



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

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 tercer cuatrimestre del año 2017, sobre el estado pormenorizado del Control Interno en la Institución, en los siguientes términos:

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION COMPONENTE: TALENTO HUMANO

El manual de funciones se actualizo mediante el acuerdo de la junta directiva número 011 del 18 de mayo de 2017, socializado en el comité de gerencia, cómo en el comité coordinador de control interno, pero no se hace una socialización descendente, que deje en conocimiento del mismo a todos los funcionarios de la institución en aras que conozcan las funciones que se desempeñan los diferentes cargos establecidos para el Hospital, ya sean administrativos o asistenciales.

En referencia con el plan de capacitación aprobado mediante resolución 024 del 31 de enero de 2017, se logra avanzar en ejecución presupuestal y en capacitaciones programadas, en comparación con las vigencias anteriores que no se ejecutaba lo presupuestado, generándose traslados otros rubros, que para esta vigencia fue menor.

Se fortaleció el plan de capacitaciones con otras capacitaciones que no estaban programadas, que no tuvieron costo, donde se involucra al personal contratista, pero que hubo la necesidad de realizarlas para fortalecer los procesos y subprocesos asistenciales y administrativos, en aras de mitigar los riesgos en la ejecución de los procedimientos y de las funciones que deben ejecutar los funcionarios y contratistas, además de estar dirigidas a fortalecer el clima y organización laboral. Se logra fortalecer las diferentes funciones y actividades de los funcionarios y contratistas de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá que sirven de herramientas útiles al hospital para brindar un servicio de calidad y humanizado para el cliente interno y externo

En la evaluación del desempeño para los funcionarios de carrera administrativa correspondiente a los periodos establecidos normativamente, se cumple, comprendiendo la evaluación de los periodos entre el primero de febrero y el 31 de julio de cada año, las cuales se producen dentro de los



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

quince días hábiles siguientes al vencimiento de los periodos a calificar, reposando en la carpeta del funcionario a calificado, como lo ordena el acuerdo 565 del 25 de enero de 2016, de la comisión nacional del servicio civil.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Se llevan a cabo mesas temáticas de trabajo con los líderes de los procesos y subprocesos, con la participación de integrantes de la junta directiva y conocimiento de la secretaria de salud del departamento de Cundinamarca donde se actualiza la plataforma estratégica, generando una conclusión final sobre la misión, la visión, los principios y valores, objetivos estratégicos, objetivos específicos, que deben formalizarse mediante acto administrativo de la junta directiva y de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el cual no se ha llevado a cabo a pesar de la insistencia de la gerencia en la actualización del modelo de operación por procesos, que está en una constante modificación, para ajustarla a la acreditación que busca el Hospital, que permita fijar los objetivos específicos que debe llevar la plataforma estratégica, de la mano de una habitación y acreditación, que se tiene que estar autoevaluando por los procesos y subprocesos.

El proceso de planeación contempla los objetivos institucionales en integración con las políticas de desarrollo administrativo que se deben cumplir para la ejecución de los programas y proyectos que fija la institución orientados a ejecutar el plan de gestión presentado por la gerencia a la junta directiva y que va de la mano con el plan de desarrollo departamental y municipal.

A pesar de no estar formalizada de la plataforma estratégica, se socializa y se da a conocer, mediante inducción y reinducción mensualmente por parte del proceso de talento humano, con apoyo de líderes de procesos que participaron en construcción de la misma, sin dejar de lado la plataforma que actualmente está formalizada mediante acto administrativo.

En el comité de gerencia se hace seguimiento y evaluación al cumplimiento de los objetivos institucionales y de los indicadores normados en la resolución 743 de 2013, del ministerio de salud y protección social y que se encuentran plasmados en el plan de gestión de la gerencia, seguimiento y evaluación orientado hacia las tareas que tiene que cumplir cada proceso y subproceso en relación con estos indicadores.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

Se sigue inobservando la generación de POAs, de los procesos y subprocesos, lo cual no permite fijar indicadores para la medición de la gestión de los mismos, que deben estar involucrados y transversalizados con los planes de gestión de las subgerencias, que se deben firmar con la gerencia, en integralidad del plan de gestión que firma la gerencia con la junta directiva. Esto impide que la oficina de control interno no pueda hacer la evaluación de la gestión por procesos y subprocesos, con el fin de que la evaluación sea tomada como criterio para la evaluación de desempeño del funcionario de carrera administrativa, que actúan en el procesos o subproceso. (Artículo 39 de la Ley 909 de 2004, Decreto 1227 de 2005, Decreto 1083 de 2015). Igualmente, que los instrumentos de evaluación produzcan el efecto de evidenciar la correspondencia entre el desempeño individual y el desempeño institucional

La carencia de POAs de los procesos y subprocesos, donde deben ir relacionados los planes, programas y proyectos que ejecuta cada subgerencia con acompañamiento de los procesos y subprocesos, tienen contemplar indicadores que aporten a la medición de la gestión del gerente, no permite definir indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que sirvan para tomar decisiones y evitar desviaciones, por lo tanto no se cuenta con fichas de indicadores que permitan consultarlos a excepción de los indicadores que se fija en el plan de gestión del gerente, impidiendo el seguimiento periódico de los responsables y equipos de trabajo, el cual no debe superior a seis meses. Se insiste en recomendar el establecimiento de la ficha o tablero de indicadores con el fin de que estos indicadores cumplan con su propósito al realizar y seguimiento y evaluación de los mismos.

Las políticas de operación, como son para los inventarios, de administración del riesgo, de calidad, de humanización, de seguridad del paciente, iami, seguridad del sistema de información, de discapacidad, de prevención de daño antijuridico, de comunicaciones, de manejo de usuario agresivo, de gestión ambiental, de la tecnología, de seguridad y salud en el trabajo, del no fumador, de contabilidad, se adoptan y se definen mediante acto administrativo, siguen siendo documentos formales, que son escasas y limitadas en su ejecución, por carecer de un plan para su ejecución e implementación y en las que se han generado el plan, no se lleva cabo su ejecución.

