

INFORME CUATRIMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO NOVIEMBRE 12 DE 2019 - MARZO 12 DE 2020

LEY 1474 DE 2011

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.

“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”

1

El Modelo Estándar de Control Interno “MECI” para el Estado Colombiano, proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, fue adaptada en la ESE. HSJM, a través de la resolución interna No. 468 de 2014, de conformidad a los lineamientos impartidos por el DAFP (Decreto No.943 de 2014 – Derogado por el Decreto No.1083 de 2015; Por el cual deben ajustar y actualiza el MECI todas las entidades a las que se le aplica la Ley 87 de 1993), y a las necesidades específicas de control, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios de salud que presta a usuarios del régimen subsidiado y contributivo de la población pobre y vulnerable y Municipios vecinos del Departamento de Córdoba.

ESTRUCTURA DE CONTROL DEL MODELO MECI - ESE. HSJM.



Fuente: Función Pública, 2017

La Estructura Del Modelo MECI - E.S.E .HSJM.

➤ Dos (2) Módulos:

✓ **Módulo de Control de Planeación y Gestión**

✓ **Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento**

➤ **Seis (6) Componentes:**

-) **Talento Humano**
-) **Direccionamiento Estratégico**
-) **Administración del Riesgo**
-) **Autoevaluación Institucional**
-) **Auditoría Interna**
-) **Planes de Mejoramiento**

➤ **Trece (13) elementos de control:**

-) **Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos**
-) **Desarrollo del Talento Humano**
-) **Planes, Programas y Proyectos**
-) **Modelo de Operación por Procesos**
-) **Estructura Organizacional**
-) **Indicadores de Gestión**
-) **Políticas de Operación**
-) **Políticas de Administración del Riesgo**
-) **Identificación del Riesgo**
-) **Análisis y Valoración del Riesgo**
-) **Autoevaluación del Control y Gestión**
-) **Auditoría Interna**
-) **Plan de Mejoramiento**

➤ **1. Un eje transversal enfocado a la información y comunicación.**

Distribuidos los dos (2) Módulos y un (1) Eje transversal de la siguiente forma:

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

- 1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.**
- 1.1.2 Desarrollo del Talento Humano**

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.**
- 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos**
- 1.2.3 Estructura Organizacional**
- 1.2.4 Indicadores de Gestión**

1.2.5 Políticas de Operación

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

1.3.2 Identificación del Riesgo

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

3

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Planes de Mejoramiento

3. 1. UN EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN



Fuente: Función Pública, 2017

Es importante precisar que el Departamento Administrativo de la Función Pública, a través; del Decreto No.1499 y el Decreto No. 648 de 2017 - DAFP; estableció los lineamientos para el funcionamiento del Sistema de Gestión (Sistema de desarrollo administrativo y Sistema de gestión de la calidad) y su articulación con el Sistema de Control Interno (MIPG); se debe adoptar “Alta Gerencia” de carácter obligatorio y adaptar la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, según dispone el Decreto 1499 de 2017.

- ✓ Es un marco de referencia porque contempla un conjunto de conceptos, elementos, criterios, que permiten llevar a cabo la gestión de las entidades públicas. Enmarca la gestión en la calidad y la integridad, al buscar su mejoramiento permanentemente para garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía.
- ✓ El fin de la gestión es generar resultados con valores, es decir, bienes y servicios que tengan efecto en el mejoramiento del bienestar de los ciudadanos, obtenidos en el marco de los valores del servicio público (Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia).
- ✓ Cuando las entidades entregan resultados que respondan y satisfagan las necesidades y demandas de los ciudadanos, se genera valor público.

Gráfico 3. Definición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG



Fuente: Función Pública, 2017



¿Cómo funciona MIPG?

Para atender los propósitos antes mencionados, MIPG se integra de la siguiente manera:

1. INSTITUCIONALIDAD

- ✓ Crear el Comité de Gestión y de Desempeño

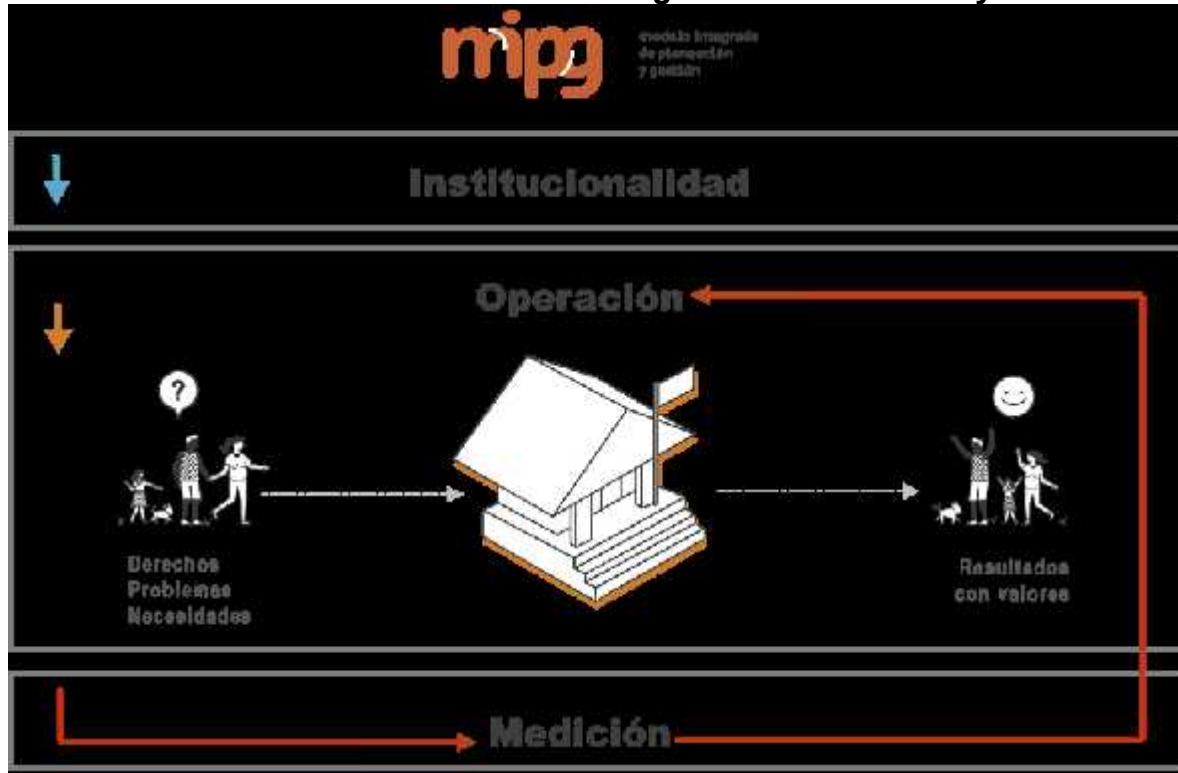
2. OPERACIÓN

- ✓ Adaptar las 7 Dimensiones de Control del modelo; las cuales mas adelante las analizaremos.

3. MEDICIÓN

- ✓ MIPG se mide y evalúa a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG

Gráfico 4. Funcionamiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG



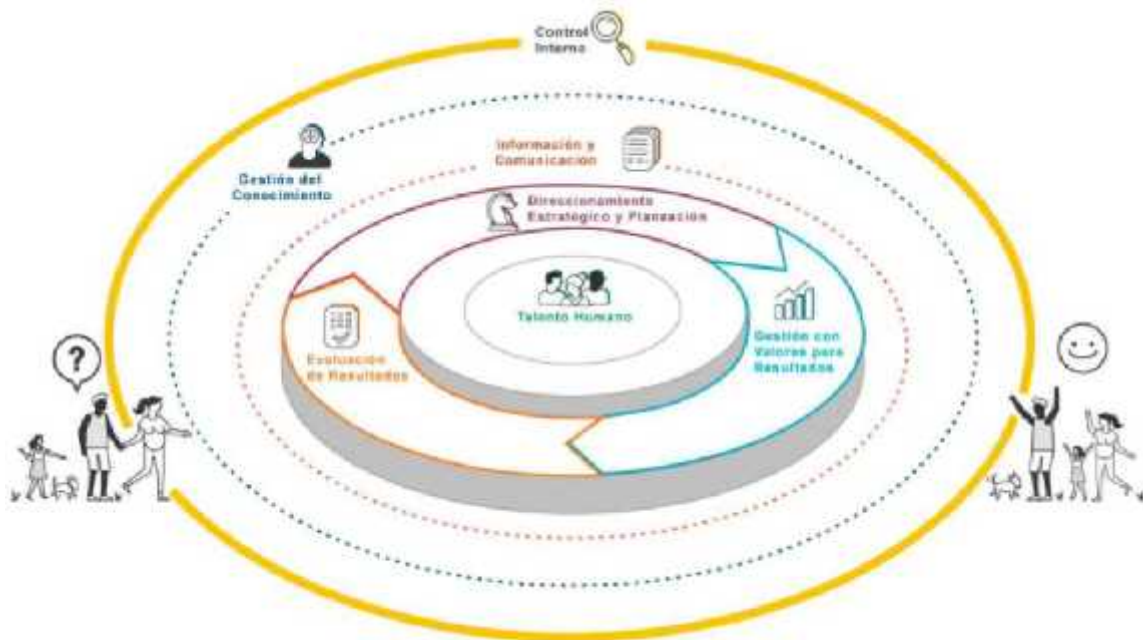
Fuente: Función Pública, 2017

MIPG se concentra en las prácticas y procesos que adelantan las entidades públicas para transformar insumos en resultados que produzcan los impactos deseados, esto es, esto es una gestión y un desempeño institucional que generan valor público.

MIPG opera a través de la puesta en marcha de siete (7) dimensiones de Control, entre las cuales se encuentra: El Talento Humano como Corazón del Modelo; MIPG incorpora el ciclo de gestión PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar) y, adicionalmente, incluye elementos propios de una gestión pública moderna y democrática: la información, la comunicación, y la gestión del conocimiento y la innovación. El Control Interno se integra, a través del MECI, como una de las dimensiones del Modelo, constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Estas dimensiones se entienden como el conjunto de políticas, prácticas, herramientas o instrumentos con un propósito común, que puestas en marcha de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG logre sus objetivos.

REPRESENTACION GRAFICA – ESTRUCTURA DEL MIPG



Fuente: Función Pública, (2017)

Corazón de MIPG: **Primera Dimensión Talento Humano**

Planear: **Segunda Dimensión Dirección Estratégica y Planeación**

Hacer: **Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado**

Verificar y actuar: **Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado y Quinta Dimensión Control Interno**

Dimensiones transversales: **Sexta Dimensión Información y Comunicación y Séptima Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación.**

Siendo los motores de MIPG, los principios de **Integridad** y la **Legalidad**.

En ese orden de ideas y dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 "Artículo 9º" tomando como referencia el manual técnico MECI y el Manual Operativo MIPG; conforme con la Estructura MECI - ESE.HSJM, y en armonía con los Decretos Nacional Número 1499 y 648 de 2017 - DAFFP, en este informe se pretende señalar los avances logrados por la ESE. HSJM. en la implementación en la Entidad del MIPG; las respectivas recomendaciones y más adelante señalar las Debilidades y resaltar las Fortalezas; es decir los avances logrados por (Los Funcionarios área Administrativa y Asistencial) la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, en los Módulos de Control de Planeación y Gestión; que integran la Estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, como resultado de las actuaciones de la administración y la evaluación realizada por la Oficina Asesora de Control Interno durante el cuatrimestre; comprendido entre el 12 de Noviembre de 2019 al 12 de Marzo de 2020; es decir el 3º Informe

– Evaluación a la gestión 2019; realizado al Sistema de Control Interno de la entidad.

AVANCES MIPG

Sistemas y sus Modelos que venían implementándose en la entidad:

➤ Sistema de Desarrollo Administrativo Ley 489 de 1998 Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Versión I

8



Fuente: Función Pública, 2017

Son cinco las Políticas de Desarrollo Administrativo, adoptadas por el Gobierno Nacional para ser implementadas a través de la planeación sectorial e institucional de las entidades (Decreto 2482 de 2012 compilado en el Decreto único 1083 de 2015)

➤ **Sistema de Gestión de la Calidad –
Ley 872 de 2003**

**Norma Técnica de Calidad para el
Sector Público NTCGP1000:2009**



Fuente: Función Pública, 2017

Herramienta de gestión sistemática y transparente, aplicable en general a las entidades del Estado, con un enfoque basado en la identificación de los procesos que se surten al interior de cada una de éstas y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios (...)"

➤ **Sistema de Control Interno –**
Ley 87 de 1993
Modelo Estándar de Control
Interno MECI Versión 2014

10



Fuente: Función Pública, 2017

Herramienta de control que permite a las entidades la implementación y fortalecimiento de sus sistemas de Control Interno, asegurando razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.

En ese orden de ideas; conforme a los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP podemos analizar y observar que los Modelos y herramientas con diferentes alcances, campos de aplicación y lineamientos, pero con un fin común, mejorar las operaciones, asegurar el buen uso de los recursos y prestar un buen servicio a los ciudadanos.

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se generan los siguientes Cambios:

Antes



ARTICULO 133 PND

Ahora



ARTICULO 133 PND

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema único se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

12

Gráfico 1. Articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno



Fuente: Función Pública, 2017

¿Qué es el Sistema de Gestión?

El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753, integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y lo articula con el Sistema de Control Interno, siendo MIPG el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación. La pérdida de vigencia de las disposiciones de los dos sistemas citados no implica que la calidad no siga siendo el atributo principal de la gestión pública ni que cada uno de los componentes del Modelo no esté dirigido al logro de tal propósito. Por el contrario, MIPG es en sí mismo un modelo de gestión de calidad.

Gráfico 2. Definición del Sistema de Gestión



Fuente: Función Pública, 2017

13

¿Cómo se Implementa MIPG?

Para la implementación de MIPG, se han definido tres Componentes:

- ✓ **Institucionalidad** – Adoptar Comité de Gestion y Desempeño
- ✓ **Operación** – Adaptar las 7 Dimensiones de Control del modelo
- ✓ **Medición** – Formulario Furag Reportar al DAFP dentro de la oportunidad

MIPG se mide y evalúa a través del

Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG

INSTRUMENTO
FURAG

RESULTADOS
Índice de Desempeño Institucional

MECI - POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO GENERALES – TERRITORIO



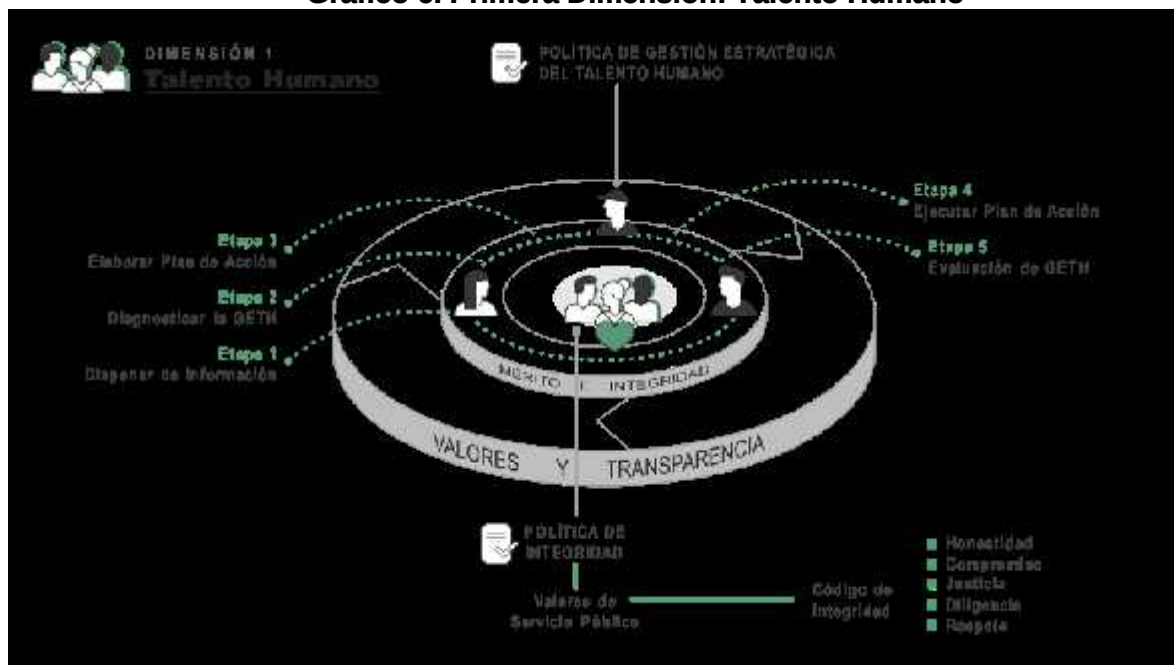
Las 7 Dimensiones del modelo Integral de Planeación y Gestión son:

14

Primera Dimensión (Corazón del MIPG) Talento Humano Planear: Segunda Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación Hacer: Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado Verificar y actuar: Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado y Séptima Dimensión Control Interno; el Control Interno se integra, a través del MECI, como una dimensión del Modelo. Dimensiones transversales: Quinta Dimensión Información y Comunicación y Sexta Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación. Séptima Dimensión; siendo los motores de MIPG la Integridad y la Legalidad.

