



Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Fusagasugá, 29 de enero de 2021

DEPENDENCIA. OACI 11.01.044

Doctor

ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO

Gerente

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

REFERENCIA: INFORME DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO, SOBRE EL INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO SEGUNDO SEMESTRE VIGENCIA 2020, PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

Respetado Doctor:

El Decreto 2106 de 2019, "Por él se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar tramites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública", en su "Artículo 156, Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9º de la ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedara así:"..... El jefe de la unidad de la oficina de control interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo a los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave."

Normalizado los informes de acuerdo circular externa No 100-006 de 2019, del departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", la oficina de control interno de la Empresa Social Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, teniendo en cuenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG", y el aplicativo por medio del cual se genera el reporte de avances de la gestión "FURAG", al Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", se genera el siguiente informe semestral pormenorizado del sistema de control interno, para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, basado en la séptima dimensión, correspondiente al sistema de control interno y sus cinco componentes, como dimensión que estructura el Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG".

Por lo anterior, para su conocimiento y fines pertinentes, anexo con el presente oficio y sus anexos, el informe pormenorizado del sistema de control interno correspondientes al primer

Dirección: Diagonal 23 No 12 – 64 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia

E-mail: controlinterno@hospitaldefusagasuga.gov.co

Oficina: 8733000 Ext. 117

www.hospitaldefusagasuga.gov.co



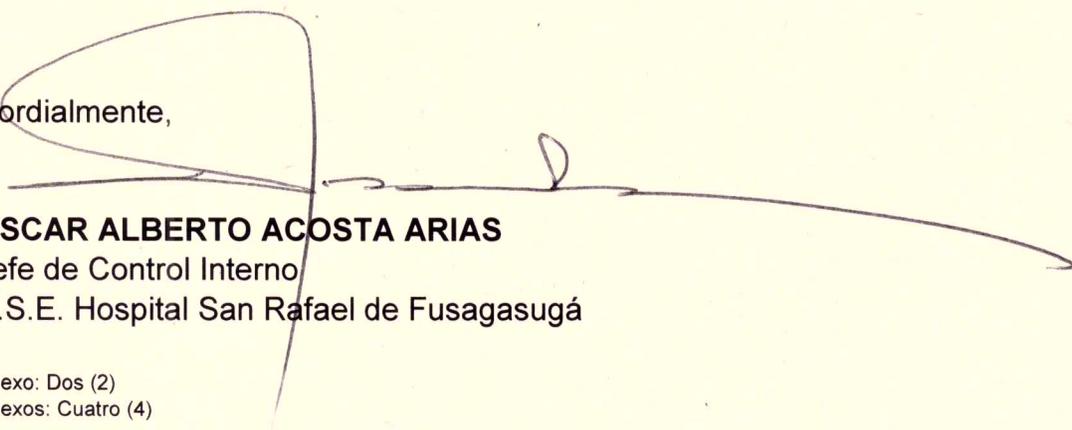


Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

semestre de 2020, el cual debe ser subido a la página web institucional de la E.S.E. Hospital san Rafael de Fusagasugá, www.hospitaldefusagasuga.gov.co.

Cordialmente,


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

Anexo: Dos (2)
Anexos: Cuatro (4)

c.c. Ingeniero Filanderson García
Subproceso: Sistemas de Información
c.c. Dr. Jairo Bobadilla Montenegro
Proceso de Planeación

c.c. Archivo

Proyecto y elaboro: Oscar Acosta

Dirección: Diagonal 23 No 12 – 64 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia
E-mail: controlinterno@hospitaldefusagasuga.gov.co
Oficina: 8733000 Ext. 117
www.hospitaldefusagasuga.gov.co





Fusagasugá, 29 de enero de 2021

DEPENDENCIA. OACI 11.01.045

Ingeniero

FILANDERSON GARCIA

Sistemas de Información

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

REFERENCIA: INFORME DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO, SOBRE EL INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2020, PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

Respetado Ingeniero:

El Decreto 2106 de 2019, "Por él se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar tramites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública ", en su "Artículo 156, Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9º de la ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedara así:"..... El jefe de la unidad de la oficina de control interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo a los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave."

Por lo anterior, para su conocimiento y fines pertinentes, anexo con el presente oficio y sus anexos, el informe pormenorizado del sistema de control interno correspondientes al primer semestre de 2020, el cual debe ser subido a la página web institucional de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, www.hospitaldefusagasuga.gov.co.