Se sigue resaltando la política de administración del riesgo, que es la que tiene un avance superior, realizándose seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano y al mapa de riesgos, demostrándose que los riesgos para la corrupción y los inherentes a la misión asistencial del hospital, lo mismo que a la contratación, han disminuido por las política de control establecidas por la gerencia y a la autoevaluación que se realiza de la gestión del Hospital en el comité de gerencia, se siguen dinamizando comités como el de compras, donde ya se generan actas de las reuniones y de las



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

decisiones tomadas, el comité de conciliación y prevención del año antijurídico se encuentra más dinamizado, se establece un tablero de control que permite tener una herramienta gerencial de seguimiento a la actuación del proceso de jurídica, con relación a los procesos que cursan contra el Hospital.

La mayoría de comités, no cumplen con la verdadera tarea de asesoría que deben ser para la gerencia, pues no se observa que se le proyecte o informe a la gerencia de los compromisos adquiridos o las recomendaciones emitidas en sus reuniones, como asesoría, y órgano consultor que son para la gerencia. Se atreve a decir la oficina de control interno que los comités no se hacen oír del gerente, pues no le proyectan formalmente las decisiones y compromisos que generan en sus reuniones.

El comité de inventarios no se ha caracterizado por ser un comité ejecutivo que controle el manejo de los inventarios de bienes de consumo y de activos fijos, y de los controles que se deben establecer para los mismos, en aras que se cumpla con el buen ejercicio de realizar inventarios físicos aterrizados y ajustados a la realidad de los registros contables que se llevan en los libros auxiliares y de exigir que un tiempo perentorio se justifiquen las diferencias presentadas en ellos, con soportes documentales con los suficientes atributos, del porqué de las diferencias presentadas en el ejercicio físico y el registro contable de realización de inventarios. Se sigue observando extemporaneidad en el resultado de los inventarios semestrales y en las justificaciones de las diferencias presentadas.

La mesa de control que se establece para la realización de los inventarios no es funcional, ni cumple con el apoyo que debe brindar a los contratistas y funcionarios que realizan el conteo físico, cuando se presentan diferencias entre el primer y segundo conteo, para realizar un tercer conteo.

Los inventarios de bienes de consumo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá son de alto riesgo, por falta de controles, de justificaciones a las diferencias presentadas entre el inventarios físicos y los registros contables, reflejado en los inventarios del primer semestre de la vigencia 2017, y que se vuelve a observar para los inventarios para el segundo semestre de la vigencia 2017, arrastrándose la misma situación desde el año 2013, como lo han venido sosteniendo la oficina de control interno en informes anteriores y que se confirma con los procedimientos auditores realizados por la oficina de control interno mediante pruebas selectivas y auditorías a los inventarios semestrales que se realizan, más si se hacen ajustes contables por inventarios cuyo soporte documental no tiene los atributos necesarios que le den una validación seria al registro contable.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

Se establece un plan de mejoramiento para los inventarios desde la administración pasada, que no se cumplió, se retoma y reformula el plan de mejoramiento nuevamente en esta administración, pero se sigue en la inobservancia del mismo, al no presentar se avances de mismo ni cumplirse con las actividades que allí se plasman para subsanar los hallazgos encontrados.

La falta de semaforización y de control a la fecha de vencimiento de los medicamentos, material médico quirúrgico, de laboratorio y de odontología, tanto en las bodegas de farmacia, 20,30,40, 50 y los carros de paro, generan perdida para el hospital y posible detrimento patrimonial, aunado a que no se hace gestión a tiempo con el proveedor para el cambio de los insumos próximos a vencerse. Sumándose a esto que la dispensación que se hace de las misma no es adecuada por parte de los contratistas o funcionarios de las diferentes bodegas, entregándose lotes que no corresponden al despacho que se debe hacer en aplicación del método fifo o peps.

Se hacen procedimientos de ingresos mediante facturas, alimentado el Kardex sin haber llegado los insumos contemplando los lotes que dicen las facturas, pero al hacer el ingreso fisco a almacén los insumos vienen con otro lote diferente al que se registró inicialmente con base en la factura presentada con anterioridad, antes que ingresaran los insumos físicamente.

Los requerimientos de información solicitados por la oficina de control interno, para justificar las diferencias que encuentra el órgano de control interno en el procedimiento auditor de las pruebas selectivas que realiza a los inventarios de las diferentes bodegas, no son contestados, o son contestados extemporáneamente sin los respectivos soportes documentales que avalen la justificación dada del movimiento contable que se hizo para la justificación. Caso que se dio en su totalidad para el año 2017, por parte del subproceso de almacén en el manejo de medicamento, material médico quirúrgico, y suministro de papelería, donde no se obtuvo ninguna respuesta a las diferencias presentadas en las selectivas, lo que conlleva a que la oficina de control interno solicitara la apertura de una investigación disciplinaria en asignación de responsabilidades.

Se socializa y se oficia por escrito las fechas establecidas institucionalmente para la presentación de informes a los entes de control externo como de control interno, donde planeación inicia seguimiento del reporte de la información y comunicar a la gerencia para que se tomen las medidas correctivas necesarias ante la inoportunidad en la presentación de información.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

Para los inventarios de los activos fijos, no se han justificado las diferencias presentadas en el inventario realizado con corte a diciembre de 2016, y no se observa un control sobre los mismos teniendo en cuenta que no se realizan selectivas a los procesos y subprocesos que tiene asignados inventarios de activos fijos, ni se encuentra conciliaciones entre el contratista que tiene a su cargo el control de los activos fijos con el subproceso de contabilidad. Se observa lo mismo para el año 2017, donde además no existe un juicioso control de los activos fijos, de su entrega mediante acta, traslado y todo lo que implique movilidad de los activos entre los procesos y subprocesos.

No se determina que activos fijos se encuentran en el taller de mantenimiento, pues no existe un control de los mismos llámese equipos biomédicos, muebles y enseres, vehículos, y equipos de cómputo, a pesar de los requerimientos que ha realizado la oficina de control interno para definir qué cantidad de activos se encuentran en el taller de mantenimiento y durante que tiempo permanecen en mantenimiento o reparación, en aras de que se tengan en cuenta cuando se realizan los inventarios de activos fijos y definir la efectividad en tiempo para el arreglo de los equipos y demás.

El subproceso de propiedad planta y equipo acude efectivamente a las solicitudes que le hacen los procesos y subprocesos de mantenimiento correctivos, no se determina en propiedad planta y equipo, los costos en se incurren en la reparación de los equipos, muebles y enseres, vehículos, equipos de cómputo, reparaciones locativas, e imprevistos

En análisis del plan anticorrupción y atención al ciudadano se cumplió con el foro de rendir cuentas a la ciudadanía, cumpliendo con la radicación de notificación de la fecha de realización de la rendición de cuentas ante la comunidad, que se le hace a la superintendencia de salud.

