vinculaciones contractuales para ordenes de apoyo administrativo, ordenes de apoyo asistenciales y servicios especializados asistenciales, teniendo en cuenta que estas vinculaciones se hacen por poco tiempo como lo demuestra el haber generado gran cantidad de vinculaciones contractuales para prestación de servicios en las diferentes modalidades, además de generar desgaste económico en la elaboración de las hojas de vida de los contratistas y sus soportes, ya que están se elaboran con insumos del Hospital, a excepción de la primera hoja de vida que la trae el contratista.
- Generar planes de mejoramiento para evitar que el hospital se ve abocado a numerosas demandas de reparaciones directas que surgen del ejercicio profesional del nivel asistencial por responsabilidad civil médica, derivándose reconocimientos millonarios por estas acciones que tiene que hacer el Hospital, colocando en alto riesgo financiero y de solvencia económica al Hospital, de las cuales está en proceso definir las acciones de repetición que se deben emprender.



<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

➤ Se debe planear y realizar vinculaciones contractuales de prestación de servicios por más tiempo, para que con la adición se vincule por un año o la vigencia fiscal al contratista, en los casos que se amerite tener continuamente al contratista para el servicio del Hospital.

### **FORTALEZAS**

- Se cuenta Mapa de procesos actualizado y aprobado en el comité coordinador de control interno, actualizado de acuerdo a los cambios del entorno, normativos u otros aspectos relevantes para el desarrollo de las funciones del Hospital.
- Actualización y formalización de la plataforma estratégica
- Actualización del Manual de Inducción y reinducción.
- Actualización de la estructura del modelo de operación por procesos, en aras que se inicie su caracterización para ser presentado a la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá con su caracterización.
- Se actualiza el Mapa de procesos y la estructura organizacional interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.
- Actualización del Manual de Operaciones (o de procesos y procedimientos) de acuerdo a la organización interna del hospital, con los cambios y mejoras realizadas a los procesos.

### **ADMINISTRACION DE RIESGOS**

- Iniciar con procesos de capacitación, para dar a conocer a todos los funcionarios la metodología de administración del riesgo, incluyendo los lineamientos del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Socializar la Política de Administración del Riesgo, en todos los niveles del Hospital.
- Incluir en la Política de Administración del Riesgo, los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo, los niveles para calificar el impacto en los procesos.
- Determinar en la Política de Administración del Riesgo, claramente los responsables del monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos.
- Establecer en la Política de Administración del Riesgo, la periodicidad del seguimiento, de acuerdo a los niveles de riesgo residual.



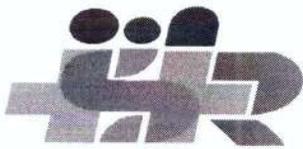
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

- Contar con mecanismos de control y seguimiento que permitan la administración de los riesgos en la Entidad.
- Contar con una política para el manejo de los inventarios en la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, teniendo en cuenta la continuidad de faltantes, sobrantes y medicamentos vencidos que se encuentran y arrojan las diferentes pruebas de auditoría, selectivas, de seguimiento y de confirmación que se practican a los medicamentos, material médico quirúrgico, insumos de laboratorio e insumos de odontología.
- Se sigue materializando un riesgo de alto impacto y se da con probabilidad frecuente en suceder y materializarse, que afecta contablemente, y por lo tanto el resultado financiero de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá en su balance general y en su estado de resultados, la aceptación de glosas, teniendo en cuenta la revisión que hace la oficina asesora de control interno en los registros contables aplicados a la subcuenta 580802 Perdida en Retiros de Activos, de la E.S.E., Hospital San Rafael de Fusagasugá, observando que para la vigencia del año 2015 se aceptaron glosas por valor de \$618.601.672.00, y de otras vigencias \$84.438.757.00, para un total aceptado en el 2015 de \$703.040.429.00 y se tienen para 29 de febrero de 2016 la suma de \$1.561.970.819.00 objetados.

A 31 de marzo de 2016 las ventas ascendieron \$12.102.697.620.00, pero se recaudaron \$2.449.516.955.00, de los cuales por capitados se reciben \$937.681.866.00, y se ha dejado de radicar \$1.052.747.199.00, situación de bajo recaudo que pueden afectar la ejecución presupuestal, mas más si tenemos en cuenta que la recuperación de cartera para su rotación y frecuencia de cobro, que de acuerdo a los indicadores es deficiente, teniendo en cuenta que para el año 2013 la frecuencia con que se recauda la cartera es de 188 días, para el 2014 es de 199 días y para enero a septiembre de 2015 es de 360 días, además que la rotación de la cartera no es alta para el año 2015.