Cordialmente,

OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS

Jefe de Control Interno

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

Anexo: Dos (2)

Anexos: Cuatro (4)

c.c. Vía email y física

Dr.: Andrés Mauricio González Caycedo

Subproceso: Sistemas de Información

Dr.: Jairo Bobadilla Montenegro

Proceso de Planeación

c.c. Archivo

Proyecto y elaboro: Oscar Acosta

Dirección: Diagonal 23 No 12 – 64 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia

E-mail: controlinterno@hospitaldefusagasuga.gov.co

Oficina: 8733000 Ext. 117

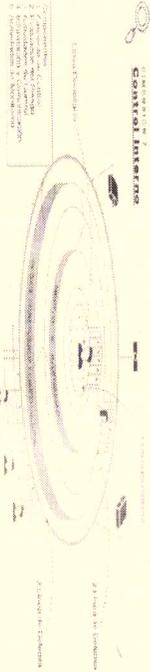
www.hospitaldefusagasuga.gov.co



| | | |
|-----------------------|---|--|
| Nombre de la Entidad: | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | |
| Periodo Evaluado: | SEGUNDO SEMESTRE DE LA VIGENCIA 2020 | |

Estado del sistema de Control Interno de la entidad

64%



Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

| | | | |
|--|------------|--|---|
| ¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta): | En proceso | <p>Se están generando los planes de las diferentes dimensiones de acuerdo al modelo integrado de planeación y gestión "MIPG" conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos diseñados para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, que promueven la eficiencia en las operaciones. Se salvaguardan los recursos de la entidad y se verifica la información financiera y administrativa. Se maneja su plataforma estratégica, y están integrados a los procesos administrativos y asistenciales. Existen conjuntos de normas dentro de los componentes que se procuran utilizar para medir el control interno y determinar la efectividad del mismo. A pesar de contar con un buen avance documental que soporten la ejecución de las actividades, los componentes continúan en proceso, porque muchas actividades se hacen por inercia que se van dando en la ejecución del día a día en la parte operativa. que sean documentadas, igual que los procedimientos u otras herramientas, teniendo en cuenta que en el Hospital se da una amplia estructura administrativa, que obliga a generar políticas que fortalezcan las diferentes líneas de defensa, para llevarlos a entender cual es su papel en el sistema de control interno, como funcionarios y contratistas. La política de administración de riesgos se plasma en el mapa de riesgos de gestión y corrupción, pero falta fortalecer los controles.</p> | Se contemplan La administración |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | <p>La primera línea de defensa del sistema de control interno debe estar más comprometida con el fortalecimiento del sistema de control interno. Y generar autoevaluaciones que nos permita determinar si la ejecución de las actividades y funciones, por parte de los funcionarios y contratistas no presentan desviaciones procesos y procedimientos, pero no se evalúan los mismos, ni tienen un seguimiento en aras de verificar su cumplimiento. se presenta como la mayor falencia porque son laxos en su ejecución y verificación. La estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas que ha sido diseñadas por el Hospital proporcionan seguridad razonable de que los objetivos y metas se alcanzaran y que los eventos no deseados se evitaban o bien se detectarían y corregirán, por lo tanto se va fortaleciendo el sistema de control interno. componentes que el sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, para que sea eficiente y genere un impacto mayor en el logro de los objetivos de la institución.</p> | Existen controles establecidos en los Se debe promover el fortalecimiento de los |
| La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | <p>Aunque el sistema de control interno en la operatividad de los componentes de la dimensión de control interno, se consideran en proceso de acuerdo a la evaluación independiente que hace la oficina de control interno si cuenta con una institucionalidad abrigada por la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG".</p> | El modelo del sistema de control interno tiene Se contemplan las tres líneas de brechas en la cobertura de riesgos, la duplicidad de esfuerzos el exceso de control y lograr como resultado directo una mejora en la gestión en transversalidad de las tres líneas de defensa. Existen las líneas de defensas, con una transversalidad de ellas, que no permite tomar decisiones frente al control, por las pocas actuaciones de las líneas respecto a ejercer control y su evaluación. |