En cuanto los mecanismos de transparencia y acceso a la información pública, se fortalecieron, retomando la página web institucional, actualizando y manteniendo la información pública mínima obligatoria de manera proactiva, garantizando el acceso a la información pública para disponibilidad de la comunidad.

La garantización de los requerimientos de información que solicita el órgano de control interno a los diferentes procesos y subprocesos, aunado a una extemporaneidad del reporte de la información cuando se suministra, afecta la funcionalidad de la oficina en el cumplimiento de su plan anual de auditorías de seguimiento, especiales e integrales.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

La oficina de control interno observa el modelo de operación por procesos, proyecto que fue 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 macroprocesos, 16 procesos, y 29 subprocesos, pero a la fecha no se ha terminado su actualización, sino por el contrario se reformula un nuevo mapa de procesos y un nuevo cronograma con los procesos y subprocesos para la actualización de los procedimientos, actividad que ha pesar de reformularse, se fortalece mediante el impulso del proceso de planeación, en la actualización de procesos y procedimientos.

La disciplina en el cumplimiento de un cronograma de actividades que fijado por el proceso de planeación con los demás procesos y subprocesos, debe ser más férrea y así lo hace saber la Gerencia en los comités de gerencia y del comité coordinador de control interno, no se ha cumplido, especialmente en la actualización de procedimientos para los diferentes procesos y subprocesos, por eso se debe seguir insistiendo que en 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, tendiendo a que los procesos y procedimientos deben acomodarse a la realidad y necesidades del hospital y de los usuarios y no lo contrario a las necesidades de los funcionarios y contratistas, es decir, estos deben ser un espejo de las actividades que se llevan a cabo en la entidad a favor de los usuarios y el Hospital.

El representante de la Alta Dirección para el "MECI:2014" 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.

En la estructura organizacional, como se dijo anteriormente se actualiza el manual de funciones y competencias laborales, para funcionarios de planta, que se conpagina a la estructura flexible organizacional interna del Hospital, así sea ejecutado la mayoría de procesos y subprocesos por contratistas, de acuerdo al modelo de operación por procesos que presenta el Hospital, que le permite trabajar por procesos y subprocesos identificando niveles de responsabilidad y autoridad.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

Como en los informes anteriores se vuelve a contemplar la carencia de indicadores y de sus fichas, de efectividad, eficiencia e impacto, para medir los avances en la planeación más si la actualización del modelo de operación por procesos se debe llevar a buen término, específicamente en su producto modelo de operación, donde se deben generar indicadores para todos los procesos y subprocesos, con su caracterización y fichas, socializándolos 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 o modelo de operación por procesos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Una vez establecidos los indicadores y sus fichas, los responsables y sus equipos de trabajo deberán hacer seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de cada entidad, la cual no podrá ser superior a seis meses.

Esto permitiría ejercer un mayor control sobre subprocesos como facturación, cartera, contratación, igualmente en lo presupuestado para los contratos, donde se debe ejercer control por parte de los supervisores, teniendo en cuenta que se hacen reconocimiento de compromisos en diferentes contratos sin ninguna clase de control en cuanto al porcentaje de ejecución que permita una adecuada ponderación para la ejecución de acuerdo al presupuesto y tiempo asignado al contrato, que permita generar una alerta para comunicarla a la alta dirección.

La oficina de control interno de acuerdo a la información que se debe reportar como lo ordena el decreto 2193, realizara sus análisis en el primero informe pormenorizado del sistema de control interno para el año 2018, una se haya realizado el cierre contable y fiscal, donde se observara el comportamiento de la facturación, en aras de determinar lo facturado, lo radicado, lo cobrado, lo dejado de radicar, lo objetado y la glosa definitiva, que debía estar plasmado mediante indicadores que permitieran realizar un seguimiento desde la generación de la facturación hasta su pago final, en aras de determinar las responsabilidades de las actividades que se deben cumplir desde el inicio de la facturación hasta obtener un buen recaudo. De la misma forma se hará para el análisis presupuestal y de los estados financieros, una se haya hecho el correspondiente cierre fiscal para el año 2017.

La oficina de control interno sigue recomendando revisión de las políticas contables establecidas durante el ejercicio de las NIIF, específicamente para los porcentajes y tiempos establecidos para el deterioro de la cartera, teniendo en cuenta que no debemos estar deteriorando cartera corriente, más si no se hacen las gestiones correspondientes para su recuperación.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

Los supervisores deben dar la alerta a la alta dirección y presentar informes sobre los contratos que no cumplan con la ponderación en su ejecución, en caso contrario a los que no se ejecute la totalidad de la disponibilidad presupuestal asignada, el supervisor debe alertar para que se liquiden los contratos y los sobrantes ingresarlos al presupuesto.

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.

El mapa de riesgos y al plan anticorrupción y atención al ciudadano, se formuló con la participación de los líderes de los procesos y subprocesos, pero observa la oficina de control interno en su seguimiento, que no se cumplen los requerimiento de información por la mayoría de procesos y subprocesos que se hacen para medir los avances del mismo y verificación de los controles establecidos, en aras de analizar los indicadores allí contemplados, por lo tanto los avances de los mismos no son reportados y su medición institucional no se realiza, observando que el seguimiento lo debe realizar el proceso de planeación, independientemente del que realiza la oficina de control interno, el cual no lo puede ejecutar por carecer de la información.

La gerencia en su comité, cada vez que se analizan políticas, programas proyectos, plasma e insiste tener 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, que nos permitan establecer el impacto del riesgo al materializarse.*

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 sigue reportando 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:

- No generación de planes operativos de los procesos y subprocesos, que permitan un seguimiento institucional.
- Actividades realizadas y no facturadas o mal facturadas.
- Cobro de copagos mal realizados, por subvalor y sobrevalor.
- Doble cobro de copagos realizados al usuario y a la EPSs



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

- Mal manejo de los inventarios de la institución.
- Alto nivel de objeciones.
- Medicamentos vencidos.
- No revisión de contratos de suministros en verificación de los precios fijados e iva contemplado en las facturas, que estén acordes con lo fijado en el contrato que se firma con el proveedor.