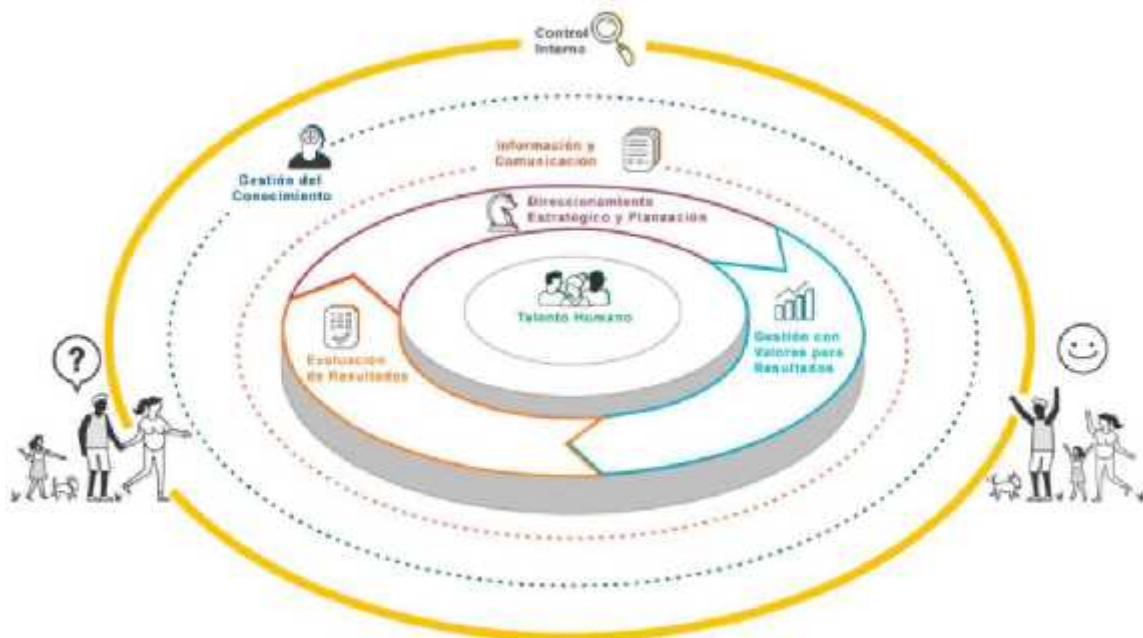
*El detalle de cada una de estas dimensiones, se puede consultar en el manual operativo – MIPG; ya que se encuentra desarrollado en cada Uno de los módulos del presente curso; es decir como ejemplo así Primera Dimensión de Control:

Gráfico 6. Primera Dimensión: Talento Humano



Fuente: Función Pública, 2017

✓ OPERACIÓN DEL MIPG – 7 DIMENSION



Fuente: Función Pública, (2017)

15

10 Entidades / 16 Políticas

- ✓ Planeación Institucional
- ✓ Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público
- ✓ Talento Humano
- ✓ Integridad
- ✓ Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- ✓ Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
- ✓ Servicio al ciudadano
- ✓ Participación ciudadana en la gestión pública
- ✓ Racionalización de trámites
- ✓ Gestión documental
- ✓ Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
- ✓ Seguridad Digital
- ✓ Defensa jurídica
- ✓ Gestión del conocimiento y la innovación
- ✓ Control Interno
- ✓ Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

Es así como hoy contamos con un solo Sistema de Gestión que se articula con el Sistema de Control Interno, a través de la actualización de MIPG, dentro del cual la estructura del **MECI** se actualiza y se convierte en la 7ª Dimensión de **MIPG**.

IMPLEMENTACION DE MIPG

MIPG, una estrategia para el cambio cultural.

La finalidad fundamental de MIPG en su propuesta unificadora, sistémica e innovadora, es llevar a la práctica y cotidianidad de las entidades nacionales y territoriales las siguientes acciones:

- (i) el reconocimiento de las necesidades y requerimientos de los ciudadanos y grupos de valor, respondiendo activa y efectivamente a la garantía de sus derechos y ejercicio de sus deberes
- (ii) la integridad en la administración de los recursos públicos, que aportan los colombianos y colombianas, que son definitivos para garantizar efectivamente los derechos, resolver las necesidades y problemáticas de la ciudadanía
- (iii) la necesaria continuidad en las políticas públicas, es decir, reconocer que la gestión pública se adelanta siempre sobre procesos que tienen ya algunos desarrollos, con lecciones aprendidas
- (iv) la capacidad de colaborar y construir de manera conjunta al interior de las dependencias, entidades, sectores, departamentos y municipios, y el Estado como un todo, y (v) la rendición constante de cuentas a través del diálogo con la sociedad por las acciones, retos y resultados alcanzados y en proceso

Estos puntos son fundamentales para transformar a las entidades, a través de su corazón que son los servidores, para recuperar la confianza en la administración pública y así fortalecer al Estado colombiano.

Sin embargo, es necesario preguntarse ¿son suficientes las normas e instrumentos técnicos para un verdadero cambio en las conductas, actitudes e imaginarios de los servidores públicos y la relación de la ciudadanía con las entidades? Aunque se ha avanzado un gran trecho, aún existe campo de acción para que los servidores sean íntegros, comprometidos y felices, y, por lo tanto, una fuente contundente de confianza para la ciudadanía colombiana fundamental para esta etapa de postconflicto.

No se pueden buscar resultados diferentes si se apoyan y promueven procesos similares a los que se usaron en el pasado. Las políticas públicas tradicionales, los instrumentos técnicos, y las normativas formales no ofrecen horizontes diferentes de actuación si no se aplican y apropian de formas novedosas. Implementar MIPG requiere de un Cambio Cultural, a través de un ejercicio comunicativo y pedagógico alternativo e innovador enfocado en promover cambios concretos en las percepciones, actitudes y comportamientos de los servidores públicos y ciudadanos, y generar así transformaciones culturales tangibles alrededor de la Administración Pública, que permitan recuperar y aumentar la confianza de la ciudadanía en las instituciones públicas al igual que promover servidores y ciudadanos que dialogan, dirimen dilemas y participan activamente en la gestión de los asuntos públicos, el control social y la rendición de cuentas. Para los efectos del presente Manual se parte de la definición de Cultura como un conjunto de costumbres, creencias, suposiciones, tradiciones, actitudes, normas sociales y conocimientos socialmente construidos y compartidos, que

orientan el comportamiento y otorgan sentido al mundo entre las personas de una sociedad o un grupo social. De esta forma, la idea del “cambio cultural” se refiere tanto a (i) las intervenciones para influenciar actitudes, valores y aspiraciones subyacentes y el modo como estos se manifiestan en el comportamiento, como al (ii) proceso dinámico por el cual las pautas de comportamiento se convierten en establecidas como parte de actitudes y valores subyacentes” (Knott, Muers y Aldridge, 2008)

El cambio cultural hace referencia a la modificación de comportamientos a través de la generación de hábitos distintos. Los cambios en comportamientos se logran a través de diferentes tipos de intervenciones que buscan interiorizar en los individuos nuevas percepciones y actitudes frente a una dinámica en particular. Esto es especialmente cierto para las personas que trabajan en las entidades públicas, por las responsabilidades y potencialidades implícitas en su labor. Es necesario, entonces, una transformación en las entidades públicas colombianas, un cambio de paradigma en la manera en que los servidores entienden y asumen su labor como un compromiso esencial con la ciudadanía.

Para la actualización de MIPG por parte de las entidades del orden nacional y su implementación en el orden territorial, las entidades públicas tendrán como punto de partida los avances logrados en los anteriores sistemas de Desarrollo Administrativo y Gestión de la Calidad y con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI. Este tránsito será paulatino pero constante, apoyado por Función Pública y las demás entidades Líderes de Política, para lo cual se atenderán las etapas y actividades que se describen a continuación.

Antecedentes

- Principios de la Función Administrativa (art. 209)
 - Mecanismos de Control (art. 269)
 -
 - ✓ 1 9 9 3 Sistema de Control Interno – Ley 87
 - ✓ 1 9 9 8 Sistema de Desarrollo Administrativo – Ley 489
 - ✓ 2 0 0 3 Sistema de Gestión de Calidad – Ley 872 (Derogada)
 - ✓ 2 0 0 5 Modelo Estándar de Control Interno – MECI – Dec .1599 (Derogado)
 - ✓ 2 0 1 4 Modelo Estándar de Control Interno – MECI – Dec .943 (Derogado)
 - ✓ 2 0 1 2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión – Dec. 2482 (Derogado)
 - ✓ 2 0 1 5 Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018 – Ley 1753, art. 133
 - ✓ 2 0 1 7 Modelo Integrado de Planeación y Gestión/Alineado

ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACION MIPG

Entidades Territoriales – Creación

Dentro de las primeras acciones necesarias para iniciar el proceso de implementación de MIPG es fundamental conformar los Comités Territoriales de Gestión y Desempeño, de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1499 de 2017, los cuales estarán integrados por el gobernador o alcalde, quienes los presidirán, los miembros de los consejos de gobierno y por los gerentes, presidentes o directores de las entidades descentralizadas de la respectiva jurisdicción. La Secretaría Técnica será ejercida por el jefe de planeación o quien haga sus veces en la gobernación, distrito o municipio correspondiente. Los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión y Desempeño deberán cumplir las funciones de acuerdo con lo previsto en dicha norma.

Así mismo, integrar en todas las entidades del nivel central y descentralizado, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, teniendo en cuenta las funciones establecidas en el citado Decreto. El Representante Legal de cada Entidad definirá la conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual será presidido por un servidor del más alto nivel jerárquico, e integrado por servidores públicos del nivel directivo o asesor. A las sesiones del Comité podrán ser convocados los responsables de la implementación de las distintas políticas.

En estos comités se deben incluir todos los temas que atiendan la implementación y desarrollo de las políticas de gestión, por lo que aquellos comités que no estén estipulados en una norma específica serán absorbidos por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, tales como el comité de archivo, el comité de racionalización de trámites, el comité de capacitación y formación para el trabajo, el comité de incentivos y el comité de capacitación y estímulos.

Función Pública pone a disposición de las entidades un modelo de resolución de creación del Comité@ de Gestión y Desempeño, sectorial, departamental, distrital, municipal e institucional diseñado de acuerdo con la normativa vigente; este modelo es susceptible de adaptarse a las características y necesidades de cada entidad y se encuentra disponible en el micrositio de MIPG <http://www.funcionpublica.gov.co/evalmipg/index.html>

Entidades Nacionales y Territoriales

1. Actualización de la Institucionalidad de MIPG

ok

En todas las entidades, de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1499 de 2017, se deberá actualizar el acto administrativo mediante el cual se integra el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, cambiar su denominación por Comité Institucional de Gestión y Desempeño (La Administración Observando la Recomendación del Despacho de Control Interno Adopto en la ESE.HSJM. a través de la resolución No. de Febrero de 2020 el Comité de Gestion y Desempeño) y tener

en cuenta que este Comité debe Cumplir las siguientes funciones:

1. Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
2. Articular los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación, sostenibilidad y mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.
3. Proponer al Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional, iniciativas que contribuyan al mejoramiento en la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
4. Presentar los informes que el Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional y los organismos de control requieran sobre la gestión y el desempeño de la entidad.
5. Adelantar y promover acciones permanentes de auto diagnóstico para facilitar la valoración interna de la gestión.
6. Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información.
7. Las demás que tengan relación directa con la implementación, desarrollo y evaluación del Modelo.

Es necesario tener en cuenta que:

- El Comité será liderado por el viceministro o subdirector de departamento administrativo o secretarios generales. En el nivel descentralizado, por los subdirectores generales o administrativos o los secretarios generales o quienes hagan sus veces, y estará integrado por los servidores públicos del nivel directivo o asesor que designe el representante legal de cada entidad.
- A las sesiones del Comité podrán ser convocados los responsables de la implementación de las distintas políticas.
- La Secretaría Técnica será ejercida por el jefe de la oficina de planeación, o quien haga sus veces.
- La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces será invitada permanente con voz, pero sin voto.

Las oficinas de planeación de las entidades cabeza de sector (ministerios y departamentos administrativos) deberán revisar y proponer la actualización del acto administrativo mediante el cual se integra el hoy Comité Sectorial de Desarrollo

Administrativo, de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1499 de 2017, teniendo en cuenta que este Comité Sectorial de Gestión y Desempeño debe cumplir las siguientes funciones:

1. Dirigir y orientar la planeación estratégica del sector.
2. Dirigir y articular a las entidades del sector administrativo en la implementación, desarrollo y evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.
3. Hacer seguimiento a la gestión y desempeño del sector y proponer estrategias para el logro de los resultados, por lo menos una vez cada semestre.
4. Hacer seguimiento, por lo menos una vez cada semestre, a las acciones y estrategias sectoriales adoptadas: para la operación y evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, y proponer los correctivos necesarios.
5. Dirigir y articular a las entidades del sector administrativo en la operación de las políticas de gestión y desempeño y de las directrices impartidas por la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en materia de Gobierno y Seguridad Digital.
6. Las demás que tengan relación directa con la implementación, operación, desarrollo y evaluación del Modelo en su integridad, en el respectivo sector.

Es necesario tener en cuenta que:

- Los Comités Sectoriales estarán integrados por el ministro o director de departamento administrativo, quien lo presidirá, y por los directores, gerentes o presidentes de las entidades y organismos adscritos o vinculados al respectivo sector.
- La Secretaría Técnica será ejercida por el jefe de la oficina de Planeación



RECOMENDACIONES DADAS EN EL COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

➤ RECOMENDACIÓN:

Fortalecer (Actualizar previo a la integración en un solo sistema de gestión) en la ESE. HSJM. El Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de Calidad y

adicionalmente actualizar (Previo as su articulación con el sistema de gestión) con el Modelo Estándar de Control Interno; ya que no son solo unos documentos sino, una serie de controles que deben establecerse al interior de la ESE.HSJM. Por tal razón debe ser parte de la cultura de nuestra organización; las acciones para el fortalecimiento continuo no están estandarizadas deberán responder a la realidad de esta entidad.

❖ MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

21

“MIPG”

La Gobernación de Córdoba; a través de su Departamento Administrativo de Planeación, realizo en conjunto con el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la jornada de capacitación (08.11.2018 y el 07.06.2019) Modelo Integrado de Planeación y Gestión; con el fin de dar a conocer los elementos principales; para implementar en las entidades del orden territorial el MIPG; de conformidad con el Decreto Numero 1499 y 648 de 2017, fortaleciendo así la gestión pública.

En este orden de ideas es procedente señalar:

1º Implementar dentro de los términos de ley en la entidad el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno; ya que es de carácter obligatorio adoptar en la E.S.E.HSJM, la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, conforme al los lineamientos Impartidos por el DAFP.

