



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

De acuerdo con la promulgación de la Ley 1474 de 2011, artículo 9° Reportes del responsable de control interno, que establece: "(...) El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. (...)", la oficina de control interno de la Empresa Social Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, teniendo en cuenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG", el siguiente informe pormenorizado del sistema de control interno, basado en este modelo, orientado a una metodología de seguimiento y revisión de las siete dimensiones que estructuran el Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG".

## **1. DIMENSION DE TALENTO HUMANO**

En el proceso de Talento Humano de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se observa que su planeación está orientada a tener en cuenta la información estratégica y básica de la entidad, aplicando la normatividad que rige la gestión del talento humano, la creación y modificación de la planta de personal se hace mediante actos administrativos, más específicamente con acuerdos que genera la Junta Directiva del Hospital.

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

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

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

Capacitación  
Bienestar



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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

Incentivos

Evaluación del desempeño

Inducción y reinducción

Actualización de la información del SIGEP

Acuerdos de gestión firmados con los subgerentes

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

Socializar un código de ética.

### Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

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

## 2. DIMENSION DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

En el proceso de Planeación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el direccionamiento estratégico está enfocado a la misionalidad para lo que fue creada la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, atendiendo las necesidades, y dejando a disposición los bienes y servicios para atender los requerimientos o problemas de sus grupos de valor, donde se articulan los objetivos estratégicos, dirigidos a las líneas de acción, objetivos, programas o proyectos



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

del plan de Gestión de la gerencia y el plan de desarrollo del Departamento del cuatrienio, donde las metas se viabilizan de acuerdo a los objetivo del Hospital, para permitir alcanzar las metas, los tiempos de ejecución de las actividades, donde se incluyen recursos financieros, humanos, físicos, tecnológicos para lograr lo propuesto, que se evalúa mediante el seguimiento a los indicadores establecidos en el plan de gestión de la Gerencia.

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

Planes de acción para los procesos y subprocesos de los macraprocesos misional y de apoyo, se retoman, permitiendo la evaluación con indicadores para realizar un seguimiento a las tareas que se proyectan en los procesos y subprocesos y su articulación con el plan de gestión del Gerente, aunado a los acuerdos de gestión firmados con los subgerentes, aunque en la operatividad misional y de apoyo de la entidad se observa un buen ejercicio

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

**Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:**

- Contundencia en la política de administración de riesgos
- Pertinencia en el diseño de los indicadores de seguimiento



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

- Actualizar y formalizar, el modelo de operación por procesos y procedimientos.
- Controles que fortalezcan y garanticen la consistencia de la información, en aras de que en las conciliaciones realizadas se identifiquen las diferencias y pasar a realizar los ajustes y correcciones que permitan tener saldo iguales en los registros contables, tesorería y bancos.

### **3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS**

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

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

Los ingresos del Hospital se estiman de una manera conservadora, apoyado este estimativo con una buena gestión de cobro ante las EPSs, que permite respaldar las apropiaciones presupuestales, procurando evitar generación de déficit presupuestal, por el contrario se cuenta en esta administración con disponibilidad presupuestal y control a la ejecución de las doceavas partes de presupuesto

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



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

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

Los procedimientos con respecto a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes son claros, se pueden plasmar por escrito, en buzones, en la página WEB institucional, donde se encuentra un link para su recepción. No se observa un procedimiento establecido para las denuncias, ni un mecanismo para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas, por los periodistas, menores de edad, personas en situación de discapacidad y mujeres embarazadas.

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

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

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

No se encuentra en la página WEB, una sección de "transparencia y acceso a la información pública", exclusiva, se reporta información en varios links que tiene la pagina WEB, donde se suben información que debe ir en la sección de



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

transparencia y acceso a la información pública, como mecanismos para interponer PQRSD, localización física de los puestos de salud, presupuestos, estados financieros, plan anticorrupción y atención al ciudadano, informes pormenorizados del sistema de control interno, pero la mayoría de información de la cual debe haber acceso no se sube.

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

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

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

Se creó el comité de desempeño y gestión institucional, donde se deben tratar temas como:

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

Metodología de gestión de activos de información de la entidad.