Se aprueba, adopta y se formaliza mediante acto administrativo resolución 025 del 31 de enero de 2017, el plan anticorrupción y atención al ciudadano, de acuerdo al Decreto 124 del 26 de enero de 2016, capacitándose a los contratistas y funcionarios del Hospital, empezando un seguimiento por parte la oficina de control interno.

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 hacerles a los planes operativos de los diferentes procesos de la Institución.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO COMPONENTE AUTOEVALUACION DEL CONTROL Y GESTION

La autoevaluación institucional crea un mecanismo dinámico como el comité de gerencia, pero a partir de ahí sigue siendo 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, más 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 de 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.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

Procesos y subprocesos que en la ejecución de sus procedimientos elevan su efectividad, se ven con el transcurrir del tiempo disminuidos, ameritando realizar una autoevaluación que les permita detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna, que reactiven la dinámica de efectividad, para el adecuado cumplimiento de las metas.

En la actual administración se observa la perspectiva de dinamización en que el sistema de control interno se convierta en un asunto de todos, teniendo en cuenta que la alta dirección 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, dejándose de cuestionar el ejercicio de control interno cuando se está en el ejercicio auditor, queriendo determinar la eficiencia y eficacia de los controles establecidos y al cumplimiento de las metas fijadas en el comité de gerencia y que deben estar fijadas en el plan operativo de cada proceso y subproceso, de acuerdo de gestión que firma la gerencia con la Junta Directiva.

La gerencia a apalancado el cumplimiento de 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, pero los líderes de procesos y subprocesos y en general a los contratistas y funcionarios que se le hace requerimientos de información por parte de la oficina de control los omiten. No se observa una cultura de cumplimiento a los requerimientos de información que se solicitan, se obvian o se contestan extemporáneamente.

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 se sigue recomendando 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, en análisis de hallazgos presentados en el ejercicio de los procedimientos diarios. Por eso la oficina de control interno ve con preocupación que como un buen mecanismo de autocontrol el día a día, se desvirtué en su esencia de mitigar riesgos de los hallazgos se comunican y se informan a tiempo para tomar los correctivos inmediatamente, pero que se está dando al traste por la poca asistencia al mismo, y por no ser mecanismo de ejecución relevante.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

La oficina de control interno como responsable de realizar la evaluación del sistema de control interno, a través del cumplimiento de los objetivos, principios y fundamentos del sistema de control interno, a la existencia del modelo estándar de control interno y su estructura basada en módulos, componentes y elementos, ha querido comprobar la efectividad de cada uno de ellos. En su intención de apoyar el cumplimiento de los objetivos de la entidad contemplados en la plataforma estratégica, encuentra receptividad por parte de la alta dirección de su rol evaluador independiente, viendo una integración con la alta dirección para que dentro de la estructura administrativa del modelo de operación por procesos, se ejecute el proceso auditor en los diferentes procesos y subprocesos en verificación de la gestión y cumplimiento de lo programado y contratado, con un enfoque sistémico y disciplinado de evaluación y de mejora en 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, como son los de consulta, observación, inspección, revisión de comprobantes, rastreo, procedimientos analíticos, confirmación, que nos permite hacer pruebas de auditoría de control, analíticas y sustantivas.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

Se generan y elaboran planes de mejoramiento en esta administración y se consolidaron auditorias de la administraciones anteriores con planes de mejoramiento, pero lamentablemente se sigue evidenciando la falta de compromiso de los procesos y subprocesos auditados sobre los planes de mejoramiento que se tiene que ejecutar con base en la auditorias 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 el principio de autocontrol y de evaluación de la administración para este producto del "MECI:2014"



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Se fortalece este eje al entrar en funcionamiento la página Web, que permite subir, los estados financieros, plan de compras, presupuesto, rendición de cuentas, informes sobre el sistema de control interno, portafolio de servicios, etc. Por lo tanto, creando un principio de acceso a la información pública que deben tener las veedurías y los usuarios, en cumplimiento de la ley 1712 de 2014, ley de transparencia y acceso a la información pública.

En el comité de gerencia, de acuerdo a los compromisos adquiridos con la gobernación de Cundinamarca en su programa misión salud, estableció compromisos con los diferentes líderes de los procesos y subprocesos, sobre el archivo institucional y su fondo documental, para su organización y aplicación de los lineamientos normativos para la gestión documental. (Aplicación de tablas de retención documental) de forma periódica, tema que se trata comité de gerencia donde se solicita informe sobre los avances, y en respuesta la mayoría de los líderes reportan un avance el 90% para arriba, avances que no se ajustan a lo observado en los diferentes procesos y subprocesos, con lo reportado al comité de gerencia y en el procedimiento que se tiene que ejecutar para el archivo de gestión, permanente y eliminación del mismo de acuerdo a las tablas de retención documental. No se encuentra por parte del comité de archivo una actuación efectiva para la organización del archivo y fondo documental de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, con base en la ley 594 de 2000 y sus decretos reglamentarios 4124 de 2004 y 1100 de 2014.

No se genera 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.

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".

Se debe 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 y todos aquellos mecanismos de consulta con los distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación de servicios.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

La oficina de control interno remata el presente informe, sigue reconociendo en la actual administración en cabeza de la Gerencia, el apoyo brindado por la alta dirección para fortalecer la actividad auditora interna, la independencia y objetividad como actúa el jefe de control interno en ejercicio de sus funciones y procedimientos de auditoría.

Así mismo la oficina de control interno vuelve a resaltar la tranquilidad que le genera la actual gerencia, por sus actuaciones, direccionamiento, estilo de dirección e idoneidad integral y solida que tiene sobre el sector salud, y que se refleja en los comités de gerencia, como mecanismo de autoevaluación sobre la gestión de la administración actual.

Se nombran los diferentes integrantes de los grupos del "MECI:2014", directivo, operativo y evaluativo, pero no se ha logrado su integración mediante una reunión que permita definir priorizar los productos a fortalecer de acuerdo a la calificación que arroja la evaluación del "MECI:2014".