El Modelo Integral de Planeación y Gestión es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

➤ **FORTALEZA**

FUE CONVOCADO EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO – COMITÉ DE GERENCIA; E INCLUIR EN EL ORDEN DEL DIA LA ACTUALIZACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION (CREAR EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN EL DECRETO 1499 DE 2017 – DAFP, SE DEBERA ACTUALIZAR EL ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE INTEGRA EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO, SE LE CAMBIO SU DENOMINACION POR COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO); CON EL PROPOSTO DE DEJAR EN ACTA RESPONSABLES Y DEFINIR FUNCIONES Y COMPROMISOS PARA ANALIZAR LAS 7 DIMENSIONES DEL MODELO Y LOS TRES 3 COMPONENTES (INSTITUCIONALIDAD, OPERACIÓN Y MEDICION) Y LINEAS DE DEFENSA DISEÑADOS PARA LA IMPLEMTECION (MANUAL TECNICO DEL MIPG – PUBLICADO EN LA PAGINA WEB - DAFP) DEL MIPG.

➤ **RECOMENDACIÓN:**

PARA INDENTIFICAR LA LINEA BASE Del MIPG, ES IMPORTANTE PECISAR QUE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO No.1499 DE 2017, LOS REPRESENTANTES LEGALES Y JEFES DE LOS ORGANISMOS DE LAS ENTIDADES A LAS QUE LES APLIA LA LEY 87

DE 1993 MEDIRAN EL ESTADO DE AVANCE DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO. LA FUNCION PUBLICA ESTABLECERA LA METODOLOGIA (ACTUALMENTE PUBLICADA EN LA PAGINA WEB - DAFP) LA PERIODICIDAD Y DEMAS CONDICIONES NECESARIAS PARA TAL MEDICION Y RECOGERA LA INFORMACION A TRAVES DEL FORMULARIO UNICO DE REPORTE Y AVANCE DE GESTION – FURAG.

- **Identificación de la Línea Base de MIPG**

22

Evaluar a través de FURAG II, en una primera medición, bajo los lineamientos e instrumentos establecidos por las entidades líderes de política, con el fin de identificar la Línea Base. Como se mencionó anteriormente, dado que varios de los lineamientos, políticas, estrategias y herramientas de esta segunda versión del Modelo, se vienen trabajando desde los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad (MIPG 2012) y el MECI, los avances que las organizaciones pueden demostrar en materia de gestión y desempeño, son el insumo para la identificación de esta Línea Base.

El FURAG II consolidará en un solo instrumento la evaluación de todas las dimensiones del Modelo, incluida la correspondiente al Control Interno, y estará disponible en el micrositio de MIPG ya mencionado y se habilitará para su diligenciamiento, en las fechas previstas para tal fin.

- **Adecuaciones y ajustes para la completa y adecuada implementación de MIPG**

Tomando como referencia la línea base, cada entidad hará las adecuaciones y ajustes correspondientes para el diseño, desarrollo o mantenimiento de aquellos aspectos de MIPG en los cuales se detectaron falencias y Fortalezas.

El producto concreto será la documentación de las adecuaciones y ajustes que cada entidad adelantará a manera de plan de actualización de MIPG.

En este paso, es importante que las entidades apliquen el contenido del Aparte III del presente Manual, en donde se encuentra en detalle, el alcance, los aspectos mínimos a tener en cuenta, las herramientas metodológicas y los atributos de calidad de cada una de las dimensiones operativas que hacen parte de MIPG y sus políticas.

- **Auto diagnóstico**

Como complemento a los resultados de FURAG II es recomendable que la entidad aplique la herramienta de auto diagnóstico recomendada en <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html>, con el fin de tener información detallada, oportuna y en tiempo real, sobre el estado de la implementación de MIPG5.

Es importante anotar que para la consolidación de MIPG como el Modelo de Gestión y Desempeño en el ámbito público es clave que las organizaciones pongan en marcha sus adecuaciones o ajustes; Función Pública y demás entidades líderes de política acompañarán, monitorearán y evaluarán los avances en la

Implementación en el conjunto de entidades públicas.

El producto de esta etapa se verá reflejado en los informes periódicos realizados a través de las mediciones de FURAG II.

➤ **RECOMENDACIÓN:**

ES IMPORTANTE OBSERVAR PARA UNA MAYOR COMPRESION DE LA OPERACIÓN DEL MIPG QUE LAS 7 DIMENSIONES DEL MIPG SON:

Primera Dimensión (Corazón del MIPG) Talento Humano Planear: Segunda Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación Hacer: Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado Verificar y actuar: Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado y Séptima Dimensión Control Interno; el Control Interno se integra, a través del MECI, como una dimensión del Modelo. Dimensiones transversales: Quinta Dimensión Información y Comunicación y Sexta Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación. Séptima Dimensión; siendo los motores de MIPG la Integridad y la Legalidad.

☒ **Operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG**

Adicionalmente, cada dimensión se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, las cuales fueron señaladas, entre otras, en el Decreto 1499 de 2017:

- 1. Planeación Institucional**
- 2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público**
- 3. Talento humano**
- 4. Integridad**
- 5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción**
- 6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos**
- 7. Servicio al ciudadano**
- 8. Participación ciudadana en la gestión pública**
- 9. Racionalización de trámites**
- 10. Gestión documental**
- 11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea**
- 12. Seguridad Digital**
- 13. Defensa jurídica**
- 14. Gestión del conocimiento y la innovación**
- 15. Control interno**
- 16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional**

RECOMENDACIÓN GENERAL

- ACTUALIZACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

Con el fin de fortalecer los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del Estado, el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 actualiza el MIPG y ordena la integración de los siguientes dos sistemas en un solo Sistema de Gestión:

- ☐ El Sistema de Desarrollo Administrativo (Ley 489 de 1998): Que pretende servir como herramienta para fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional.
- ☐ El Sistema de Gestión de la Calidad (Ley 872 de 2003): Que pretende dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social.

Así como propone la integración de estos dos sistemas en un nuevo Sistema de Gestión, ordena que ese nuevo Sistema de Gestión se encuentre articulado con:

- ☐ El Sistema de Control Interno (Ley 87 de 1993): Que pretende procurar que las actividades de una entidad se ejecuten de acuerdo con el marco normativo.

En este orden de ideas, el artículo afirma que el Gobierno Nacional establecerá el modelo que desarrollará la integración y la articulación de los sistemas que hemos expuesto de modo que, el modelo determine de forma clara el campo de aplicación de cada sistema con criterios diferenciales en el territorio nacional. En este sentido, es muy importante tener en cuenta que, a pesar de que existe una clara relación entre cada uno de los sistemas, cada uno de ellos cuenta con una naturaleza, finalidad y alcances propios, por lo que es evidente que sus campos de aplicación no son homogéneos. Para este fin se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG articula los actuales sistemas, planes, comités, métodos e instrumentos que orientan las prácticas o procesos de la gestión pública. El Modelo aspira a consolidarse como la herramienta del Gobierno Nacional para verificar que las organizaciones estén bien gestionadas, asignen sus recursos con responsabilidad, rindan cuentas de su trabajo y que sus funcionarios simbolizen los valores del servicio público colombiano.

¿Cuáles son los objetivos del MIPG?

1. Fortalecer el liderazgo y talento humano bajo los principios de integridad y legalidad como motores de la generación de resultados de las entidades públicas.
2. Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos.
3. Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua.
4. Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.
5. Promover la coordinación entre entidades públicas para mejorar su gestión y desempeño.

¿A quién aplica el MIPG?

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión debe ser adoptado por:

- ❑ Organismos y entidades de los órdenes nacional y territorial de la Rama Ejecutiva del Poder Público.
- ❑ Entidades descentralizadas con capital público en que el Estado posea más del 90% de capital social.

Las entidades que no pertenezcan a la Rama Ejecutiva, pero estén dentro del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993 deben aplicar la dimensión de control interno y actualizar el MECI.

¿Cuáles son los propósitos del MIPG?

Según la Constitución Política, la función administrativa debe estar al servicio de los intereses generales y se fundamenta en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad. La administración pública debe dar cumplimiento a estos fines del estado. La administración pública cuenta con herramientas necesarias para que cada entidad cumpla con las metas teniendo calidad en su gestión y proporcionando satisfacción a la comunidad. Esto es necesario tenerlo en cuenta, pues el MIPG es una de esas herramientas al servicio de la administración pública y está encaminado al cumplimiento de dichos principios constitucionales.

Estos son los beneficios para la gestión pública que proporciona el MIPG:

1. Mayor productividad organizacional
2. Entidades públicas inteligentes, ágiles y flexibles
3. Mayor bienestar social
4. Entidades transparentes, servidores íntegros y ciudadanos corresponsables

¿Cuáles son los principios del MIPG?

1. Integridad, transparencia y confianza
2. Orientación a resultados
3. Excelencia y calidad
4. Aprendizaje e innovación
5. Toma de decisiones basada en evidencia

¿Cuál es la estructura del MIPG?

Para cumplir con los propósitos que acabamos de mencionar, el Modelo cuenta con una estructura integrada por tres (3) componentes: La Institucionalidad, la Operación y la Medición, de esta manera:

INSTITUCIONALIDAD

Es conjunto de instancias que trabajan coordinadamente para establecer las reglas, condiciones, políticas y metodologías para que el Modelo funcione.

OPERACIÓN

Es el conjunto de dimensiones políticas de gestión y desempeño institucional que puestas en práctica de manera articulada e intercomunicada permitirán que el Modelo funcione.

MEDICIÓN

Es el conjunto de instrumentos y métodos que permiten medir y valorar la gestión y el desempeño de las entidades públicas.

❖ INSTITUCIONALIDAD

El MIPG concibe la gestión pública de manera integrada, esto quiere decir que entiende como un conjunto todos los sistemas y procesos que se desarrollan, en este sentido, busca integrarlos y articularlos para promover la obtención de resultados del Gobierno Nacional, todo esto, con el fin de generar valor público. El Modelo reconoce el liderazgo técnico y normativo de las entidades públicas a cargo de los sistemas y procesos que actualmente se llevan a cabo. Así, la Institucionalidad facilitará la implementación y evaluación del Modelo de la siguiente manera:

▣ A nivel sectorial: Los Comités Sectoriales de Gestión y Desempeño Institucional que están presididos por el Ministro o Director del Departamento Administrativo del sector respectivo. De estos comités harán parte los directores, gerentes o presidentes de los organismos y entidades adscritas o vinculadas. Los comités Sectoriales de Gestión y Desempeño Institucional serán los encargados de dirigir la implementación y la evaluación del Modelo en las entidades del sector administrativo. La Secretaría Técnica de estos comités es ejercida por el Jefe de Oficina de Planeación del Ministerio o Departamento Administrativo.

▣ A nivel territorial: Los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Desarrollo de Gestión y Desempeño Institucional que están dirigidos por el Gobernador o Alcalde de la respectiva jurisdicción. Estarán integrados por los consejos de gobierno y los gerentes, presidentes o directores de las entidades descentralizadas del orden departamental, distrital o municipal. Estos comités están a cargo de liderar la implementación del MIPG en las entidades que hacen parte del ente territorial. La Secretaría Técnica de estos comités es ejercida por el Jefe de Planeación de la Gobernación, Distrito o Municipio.

▣ A nivel institucional: Los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño, a nivel central, están liderados por el Viceministro o Subdirector del Departamento Administrativo y a nivel descentralizado están liderados por los Secretarios Generales o Administrativos. Los comités están encargados de orientar la implementación y evaluación del MIPG en cada entidad. La Secretaría Técnica de este comité es ejercida por el Jefe de la Oficina de Planeación de la respectiva entidad.

❖ OPERACION

El MIPG centra su atención en las entidades y sus servidores públicos, esencialmente en las prácticas y procesos que generan valor público. Con este propósito, el Modelo parte de una visión múltiple y panorámica de la administración pública. Para el MIPG la gestión organizacional incluye dimensiones claves que agrupan un conjunto de políticas, prácticas, elementos o instrumentos generales en todo el proceso de gestión y adaptables a cualquier entidad pública. Estas dimensiones (7) operativas son las que de manera articulada e intercomunicada permitirán que el MIPG funcione.

DIMENSIÓN OPERATIVA

DESCRIPCIÓN

1.TALENTO HUMANO

Para el MIPG el talento humano es el factor más importante con el que cuentan las entidades, pues son los servidores públicos los que contribuyen al cumplimiento de la misión estatal.

2.DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El MIPG tiene como propósito que las entidades tengan claridad a corto y a largo plazo para priorizar sus recursos y talento humano, con el fin de que su gestión conduzca a la consecución de resultados.

3.GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO

El MIPG facilita que la gestión de las entidades esté orientada hacia el logro de resultados en el marco de la integridad.

4.EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El MIPG promueve que las entidades conozcan permanentemente los avances en su gestión y los logros de los resultados. Esto permite a su vez introducir mejoras a la gestión.

5.INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Para el MIPG la dimensión de Información y Comunicación es la que articula todas las demás pues facilita la ejecución de sus operaciones a través del ciclo de gestión

6.GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

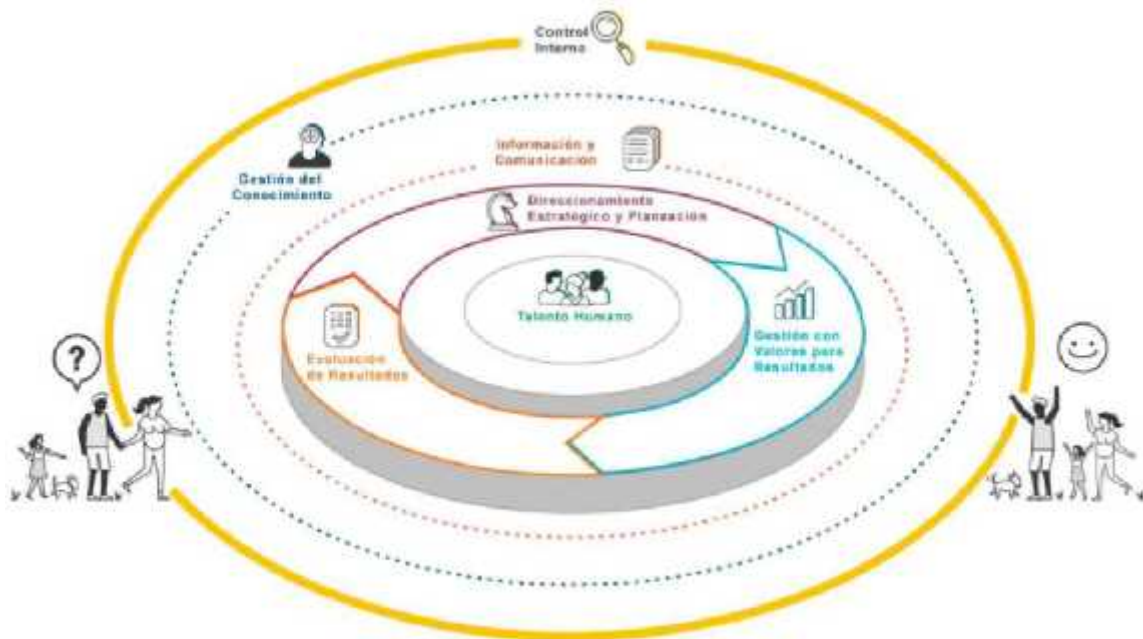
El MIPG propone que la dimensión de Gestión del Conocimiento fortalece de forma transversal a todas las dimensiones en tanto promueve aprendizaje y evolución.

7.CONTROL INTERNO

Para el MIPG el Control Interno es la clave para asegurar que todas las dimensiones cumplan su propósito. El Control Interno establece acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión de riesgo.