| Componente | | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de cumplimiento componente | | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas | | Nivel de cumplimiento componente presentado en el informe anterior | | Estado del componente presentado en el informe anterior |
|-----------------------|--|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Evaluación de riesgos | | SI | 65% | | <p>No evidencia un monitoreo a los riesgos aceptados, igualmente no se revisan sus condiciones para ajustarlos o sostenimientos. No hace evaluación de proveedores y se tiene en cuenta los informes de los supervisores para tomar decisiones, con base en el análisis que hace la segunda y tercera línea de defensa. Se genera semestralmente el informe pornormozado del sistema de control interno. Para evaluar los cambios que se presentan en el sistema de control interno. Los mapas de riesgos de los procesos y subprocesos, consolidado en el mapa de riesgos institucional. Se considera la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional, se genera el mapa de corrupción. Dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción. Se cumple generando el plan anticorrupción y atención al ciudadano anualmente, igualmente solicitándole a los procesos y subprocesos los posibles riesgos de corrupción que se pueda presentar en el ejercicio de sus funciones y de la operatividad del Hospital.</p> | | 82% | | <p>Falta fortalecimiento en la implementación de la política de administración de riesgos, se queda reflejado en el documento y el plan o programa para la aplicación de la política de la administración del riesgo, quedándose en una evaluación documental de un mapa de riesgos institucional, de la cual no se toman decisiones en aras de mitigar el riesgo, con el fin de que no se materialice. Se debe dejar claro que a partir del entendimiento de los objetivos institucionales se realice una revisión técnica que oriente el modelo de operación por procesos a una estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines. Los inventarios deben ser planeados, verificados, y hacer su</p> |
| Asesores de control | | No | 46% | | <p>Se evalúa si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional. Se actualizo el mapa de procesos. Se actualizan los procedimientos de los procesos y subprocesos. No se evidencia política de operación 4, se caracterizan procesos. Aunque se establecen los controles no se evidencia un seguimiento a los mismos. Se realiza el monitoreo a los riesgos, pero queda en el solo seguimiento, por lo que se toman decisiones con base a la evaluación. Se verifica la responsabilidad de quita de administración de riesgos, se queda reflejado en el documento y el plan o progr</p> | | 76% | | <p>Los mapas de riesgos de los procesos y subprocesos, consolidado en el mapa de riesgos institucional, de igual manera la matriz AMFE para el nivel asistencial. Se considera la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional, se genera el mapa de corrupción. Se genera el informe pornormozado del sistema de control interno. Para evaluar los cambios que se presentan en el sistema de control interno. Dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción. Se cumple generando el plan anticorrupción y atención al ciudadano anualmente, igualmente solicitándole a los procesos y subprocesos los posibles riesgos de corrupción que se pueda presentar en el ejercicio de sus funciones y de la operatividad del Hospital.</p> <p>Falta fortalecimiento en la implementación de la política de administración de riesgos, se queda reflejado en el documento y el plan o programa para la aplicación de la política de la administración del riesgo, quedándose en una evaluación documental de un mapa de riesgos institucional, de la cual no se toman decisiones en aras de mitigar el riesgo, con el fin de que no se materialice. Se debe dejar claro que a partir del entendimiento de los objetivos institucionales se realice una revisión técnica que oriente el modelo de operación por procesos a una estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines. Los inventarios deben ser planeados, verificados, y hacer su trazabilidad en aras de mitigar los riesgos que se ha venido presentando. Inventarios que han sido sobre diagnosticados por la oficina de control interno, mediante varias auditorías, pero siguen siendo, de alto riesgo por la no realización procedimental, establecida</p> |

| Componente | | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas | Nivel de cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------------|---|--|---|
| Información y comunicación | | SI | 75% | <p>Se mantiene comunicación con los proveedores de parte del subproceso de compras y contratación.</p> <p>El Hospital cuenta con canales externos de comunicación, Medios de comunicación escritos, radiales y redes sociales. Emisión de informes diarios de salud en casa. Se cuenta con ventanilla única de correspondencia</p> <p>Se caracterizan los pacientes de acuerdo a su patología y a su régimen e contratación. Se caracterizan periódicamente los usuarios y los grupos de valor.</p> <p>Fortalecer la matriz de cumplimiento de la ley 1712 de 2014, que le apunta al gobierno digital, a la transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación de la ciudadanía en la gestión pública.</p> <p>Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos. Se realizan encuestas de satisfacción del usuario, Buzones de PQRSD, en el hospital y puestos de salud, para determinar la percepción de los usuarios y los grupos de valor con respecto al Hospital.</p> <p>Se cuenta con oficina de prensa y comunicaciones.</p> | 70% | <p>Fortalecer la matriz de cumplimiento de la ley 1712 de 2014, que le apunta al gobierno digital, a la transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación de la ciudadanía en la gestión pública.</p> <p>Se cuenta con un canal de comunicación directo, donde los servidores y contratistas, pueden dar a conocer sus opiniones y/o denuncias</p> <p>Se cuenta con espacios de participación para todo el personal, donde son escuchados por el representante legal y la alta dirección</p> <p>Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias</p> <p>Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno</p> <p>Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos</p> |
| Monitoreo | | SI | 79% | <p>Se elabora un plan de auditoría anual con enfoque de riesgos, priorizando procesos y subprocesos de acuerdo a las inconformidades que se observan, se evalúa evaluación y seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento.</p> <p>La línea de tercera defensa aprueba los planes de mejoramiento por procesos que deben generarse a raíz de las auditorías</p> <p>Se realizan evaluaciones independientes para determinar el avance en el logro de las metas, resultados y objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno</p> <p>No se cumple con el tiempo establecido para tomar los correctivos</p> <p>Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.</p> <p>Se determina, a través de auditorías internas, las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados</p> <p>Se realimenta, a través de auditorías internas, sobre la efectividad de los controles.</p> <p>Se deben realizar evaluaciones continuas a los diferentes procesos o áreas de la entidad, en tiempo real, por parte de los líderes de proceso, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros</p> <p>Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso.</p> <p>Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa</p> <p>Los controles debe estar presentes (en políticas y procedimientos) y funcionando, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional.</p> | 77% | <p>Se evalúa el MECI, el mapa de riesgos institucional y el plan anticorrupción y atención al ciudadano.</p> <p>Se elabora un plan de auditoría anual con enfoque de riesgos, priorizando procesos y subprocesos de acuerdo a las inconformidades que se observan</p> <p>Se realizan evaluaciones independientes para determinar el avance en el logro de las metas, resultados y objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno</p> <p>Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.</p> <p>Se determina, a través de auditorías internas, las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados</p> <p>Se realimenta, a través de auditorías internas, sobre la efectividad de los controles. No se deben realizar evaluaciones continuas a los diferentes procesos o áreas de la entidad, en tiempo real, por parte de los líderes de proceso, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros</p> <p>Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso</p> <p>Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa</p> <p>Los controles debe estar presentes (en políticas y procedimientos) y funcionando, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional.</p> |