Se realizan evaluaciones trimestrales del modelo estándar de control interno "MECI:2014", participativas entre el proceso de planeación, del representante de la dirección para el "MECI:2014" y la oficina de control interno, que se reflejan en el siguiente cuestionario y cuadro de resultados



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO "MECI:2014"
IV TRIMESTRE 2017

NIT:890.680.025-1							
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO							
RESULTADOS EVALUACIÓN MECI IV TRIMESTRE 2017 (Decreto 943 de 2014)							
MODULOS	COMPONENTE	ELEMENTOS	PRODUCTOS MÍNIMOS	EVALUE AQUÍ	Puntaje	Evidencia Verbal	Evidencia Documental
CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	RECURSOS HUMANOS	Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	1 Documento con los principios y valores de la entidad. Carta de valores y políticas éticas de la entidad., decálogo de ética, código de ética.	IMPLEMENTADO	3	Existe documento, se está realizando cambios en la plataforma estratégica en principios y valores, En actualización	RESOLUCION 460 DE 2014, CARTILLA CODIGO DE ETICA
			2 Acta de elección de valores por concertación entre las diferentes dependencias.	IMPLEMENTADO	3	Existe acto administrativo vigente. Se están realizando modificaciones pendientes de aprobación por junta directiva, en actualización y no formalizado.	RESOLUCIÓN NO. 409 DEL 22 DE OCTUBRE DE 2014 ACTA REUNIÓN CON LÍDERES DE PROCESO.
			3 Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad. Decreto, Resolución, Acta, u otro acto administrativo que permita evidenciar la adopción de los principios y valores de la entidad.	IMPLEMENTADO	3	Existe acto administrativo vigente.	RESOLUCION 460 DE 2014
			4 Estrategias de socialización. Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y /o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los principios y/o valores adoptados por la entidad (cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades, entre otros)	IMPLEMENTADO	3	Por medio de inducción y capacitación se refuerzan temas específicos, actividades realizadas en los procesos para la difusión.	LISTADOS DE ASISTENCIA Y ACTAS, CORREO INSTITUCIONAL



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

	Desarrollo del Talento Humano	5	Manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.	IMPLEMENTADO	3	Adaptado y socializado	ACUERDO 011 DE MAYO 18 DE 2017.NO EXISTE ACTAS DE SOCIALIZACIÓN		
		6	Plan de Formación y Capacitación formulado de acuerdo a las necesidades de los Servidores Públicos.	IMPLEMENTADO	3	plan de capacitación de la vigencia 2017 culminado, entrega de informe a la oficina de Control Interno, no se cumplió con su ejecución presupuestal.	RESOLUCION 024 DE 2017, ENVIADO INFORME A CONTROL INTERNO SEGÚN OFICIO 272 Y A LA OFICINA DE PLANEACION PARA EL PLAN DE ACCION EN SALUD (PAS).		
		7	Programa de Inducción o reintucción establecido, en el cual se especifica los temas y procedimiento de inducción para empleados nuevos o reintucción en el caso de cambios organizacionales, técnicos y/o normativos.	IMPLEMENTADO	3	Realizado programa de inducción incluida la evaluación de contenido, reintucción pendiente de aprobación para ejecutar.	RESOLUCION 253 DE 2015. CREACION DE FORMATO DE INDUCCION ESPECIFICA		
		8	Establecer un Programa de bienestar social de conformidad con los artículos 70 y 75 del Decreto 1227 de 2005.	IMPLEMENTADO	3	Aprobado y ejecutado para la vigencia 2017, Acta de comité de bienestar	RESOLUCION 0159 DEL 28-JUL-2017		
		9	Plan de incentivos adoptado por medio de acto administrativo.	IMPLEMENTADO	3	Aprobado y ejecutado para la vigencia 2017, Acta de comité de bienestar	RESOLUCION 0159 DEL 28-JUL-2017		
		10	Formatos de Evaluación del desempeño de acuerdo a la normatividad que aplique a la entidad.	EVALUADO Y REVISADO	4	Evaluación de desempeño adoptado según formato del acuerdo 565 de 2016	RESOLUCION 023 DE 2017, ACUERDO 565 DE 2016		
		Estrategia de Planeación	Planes, Programas y Proyectos	11	Planes de la entidad alineados con las políticas de desarrollo administrativo.	EVALUADO Y REVISADO	4	Se encuentran articulados con los ejes programáticos del plan departamental de desarrollo y con las dimensiones del plan de salud pública	PLAN INDICATIVO PLAN DE ACCION EN SALUD, APROBADOS POR JUNTA DIRECTIVA BAJO ACUERDOS 002 Y 003 DE 2017



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

			12	Acto administrativo a través del cual se adoptan la misión y visión y demás documentos o elementos de carácter institucional.	IMPLEMENTADO		3	Aprobados por medio de resolución	RESOLUCION 409 DE 2012
			13	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de la misión, visión y demás documentos y/o elementos de carácter institucional (Cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades entre otros)	IMPLEMENTADO		3	Publicación y difusión a través de: PAGINA WEB, CARTELERAS, DOCUMENTOS GENERADOS, ENLACE EN LA RED INTERNA, SOCIALIZACION EN LAS TORNADAS DE INDUCCION	LISTADOS DE ASISTENCIA A TORNADAS DE INDUCCIÓN, CARTELERAS, CARTILLA CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO, RED INTERNA.
			14	Objetivos Institucionales. Los objetivos son parte integral de la Planeación de la entidad, dado que los programas y proyectos deben estar orientados a su cumplimiento.	IMPLEMENTADO		3	EXISTEN EN LA PLATAFORMA ESTRATEGICA 8 OBJETIVOS INSTITUCIONALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN REVISION PARA ACTUALIZACION	RESOLUCION 409 DE 2012
			15	Planes de acción anuales que definen las metas a cumplir con respecto al Plan de desarrollo.	EN PROCESO		1	Se encuentran articulados con los ejes programáticos del plan departamental de desarrollo y con las dimensiones del plan de salud pública.	PLAN INDICATIVO PLAN DE ACCION EN SALUD, APROBADOS POR JUNTA DIRECTIVA BAJO ACUERDOS 002 Y 003 DE 2017
			16	Planes Anuales mensualizados de caja (PAC) que permiten conocer las metas planificadas por año para cumplir con los ingresos y gastos de la entidad.	EVALUADO Y REVISADO		4	Acuerdos aprobados por junta directiva para la vigencia 2017	ACUERDO 031 DEL 23-DIC-2016. ACUERDOS MODIFICATORIOS 06, 025, 031, 035, 039 DE 2017
			17	Acuerdos de gestión donde se definen las responsabilidades y metas frecuentes por parte de los gerentes públicos.	NO EXISTE		0	No se cuenta con acuerdos en las subgerencias	
			18	Cronogramas de los diferentes comités de trabajo.	EVALUADO Y REVISADO		4	Publicado en dinámica gerencial y socializado mediante correo electrónico a los líderes. No se cumple con lo programado.	CRONOGRAMA DE COMITES INSTITUCIONALES