GRAFICO No. 4

La Estructura Operativa (7 dimensiones- Control)del MIPG es la siguiente:



Fuente: Función Pública, (2017)

❖ MEDICION

El esquema de medición del MIPG tiene como objetivo evaluar el grado de orientación de la gestión y el desempeño institucional de las entidades públicas. Con este fin, se cuenta fundamentalmente con dos instrumentos:

GUÍA DE REFERENCIA PARA EL AUTODIAGNÓSTICO

Como su nombre lo indica, es un instrumento de autodiagnóstico que permite a cada entidad desarrollar un ejercicio de valoración interna de cada una de las dimensiones en las que se estructura el MIPG. El instrumento funciona como una lista de chequeo que contiene una serie de cuestionamientos para la entidad.

FORMATO ÚNICO DE REPORTE Y AVANCE DE GESTIÓN - FURAG II

Es un instrumento a través del cual se capturan los datos necesarios para medir el desempeño institucional. Se habilitará una vez al año y permite.

- Recoger información para fortalecer la toma de decisiones
- Formular o ajustar políticas de gestión y desempeño
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos, avances y mejoras del Modelo.
- Evaluar el MECI

El Formato está conformado por dos tipos de formularios: El formulario de evidencias y el formulario de percepción.

Ahora que hemos examinado la estructura y propósitos principales del MIPG, queremos resolver algunas de las dudas que puede suscitar este tema:

- ¿Cuál es la fecha máxima para actualizar MIPG en las entidades? No existe un plazo determinado para la implementación del MIPG. Sin embargo, con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se recomienda a las entidades que empiecen a revisar sus procesos de planeación, gestión y evaluación para identificar oportunidades de mejora y para empezar la implementación del MIPG.

29

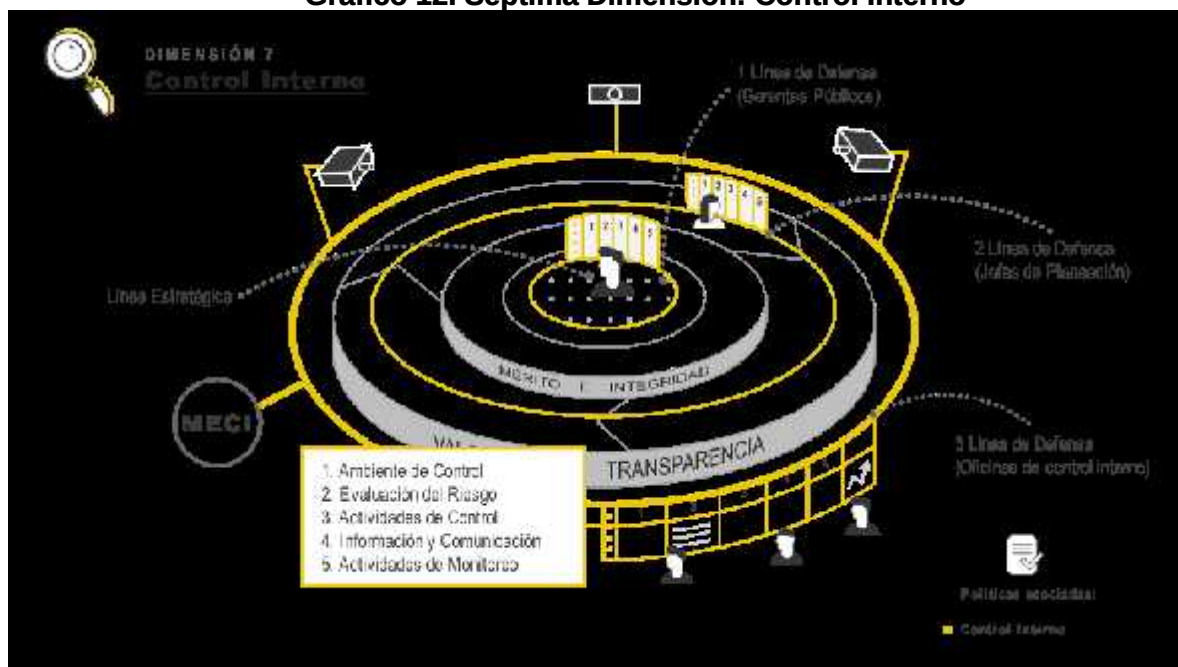
- ¿Cómo se relaciona el MIPG con el MECI? Teniendo en cuenta que una de las dimensiones operativas del MIPG es la de Control Interno, este debe ser operado según MECI, de modo que ambos modelos se encuentren articulados.

- ¿Cómo se articula MIPG con el Sistema Integrado de Gestión que ya existe en diferentes entidades? Las políticas del Sistema Integrado de Gestión que se ha construido en algunas entidades se encuentran dentro de las dimensiones que contempla el MIPG por lo que no será difícil articularlos.

Es muy importante que las entidades públicas se acojan al Modelo Integrado de Planeación y Gestión con el fin de integrar toda su estrategia y enfocarla en generar resultados visibles y medibles para la ciudadanía en general.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, ahora si podemos analizar el estado actual del Modelo Estándar de Control Interno MECI – ESE. HSJM.

Gráfico 12. Séptima Dimensión: Control Interno



En ese orden de ideas y dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 “Artículo 9º” tomando como referencia el manual técnico MECI y el Manual Operativo MIPG; conforme con la Estructura MECI - ESE.HSJM, y en armonía con los Decretos Nacional Número 1499 y 648 de 2017 - DAFP, en este informe se pretende señalar las Debilidades y resaltar las Fortalezas; es decir los avances logrados por (Los Funcionarios área Administrativa y Asistencial) la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, en los Módulos de Control de Planeación y Gestión; que integran la Estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, como resultado de las actuaciones de la administración y la evaluación de la Oficina asesora de Control Interno durante el cuatrimestre; comprendido entre el 12 de Noviembre de 2019 al 12 DE Marzo de 2020; es decir el 3º Informe – Evaluación a la gestión 2019; realizado al Sistema de Control Interno de la entidad.

ESTRUCTURA DE CONTROL DEL MODELO MECI - ESE. HSJM.



En ese orden de ideas y dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 “Artículo 9º” tomando como referencia el manual técnico MECI y el Manual Operativo MIPG; conforme con la Estructura MECI - ESE.HSJM, y en armonía con los Decretos Nacional Número 1499 y 648 de 2017 - DAFP, en este informe se pretende señalar las Debilidades y resaltar las Fortalezas; es decir los avances logrados por (Los Funcionarios área Administrativa y Asistencial) la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, en los Módulos de Control; que integran la Estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, como resultado de las actuaciones de la administración y la evaluación de la Oficina asesora de Control Interno durante el cuatrimestre; comprendido entre el 12 de Noviembre de 2019 al 12 de Marzo de 2020; es decir el 3º Informe – Evaluación a la gestión 2019; realizado al Sistema de Control Interno de la entidad.

MODULO DE CONTROL DE GESTION Y PLANEACION

DEBILIDADES	FORTALEZAS
) El Modelo Estándar de Control Interno “MECI” no es solo un documento, sino una serie de controles que deben establecerse al interior de la entidad; por tal razón debe ser parte de la cultura de esta organización. En la página Web de la entidad se encuentra publicado en el Link: MECI, el Modelo Estándar de Control Interno; adoptado a través de acto administrativo, Resolución No.468 de 2014 (Pendiente Ajuste; de conformidad con el Decreto 1499 y Decreto 648 de 2017); bajo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. ➤ 1.1 Componente Talento Humano 1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos  PRODUCTO MINIMO DE CONTROL: “Código de Ética” ✓ Diseñar estrategias de socialización permanente de los principios y valores de la entidad. Recomiendo: Socializar, el Código de Ética; en la presente vigencia fiscal. La entidad “Oficina Talento Humano y CID” debe fortalecer la labor preventiva, buscar instancias de participación que permita crear una cultura organizacional frente a los aspectos éticos. Recomiendo: Que se revise periódicamente (Mesas técnicas de Trabajo – Nivel Directivo) la pertinencia de los valores previamente establecidos y se actualice o modifiquen según sus resultados.	) La ESE. dando cumplimiento al Decreto 943 de 2014-DAFP y observando el Manual Operativo del Modelo Integral de Planeación y Gestion, y armonizando con el Comité Coordinador de Control Interno “Equipo MECI” y el Comité de Gestion y Desempeño, viene realizando los ajustes necesarios para adaptar en su interior los cambios surtidos en la actualización del Modelo Estándar de Control Interno “MECI” a través del Decreto Nacional No. 1499 y Decreto No. 648 de 2017; expedido por El Departamento Administrativo de la Función Pública. El cual tiene como propósito articular el Sistema de Gestion con el Sistema de Control Interno. ➤ 1.1 Componente Talento Humano 1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos  PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL: “Código de Ética” ✓ Existe en la entidad documento con los principios y valores, publicado en la página web: link: Transparencia; adoptado a través de acto administrativo; Resolución 094 de Marzo de 2020; Conforme a los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Manual de Funciones, Competencias y Requisitos Laborales;** de conformidad con el Decreto No.815 de 2018 y la Resolución No. 667 de 2018 – DAFP fue actualizado y Adoptado en la entidad; dentro de la oportunidad de los términos de ley; a través de Acto Administrativo – Resolución No.. 011 de Enero de 2020 (No.079 del 07 Mayo de 2019).

Recomiendo: Socialización y divulgación; ajuste y modificaciones realizados a través de la resolución No. 072 de 24 de febrero de 2020.

Recomiendo: Alta Gerencia, observar y velar por el cumplimiento a lo señalado en el "Manual Especifico de Funciones, Competencias y Requisitos Laborales; expedido por el máximo órgano de dirección en la entidad. Es importante precisar que la Supersalud designo en la ESE.HSJM, Agente Especial Interventor; a través de la resolución No.000360 del 01 de Febrero de 2019.

- ✓ **Plan Institucional de Formación y Capacitación Anual 2020 E.S.E. HSJM.** Se encuentra en proceso de ejecución; pendiente de los respectivos ajustes y lineamientos; para su divulgación y Socialización; con todo el personal área administrativa y asistencial.

- ✓ **Sistema de Evaluación del Desempeño.**

Recomendación: La administración (Planeación) debe Fortalecer +

La E.S.E.HSJM. Con el propósito de fortalecer este elemento de control "**Código de Ética**" cuenta con un documento Ético que estableció los parámetros de comportamiento y actuación de los funcionarios, con el fin de garantizar la transparencia y prevenir las malas conductas.

Recomiendo: Que adicionalmente sea publicado en la página web de la entidad, Link ESE - Recurso Humano – Código de Ética.

Elemento que busca establecer un estándar de buena conducta de los servidores al interior de la entidad.

☐ Los funcionarios se comportan de acuerdo a las reglas de conducta definidas por la entidad.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Manual de Funciones, Competencias y Requisitos Laborales.**

"Elemento de Control Gerencial"

Adoptado en la entidad a través del Acto Administrativo No. 011 de Enero de 2020 (Resolución No. 072 de 2020), dentro de la oportunidad de los términos y de conformidad con el Decreto 815 y la Resolución 667 de 2018 - DAFP; publicado en la pagina Web en el Link: Transparencia.

- ✓ **Programa de Inducción y re inducción ESE.HSJM,** en etapa d fortalecimiento y mejoramiento

lineamientos impartidos por el DAFP y la CNSC, es decir; Ajustar los planes de acción "POA" oportunamente con los líderes de proceso, conforme a la naturaleza de los cargos; Actividad que debe ser realizada antes de realizar las respectivas evaluaciones a los funcionarios que gozan de carrera administrativa; de conformidad con la Ley 909 de 2004 y el Acuerdo No. CNSC 20181000006176 del 10 de octubre de 2018 "Por el cual se establece el Sistema Tipo del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba". CNSC. "Carrera Administrativa"

✓ **Programa de Inducción y reinducción.**

Se reconocen avances.

Recomiendo: Es necesario fortalecer el proceso en todas las áreas Asistenciales y Administrativa – temática y metodología; garantizando así el mejoramiento continuo, conforme a los lineamientos impartidos por función pública y a los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de evaluación a la Gestión.

La gestión del talento humano aun al haberse fortalecido el tema en gran parte en la organización; requiere mejora continuo; ya que parte del proceso de planeación de recursos humanos y reorganización administrativa, a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal; se organiza la información en la materia; y se define las acciones a realizar para el desarrollo de los tres procesos que configuran dicha gestión:

1º Ingreso

2º Retiro

3º Permanencia

✓ continuó área asistencial y administrativa.

✓ **Programa de Bienestar 2020 ESE. Hospital San Jerónimo d Montería.**

Las actividades que lo integran se encuentran en buen estado de ejecución y en etapa de fortalecimiento y mejoramiento continuo en el área asistencial y administrativa.

✓ **Plan de Incentivos (Anual) ESE. Hospital San Jerónimo de Montería.**

Programa que ofrece la entidad a los trabajadores de planta con la finalidad de estimular el desempeño de su actividad laboral y aumentar la producción, en los servicios de salud habilitados que prestamos a la comunidad. En etapa de fortalecimiento y mejoramiento continuo área asistencial y administrativa; de conformidad con la normatividad vigente.

✓ **Sistema de Evaluación del Desempeño.**

La ESE adopta dentro de los términos de Ley el Sistema de Evaluación tipo; Las evaluaciones de desempeño fueron realizadas oportunamente, de conformidad con la Ley 909 de 2004 Acuerdo No. CNSC 20181000006176 del 10 de octubre de 2018 "Por el cual se establece el Sistema Tipo del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba" - CNSC. (Tercera y Cuarta Fase Evaluación Semestral Calificación Definitiva 2019 y la Primera Fase 2020 - Concertación de Compromisos.

➤ 1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

Este proceso plantea la necesidad de analizar desafíos y oportunidades que entrega un entorno cambiante, al tiempo que requiere estar atento a la realidad interna circunstancias particulares de las entidades, con el fin de alcanzar *Procesos de planeación eficaces y que puedan materializarse de la mejor manera, permitiendo alcanzar las metas y resultados previstos.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

✓ **Plan de Acción Anual ESE, HSJM - 2020**

Recomiendo: A través de mesas técnicas de trabajo Fortalecer + Lineamientos DAFP. Pendientes informes de evaluaciones POA áreas administrativa y asistencial.

El plan de acción definen las metas de la entidad (Pendientes de ajustes; algunas áreas administrativas y asistenciales; Para la posterior consolidación, por la oficina de Planeación del respectivo Plan de acción Institucional - 2020 "Elemento de Control" para ejecutar en la presente vigencia fiscal, en armonía con los Manuales Operativos y funcionales, del área asistencial y área jurídica y el Manual de Funciones, Competencias y Requisitos Laborales; adoptado en la entidad a través de la resolución No. 031 del 28 de Enero de 2020; expedida por el máximo órgano de dirección.

✓ **Programa de Inducción y reinducción.**

El proceso y procedimiento; aplica en todas las áreas Asistenciales y Administrativa; garantizando así el mejoramiento continuo, conforme a la directriz dada por la Alta Gerencia y a los lineamientos impartidos por función pública.

Los anteriores elementos de control permite a la entidad controlar el compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público, a través de las políticas y prácticas de gestión humana que debe aplicar, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño en la ESE. HSJM.

Los procesos y prácticas de talento humano se vienen adelantando de manera articulada a los demás procesos de gestión de la entidad, de tal forma que haya coherencia entre el desempeño de las personas y las estrategias de la entidad.

La gestión del talento humano parte del proceso de planeación de recursos humanos a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal; se organiza (y en lo posible sistematiza) la información en la materia; y se definen las acciones a realizar para el desarrollo de los tres procesos que configuran dicha gestión:

1º Ingreso

2º Retiro

3º Permanencia

De igual manera, la gestión del talento; Así mismo, dentro de las Políticas de Desarrollo Administrativo se incluyen las de Talento

✓ **Plan de Gestión Gerente**

Es procedente señalar que la Supersalud a través del acto administrativo “Resolución No. 360 de 2019” el 01 de Febrero de 2019, ordena la Intervención Forzosa Administrativa; para Administrar la ESE. HSJM.