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

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



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

**Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:**

- Actualizar y modernizar la infraestructura tecnológica
- Tener en cuenta las disposiciones previstas en el Plan General de la Contabilidad Pública de la CGN, las directrices dadas por Colombia Compra Eficiente y las establecidas por cada entidad, en sus manuales internos de contratación
- Fortalecer la información de las conciliaciones entre los procesos y subprocesos, presupuestal, contable, tesorería, jurídica, almacén (inventarios), cartera.
- La información resultante de las evaluaciones de los mapas de riesgos, plan anticorrupción y atención al ciudadano, mecí, matriz amfe, se debe tener en cuenta para tomar los correctivos y generar planes de mejoramiento.
- Crear el mecanismo para traducir la información pública a los grupos étnico en su lengua.
- Establecer el mecanismo o procedimiento para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas por los periodistas, menores de edad, personas en situación de discapacidad y mujeres embarazadas.
- Plasmar la rendición de cuentas en un documento que identifique las oportunidades, debilidades, retos institucionales o acciones de mejoramiento, de los cual tenga conocimiento los ciudadanos y usuarios, como principio de acceso de transparencia y acceso la información pública.
- Implementar los trámites en línea y de acceso a la WEB, para su usabilidad.
- Medición en cuanto a la satisfacción o no de los trámites establecidos y registrados en el SUIT.
- Retroalimentar en la página WEB, la sección de transparencia y acceso a la información pública.
- Establecer el plan estratégico de tecnologías de la información "PETI"
- Fortalecer la trazabilidad sobre las transacciones realizadas en los sistemas de información.
- Realizar auto diagnóstico sobre las tecnologías de la información y los sistemas de información.
- Generar el sistema de gestión de la seguridad de la información.

#### **4. DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS**

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





<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

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

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

La información resultante de la evaluación, es importante tenerla en cuenta, para que el ejercicio del monitoreo permita generar intervenciones, y que no se materialice el riesgo, más si se encuentra componentes donde se deben tomar medidas para mitigar los riesgos de corrupción, aplicación de estrategias anti tramites, transparencia y acceso a la información.

Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:

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

## **5. DIMENSION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

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





<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

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

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

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

#### **Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:**

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

## **6. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN**

Se propicia el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores públicos, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promueven la construcción de una cultura de análisis y



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

retroalimentación para el mejoramiento continuo, la cual se lleva en el comité de gerencia, donde asisten los líderes de los procesos y subprocesos.

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

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

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

**Se debe entrar a mejorar en los siguientes aspectos:**

- Análisis periódico de los indicadores de gestión.
- Gestión documental acorde con la normativa y las instrucciones del archivo general de la nación
- Transferencia de conocimiento de los proveedores y los contratistas hacia el Hospital.

## **DIMENSION DE CONTROL INTERNO**



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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

## 1. AMBIENTE DE CONTROL

### 1.1 DISEÑO ADECUADO Y EFECTIVO DEL COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

- Se cuenta con código de ética y 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.

#### Se debe mejorar:

- 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.

### 1.2 RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO (LÍNEA ESTRATÉGICA)

- Se cumple con los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público
- Desde el comité de gerencia, el comité de control interno, se dan las directrices para que los objetivos se cumplan dentro de la misión institucional
- Se mejora en la selección de las hojas de vida y la verificación de las mismas.

#### Se debe mejorar

- Se descinde la responsabilidad, pero son muy laxos los líderes en su multiplicación, no se tienen iniciativas propias de los líderes que aporten al logro de los objetivos de la institución.



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

- En los mecanismos que se deben incorporar a la gestión del talento humano no se mejora, en la medición del clima laboral para determinar las áreas a intervenir, pero estas intervenciones no se desarrollan y comunican en tiempo reales.

### **1.3 RESPONSABILIDADES GERENTES PÚBLICOS Y LÍDERES DE PROCESO (PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA)**

- Se tiene el código de ética y buen gobierno y se está conformando la política de integridad
- Se realiza la evaluación del desempeño

#### **Se debe mejorar**

- Proveer a la alta dirección de toda la información, en particular cuando se trata de no conformidades.
- Los comités debe retroalimentar al gerente.
- Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento de los funcionarios
- Las actividades a ejecutar se alinean por direccionamiento de la alta gerencia pero no por interés propio o iniciativa de los contratistas o funcionarios.

### **1.4 RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES ENCARGADOS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES Y GESTIÓN DEL RIESGO (SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA)**

- Se aplican los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público

#### **Se debe mejorar**

- Falta cultura de la gestión del riesgo y de autocontrol



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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

- La segunda línea de la entidad no se observan comprometidos y siempre se espera el direccionamiento de alta dirección
- No es muy fuerte la transversalidad entre ciertos procesos y subprocesos
- Se monitorea de acuerdo al plan de capacitación, de bienestar, de la comisión de personal, pero no se mide su impacto, para que se hagan intervenciones mediante un plan de mejoramiento.
- No se le informa a la gerencia sobre los resultados de los contratistas o funcionarios, para que se establezcan planes de mejoramiento rotación de personal así sea de contrato.