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

	Modelo de Operación por Procesos	19	Mapa de Procesos. La entidad debe establecer un mapa de procesos donde se evidencia la interrelación de éstos, articulados entre estratégicos, misionales, de apoyo y de Evaluación y seguimiento.	DOCUMENTADO Y APROBADO	2	Se cuenta con mapa de procesos el cual fue aprobado por comité de control interno. Se encuentra en actualización.	ACTA DE COMITÉ DE CONTROL INTERNO
		20	Divulgación de los procedimientos. Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización.	EN PROCESO	1	Socialización luego de la actualización de cada procedimiento, se encuentran publicados en el enlace de dinámica disponibles para verificar.	ACTAS DE REUNION Y LISTADOS DE ASISTENCIA DE GENERACION DEL PROCEDIMIENTO.
		21	Proceso de seguimiento y evaluación. La entidad debe establecer procedimientos que permitan evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios ofrecidos en la organización, y el seguimiento respectivo.	EVALUADO Y REVISADO	4	Se cuenta con la oficina del SIAU la cual contiene procesos y procedimientos que permiten evaluar la satisfacción del usuario y realizar seguimiento oportuno. Se ha evaluado y revisado, con el proceso del siau en cumplimiento de la ley 1474 2011	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADOS DE LA OFICINA DEL SIAU
	Estructura Organizacional	22	Estructura organizacional. La entidad debe tener una estructura flexible que le permita trabajar por procesos, donde se identifiquen niveles de responsabilidad y autoridad.	IMPLEMENTADO	3	Al actualizar el modelo de operación por procesos, se lleva a actualizar la organización interna, por lo tanto esto no tiene soporte de evaluación y revisión	ACUERDO 002 DE 2010
		23	Manual de funciones y Competencias laborales adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.	IMPLEMENTADO	3	Se socializo a nivel directivo, pero no se descende su socialización, soporte de la evaluación y revisión	ACUERDO 011 DE MAYO 18 DE 2017
	Indicadores de Gestión	24	Definición de indicadores. Dentro de los planes, programas y proyectos de la entidad, se debe construir indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones para	EN PROCESO	1	Se cuenta con un aplicativo de tablero de indicadores que permitirá la medición de planes..	TABLA DE INDICADORES



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

			evitar desviaciones.				
		25	Debe haber indicadores por procesos que aportan a la medición de la gestión.	EN PROCESO	1	En el proceso. No se evidencia su aplicación a excepción de los del plan indicativo de la gerencia.	TABLA DE INDICADORES. EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CADA PROCESO SE ENCUENTRAN LOS INDICADORES
		26	Deben existir fichas de los indicadores que permitan consultarlos de manera fácil.	EN PROCESO	1	En proceso, no existe evidencia de su aplicación	SISTEMA DINAMICA GERENCIAL
		27	Seguimiento de los indicadores. Los responsables y sus equipos de trabajo deberán hacer seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de cada entidad, la cual no podrá ser superior a sei (6) meses.	EN PROCESO	1	No existe para los procesos y subprocesos, Se aplican para el plan indicativo del gerente y son los establecidos por ley.	INFORMES DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL POR PROCESO
		28	Se debe revisar la batería de indicadores con el fin de establecer que los indicadores cumplan con su propósito.	EN PROCESO	1	Indicadores en proceso de revisión y actualización por medio de los procedimientos.	SE EVIDENCIA EN LOS PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADOS
	Políticas de Operación	29	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de las Políticas de Operación de la entidad (cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades entre otros).	EVALUADO Y REVISADO	4	Publicación en el enlace de dinámica disponibles para verificación	SISTEMA DINAMICA GERENCIAL
		30	Acto administrativo a través del cual se adopta el Manual de operaciones de la Entidad (Manual de procedimientos, Manual de Calidad) como	IMPLEMENTADO	3	Se cuenta con acto administrativo, se encuentra en proceso de actualización el manual.	RESOLUCION 461 DE 2009



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

			documento de consulta.					
ADMINISTRATIVO DEL RIESGO	Políticas de Administración del Riesgo	31	Políticas de Operación. Acto administrativo o documento a través del cual se definen y adoptan las políticas de administración del riesgo.	EVALUADO REVISADO	Y	4	Se cuenta con acto administrativo que define mencionadas políticas	RESOLUCION 358 DE SEPTIEMBRE 2013
		32	Manual de Operaciones. Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los mapas de riesgos de la entidad cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades entre otros.	EVALUADO REVISADO	Y	4	En página web, enlace de sistema dinámica, difusión en inducción, correos electrónicos a líderes.	RESOLUCION 026 DEL 31-01-2017
	Identificación del Riesgo	33	Identificación de condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo para la entidad.	EVALUADO REVISADO	Y	4	Anualmente se realiza mapa de riesgos, se solicita a los líderes realizar identificación.	MAPA DE RIESGOS
		34	Documento de identificación los riesgos de cada proceso, programas y/o proyectos que contengan las causas, descripción y las posibles consecuencias de los mismos.	EVALUADO REVISADO	Y	4	Mapa de riesgos de cada proceso y subproceso, incluye reporte de identificación de riesgos donde establece causa, descripción y consecuencias.	MAPA DE RIESGOS
	Análisis y Valoración del Riesgo	35	Documento de análisis del riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad.	EVALUADO REVISADO	Y	4	Mapa de riesgos institucional que incluye análisis de riesgo, determina impacto en caso de materialización del riesgo.	MAPA DE RIESGOS
		36	Documento donde se evalúe si los controles existentes para valorar los riesgos son adecuados o no.	IMPLEMENTADO		3	Se incluye segundo análisis y evaluación de los controles definidos.	ANALISIS Y EVALUACION
		37	Documento en el cual se analizan los riesgos frente a los controles existentes para mitigar su impacto o su probabilidad de ocurrencia.	IMPLEMENTADO		3	Incluye la valoración de riesgos.	MAPA DE RIESGOS