✓ **Indicadores Fénix – 2020 - SNS**

En ese orden de ideas; con relación al Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales “Fénix” Recomendando, analizada la resolución No. 5917 de 2017, la cual establece la fechas de reporte, el diligenciamiento oportuno de la información en el aplicativo de acuerdo a lo establecido en el lineamiento, el registro conforme a los formatos establecidos es decir, para el Agente Especial Interventor corresponde el 20 de cada mes; es necesario fortalecer la oportunidad de los términos; en la presentación de informes Fénix, establecidos por la Supersalud.

✓ **Cronogramas de los diferentes Comités Institucional 2020**

“Equipos Interdisciplinarios de trabajo”

Se reconoce avance pero bajo el porcentaje de satisfacción.

Recomendación: Solicitar a los secretarios y presidentes de comité, gestionar la operatividad de todos los comités que no están activos actualmente (Soportar las unidades de medidas con las respectivas actas); es decir promover la reactivación de todos, conforme a los lineamientos impartidos por el DAFP.

Las entidades deben tener en cuenta al momento de realizar su planeación lo dispuesto en el Decreto 2482 de 2012 y normas posteriores vigentes, por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión, adoptando (Pendiente

Humano, y a través de ellas se brindan los lineamientos necesarios para su implementación y evaluación.

➤ **1.2 Componente Direccionamiento Estratégico**

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

Este elemento considera la planeación como un proceso dinámico y sistemático que le permite a las entidades públicas proyectarse a largo, mediano y corto plazo, de modo tal que se planten una serie de programas, proyectos y actividades con la respectiva asignación de responsabilidades para su ejecución, que le sirvan para cumplir con su misión, visión y objetivos institucionales.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

✓ **La Misión y Visión institucional**
“Plataforma Estratégica”

Adoptados y Publicadas en la página Web de la entidad; para los fines pertinentes y oportunos. Link: ESE y en el Link: Transparencia.

✓ **Objetivos institucionales**

Publicados en la página web de la Entidad. Link: ESE.

✓ **Plan de Acción Institucional 2020**
“Elemento de Control”

Publicado en la página Web Link: Transparencia. Adoptado a través de acto administrativo, Resolución No.031 de 28.01.2020, de conformidad con la Ley 1474 de 2011.

se encuentra en proceso en la entidad) el Modelo Integrado de Planeación y Gestión como instrumento de articulación y reporte de la planeación, el cual comprende:

Referentes: Punto de partida para la construcción de la planeación, incluyen las metas del Gobierno establecidas en el *Plan Nacional de Desarrollo, las competencias normativas asignadas a cada entidad y el marco fiscal.

Políticas de Desarrollo Administrativo:

Conjunto de lineamientos que orientan a las entidades en el mejoramiento de su gestión para el cumplimiento de las metas institucionales y de Gobierno, a través de la simplificación de procesos y procedimientos internos, el aprovechamiento del talento humano y el uso eficiente de los recursos administrativos, financieros y tecnológicos.

Metodología: Esquema de planeación articulado que facilita la implementación de las políticas e iniciativas gubernamentales que estén orientadas a fortalecer el desempeño institucional, en procura del cumplimiento de las metas institucionales y de Gobierno para la prestación de un mejor servicio al ciudadano.

Instancias: Responsables de liderar (Nivel Directivo), coordinar y facilitar la implementación del modelo a nivel institucional.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

La importancia del Modelo de Operación por Procesos se puede identificar en normas como el Decreto 1537 del 2001, en el que se establece la obligatoriedad para las entidades de elaborar, adoptar y aplicar manuales a través de los cuales se documenten y formalicen los procesos y procedimientos.

- ✓ **Plan Anual de Adquisiciones de Bienes y servicios vigencia fiscal 2020;** Aprobado, adoptado a través de la; Resolución No.030 de 28 de Enero de 2020 y publicado en el Secop y en la página web de la ESE.HSJM. **Recomiendo** para los fines pertinentes y oportunos, publicar en la pagina web el respectivo anexo "Plan Anual de Adquisiciones **\$33.710.255.851**" que hace parte integral del presente acto administrativo.

Adicionalmente **!** Observar el Principio de Planeación Contractual y dar cumplimiento en los procesos de adquisición de bienes y servicios en la vigencia fiscal 2020, Etapa pre-contractual y contractualmente en los respectivos procesos de selección de la entidad, entre otros.

- ✓ **Plan Bienal ESE. HSJM - 2.020**

Recomiendo: Gestión administrativa (Planeación), ante la Secretaria de salud departamental; para los fines pertinentes y oportunos.

- ✓ **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano**

Adoptado y publicado en la entidad (Pagina Web - Link: Transparencia) a través de acto administrativo; Resolución No.032 de 28 de Enero de 2020, dentro de la oportunidad de los términos, de conformidad con la metodología, lineamientos impartidos por el DAFP y la ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"

- ✓ **Programa Presupuestal 2.020**

Aprobado por el CONFIS – Departamental de Córdoba, Adoptado a través de acto administrativo; resolución No. 305 de 27 de



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

✓ **Mapa de Procesos**

Divulgación (*Pendiente – Manual de Calidad actualizado) del Mapa actualizado de Procesos y procedimientos E.S.E.HSJM.

Procesos y procedimientos actualizados (Pendiente Socialización) recientemente:

- Proceso Operativo y Funcional área Jurídica.
- Proceso Operativo y Funcional Talento Humano
- Proceso área Suministro y Sistema Farmacéutico.
- Proceso Sistema Administración Facturación; Cartera y Auditoria Medica y de Cuentas; entre otros.

Procesos y procedimientos pendientes de actualizar:

- Manual operativo y Funcional Contabilidad
- Manual Operativo y Funcional de Presupuesto
- Manual Operativo y Funcional de Tesorería
- Manual Operativo y Funcional Activo Fijo
- Manual Operativo y Funcional
- Manual Operativo y Funcional planeación
- Manual de Calidad - operativo y Funcional área de Calidad entre otros.

Recomiendo La socialización de estos elementos de control; a través de Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás

Diciembre de 2019 y publicado en la página web de la Entidad; de conformidad con el estatuto Anticorrupción – Ley 1474 de 2011.

Actualmente se encuentra en ejecución el presupuesto inicialmente aprobado por **\$75.239.439.004**, conforme a los Procesos y Procedimientos Presupuestales Vigentes.

Este Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse establecen el marco de referencia que orienta la entidad hacia el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales, en procura de alcanzar su visión.

El Direccinamiento Estratégico define la ruta organizacional que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos institucionales.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, “**Mapa de Procesos**” La E.S.E. HSJM. Podrá contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios de salud con calidad y oportunidad.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

✓ **Mapa de Procesos de la E.S.E.HSJM.**

Ajustado y adaptado en armonía con el nuevo organigrama de la entidad.

actividades que demuestren la socialización y difusión del Mapa de procesos y los procedimientos ajustados de la entidad. (A través de Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la Entidad, Concursos, Actividades entre otros).

IMPORTANTE: No olvide que es la entidad la que muestra la forma en la que realiza su gestión a través de los procesos y procedimientos, así que éstos irán madurando de tal manera que representen lo que en la práctica resulte más eficiente de realizar las actividades. No se puede pensar que la entidad debe acomodarse a lo que los procesos o procedimientos determinen, en caso de que éstos no se ajusten a la realidad institucional.

IMPORTANTE: Los procesos no son estáticos, pueden variar constantemente por cambios en la normatividad, o en la plataforma estratégica de la entidad (Pendiente de socializar nuestra Misión y Visión actualizada), por ello deben estar en constante monitoreo, para conocer su valor agregado en la entidad y garantizar que su desarrollo aporta al cumplimiento de la misión y objetivos de la entidad.

IMPORTANTE:

ALTA DIRECCIÓN, LÍDERES DE PROCESOS:

Los procesos en sí mismo, no son garantía de una gestión adecuada, de tal manera que deberán hacer Seguimientos con una periodicidad definida al estado de los procesos, para que a través de la *Autoevaluación se puedan encontrar a tiempo desviaciones que puedan ser corregidas, o plantear acciones de mejora para hacerlos más eficientes.

JEFE DE PLANEACIÓN y CALIDAD:

La Oficina de Planeación y Calidad; podrá ser las responsables de tener consolidada la información sobre los procesos; sin embargo, la responsabilidad de actualizar la información de los procesos es de cada líder de proceso, por tal razón se deberán crear canales de comunicación que permitan conocer en tiempo real los cambios que se surtan en ellos.

✓ **Proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas.**

Un Modelo de Operación se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, y dependiendo de la complejidad de las organizaciones, en este caso es posible agrupar procesos afines en macro procesos.

Estos instrumentos, a su vez, facilitan el cumplimiento del Control Interno en la ESE. Así mismo, la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP1000 contempla como uno de los principios de la Gestión de la Calidad que eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso tiene como punto de partida la caracterización del mismo, que consiste en la determinación de sus rasgos distintivos; esto es, cuando se identifican sus interrelaciones frente a los demás procesos de la entidad determinando sus proveedores (procesos internos o instancias externas) que entregan insumos y clientes que reciben un producto o servicio. La caracterización de los procesos es entonces, el esquema que permite ver en contexto de manera integral y secuencial aplicando el ciclo PHVA. La esencia del proceso frente al aporte que hace al logro de los objetivos institucionales.

Estos procesos de acuerdo con la NTCGP 1000 se clasifican en:

Procesos Estratégicos, Procesos Misionales, Procesos de Apoyo y Procesos de Evaluación.

La representación gráfica de los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y sus interacciones conforman el ***Mapa de Procesos institucional de la ESE.HSJM.**

Esto convierte a los *Procedimientos en un

1.2.3 Estructura Organizacional

La Estructura Organizacional debe permitirle a la entidad darle cumplimiento a su direccionamiento estratégico, a los planes, programas, proyectos y procesos, y responder a los cambios del entorno político, económico y social que le es propio, haciendo más flexible su organización y estableciendo niveles de responsabilidad, a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación más directo entre los ciudadanos y los servidores públicos.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Estructura Organizacional “Organigrama” y “Planta de Personal”**
Se encuentra Publicado en la pagina Web;
Link: Transparencia
Facilita la gestión por procesos (Fortalece *+ DAFP – conforme al Decreto Número 815 de 2018). Pendiente algunos ajuste, divulgación y socialización de la actualización; en armonía con el Decreto Número 815 de 2018 expedido por Función Publica.
- ✓ **Manual de Funciones y Competencias Laborales** adoptado para cada uno de los cargos en la entidad. (Fortalecer *+ DAFP - conforme al Decreto Número 815 de 2018). Pendiente ajustes Conforme al Decreto Número 815 de 2018 y a la resolución No. 667 de 2018 - DAFP, divulgación y socialización por las áreas responsables, a todos los servidores públicos de la E.S.E. HSJM.
Se encuentra Publicado en la página Web;
Link: Transparencia.



Recomiendo a la Alta Gerencia, observar y

Control Gerencial de la entidad encaminado a lograr que las actividades se desarrollen siguiendo una secuencia lógica, que permita que quien los realice pueda llevarlas a cabo de la misma manera en la que lo efectuaría cualquier otro servidor que siga lo descrito en el mismo, garantizando así la continuidad del proceso en la organización.

IMPORTANTE:

SERVIDORES PÚBLICOS: Cada uno de los funcionarios en la organización es responsable de aplicar los procesos y procedimientos de manera adecuada; además al ser quienes ejecutan las actividades podrán sugerir acciones de mejora para hacer más eficientes los procesos y por ende la gestión administrativa y financiera de la entidad.

1.2.3 Estructura Organizacional

Elemento de control que configura integral y articula los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad, para dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión y su función constitucional y legal.

La Estructura Organizacional se compone por el “Organigrama E.S.E.HSJM” por su Planta de Personal y por el Manual Específico de Funciones y Competencias y Requisitos Laborales.

Estos Elementos de Control MECI se encuentran publicados en la pagina Web en el Link: *Transparencia.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

velar por el cumplimiento a lo señalado en el "Manual Específico de Funciones; Competencias y Requisitos Laborales" expedido por el máximo órgano de dirección; es decir la Supe salud designa AEI en la entidad; para administrar.

Adicionalmente **Recomiendo** dar cumplimiento normativo y técnico al Decreto Número 815 y a la Resolución No. 667 de 2018; expedido por el DAFP.

El Departamento Administrativo de la Función Pública es la entidad responsable de orientar la política en materia de rediseño organizacional; las metodologías que para el efecto se han diseñado toman como base un enfoque por procesos, que resulta coherente con la orientación del *MECI en ese mismo sentido.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de una entidad, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Seguimiento a los indicadores**
Recomiendo: A la administración (Planeación) Fortalecer + Lineamientos DAFP
- ✓ **Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores**
Recomiendo: a la Administración (Planeación y Calidad - informe)

✓ **Estructura organizacional "Organigrama"** de la E.S.E. HSJM, Adoptado a través de Acto Administrativo, Define en la entidad nivel jerárquico y nivel de responsabilidad.

✓ **Estructura organizacional "Planta de personal" de la ESE.HSJM**, adoptado en la entidad a través de acto administrativo 2020.

✓ **Manual de Funciones y Competencias laborales ESE.HSJM.**
Adoptado en la entidad; dentro de de la oportunidad de los términos de Ley; señalados en el Decreto No. 815 de 2018; a través del acto administrativo; resolución No. 011 de Enero de 2020. (Resolución No. 072 de 24 de Febrero de 2020)

Es importante señalar que en la ESE. HSJM, a través de estos *Elemento de Control Gerencial, logro establecer de manera adecuada los niveles de responsabilidad, a fin de lograr un flujo de decisiones y comunicación que permita a través del mismo facilitar la ejecución de direccionamiento estratégico, de los planes, programas, proyectos y procesos; entre otros.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Los Indicadores en la ESE.HSJM. Son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad.

Pendiente de monitoreo, revisión y ajustes
Tablero de Indicadores.

Los responsables y sus equipos de trabajo, deberán hacer seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de la entidad, la cual no podrá ser superior a seis (*6) meses.

Empleándolos en forma oportuna y actualizada, los indicadores permiten tener control adecuado sobre una situación dada; la principal razón de su importancia radica en que es posible predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global.

Los indicadores son una forma clave de realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna.

IMPORTANTE:

No existe un número máximo o mínimo de indicadores que debe tener una entidad; sin embargo es conveniente entender que entre más indicadores se tengan, más difícil será realizar su seguimiento, y menos oportuna será su medición; de tal manera que priorizar las actividades a medir, teniendo en cuenta aquellas que brinden un valor agregado a la entidad, y permitan conocer el estado del logro de sus objetivos, será una buena práctica a desarrollar.

LÍDERES DE PROCESO: Los indicadores medirán lo que ustedes definan, por tal motivo, para su formulación se deberá tener en cuenta los objetivos y puntos claves. Recuerde que la información que de aquí se logre extraer será clave para la mejora continua y la consecución de las metas trazadas. Es importante hacer un seguimiento periódico a la vigencia y validez de los indicadores, con el fin de conocer sus efectos por la organización; tenga en cuenta que lo importante no es tener indicadores que tengan la



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL: 41

- ✓ **Definición en la entidad indicadores de eficiencia y efectividad, que permiten medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes, programas y proyectos en la ESE.HSJM.**
- ✓ **Seguimiento de los indicadores**
- ✓ **Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores**

(Fortalecer + Lineamientos impartidos DAFP)

A partir del Direccionamiento Estratégico y de los objetivos y resultados (productos/servicios) de los procesos y con la ayuda de la caracterización de los mismos, se diseñan en la ESE. Los Indicadores, cuya medición periódica permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los productos y servicios que éste genera para la ciudadanía o para las partes interesadas de la entidad.

Todas las actividades relacionadas con los planes, programas y proyectos en la ESE. pueden medirse con parámetros que enfocados a la toma de decisiones; son señales para monitorear la gestión, así se asegura que las actividades vayan en el sentido correcto y permiten evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades.

Estas señales son conocidas como indicadores de gestión.

facilidad de cumplirse, sino aquellos que permitan medir el estado real del que hacer institucional.