Conforme al comportamiento que arroja la aceptación de glosas, las objeciones que presentan las EPSs a la facturación radicada, lo recaudado y el comportamiento de la cartera, se genera desequilibrio financiero materializándose un riesgo que deja desprotegido al Hospital

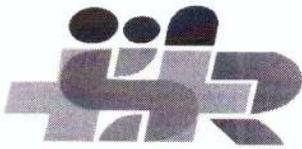


**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

financieramente y afecta su solvencia económica y capital de trabajo, afectando por lógica su presupuesto, que lo obliga a recurrir a apalancamiento financiero con los entes territoriales.

- El subproceso de Auditoría de Cuentas Medicas y Glosas, que es costoso para el Hospital, el Comité de Glosas, sus procesos y subprocesos transversales, como son facturación, cartera, auditoria medica, y el macroproceso asistencial, siguen sin ser efectivos en cuanto a la formulación de políticas y acciones desarrolladas para adoptar los planes de mejoramiento y correctivos en el manejo de las glosas y por ende reducir en gran parte las objeciones, glosas y glosas definitivas que se presentan respecto a la facturación que se radica, que igualmente no se determinan presuntos responsables para asignación de responsabilidades, además no se realizan recomendaciones efectivas o concretas, lo cual genera que se sigan aumentando las glosas y por ende afecte la situación financiera del Hospital.
- El proceso de manejo de inventarios para la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá en los insumos de elementos de consumo (medicamentos, material médico quirúrgico, odontología y laboratorio), controlados y otros, presento mejoría en la bodega 20 y 10, pero continua con deficiencia significativa y de alto riesgo en el control interno físico, y documental, en farmacia central 30, farmacia de urgencias 40 farmacia de salas de cirugía 50.
- La inaplicabilidad de los procedimientos de farmacia PC 118 Versión 01, y PC119 Versión 01, correspondientes a Despacho de Medicamentos y Devolución de Insumos y Medicamentos, establecidos por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para el proceso de farmacia 30, afecta el proceso, el ejercicio de la buena marcha, funcionamiento y determinación de necesidades del proceso de farmacia, creando desorganización en la ejecución diaria de las actividades que se deben desempeñar por parte de los funcionarios y contratistas, en optimización del servicio, afectando sistemáticamente el orden de los registros documentales de control.
- Que todos los procesos entren al software de Dinámica Gerencial, en especial el proceso de Contabilidad.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

➤ Poca probabilidad que ocurran o sucedan riesgos de alto impacto, pero de suceder serian catastróficos, como es el caso de la ubicación y localización de la caldera, el tanque de oxígeno, el tanque del combustible, tanque de gas, estación eléctrica y la planta eléctrica que se encuentran muy cercanos unos de los otros.

➤ El proceso de contratación que se cumple con la tercerización de personal para la atención asistencial ofrece riesgo, por el no cumplimiento y ejecución de los procesos asistenciales a cabalidad, y con calidad, al no cumplir la agenda que se asigna para la atención de los usuarios, y por no identificar la relación laboral que tienen los asistenciales en otras entidades para que no se cruce con el tiempo que los contrata el Hospital, Igualmente por la tercerización que se hace ofrece riesgos con las hojas de vida que se están presentando, por no tener la idoneidad de las personas que se contratan. Teniendo en cuenta que los contratistas deben ser idóneos, conocer los objetivos y los alcances de los procesos o actividades que ejecutan para el cumplimiento de sus funciones y satisfacción del usuario. Se presentan gran cantidad de contratos con términos de ejecución cortos, presentándose un desgaste administrativo tanto para el área de contratación, como para el contratista, observación de la Contraloría de Cundinamarca, la cual la oficina de control interno acoge y la ha venido reflejando en sus informes.

### **ASPECTOS A MEJORAR**

➤ Establecer un plan de mejoramiento integral que se controle por parte de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, para que el subproceso de Auditoría de Cuentas Medicas y Glosas, y el Comité de Glosas, explique cómo se informa y se determina que la IPS ha aceptado la glosa y quien es el responsable de que la glosa no se haya subsanado y que igualmente la glosa que se acepta y que debe ser llevada a los registros contables como perdida en activos fijos lo determine el comité de saneamiento contable en coordinación con el comité de glosas, para que de allí se determine también la asignación de responsabilidades del causante de que la glosa se haya aceptado y se tome como perdida en activos fijos, en aras de iniciar acciones de repetición.

➤ Es relevante que los riesgos que están afectando el cobro de la facturación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se identifiquen y se contemplen taxativamente



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

desde el momento que se genera el producto denominado factura, hasta su cobro, haciendo revisiones periódicas, para llevar sus resultados al comité de glosas, y comité de saneamiento contable, con el fin de establecer si los existentes siguen siendo riesgos para el hospital, o si existen nuevos riesgos no identificados producto de cambios en el interior del Hospital o su entorno, con el fin de involucrar a los funcionarios y a los contratistas en la administración de estos riesgos y su participación en la corrección de los mismos.