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

			38	Se deben identificar controles correctivos y preventivos definidos para cada proceso o actividad para mitigar la probabilidad e impacto de los riesgos.	IMPLEMENTADO	3	No se identifican los controles correctivos y preventivos, no ha sido evaluado y revisado	MAPA DE RIESGOS
			39	La entidad debe establecer un mapa de Riesgos de Proceso que contendrá toda la información establecida anteriormente.	EVALUADO Y REVISADO	4	Se cuenta con mapa de riesgos por proceso.	MAPA DE RIESGOS
			40	La entidad construirá un Mapa de Riesgos institucional, en el cual se elevan todos los riesgos que afecten a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos misionales y se incluirán los Riesgos de Corrupción de los que trata la Ley 1474 de 2011.	EVALUADO Y REVISADO	4	Se cuenta con mapa de riesgos institucional debidamente revisado y evaluado periódicamente.	MAPA DE RIESGOS
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL	Autoevaluación del Control y Gestión	41	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la sensibilización sobre la autoevaluación en la entidad (Cartillas, correos electrónicos. Cartelera de la entidad, concursos, actividades entre otros).	EN PROCESO	1	Se difunde y sensibiliza en cada sesión de inducción que se realiza mensualmente. Los día a día y el comité de gerencia son instrumentos de autoevaluación	LISTADOS DE ASISTENCIA, EVALUACIÓN DE CONTENIDO.
			42	Herramienta de autoevaluación. La entidad debe determinar como a partir de los riesgos, indicadores, controles establecidos y demás elementos que le permitan tomar información, puede realizar la autoevaluación de la gestión, tomando los correctivos necesarios. La entidad debe estar en capacidad de alimentar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas que le permitan ejercer el proceso de manera correcta. El aplicativo MECI (informe ejecutivo anual de control interno), el formulario único de reporte de avance a la gestión puede ser, entre otros, parte de esos sistemas.	EVALUADO Y REVISADO	4	Se realiza el reporte en el aplicativo MECI por la oficina de control interno y al igual que en FURAG	REPORTE EN EL SISTEMA



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

AUDITORIA INTERNA	Auditoría Interna	43	Procedimiento de Auditoría interna. Se debe definir un procedimiento de auditorías internas basado en evidencia documental que permita ejercer control permanente a la gestión administrativa.	EVALUADO REVISADO	Y	4	Procedimiento de ejecución y realización de auditoría. Se aplica guía auditoría para entidades pública del DAFP, procedimiento de auditoría implementado, evaluado y revisado.	PC-037-V01,
		44	Plan y programa de Auditorías. EL programa de Auditorías debe incluir las Auditorías de Gestión y las de Calidad (En caso de que la entidad cuente con el sistema de Gestión de Calidad), este debe ser aprobado por el comité de coordinación de control interno. Por otra parte, el plan de auditoría que entraría a planear las auditorías que se incluyen dentro del "Programa anual de auditoría"	EVALUADO REVISADO	Y	4	Existe un plan anual de auditorías aprobado por el comité coordinador de control interno, que se revisa y evalúa en el mismo comité	CRONOGRAMA DE AUDITORIAS
		45	El Informe Ejecutivo Anual de Control Interno debe ser realizado de acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Sirve como insumo para el fortalecimiento continuo y mejora del sistema de control interno en la entidad.	EVALUADO REVISADO	Y	4	Se realiza oportunamente de manera anual cumpliendo con los lineamientos del DAFP. Ahora Furag	INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO
PLANES DE MEJORAMIENTO	Plan de Mejoramiento	46	Herramienta de Evaluación para elaboración de Plan de Mejoramiento. Debe existir un proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajen recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del componente de auditoría interna y las observaciones del órgano de control fiscal. Debe ser un proceso, procedimiento o mecanismo documentado que permite realizar seguimiento a las acciones emprendidas por los responsables y la verificación de estas.	IMPLEMENTADO		3	Se generan planes de mejoramiento en los procesos y subprocesos con base en las auditorías del órgano de control interno como del órgano de control externo, los cuales se presentan trimestralmente, son evaluados y revisados. La herramienta el mismo plan de mejoramiento evaluado por el procesos o subproceso de acuerdo a las metas propuestas.	PROCEDIMIENTO DE AUTOCONTROL PC-005-V001, EN PROCESO DE ACTUALIZACION



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

			47	Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento. Se debe establecer un mecanismo para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento.	DOCUMENTADO Y APROBADO	2	Se realiza seguimiento periódico a los planes de mejoramiento realizando evaluaciones para determinar la eficacia y efectividad de los controles establecidos pero su cumplimiento no se da en el % esperado. Mecanismo el indicador y sus soportes documentales, en la evaluación del indicador.	SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO.
E TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Información y Comunicación interna y externa		48	Identificación de las fuentes de información externa. Se deben establecer mecanismos para identificar la información externa (Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias. Buzón de sugerencias, Encuestas de satisfacción, entre otros).	IMPLEMENTADO	3	Viene la información, de las veedurías, usuarios, de las ips, eps, etc.	RESPUESTAS A PQRS, ENCUESTAS DE SATISFACCION, SUGERENCIAS, CORRESPONDENCIA RECIBIDA.
			49	Fuentes internas de información sistematizada y de fácil acceso. Debe existir un documento (electrónico, físico o como determine la entidad) que permita consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.	EN PROCESO	1	En dinámica no existen documentos sistematizados, para consultar archivos, documentación, se parametrizan formatos para que sean diligenciados por el cliente interno, mas no existen documentos de consulta. Ni siquiera se encuentran los procedimientos sistematizados.	SISTEMA DINAMICA GERENCIAL, CORREO INSTITUCIONAL
			50	Rendición anual de cuentas. La entidad debe tener establecido un mecanismo donde se comunique información sobre los programas, proyectos, obras, contratos y administración de los recursos.	IMPLEMENTADO	3	Se realiza jornada anual de rendición de cuentas, se evalúa la jornada y se reportan los resultados a la Super salud. Este documento no ha sido evaluado y revisado, donde se contemple las observaciones de los usuarios y los aportes de las veedurías.	INFORME RENDICION DE CUENTAS ANUAL.
			51	Tablas de retención documental. La entidad debe establecer su proceso y/o actividades de Gestión documental de acuerdo con la Ley 594 de 2000 o la norma que la modifique o sustituya.	IMPLEMENTADO	3	SE CUENTA CON TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL	Resolución 415 del 10 de octubre de 2013