### 1.5 RESPONSABILIDADES DEL ÁREA DE CONTROL INTERNO (TERCERA LÍNEA DE DEFENSA)

- Se evalúa el MECI, el mapa de riesgos institucional y el plan anticorrupción y atención al ciudadano.
- En esta administración no se han observado actos de corrupción.
- En el comité coordinador de control interno, se informa sobre las responsabilidades que tienen la alta dirección, los líderes y la oficina de control interno, sobre el sistema de control interno

#### Se debe mejorar

- No se tiene contingencia para cuando se materializa un riesgo.
- Se evalúan el diseño y efectividad de los controles pero no arrojan un buen resultado, además no se multiplica y provee la información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos
- Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas, con lleva a que esta auditorías tenga un equipo multidisciplinario, para hacerlas de una manera técnica y apropiada.

## 2. GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES

### 2.1 DISEÑO ADECUADO Y EFECTIVO DEL COMPONENTE GESTIÓN DE RIESGOS



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

- 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 pormenorizado 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.

### **Se debe mejorar**

- Tener planes de contingencia cuando se materializa el riesgo.

## **2.2 RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO (LÍNEA ESTRATÉGICA)**

- Los objetivos se fijan con claridad en la plataforma estratégica y en los proyectos misionales que se ejecutan en la operatividad del Hospital, más si se tiene un PAS Plan de atención en Salud
- Se estableció la Política de Administración del Riesgo

### **Se debe mejorar**

- El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar la administración de los riesgos en la entidad



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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

- Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles.

### 2.3 RESPONSABILIDADES GERENTES PÚBLICOS Y LÍDERES DE PROCESO (PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA)

#### Se debe mejorar

- Se identifican los riesgos mas no se valoran
- No se refleja supervisión de la alta dirección, a pesar que el proceso de planeación y la oficina de control interno hacen el seguimiento, al mapa de riesgos
- Los posibles fraudes se detectan desde la oficina de control interno, pero los lideres no implementan procesos o controles para disuadir y detectar fraudes

### 2.4 RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES ENCARGADOS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES Y GESTIÓN DEL RIESGO (SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA)

- No existe una cultura de reporte de la incidencia cuando un riesgo se materialice
- No existe evidencia que las evaluaciones del impacto que generen cambios, reciba ayuda en el Sistema de Control Interno.
- No se establece un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia
- Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar
- Los supervisores e interventores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas

### 2.5 RESPONSABILIDADES DEL ÁREA DE CONTROL INTERNO

- Se alerta sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas





<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

- Se comunica al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías

#### **Se debe mejorar**

- Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad

### **3. ACTIVIDADES DE CONTROL**

#### **3.1 DISEÑO ADECUADO Y EFECTIVO DEL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL**

- Esta en actualización del modelo de operación por procesos, a la par con los procedimientos que fijen como debe ser la estructura administrativa dentro de la operatividad en los procesos y subprocesos, que permita controlar la operatividad que se ejecuta en el Hospital

#### **Se debe mejorar**

- Se identifican los riesgos, mas no se llevan a cabo acciones para mitigarlos.
- Los controles en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC, no se identifican.

#### **3.2. RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO (LÍNEA ESTRATÉGICA)**



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

Existe política de operatividad, que ayudar a controlar riesgos, las cuales deben ser llevadas al modelo MIPG e implementarlas mediante un plan.

#### **Se debe mejorar**

- Controles existen, pero se encuentran dispersos en los diferentes procedimientos que se utilizan para la operatividad del Hospital, no existe identificado un inventario de controles.
- Hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de controles

#### **3.3. RESPONSABILIDADES GERENTES PÚBLICOS Y LÍDERES DE PROCESO (PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA)**

- Los controles internos existen en el procedimiento y dentro del esta inmerso el control, mas si existen procesos y subprocesos que son transversales y permite controlar la operatividad del otro.

#### **Se debe mejorar**

- Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna
- Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control
- Diseñar e implementar las respectivas actividades de control. Esto incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de TI son adecuados para apoyar el logro de los objetivos

#### **3.4 RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES ENCARGADOS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES Y GESTIÓN DEL RIESGO (SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA)**



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

- Se supervisa el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la gerencia y líderes de proceso, establecidos en el comité de gerencia.
- Se asiste ir a la gerencia en el desarrollo y comunicación de políticas y procedimientos

#### **Se debe mejorar**

- Revisar periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia y actualizarlas de ser necesario
- Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea
- Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos
- Que los grupos de seguridad de la información desempeñen papeles importantes en la selección, desarrollo y mantenimiento de controles sobre la tecnología.
- Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente

#### **3.5 RESPONSABILIDADES DEL ÁREA DE CONTROL INTERNO**

- Se suministra recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.