1.2.5 Políticas de Operación

Las Políticas de Operación constituyen los marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y lo relacionado con la información y comunicación.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Establecimiento de Políticas de Operación**

Recomiendo: (Pendiente de Ajustes) y divulgación en la presente vigencia fiscal 2020; de las políticas de operación: 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.)

- ✓ **Manual de operaciones o su equivalente ajustado y adoptado;**
Recomiendo: pendiente de socialización y divulgarlo en la presente vigencia fiscal.

Estas guías de acción son de carácter operativo, de aplicación cotidiana y dan seguridad y confianza quien debe responder por la ejecución de procedimientos y actividades muy específicas y se encuentran inmersas en los procedimientos previamente definidos.

IMPORTANTE:

JEFE DE PLANEACIÓN Y CALIDAD: Para un adecuado seguimiento a la planeación institucional la entidad cuenta con una batería de indicadores que permite conocer el estado real de la ejecución de las actividades, y si bien la responsabilidad de la formulación de los mismos es responsabilidad de los líderes de proceso, ustedes podrán solicitar la revisión de los mismos, con miras a obtener información estratégica.

1.2.5 Políticas de Operación

Este elemento en la ESE. HSJM. Es fundamental para el direccionamiento estratégico dado que facilita la ejecución de las operaciones internas a través de guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la entidad; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, planes, programas, proyectos y políticas de administración del riesgo y de otros procesos previamente establecidos por la entidad.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Establecimiento de las Políticas de operación en la ESE.HSJM, publicadas en la página Web.**
- ✓ **Manual de operaciones o su equivalente adoptado y *divulgado.**
- ✓ **Actos administrativos a través del cual se adopta el Manual de Operaciones de la entidad (Manual de Procedimientos - Manual de Calidad)**

IMPORTANTE:

RESPONSABLES DE CADA UNA DE LAS POLÍTICAS IDENTIFICADAS: Planeación y Calidad; Haga un seguimiento a la aplicación de la política, verifique la forma en la que se ejecuta, y tome las acciones correctivas necesarias para su mejora. Igualmente, verifique por lo menos una vez cada semestre, que la fuente de la que emana la política se mantenga vigente, de lo contrario realice los cambios necesarios para cumplir con la finalidad de cada una de ellas.

1.3. Componente Administración del Riesgo

En materia de Riesgo debe garantizarse la directriz institucional de la Gestión y Autoevaluación del Riesgo en cada uno de los procesos y procedimientos organizacionales y generar la cultura necesaria para que el hospital cuente con una intervención preventiva de los riesgos. Se avanza en la identificación de los riesgos de los servicios asistenciales habilitados, procesos de apoyo área administrativa y en los riesgos de todo el sistema contable de la entidad en procura de la consolidación institucional del mapa de riesgo de la E.S.E; ya que la contraloría en los informes de auditoría Gubernamental, ha señalado debilidad a los procesos y procedimientos contables; línea contractual y línea financiera entre otros, por falta de supervisión, monitoreo y seguimiento.

En materia de riesgo, el hospital ha adoptado metodología que agrupa de manera genérica riesgos institucionales y riesgos clínicos; se han construido las matrices de riesgo de sus procesos. Está en proceso de elaboración la matriz 100% de riesgo consolida de los servicios asistenciales y procesos administrativos vigencia fiscal 2019.

Este componente se estructura a través de los siguientes Elementos de Control:

Como documento de consulta.

Las Políticas de Operación constituyen los marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes Dirección Estratégica, Administración del Riesgo y lo relacionado con la información y comunicación.

A través de estas políticas se estableció en la ESE. las acciones y mecanismos asociados a los procesos; definiendo parámetros de medición del desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad su ejecución.

1.3. Componente Administración del Riesgo

Conjunto de elementos que le permiten a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos **“MATRIZ - DOFA”** que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

Al ser un componente del Módulo de Control de Planeación y Gestión, la Administración del Riesgo se sirve de la planeación (misión, visión, establecimiento de objetivos, metas, factores críticos de éxito), del campo de aplicación (procesos, proyectos, sistemas de información), del Componente Dirección Estratégica y todos sus elementos. Su mirada sistémica contribuye a que la entidad no sólo garantice la gestión institucional y el logro de los objetivos sino que fortalece el ejercicio del Control Interno en la entidad.

Este componente faculta a la entidad para emprender las acciones de control necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales. Es importante considerar que un evento puede representar una oportunidad de mejora para

- Políticas de Administración del Riesgo.
- Identificación del Riesgo.
- Análisis y Valoración del Riesgo.

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

Es importante que las Políticas de Administración del Riesgo se fijen desde el inicio del proceso, dado que estos, deberán someterse a los lineamientos y directrices que en esta etapa se determinen.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Políticas Administración del Riesgo
Recomiendo: Divulgación (Fortalecer 100%) el Mapa de riesgos institucional 2020 y sus Políticas ajustadas. Fortalecer de conformidad con los Lineamientos impartidos por el DAFP, a través de :

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).

IMPORTANTE: La administración del riesgo es uno de los temas más importantes para el desarrollo de las entidades, en ese orden de ideas, debe dársele la relevancia estratégica para que cumpla con su cometido.

IMPORTANTE: Los mapas de riesgo no son el fin de la administración del riesgo, son un medio para poder administrar los riesgos, de tal manera que se asegure de manera razonable el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

la organización, pero si no se maneja adecuadamente y a tiempo, puede generar consecuencias negativas.

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, permiten tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Definición por parte de la alta Dirección de políticas para el manejo de los Riesgos. (Acto administrativo Publicado en la pagina Web – Link: Normatividad)

Acto administrativo o documento a través del cual se definen y adoptan las Políticas de Administración del Riesgo en la ESE.HSJM.

- ✓ Divulgación del Mapa de Riesgos institucional y sus Políticas. (Pagina *Web en el Link: E.S.E.)

La formulación de políticas está a cargo del ***Representante Legal** de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno o quien haga sus veces y se basan en lo que la entidad espera de la administración de los riesgos; la política señala qué debe hacerse para efectuar el control y su seguimiento,

IMPORTANTE: La responsabilidad de realizar la gestión del riesgo es de cada uno de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo. Ni la Oficina de Planeación, Calidad ni la Oficina de Control Interno son las responsables directas de la administración del riesgo en la entidad.

ALTA DIRECCIÓN: Una adecuada formulación de la política de administración del riesgo, es el inicio de una adecuada gestión del riesgo, por tal razón, es importante que dicha formulación sea realizada teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico de la entidad, su misión y objetivos.

Es necesario entender que los mapas de riesgo no son documentos, y que deben ser construidos con lineamientos claros, precisos y útiles para la gestión del riesgo.

LÍDERES DE PROCESO: Identificar un riesgo no implica su materialización, pero si permite tener los controles para evitarla; de tal manera que es importante que este proceso se haga de manera objetiva y consciente.

El seguimiento a los mapas de riesgo de cada proceso, debe convertirse en una actividad rutinaria, más no repetitiva, es decir cada evaluación debe realizarse de manera particular, y no puede convertirse en lo que se conoce como “Copiar y Pegar” para que tenga los efectos adecuados en la entidad.

Productos mínimos pendientes en la entidad en procesos:

*Mapa de riesgos Institucional (Consolidarlo al 100%): El cual recoge a nivel estratégico los riesgos más críticos para la entidad proveniente de los diferentes procesos, es decir; que este mapa recogerá o consolidará aquellos riesgos identificados dentro de los procesos, los cuales incluso después de implementar los controles aún permanecen en las zonas Altas o Extremas dentro de la Matriz de Evaluación y respuesta a los riesgos. Así mismo por disposición del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 y su Decreto reglamentario 2641 de 2012, a este mapa se deberán llevar los riesgos identificados en los

basándose en los planes y los objetivos institucionales o por procesos.

Las políticas de riesgo de la ESE. HSJM. contienen los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se esperan lograr.
- Las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar a largo, mediano y corto plazo.
- Los riesgos que se van a controlar.

Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido.

El seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad.

Contar con estas Políticas de Administración del Riesgo en la Entidad constituye el marco de acción necesario para dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

1.3.2 Identificación del Riesgo

1.3.2.1 Contexto Estratégico

Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de la institución. Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político, ambiental y legal.

Definir el contexto estratégico contribuye al control de la entidad frente a la exposición al riesgo, ya que permite conocer las situaciones generadoras de riesgos, impidiendo con ello que la entidad actúe en dirección contraria a sus propósitos institucionales.

La identificación de los riesgos se realiza a nivel del Componente de Direccionamiento Estratégico, identificando las causas con

mapas de riesgos asociados a posibles actos de corrupción.

▣*Mapas de riesgos por proceso (y/o proyectos asociados a los procesos): Los cuales se construyen a partir del análisis y evaluación plateados dentro de la metodología (Ver guía DAFP Administración del Riesgo), estos mapas permitirán a los responsables o líderes de los procesos realizar el seguimiento y control sobre los riesgos identificados, con el fin de evitar su materialización.

▣*Actas u otro documento que soporte la divulgación de la política de riesgos y de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad: Se deberá garantizar que todos los funcionarios conozcan los Productos mínimos de control de los respectivos riesgos.

1.3.2 Identificación del Riesgo

Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad relacionados con los objetivos de los procesos, programas y/o proyectos, y los objetivos institucionales. Es allí donde, al igual que todos los servidores, la gerencia pública adopta un papel proactivo en el sentido de visualizar en sus contextos estratégicos y misionales los factores o causas que pueden afectar el curso institucional, dada la especialidad temática que manejan en cada sector o contexto socioeconómico.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Identificación de los factores internos y externos de riesgo. (Contexto estratégico)**
(Fortalecer + lineamientos DAFP).
Socializar y divulgar en la entidad.

base en los factores internos o externos a la entidad, que pueden ocasionar riesgos que afecten el logro de los objetivos.

La identificación implica hacer un inventario de los riesgos, definiendo en primera instancia sus causas con base en los factores de riesgo internos y externos (contexto estratégico), presentando una descripción de cada uno de estos y finalmente definiendo los posibles efectos (consecuencias).



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Identificación de los factores Internos y Externos de riesgo.
- ✓ Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

1.3.3.1 Análisis del Riesgo

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias; éste último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de Objetivos de la entidad. Administrar bien y Oportunamente.**

Recomiendo: A la administración, planeación y Calidad Fortalecer + Lineamientos impartidos por el DAFP).

Adicionalmente Socializar y divulgar en la entidad

Debe existir documento de identificación de los riesgos de cada proceso, programas y/o proyectos que contengan las causas, descripción y las posibles consecuencias de los mismos; pero de conformidad a la naturaleza de los cargos adoptados en la entidad.

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

1.3.3.1 Análisis del Riesgo

El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Análisis del Riesgo**
Recomiendo: A la Administración, planeación y calidad *Fortalecer + Lineamientos Impartidos - DAFP
"Fortalecer procesos"
- ✓ **Controles**
Recomiendo: A la Administración, planeación y calidad *Fortalecer + Lineamientos Impartidos – DAFP.
"Fortalecer herramientas"
- ✓ **Mapa de Riesgos de Proceso**
Recomiendo: A la Administración, planeación y calidad *Fortalecer + Lineamientos Impartidos - DAFP

- ✓ Análisis del riesgo
- ✓ Valoración del riesgo
- ✓ Mapa de riesgos por procesos
- ✓ Mapa de Riesgos "institucional"
Publicado en la Pagina Web, Link. ESE.

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados:

Probabilidad e Impacto.

Por Probabilidad se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con

Criterios de Frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: número de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.

Por Impacto se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Para adelantar el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos: Calificación

del riesgo y Evaluación del riesgo:

Calificación del riesgo: se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

Evaluación del Riesgo: permite comparar los resultados de la calificación del riesgo, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al mismo; de esta forma es posible distinguir entre los riesgos aceptables, tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento.

) La E.S.E. el 16 de Octubre de 2014 adopto las políticas de administración

✓ **Mapa de Riesgos institucional 2020**

Recomiendo: A la Administración,
planeación y calidad *Fortalecer +
Lineamientos Impartidos – DAFF.

CONSEJOS PARA LA PRACTICA

IMPORTANTE: La administración del riesgo AEI es uno de los temas más importantes para el desarrollo de las entidades, en ese orden de ideas, debe dársele la relevancia estratégica para que cumpla con su cometido.

IMPORTANTE: Los mapas de riesgo AEI no son el fin de la administración del riesgo, son un medio para poder administrar los riesgos de tal manera que se asegure de manera razonable el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

IMPORTANTE: La responsabilidad de realizar la gestión del riesgo AEI es de cada uno de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo. Ni la Oficina de Planeación - Calidad ni la Oficina de Control Interno son las responsables directas de la administración del riesgo en la entidad. Es necesario entender que los mapas de riesgo no son documentos, y que fueron contruidos con lineamientos claros, precisos y útiles para la gestión del riesgo.

de riesgo (Pendiente de revisión y ajustes) y mapa de riesgo al interior de la entidad, a través de la Resolución No. 345 – 2014, publicada en la página web, Link: Normatividad

Para que se dé una Gestión efectiva en administración de riesgo, ha sido necesaria la actualización continua y Permanente los mapas de riesgo en la E.S.E. HSJM.

ALTA DIRECCIÓN: Una adecuada formulación de la política de administración del riesgo, es el inicio de una adecuada gestión del riesgo, por tal razón, es importante que dicha formulación sea realizada teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico de la entidad, su misión y objetivos.

DEBILIDADES	FORTALEZA
) Este módulo de control busca que la entidad desarrolle mecanismos de medición, evaluación y verificación, necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno en la realización de <i>su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad</i>; si todas las operaciones se realizan de conformidad con los principios de la función pública establecidos en la Constitución Política, la ley y las políticas trazadas por la dirección en atención a las metas u objetivos previstos. Las deficiencias encontradas producto de esa evaluación y seguimiento y las recomendaciones sugeridas en las diferentes instancias de evaluación, incluyendo las emitidas por los órganos de control del estado (DAFP, CGDC, SUPERSALUD y CGDC), deben ser acogidas por el servidor responsable y/o por el nivel de administración o dirección correspondiente ➤ Autoevaluación del Control y Gestión  PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL: ✓ Actividades de sensibilización a los Funcionarios sobre la cultura de la Autoevaluación. La E.S.E HSJM debe fortalecer aun más la autoevaluación institucional, debe diseñar Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la sensibilización sobre la Autoevaluación en la	) Dentro del proceso de mejoramiento continuo en la entidad, este módulo de control considera aquellos aspectos que permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de la ESE.HSJM, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los Planes, Programas y Proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones oportunas para orientar las acciones de mejoramiento continuo en la entidad. Este Módulo de control, se estructura bajo tres Componentes:  Autoevaluación Institucional.  Auditoría Interna.  Planes de Mejoramiento. AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL  PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL: ✓ Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación La entidad actualmente está en capacidad de alimentar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas que le permitan ejercer el proceso de manera correcta; es decir a través del Aplicativo MECI – FURAG II. Es importante precisar; que con la expedición del

entidad. (Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Concursos, Actividades entre otros)

✓ Herramientas de Autoevaluación

La entidad debe determinar cómo 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.

Recomendación: Es recomendable que los líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, programen reuniones mensuales como máximo, en los que se realicen ejercicios de autoevaluación, y que a través de estas se genere una disciplina al interior de los procesos para que la autoevaluación se convierta en parte del día a día de la entidad.

La entidad debería asegurarse de contar con herramientas que permitan la autoevaluación y a su vez, que éstas sean socializadas y entendidas por todos los funcionarios que conforman el organigrama de la E.S.E.

Auditoría Interna



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL

➤ Auditorías Internas

CONSEJOS PARA LA PRACTICA

AUDITADOS: Se debe entender que las auditorías se realizan a los procesos y no a las personas, por sino entender que se está haciendo un seguimiento a la gestión del proceso.