➤ Realizar auditorías concurrentes y seguimiento a través del sistema de dinámica gerencial NET, al contenido de las Historias Clínicas referente al soporte que se le debe dar a la epicrisis, los procedimientos, los apoyos diagnósticos y de laboratorio, para que se genere una factura con todos los atributos, que no permita su glosamiento.

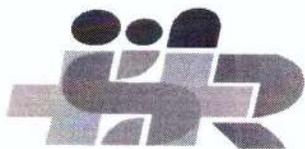
## **SEGUIMIENTO**

➤ Se insiste que con base en auditorías internas se tienen que generar planes de mejoramiento para los procesos, pero no se está cumpliendo satisfactoriamente, teniendo en cuenta que la oficina asesora de control interno genera informes de auditorías, seguimiento y verificaciones que ameritan planes de mejoramiento, de acuerdo a los hallazgos encontrados.

➤ En el proceso de control interno disciplinario por orden de la Gerencia se abre indagaciones preliminares en asignación de posibles responsabilidades por informe recibidos de la oficina asesora de control interno, pero es paquidémico su accionar, como se ve reflejado en la continua información que solicita el comité coordinador de control interno y la misma gerencia, donde no se ve un avance fundamental, teniendo en cuenta los hallazgos que se han reportado

➤ Las auditorías si permiten dar seguimiento a la mayoría de los procesos y dar recomendaciones sobre acciones preventivas y correctivas que se deben seguir para que se resuelvan de una manera eficaz los hallazgos, pero en su gran mayoría no se observa que se genere el plan de mejoramiento por parte de los responsables del proceso o subproceso.

➤ En los seguimientos, auditorías y en el ejercicio de la funcionalidad que debe tener la oficina asesora de control interno, la comunicación de la administración con el órgano de control interno no fue fluida, pues se omitió para el 2014 más del 50% y para el 2015 el



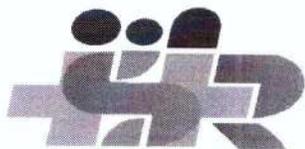
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

67.5%, y reafirmandose en un 61.29% para lo corrido del 2016, de los requerimientos de información solicitados por el órgano de control, visionando la oficina de control interno que esa omisión se está convirtiendo en obstrucción al ejercicio del control interno en el Hospital, y por lo tanto afectando su funcionalidad.

### **ASPECTOS A MEJORAR**

- Generar y establecer planes de mejoramiento por parte de los procesos y subproceso a los que se les hace auditoria por parte de la oficina asesora de control interno
- Cumplir las recomendaciones y requerimientos de información que se solicitan por parte de la Oficina Asesora de Control Interno.
- Reflejar el cumplimiento de las recomendaciones dadas mediante acciones correctivas o planes de mejoramiento.
- Contestar los requerimientos de información que hace la oficina asesora de control interno, en aras de que no se afecte su funcionalidad. (Ley 1712 de 2014).
- Nombrar un grupo multidisciplinario para la oficina de control interno, de acuerdo a la ley 87 de 1993, artículo 11 párrafo segundo, "El auditor interno, o quien haga sus veces, contará con el personal multidisciplinario que le asigne el jefe del organismo o entidad, de acuerdo con la naturaleza de las funciones del mismo. La selección de dicho personal, no implicará, necesariamente, aumento en la planta de cargos existente". en aras de cumplir las auditorias integrales programadas, con la finalidad de cubrir la mayoría de los procesos.
- Contar con un Plan de Mejoramiento por Procesos, que cuente con acciones que responden a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno y que permitan mejorar la ejecución de los procesos.
- Establecer un Plan de Mejoramiento Individual, teniendo en cuenta las evaluaciones de desempeño de los servidores, el diagnóstico de necesidades de capacitación realizada por parte del proceso de talento humano y diferentes mecanismos que brinden información sobre el desempeño de los servidores.
- Hacer seguimiento a los convenios que se firman con los diferentes entes territoriales.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>ENERO A ABRIL DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>MAYO 6 DE 2016</b>

**FORTALEZAS**

- Contar con un Programa Anual de Auditorías que incluye todas las actividades que desarrolla la Oficina de Control Interno.
- Definir en el Programa Anual de Auditorías el objetivo, el alcance alineado con la planeación de la entidad, el universo de auditoría y la priorización de los procesos a auditar.

Oficina Asesora de Control Interno, Correo Institucional: [control\\_interno@hospifusa.gov.co](mailto:control_interno@hospifusa.gov.co)

Cordialmente,

**OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS**

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

c.c. Ingeniero Filanderson García  
Subproceso de sistemas de Información  
c.c. archivo control Interno.  
Proyecto y Elaboro: Oscar Acosta  
Folios: Treinta y cinco (35)  
Anexos: Medio magnético C.D.