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

Sistemas de información y comunicación	52	Política de comunicaciones. La entidad debe establecer un mecanismo de comunicación con los usuarios internos y externos. Dicha política, proceso o procedimiento debe contener entre otros, los siguientes elementos: matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc.	DOCUMENTADO Y APROBADO	2	Se cuenta con la política, se está revisando actualización para aprobación y puesta en marcha. No está implementada, ni existe un plan para su ejecución	SE ESTABLECE MEDIANTE RESOLUCION 386 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2013
	53	Manejo organizado o sistematizado de correspondencia. La entidad debe establecer directrices claras para el manejo documental de tal manera que no haya contratiempos entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario y/o grupo de interés.	DOCUMENTADO Y APROBADO	2	Se encuentra documentada y aprobada, pero la implementación sistematizada no existe, se hacen registros.	RESOLUCION 506 DE 2013
	54	Manejo organizado o sistematizado de recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos. Los recursos físicos y humanos de la organización deben tener asociados procesos, procedimientos y guías donde se establece el manejo de éstos y su adecuada utilización.	IMPLEMENTADO	3	Se maneja de forma organizada los recursos físicos por medio de los procesos de propiedad planta y equipo y almacén. El recurso humano se maneja a través de la oficina de talento humano, los recursos financieros se manejan por medio de las oficinas de presupuesto, tesorería, costos, contabilidad, cartera, adquisiciones y auditorías de cuentas. los recursos tecnológicos son manejados por las oficinas de sistemas, comunicaciones y propiedad planta y equipo.	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EXISTENTES EN CADA UNO DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS MENCIONADOS, SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE ACTUALIZACION
	55	Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio. La entidad debe identificar los usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidos sus productos y/o servicios.	IMPLEMENTADO	3	Mecanismo si existe, pagina web, buzones, link de pors	INFORMES PERIODICOS PRESENTADOS A DISTINTAS ENTIDADES CON INFORMACION DE LOS USUARIOS SEGÚN NECESIDADES Y PRIORIDADES



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

		56	Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad. La entidad debe poner a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página WEB, carteleras comunitarias, periódico oficial, buzón de sugerencias, entre otros que crea conveniente.	IMPLEMENTADO	3	Se cuenta con pagina Web, carteleras informativas en la sede central y los puestos de salud, buzones de sugerencias y PQRS, redes sociales.	PAGINA WEB, CARTELERAS INFORMATIVAS, BUZONES, REDES SOCIALES
--	--	----	--	---------------------	---	---	--



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

**RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO "MECI:2014"
 IV TRIMESTRE 2017**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

NIT:890.680.025-1

OFCINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

RESULTADOS EVALUACIÓN MECI III TRIMESTRE (Decreto 943 de 2014)

MODULOS	COMPONENTE	ELEMENTOS	Puntaje por Elemento	Porcentaje de Cumplimiento del Elemento	Interpretación de Elemento	Porcentaje de Cumplimiento del Componente	Interpretación de Componente	Porcentaje de Cumplimiento del Módulo	Interpretación Módulo	Aporte del Módulo al Sistema	Puntaje General del Sistema	Interpretación del Sistema
MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	TALENTO HUMANO 10 Productos	Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	3,00	75,0%	ADECUADO	77,1%	ADECUADO	78,6%	ADECUADO	53,21%	73,5%	ADECUADO
		Desarrollo del Talento Humano	3,17	79,2%	ADECUADO							



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

	DIRECCIONAMIENT O ESTRATÉGICO 20 Productos	Planes, Programas y Proyectos	2,75	68,8%	ADECUADO	62,9%	ADECUADO			
		Modelo de Operación por Procesos	2,33	58,3%	INSUFICIENTE					
		Estructura Organizacional	3,00	75,0%	ADECUADO					
		Indicadores de Gestión	1,00	25,0%	INSUFICIENCIA CRITICA					
		Políticas de Operación	3,50	87,5%	SATISFACTORIO					
	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 10 Productos	Políticas de Administración del Riesgo	4,00	100,0%	SATISFACTORIO	95,8%	SATISFACTORIO			
		Identificación del Riesgo	4,00	100,0%	SATISFACTORIO					
		Análisis y Valoración del Riesgo	3,50	87,5%	SATISFACTORIO					
MÓDULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	COMPONENTE EUTOEVALUACION INSTITUCIONAL 2 Productos	Autoevaluación del Control y Gestión	2,50	62,5%	ADECUADO	62,5%	ADECUADO	75,0%	ADECUADO	9,93%
	COMPONENTE DE AUDITORÍA INTERNA 3 Productos	Auditoría Interna	4,00	100,0%	SATISFACTORIO	100,0%	SATISFACTORIO			



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

	COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO 2 Productos	Plan de Mejoramiento	2,50	62,5%	ADECUADO	62,5%	ADECUADO					
EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 9 Productos		Información y Comunicación Interna y Externa	2,400	60,0%	ADECUADO	60,0%	ADECUADO	64,4%	ADECUADO	10,30%		
		Sistemas de Información y Comunicación	2,750	68,8%	ADECUADO	68,8%	ADECUADO					

ESTADO	CANTIDAD DE PRODUCTOS	Resumen		
NO EXISTE	1	MÓDULO	Porcentaje de Cumplimiento del Módulo	INTERPRETACIÓN DEL MODULO
EN PROCESO	9	CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	78,6%	ADECUADO
DOCUMENTADO Y APROBADO	4	CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	75,0%	ADECUADO
IMPLEMENTADO	25	EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	64,4%	ADECUADO
EVALUADO Y REVISADO	17			

PORCENTAJE PONDERADO GENERAL DEL SISTEMA
73,5%
ADECUADO



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE ENERO DE 2017

0% – 39%: Insuficiencia Critica 40% – 59%: Insuficiente 60% – 79%: Adecuado 80% – 100%: Satisfactorio

Cordialmente,

OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

c.c. Ingeniero Javier Antonio Melo Rivera
Proceso de Sistemas de Información
c.c. archivo control Interno.
Proyecto y Elaboro: Oscar Acosta
Folios: Informe: Veintinueve (29) folios.
Medio magnético C.D.