Es importante colaborarle al auditor en la realización de las auditorías, brindarle la

Decreto 1499 de 2017 se definió un solo Sistema de Gestión Integrando el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad en un solo Sistema), el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993.

Por lo anterior, el informe Ejecutivo Anual inicialmente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 el Decreto 1083 de 2015, fue modificado por el Decreto 1499 de 2017, razón por la cual será a través del aplicativo FURAG que se estará recolectando la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades, por tratarse de una dimensión del Modelo Integral Planeación y Gestión MIPG. En consecuencia, el reporte "El Informe Ejecutivo Anual del Control Interno" no se debe presentar ante la Función Pública "28.02.2019" teniendo en cuenta la presente norma vigente; relacionada, con la evaluación FURAG II, cuyos resultados permitirán a todas las entidades contar con la evaluación para la vigencia 2019 de la políticas contenidas en el nuevo modelo "MIPG"

CONSEJOS PARA LA PRACTICA

IMPORTANTE: El éxito de la autoevaluación radica en la objetividad al momento de realizarla, entre más objetivo sea el proceso, será más fácil poder aplicar los correctivos en los momentos justos, y lograr los objetivos propuestos.

IMPORTANTE: El autocontrol es el complemento perfecto para realizar la autoevaluación, teniendo en cuenta que ambos buscan la mejora continua de las entidades.

LÍDERES DE PROCESO: La autoevaluación debe ser entendida como una oportunidad para mejorar y dar cumplimiento a los objetivos establecidos, de tal manera que debe ser una herramienta fundamental al interior de cada proceso, y la base para la mejora continua.

Aplicar objetivamente la autoevaluación le permitirá un mejor desempeño en sus

información que se requiera, y ser objetivo en las respuestas, sólo de esta manera se logrará cumplir con el objeto de la auditoría.

No se debe ver al auditor como el enemigo que viene a escudriñar las acciones y actividades realizadas, sino como aquel que podrá colaborar a la mejora continua y a la consecución de los objetivos.

➤ Plan de Mejoramiento



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL

- ✓ Planes de Mejoramiento Internos y Externos

CONSEJOS PARA LA PRACTICA

IMPORTANTE: Los planes de mejoramiento son determinantes para la mejora continua, por tal razón deben ser suscritos los Externos por el Representante Legal, ante los Operadores de Control, atacando las causas que dan origen a los hallazgos, y garantizando que las acciones se realizan en los tiempos programados.

IMPORTANTE: Los planes de mejoramiento no son realizados por las Oficinas de Control Interno, esta es una responsabilidad de cada uno de los líderes de los procesos.

LÍDERES DE PROCESO: La efectividad de los planes de mejoramiento depende de las acciones planteadas en él y en su cumplimiento de Metas “**Indicadores de Cumplimiento**”, de tal manera que si se proponen acciones que no atacan las causas de los hallazgos, estos últimos seguirán subsistiendo en el tiempo.

Las acciones planteadas no deben establecerse por “**salir del paso**” o por el simple hecho de

actividades y reducirá considerablemente los hallazgos y observaciones realizadas en las auditorías.



Auditoría Interna



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL

- ✓ La ESE. tiene definido procedimiento de auditorías internas “**Adoptados**” de conformidad con la guía DAFP, basado en evidencia documental que permita ejercer control permanente a la gestión de la administración.
- ✓ Programa de Auditorías - Plan Anual de Auditorías 2020

La ESE – Oficina de Control Interno diseño “PAAI - 2020” Programa Anual de Auditorías Internas y Seguimientos. El cual se encuentra en ejecución y fue aprobado (ENERO de 2020) por el comité coordinador de control interno de la ES.E. HSJM. El cual se encuentra diseñado de conforme a los lineamientos impartidos por Función Pública y la Ley 87 de 1983.

Recomiendo: A todos los Funcionarios y Lideres de procesos analizar los informes de ley y de auditorías, evaluaciones radicadas en gerencia y publicados en la pagina Web – Link: MECI; para los fines pertinentes y oportunos.

Recomiendo: Analizar los informes de auditorías externas realizados por la CGDC, Supersalud y la CGR 2019 y Vigencia Fiscal 2017 y 2018, con el propósito de analizar las causas que dieron origen a los hallazgos señalados por los entes de control.

- ✓ Informe Ejecutivo Anual de

cumplir, estas deben buscar la mejora continua.

El Plan de Mejoramiento, es el instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se emprenderán para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto con los resultados, con el logro de los objetivos de la entidad y con el plan de acción institucional, en armonía con el plan de desarrollo y Plan de Acción mediante el proceso de evaluación.

CONSEJOS PARA LA PRACTICA DADOS POR EL DAFP

- La independencia y objetividad del auditor interno podría verse afectada cuando el Jefe de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces y/o su equipo de trabajo son responsables de una actividad que posteriormente podría ser auditada.
- El auditor o auditores internos no deben aceptar responsabilidades por funciones o tareas distintas de auditoría que estén sujetas a evaluaciones periódicas de auditoría interna. Si alguno de los anteriores asumen este tipo de responsabilidades, se entenderá que se presenta un impedimento para realizar la auditoría.
- Es conveniente que el Jefe de Control interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces a través de las áreas de recursos humanos, se asegure que las personas asignadas a cada trabajo posean o desarrollen a través de capacitación, los conocimientos, técnicas y otras competencias para realizar el trabajo adecuadamente.

Los Planes de Mejoramiento producto de la vigilancia de la gestión fiscal del Estado ejercida por la Contraloría General de la Departamental de Córdoba, se regirán por los métodos y procedimientos que el ente de control prescriba. El Plan de Mejoramiento acordado con la Contralorías Departamentales, se entiende como el conjunto de

Control Interno

FURAG – MIPG – DAFP

El Informe fue presentado dentro del término, 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.

Es importante precisar que para los fines pertinentes y oportunos (Medición – avance MIPG) el pasado 28 de Febrero y Marzo de 2019, Noviembre y Diciembre de 2019 y Marzo de 2020 la oficina de Control Interno de la entidad; Usuario: **2852JCI** reporto dentro de los términos a través del aplicativo **FURAG**; la encuesta MECI “Informe Ejecutivo Anual” y actualmente cuenta con el respectivo certificado de recepción de información; expedido por el **DAFP**.

Es importante señalar; que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se definió un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993.

Por lo anterior, el informe Ejecutivo Anual inicialmente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 el Decreto 1083 de 2015, fue modificado por el Decreto 1499 de 2017, razón por la cual será a través del aplicativo FURAG que se estará recolectando la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades, por tratarse de una dimensión (La 7ª) del Modelo Integral Planeación y Gestión - MIPG. Es importante Tener en cuenta la presente norma vigente; relacionada, con la evaluación FURAG II, reportada a Función pública; ya que cuyos resultados – avances permitirán a todas las entidades contar con la evaluación para la vigencia 2019 de la políticas contenidas en el nuevo modelo “MIPG”

Plan de mejoramiento

acciones que ha decidido adelantar un sujeto de control fiscal tendientes a subsanar o corregir hallazgos negativos de orden administrativo que hayan sido identificados en ejercicio de la Auditoría Gubernamental o Auditorías Especiales con el fin de adecuar la gestión fiscal a los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad o a mitigar el riesgo.

RECOMIENDO: Areas Responsables Dar cumplimiento "Metas" a las acciones correctivas propuestas a los operadores de control y a la oficina de control interno "Planes de Mejoramientos Suscritos CGR, CGDC, SUPERSALUD Y PGN vigencia fiscales anteriores, que reporten hallazgos; con el propósito de eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, y poder cumplir con la unidad de medida; con el fin de cerrar los hallazgos que aún permanecen abiertos.

❖ **MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION**

La Gobernación de Córdoba; a través de su Departamento Administrativo de Planeación, realizo en conjunto con el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la jornada de capacitación - Modelo Integrado de Planeación y Gestión; con el fin de dar a conocer los elementos principales; para implementar en las entidades del orden territorial el **MIPG**; de conformidad con el Decreto Numero 1499 y 648 de 2017, fortaleciendo así la gestión pública.

En este orden de ideas es procedente señalar:

1º Implementar dentro de los términos de ley en la entidad el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno; ya que es de carácter obligatorio adoptar en la E.S.E.HSJM, la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, conforme al los lineamientos impartidos por el DAFP.



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL **53**

✓ **Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento**

En la E.S.E. existe (Adoptado DAFP) un proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajan recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del Componente de Auditoría Interna teniendo siempre presente las observaciones del Órgano de Control Fiscal.

Es un Proceso, procedimiento o mecanismo documentado que permite realizar seguimiento a las acciones emprendidas por los responsables y la verificación de estas.

✓ **Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan De mejoramiento.**

La ESE. Tiene establecido (Adopto – DAFP) un mecanismo para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de conformidad con el Decretos 1499 de 2017 - DAFP y su Manual técnico - Operativo de implementación y fortalecimiento MIPG - MECI; en el caso de las auditorías internas; y para el caso de las auditorías gubernamentales observamos la metodología definida en la resolución No. 384 de 2015, expedida por la CGDC y la Resolución No.7350 de 2013; Expedida por la CGR – SIRECI.

Recomiendo: Dar cumplimiento dentro de la oportunidad de los términos (Acciones Correctivas con Soportes Unidades de Medida de cumplimiento de Metas Propuestas) a los planes de mejoramientos suscritos con los operadores de control; así como quedo notificado en la presente vigencia los respectivos hallazgo de cierre señalados en la auditoria exprés 2019.

DEBILIDADES	FORTALEZA
) Gran parte de la imagen de la entidad depende de la forma en la que es percibido por sus usuarios, de tal manera que informar y comunicar se convierte en aspectos esenciales para dar a conocer lo que hace la entidad en cumplimiento de su misión. Utilice la información y comunicación para la mejora continua y la toma de decisiones oportunas; no olvide que estos son un eje transversal al Modelo Meci y a la gestión misma de la entidad.) Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos al interior y en el entorno de cada entidad, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso, sea adecuada a las necesidades específicas de la ciudadanía y de las partes interesadas.) Para obtener los beneficios proporcionados por la Información y la Comunicación, es necesario conocer las necesidades de la ciudadanía, de las partes interesadas y las de la entidad, identificar sus fuentes y definir una estructura para su procesamiento y socialización. Información y Comunicación interna y externa	) Este eje es transversal a los Módulos de Control del Modelo Meci, dado que en la práctica las organizaciones y entidades lo utilizan durante toda la ejecución del ciclo PHVA; de tal manera, que complementa y hace parte esencial de la implementación y fortalecimiento de los Módulos en su integridad.) La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización.) Es a través de este mecanismo que se garantiza la difusión de información de la entidad sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés. *** A través de este eje se mejorar la transparencia frente a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de las obligaciones frente a las necesidades de los usuarios. Información y Comunicación interna y externa



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en la normatividad.**
Recomendación: Fortalecer + las políticas de comunicación.

La entidad debe establecer su proceso y/o actividades de Gestión documental de acuerdo o de conformidad con la Ley 594 de 2.000 o la norma que la modifique o sustituya.

CONSEJOS PARA LA PRACTICA

IMPORTANTE: Utilice la información y comunicación para la mejora continua y la toma de decisiones oportunas; no olvide que estos son un eje transversal al Modelo y a la gestión misma de la entidad.

IMPORTANTE: Gran parte de la imagen de una entidad depende de la forma en la que es percibido por sus usuarios, de tal manera que informar y comunicar se convierte en aspectos esenciales para dar a conocer lo que hace la entidad en cumplimiento de su misión.

ALTA DIRECCIÓN: Es importante contar con una política ajustada de información y comunicación particular, que responda a las necesidades de la organización, sus usuarios, clientes, y partes interesadas; por lo tanto esta política debe hacer parte de la plataforma estratégica de la entidad.

Sistemas de Información y comunicación



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Rendición anual de cuentas; Se informara a la SuperS a mas tardar el próximo 10 de abril 2020 y se realizara con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía; dentro de los términos de ley de conformidad Con la Circular Única Supersalud.**

“CIRCULAR EXTERNA No.08 de 2018”

- ✓ **Manejo organizado o sistematizado de la Correspondencia.**

La entidad estableció 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.

- ✓ **Identificación de las fuentes de Información externa.**

Existe en la E.S.E. mecanismos para identificar la información externa. (Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias “PQRSD”, Buzón de sugerencias, *pagina Web, encuestas de satisfacción, entre otras)

- ✓ **Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, Actos administrativos) sistematizada de fácil acceso, en su gran mayoría publicados en la Pagina web, par consulta.**

- ✓ **Política de Comunicación**



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.**

Los recursos físicos y humanos de la entidad deben tener asociados procesos ajustados, procedimientos y guías donde se establece el manejo de éstos y su adecuada utilización.

- ✓ **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, cartelera comunitarias, periódico oficial, buzón de sugerencias, entre otros que Crea y considere conveniente.

La entidad viene fortaleciendo los mecanismo de comunicación con los Usuarios internos y externos.

Dicha política, proceso o procedimiento contiene entre otros, los siguientes elementos: Matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc.

Sistemas de Información y Comunicación



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ **Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la Prestación del servicio.**

La entidad tiene identificado los usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidas sus productos y/o servicios.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo a la valoración de la Oficina de Control Interno Gestión de la E.S.E. HSJM. Se puede interpretar como aceptable el desarrollo de la implementación, fortalecimiento y mejora continua. Es importante precisar que se debe realizar la sostenibilidad a través de actividades de actualización y mantenimiento (Decreto 1499 de 2017, Decreto 612 de 2018 y Decreto 648 de 2017; Expedidos por el DAFP 7ª Dimensión del MIPG) a cada uno de los elementos y componentes de control MECI; que conforman el Modelo Estándar de Control interno en la E.S.E. "MECI" observando la adopción y adaptación establecida en su momento en el Decreto No.943 de 2014 – DAFP; derogado por el Decreto No.1083 de 2015, 1499 y 648 de 2017; por medio del cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno.

RECOMENDACIONES GENERALES

- ❖ El Modelo Estándar de Control Interno no es un solo un Documento, sino, una serie de controles que deben establecerse al interior de la ESE.HSJM. por tal razón debe ser parte de la cultura de nuestra organización; las acciones para el fortalecimiento continuo no están estandarizadas deberán responder a la realidad de esta entidad.
- ❖ Implementar una cultura de Autoevaluación de Riesgo en las áreas Asistenciales, Administrativas y Financieras.
- ❖ Mantener actualizado los indicadores de gestión de los diferentes procesos de la Institución.
- ❖ Mejorar la oportunidad de respuestas de quejas y reclamos, de acuerdo a los tiempos definidos por el proceso.
- ❖ Revisar y mejorar el sistema de información gerencial para apoyar el control de gestión y por lo tanto la toma de decisiones.(Recientemente se observa la mejora continua)
- ❖ Priorizar la adopción de las mejoras estructurales que requiere el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad; en armonía con la revisión, depuración y actualización integral de la reglamentación interna de la entidad.
- ❖ ***Prever** y preparar oportunamente la entrega y empalmes de cargos en la administración, de conformidad con la ley 951 de 2005.
- ❖ Fortalecer los mecanismos de seguimiento, supervisión y control en materia de gestión contractual.
- ❖ Fortalecer la administración de riesgos. Se sugiere diferenciar riesgos operativos de los procesos vs riesgos estratégicos.
- ❖ Utilizar la plataforma con que cuenta la entidad para integrar los aplicativos existentes tanto en el área misional como en el área de apoyo y así contar con un sistema integrado de información.
- ❖ Continuar con la actualización de los manuales de Calidad. De procedimientos “Manuales Operativos y Funcionales” ajustarlos los nuevos procesos e incluirlos en su totalidad, es decir que articulen todos con el nuevo organigrama vigente; entre ellos Area Jurídica, Suministro, Cartera; Presupuesto; Tesorería; Planeación,

Cálida, Estadística, Sistema Contable, Sistema Farmacéutico; Unidades Estratégicas de Negocios entre otros.