| Componente | | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas | Nivel de cumplimiento componente presentado en el Informe anterior | Estado del componente presentado en el Informe anterior |
|---------------------|--|---|----------------------------------|---|--|---|
| Ambiente de control | | SI | 57% | <p>No existe política de gestión estratégica del talento humano El talento humano debe estar enfocado a la atención humanizada del usuario y su familia. Se debe generar los planes que se contemplan en la dimensión de talento humano, de acuerdo al modelo entregado de planeación y gestión. Se aplican los estándares de conducta e integridad (valores) y los principios del servicio público.</p> <p>Se cuenta con código de integridad, que se debe formalizar en aras de incluir el código de ética y el código de buen gobierno, se socializa permanentemente en inducción. Desde el proceso de planeación se orienta el direccionamiento estratégico. Y la planeación institucional, asignando responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos, que van de la mano del plan de gestión de la gerencia. Se toma la gestión del talento humano en la plataforma de la Hospital como un objetivo estratégico.</p> <p>No existe un control efectivo sobre el pago para las cesantías retroactivas, el cual es el aplicado para aquellos contratos celebrados antes de la entrada en vigencia de la ley 50 de 1990 para los empleados del sector privado, de la ley 344 de 1996 para los funcionarios de los órganos y entidades del Estado y de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 para los funcionarios del sector salud. No existe un control efectivo sobre la liquidación de prestaciones sociales de los funcionarios.</p> <p>Las actividades a ejecutar se alinean por direccionamiento de la alta gerencia, pero no por interés propio o iniciativa de los contratistas o funcionarios. El comité coordinador de control interno debe hacer supervisión a las decisiones que se toman, cuando se expone el estado actual del sistema de control interno. Los líderes de proceso como responsables no tienen claramente definido el papel de gestión del riesgo.</p> | 63% | <p>Se aplican los estándares de conducta e integridad (valores) y los principios del servicio público.</p> <p>Se cuenta con código de integridad, que se socializa permanentemente en inducción.</p> <p>Desde el proceso de planeación se orienta el direccionamiento estratégico. Y la planeación institucional, asignado responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos, que van de la mano del plan de gestión de la gerencia.</p> <p>Se toma la gestión del talento humano en la plataforma de la Hospital como un objetivo estratégico.</p> <p>No existe un control efectivo sobre el pago para las cesantías retroactivas, el cual es el aplicado para aquellos contratos celebrados antes de la entrada en vigencia de la ley 50 de 1990 para los empleados del sector privado, de la ley 344 de 1996 para los funcionarios de los órganos y entidades del Estado y de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 para los funcionarios del sector salud.</p> <p>Las actividades a ejecutar se alinean por direccionamiento de la alta gerencia, pero no por interés propio o iniciativa de los contratistas o funcionarios. El comité coordinador de control interno debe hacer supervisión a las decisiones que se toman, cuando se expone el estado actual del sistema de control interno.</p> <p>Los líderes de proceso como responsables no tienen claramente definido el papel de gestión del riesgo. Prover a la alta dirección de toda la información, en particular cuando se trata de no conformidades. Los comités deben retroalimentar al gerente. Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento de los funcionarios</p> |