#### **Se debe mejorar**

- Al verificar que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen como se pretende para controlar los riesgos, no se encuentra controles efectivos en ciertos procesos y subprocesos.
- Proporcionar información sobre la eficiencia, efectividad e integridad de los controles tecnológicos y, según sea apropiado, puede recomendar mejoras a las actividades de control específicas

#### **4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**



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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

#### 4.1 DISEÑO ADECUADO Y EFECTIVO DEL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

- Se comunica con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.

##### Se debe mejorar

- Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno
- No se genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.

#### 4.2 RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO (LÍNEA ESTRATÉGICA)

- Se establece políticas apropiadas para el reporte de información fuera de la entidad y directrices sobre información de carácter reservado, personas autorizadas para brindar información, regulaciones de privacidad y tratamiento de datos personales, y en general todo lo relacionado con la comunicación de la información fuera de la entidad.
- Se responde por la fiabilidad, integridad y seguridad de la información, incluyendo la información crítica de la entidad independientemente de cómo se almacene

##### Se debe mejorar

- Deben actualizarse las políticas de seguridad de sistema de información y de comunicaciones, por los avances tecnológicos que se presentan

#### 4.3 RESPONSABILIDADES GERENTES PÚBLICOS Y LÍDERES DE PROCESO (PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA)



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

- Gestionar información que da cuenta de las actividades cotidianas, compartiéndola en toda la entidad
- La comunicación se asegura con los entes de control y los externos, con los ciudadanos se está fortaleciendo
- Se informa sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados, rendición de cuentas, informes a la junta directiva
- Se cuenta con métodos y mecanismos de comunicación efectiva, pagina web, medios radiales, redes sociales, entrevistas.

#### **Se debe mejorar**

- No se desciende la comunicación hasta los servidores, se queda en los líderes y no se multiplica.
- Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales.

#### **4.4. RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES ENCARGADOS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES Y GESTIÓN DEL RIESGO (SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA)**

- Proporcionar a la gerencia información sobre los resultados de sus actividades

#### **De debe mejorar**

- Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias
- Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno
- Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos



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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

#### 4.5 RESPONSABILIDADES DEL ÁREA DE CONTROL INTERNO

- Se proporciona información respecto a la integridad, exactitud y calidad de la comunicación en consonancia con las necesidades de la alta dirección
- Se Informa sobre la confiabilidad y la integridad de la información y las exposiciones a riesgos asociados y las violaciones a estas

#### Se debe mejorar

- Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación.
- Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y recomendar, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y salvaguardas

### 5. MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA

#### 5.1 DISEÑO ADECUADO Y EFECTIVO DEL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

- Se realizan autoevaluaciones continuas y 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
- Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas
- Se elabora un plan de auditoría anual con enfoque de riesgos, priorizando procesos y subprocesos de acuerdo a las inconformidades que se observan



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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

- Se lleva a cabo evaluaciones independientes de forma periódica, por parte del área de control interno o quien haga sus veces a través de la auditoría interna de gestión
- Se determina, a través de auditorías internas, si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva
- 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
- Se realimenta, a través de auditorías internas, sobre la efectividad de los controles

#### Se debe mejorar

- 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.

#### 5.2 RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO (LÍNEA ESTRATÉGICA)

- Se aprueba el Plan Anual de Auditoría propuesto por el jefe de control interno o quien haga sus veces, tarea asignada específicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

#### Se debe mejorar

- Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa

#### 5.3 RESPONSABILIDADES GERENTES PÚBLICOS Y LÍDERES DE PROCESO (PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA)

#### Se debe mejorar





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	12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	10 DE NOVIEMBRE DE 2018

- Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso
- Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso
- Comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda

#### 5.4 RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES ENCARGADOS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES Y GESTIÓN DEL RIESGO (SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA)

- Se Suministra información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidas

#### Se debe mejorar

- llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno
- Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles
- Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones

#### 5.5 RESPONSABILIDADES DEL ÁREA DE CONTROL INTERNO

- Se establece el plan anual de auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos de mayor exposición
- Se establece y mantiene un sistema de monitoreo de hallazgos y recomendaciones
- 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 debe mejorar

- Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa



<b>INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>12 DE JULIO A 12 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>10 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>

- En que 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.

Cordialmente.

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

Anexo: Veinticuatro (24) folios  
c.c. Archivo  
Proyecto y elaboro: Oscar Acosta