- ❖ Específicamente recomiendo a todos los funcionarios que realizan funciones de Supervisión (Contratos celebrados por la ESE, HSJM.) Observar las funciones Administrativas, Financieras, Técnicas y Legal; señaladas en los Manuales de procesos y procedimientos contractuales; vigentes en la entidad, con el fin de Fortalecer la gestión de esta importante labor; ya que la ley 1474 de 2011 le determino una gran responsabilidad a la administración pública.
- ❖
- ❖ Y como recomendación final, es procedente tener en cuenta (Aplicar a la E.S.E.HSJM, ya que es importante que la entidad conozca las nuevas disposiciones de evaluación MECI y del MIPG de la vigencia fiscal 2019) que función pública informo a todas las entidades, tanto del orden Nacional como Territorial, que en cumplimiento del artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 “Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, se integro en un solo Sistema de Gestión, los Sistemas de Gestión de la Calidad de la Ley 872 de 2003 y de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998 y se articuló con el Sistema de Control Interno de la Ley 87 de 1993.

En cumplimiento de la anterior disposición, Función Publica; en coordinación con las demás entidades líderes de las políticas de Desarrollo Administrativo, se encuentra en desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) versión 2, el cual debía ser adoptado en el primer trimestre del año 2017 (No fue posible; atentos a las nuevas directriz y lineamientos DAFP; para efectos de la transición al nuevo modelo, la entidad deberán seguir algunas etapas que podrá consultar a través de los siguientes enlaces, en los que encontrara mayor información:

- ✓ Circular Externa No.100 21 2016 – Evaluación del MECI y MIPG en entidades y organismos de las ramas del poder público, organismos autónomos y de control.
- ✓ Circular Externa No.100 22 2016 – Evaluación del MECI y MIPG en entidades y organismos pertenecientes al nivel central y descentralizados del orden territorial.

Dichos lineamientos serán insumos para la evaluación que hagan las entidades al Modelo Estándar de Control Interno – MECI - y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG- de cada vigencia fiscal.

El Modelo Integral de Planeación y Gestión es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

- ❖ Es importante precisar; para los fines pertinentes y oportunos que la E.S.E. HSJM. Continúa aun **Categorizada** en Bajo Riesgo por el Ministerio de Salud; de conformidad con la Resolución No. 1342 expedida el 29 de Mayo de 2019 por el Ministerio de Salud.
- ❖ Es procedente señalar y precisar que el Ministerio de Salud expidió la resolución No.5185 del 14 de Diciembre de 2013” Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual; Por tal razón recomiendo dar irrestricto cumplimiento a la Resolución Internas vigentes “ Por medio de la cual se adopta el manual de contratación de la ESE.HSJM” e igual cumplimiento en los procesos de adquisición de bienes y servicios realizados en la entidad observar lo señalado en la normatividad interna vigente “Por medio del cual se expide el estatuto de contratación de la E.S.E.HSJM”

***Recomiendo** Seguir dándole irrestricto cumplimiento, y adicionalmente observar que recientemente a través de la resolución interna No. 149 del 17. 07. 2019 se adopta la estructura funcional y operativa del área jurídica; la cual actualmente Calidad y jurídica; atendiendo las necesidades de la entidad, requiere de ajustes y modificación.

Adicionalmente **Recomiendo**: a través de la resolución No.1145 de la 27/10/2016 se actualizo el proceso de facturación; proceso integral de cartera, auditoria médica concurrente y auditoría de cuentas. Actualizando así; procesos institucionales; en procura de la mejora continua; pero que hoy requieren de ajustes y revisión.

Así mismo a través de la resolución No. 1146 del 27/10/2016; Por la cual se adopta la estructura funcional y operativa del servicio farmacéutico entre otros.

Igualmente **recomiendo** dar irrestricto cumplimiento; para los fines pertinentes y oportunos a la Resolución Interna No.1138 de octubre 26 de 2016 “Por medio de la cual se adopta el **Manual** interno de recaudo de cartera de la E.S.E.HSJM”.

Adicionalmente **Recomiendo** realizar revisión exhaustiva a la modificación o derogación Manual Interno de Recaudo de Cartera; a través de acto administrativo 2019; para los fines pertinentes y oportunos. (Resolución Interna No.1138 de octubre 26 de 2016 “Por medio de la cual se adopta el *Manual interno de recaudo de cartera de la E.S.E.HSJM”).)

RECOMENDACIONES GENERALES

- Se recomienda a la administración (planeación) solicitar a las áreas de la E.S.E administrativas y asistenciales que no han diseñado el mapa de riesgo el envío

de este a la oficina de planeación, con el fin de realizar su respectiva consolidación; para los fines pertinentes y oportunos.

Muchos de los riesgos analizados tienen debilidades en su redacción, especialmente los riesgos de corrupción que dan lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos.

Recomendación: Es necesario que en la descripción del riesgo de corrupción concurren los componentes de: acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado.

En la etapa de monitoreo y revisión no se evidenció el seguimiento a la implementación de algunas acciones propuestas por parte del proceso de direccionamiento estratégico.

Los procesos necesitan capacitación con respecto a identificación, análisis y redacción de riesgos.

Desconocimiento de los riesgos asociados a su proceso por parte de los servidores públicos que ejecutan autocontrol.

- **Se Recomienda**, que los líderes de procesos revisen todos los controles existentes para la mitigación de los riesgos, toda vez que muchos de los controles que se aplican no se encuentran relacionados en el mapa de riesgos.
- **Se recomienda**, identificar todos los posibles riesgos de corrupción que están relacionados con los procesos y la creación de controles en los casos que no se cuenta con ellos.
- **Se recomienda**, consolidar el Mapa de Riesgo de Corrupción ESE. HSJM - 2020, teniendo en cuenta todos los riesgos de la entidad, sin importar en qué nivel se encuentren, con el objetivo de registrar el seguimiento (mitigación de riesgo); por parte de la OCI en el seguimiento a este elemento de control a la gestión.
- **Se Recomienda**, Implementar una cultura de Autoevaluación de Riesgo en las áreas Asistenciales, Administrativas y Financieras.
- **Se Recomienda**, mantener actualizado los indicadores de gestión de los diferentes procesos de la Institución.
- **Se Recomienda**, revisar y mejorar el sistema de información gerencial para apoyar el control de gestión y por lo tanto la toma de decisiones.
- **Se Recomienda**; priorizar la adopción de las mejoras estructurales que requiere el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad en armonía con la revisión, depuración y actualización integral de la reglamentación interna de la entidad.

- **Se Recomienda**, Prever y preparar oportunamente la entrega y empalmes de cargos en la administración, de conformidad con la ley 951 de 2005.
- **Se Recomienda**; continuar con la actualización de los manuales de procesos y procedimientos “Manuales Operativos y Funcionales” para ajustarlos a los nuevos procesos e incluirlos en su totalidad; entre ellos Area Jurídica, Suministro, Cartera; Presupuesto; Tesorería; suministro y Sistema Farmacéutico entre otros.

*Es procedente señalar y precisar que el Ministerio de Salud expidió la resolución No.5185 del 14 de Diciembre de 2013” Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual; Por tal razón recomiendo dar irrestricto cumplimiento a lo señalado en la Resolución No.1137 (Suscrita por la Agente Especial Interventor/Supersalud), de octubre 27 de 2016 “Por medio del cual se expide el Estatuto de Contratación de la E.S.E.HSJM.

- Adicionalmente es procedente precisar a la administración y **Recomiendo** nuevamente que debe dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Conjunta de fecha 08 de marzo de 2017; expedida por la Procuraduría y la CGN; ya que la responsabilidad estará a cargo del Representante Legal, deberá adelantar el proceso de Saneamiento Contable en las entidades territoriales; quien deberá coordinar todas las acciones administrativas necesarias para garantizar que los estados financieros de la E.S.E. HSJM. revele en forma fidedigna la realidad económica, financiera y patrimonial de la entidad.
- Un buen oficial de cumplimiento debe ser capaz de mostrar de forma correcta su gestión y para hacerlo tiene a su disposición los informes que, por mandato legal, debe entregar a sus superiores.

Más que verlos como una imposición normativa, debe aprovecharlos para destacar los logros alcanzados y para generar consciencia acerca de la importancia de su rol en la organización.

Recomendación: Seguimiento a las mejoras; una información que puede ser atractiva para la junta Directiva; en este caso actualmente al (AEI) y al mismo tiempo útil para evidenciar la gestión del oficial de cumplimiento puede ser aquella relacionada con el seguimiento de las mejoras al sistema de prevención del LA/FT propuestas o solicitadas en sesiones anteriores.

- La estructura organizacional en nuestra entidad; atendiendo los lineamientos Impartidos por del Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP” ente rector en materia de control interno en Colombia; se ha podido evidenciar que los respectivos ajustes y actualizaciones a estos elementos de control Mecí, se han realizado dentro de la oportunidad de los términos de Ley.

Recomendación: La Alta Gerencia/ Representante Legal debe velar por el cumplimiento en la entidad de los Actos Administrativos vigentes; a través de los cuales se adopto en la entidad el Organigrama (Define nivel jerárquico y nivel de responsabilidad en la ESE.HSJM.) Planta de Personal (Recurso Humano Entidad) y EL Manual de Funciones Competencias y Requisitos Laborales; excelente herramientas de control gerencial.

- **Recomendación:** La Alta Gerencia/ Representante Legal debe velar por el cumplimiento en la entidad de la actualización y publicación en la pagina Web de la Entidad - Link: Transparencia: Indicador de Transparencia Administrativa – ITA./PGN.

GRUPOS INTERDISCIPLINARIOS DE TRABAJOS COMITES INSTITUCIONALES

Los comités de trabajo son elementos mínimos de control, del Módulo de Planeación y Gestión- componente de Direccionamiento Estratégico - elemento de control; Planes, Programas y Proyectos. Estos órganos de carácter directivo, coadyuvan a la administración en cuanto a decisiones y/o directrices que propenden por el mejoramiento continuo y fortalecimiento de los procesos y procedimientos de la ESE: HSJM.

Recomendación: Los secretarios técnicos de los comités institucionales, previa concertación del orden del día; deben convocar; dentro de los términos programados en el cronograma institucional 2020, el cual consolida el área de Planeación a fin de que al final de cada periodo (trimestre) cuando se realice el seguimiento y medición al cronograma de comités; la unidades de medidas nos permita evidenciar con las respectivas actas; que dicho cumplimiento sea ***satisfactorio**.

La oficina de Control Interno, a pesar de reconocer avances, observó que para el primer y segundo semestre de la vigencia fiscal 2018 y 2019 los comités institucionales, en su gran mayoría, no se reunieron en las fechas programadas en el cronograma que reposa en la oficina de planeación; lo cual quiere decir, que los indicadores de medida que arrojaría el seguimiento a estos, no sería satisfactorio ante la inexistencias de muchas actas de cada sesión de cada comité, que es lo que se traduce para este elemento de control, como unidad de medida; por lo que se recomienda a la Sugerente Administrativa y Financiera y al Subgerente Asistencial, realizar seguimientos al cumplimiento de las sesiones de los comités que estén bajo su responsabilidad, tal como indica el organigrama institucional de la E.S.E.; es decir observando el nivel jerárquico y nivel de responsabilidad.

CAPACITACIONES MECI Y SGGCS

A partir de la implementación y actualización del MECI y su posterior divulgación, es responsabilidad de cada funcionario aplicar los elementos mínimos de control en el ejercicio de sus actividades, buscando garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado; a su vez, persigue la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación,

anticipando y corrigiendo, de manera oportuna, las debilidades “Riesgos” que se presentan en el que hacer institucional.

La oficina de control interno, en ejercicio de análisis de la estructura de controle implementados en la entidad; es decir componente Evaluador del MECI, ha venido señalando en sus diferentes informes (de Ley) control, de manera reiterativa a las administraciones de turno, las debilidades identificadas en algunas áreas asistenciales y administrativas, en lo correspondiente a la (aplicación de controles) del Modelo MECI, implementado y actualizado en la E.S.E. conforme a lo dispuesto en el Decreto 943 de 2014 (DAFP) derogado por el Decreto 1083 de 2015.

Recomendación: Esta debilidad la podemos fortalecer, en la ESE. Con la actualización MecI e implementación en la entidad de las políticas de desarrollo administrativo y el fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad “Implementación del MIPG” integrando los Sistemas de Planeación y Calidad en un solo sistema de gestión y articulándolo con el MecI.

Fortaleciendo así; esta debilidad y amenaza en el entorno, con la socialización, divulgación y ajustes a la estructura de control de la entidad - Estructura MECI - MIPG, capacitando a todos los funcionarios de la ESE. Liderada por la oficina de planeación, calidad y talento humano en calidad de facilitadores de este proceso; bajo la coordinación DE LA Alta Gerencia y de la Oficina Asesora de Control Interno Gestión.

¿Qué es el SIGEP?



[Servidores Públicos](#)



❖ [Contratistas](#)



[Entidades Públicas](#)

El SIGEP es un Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos. Contiene información de carácter institucional tanto nacional como territorial, relacionada con: tipo de entidad, sector al que pertenece, conformación, planta de personal, empleos que posee, manual de funciones, salarios, prestaciones, etc.; información con la cual se identifican las instituciones del Estado colombiano.

Igualmente, el sistema contiene información sobre el talento humano al servicio de las organizaciones públicas, en cuanto a datos de las hojas de vida, ***declaración de bienes y rentas** y sobre los procesos propios de las áreas encargadas de administrar al personal vinculado a éstas.

El SIGEP es a su vez, una herramienta de gestión para las instituciones públicas, al permitirles adelantar con base en la información del sistema y la viabilidad del mismo, procesos como la movilidad de personal, el **Plan Institucional de Capacitación, evaluación del desempeño, programas de bienestar social e incentivos**.

Con la información de dicho sistema se toman decisiones institucionales y de gobierno, así como que se formulan las políticas públicas en cuanto a organización institucional y talento humanos.

- ❖ **Recomiendo** dar cumplimiento a las políticas formuladas por el DAFP en cuanto a organización institucional y talento humano.

La Oficina de Talento Humano (Empleados de Planta - SIGEP) y la Oficina Jurídica – Talento Humano (Contratistas - SIGEP); debe velar por el cumplimiento de este deber formal (normativo) por cada uno de los funcionarios públicos y contratistas que tienen relación contractual vigente con la ESE. HSJM.

Instructivos y formatos

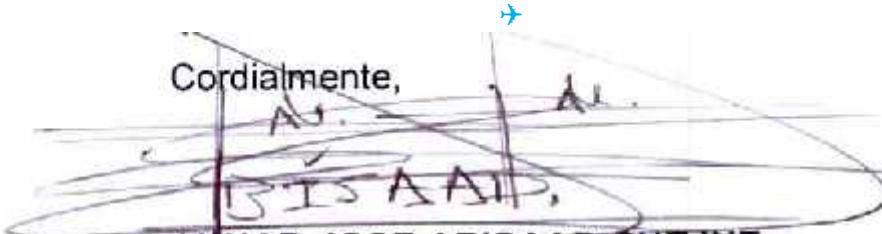
A continuación encontrará los instructivos y formatos que facilitan la navegación y gestión por los módulos del SIGEP en la página Web del DAFP.

Nota: Los Instructivos se están actualizando en relación con los cambios del portal.

- ✓ **Servidores públicos**
- ✓ **Contratistas**
- ✓ **Instituciones publicas**

Las recomendaciones del presente informe, las cuales si bien conforme a la normatividad vigente; algunas no son de carácter obligatorio, buscan el mejoramiento continuo de la Institución y el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

Cordialmente,

Cordialmente,

ANUAR JOSE ABISAAD CHEJNE
Jefe de Control Interno Gestión
ESE Hospital San Jerónimo Montería

65



"El Autocontrol es sinónimo de eficiencia y eficacia: es un camino para hacer realidad nuestra misión y visión."

"Cada funcionario es responsable de aplicar el sistema de control interno dentro de sus funciones, con miras a contribuir al mejoramiento de sus actividades diarias"

"El Auto Control es el sello personal que colocamos a nuestro trabajo diario"