

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (LEY 1474 DE 2011)**

**ESE HOSPITAL SAN CAMILO DE LELIS VEGACHI**

**Abril - Julio - Noviembre 2018**

De conformidad con la Ley 1474 de 2011, Artículo 9, "Informe sobre el Estado del Control Interno de la Entidad", y articulado a la Ley 1499 de 2017, sobre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, se presenta el Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital San Camilo de Lelis, atendiendo al marco del Modelo MIPG, bajo las siete (7) dimensiones del mismo: Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Control Interno, Gestión de la Información y la Comunicación y Gestión del Conocimiento y la Innovación., y en concordancia con las políticas de desempeño institucional.

Teniendo en cuenta que el Control Interno se entiende como un factor clave dentro del Modelo MIPG, para asegurar que las demás dimensiones cumplan con su propósito dentro de la Entidad, permitiendo lograr una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua, dicho informe evidencia las acciones emprendidas por la ESE Hospital San Camilo de Lelis. que garantizan el proceso de implementación y transición al nuevo modelo MIPG y se emiten las recomendaciones necesarias que permitan cumplir con las dimensiones y la políticas de desempeño institucional, fundamentado en los cinco componentes de control (Ambiente de control, Evaluación del riesgo, Actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo, desde la tercera línea de defensa.

ASPECTO / DIMENSIÓN	(1) DIMENSIÓN TALENTO HUMANO	(2) DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	(3) DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	(4) DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS	(5) DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	(6) DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	(7) DIMENSIÓN CONTROL INTERNO
Responsables asignados	Subdirectora Administrativa	Gerencia	Lideres de los Procesos	Lideres de los procesos	Gerencia	Gerencia Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Asesor Externo
Autodiagnóstico	Porcentaje de cumplimiento General 36,8 Planeación 44,1 Ingreso 53,5 Desarrollo 21,8 Retiro 13,3  Autodiagnostico de Integridad General 19,5 Condiciones para implementar el codigo de integridad 22,7 Promoción del codigo de integridad 15,6	Porcentaje cumplimiento general 57 Contexto estrategico 43,2 Calidad de la Planeación 48,4 Liderazgo Estratégico 62,2  Gestión presupuestal General 84,5 Programación 90,0 Anteproyecto 70,0 Ejecución 90,0 Ejercicio Contractual 68,5 Ejercicio contable 86,7  Defensa jurídica Política Defensa Juridica 28,1 Actuaciones prejudiciales 32,8 Defensa Judicial 33,5 Cumplimiento de Sentencias y conciliaciones 35,0 Acciones de repetición y recuperación de Bienes Publicos 23,3 Prevención del Daño AntiJuridico 20,7	Servicio al Ciudadano Política 25,3  Racionalización de tramites No se ha realizado autodiagnostico Política 0 Portafolio de oferta 0 priorización 0 Racionalización 0 Difusión 0  Participación ciudadana no se tiene evaluación  Rendición de cuentas no se tiene evaluación  Gobierno digital Política 11,3 TIC para gobierno abierto 10,0 TIC servicios 16,0 TIC para la gestion 11,6 Seguridad y privacidad de la información 7,7	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional 48,4 Diseño de proceso de evaluación 48,3 Calidad de la evaluación 42,5 Utilidad de la información 42,1 Efectividad de la evaluación 66,7	Transparencia y Acceso a la Información Política 31,4 Transparencia pasiva 70,1 Transparencia activa 23,4 Seguimiento acceso a la información 52,8 Divulgación de la politica 1,0 Gestion documental 34,2 Instrumentos gestion de la información 0,0 Criterios diferenciales de accesibilidad 18, Conocimiento sobre transparencia 31,7  Gestión Documental Política 21,8 Estratégico 1,0 Documental 28,5 Tecnológico 50,2 Cultural 37,8	No hay autodiagnostico asociado	Control Interno Política 40,3 Ambiente de Control 45,6 Gestión de riesgos 25,0 Actividades de control 34,8 Información y comunicaión 45,1 Monitoreo o supervisión 54,3

<p>Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas</p>	<p>articulación con el Modelo MIPG.  Comparando los resultados frente al periodo anterior no se evidencia un avance significativo.  Insuficiente cumplimiento de los planes de acción  La entidad en los avances generados se integran los estándares del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y el anterior modelo estándar de control interno los cuales tienen criterios compatibles con el nuevo modelo de planeación y gestión.  Para gestionar el cierre de brechas se han elaborado planes de acción con la definición de fechas para la ejecución de las actividades planteadas. en diciembre se programa el seguimiento al cumplimiento.  Se utiliza el instrumento de plan de mejoramiento establecido por la ESE para documentar los planes de acción.</p>
<p>Formulación de Cronograma para la implementación o proceso de transición</p>	<p>El cronograma para la implementación se registra en el plan de mejoramiento, de acuerdo a los lineamiento del manual de implementación V2 se cambia el criterio para la priorización no por puntaje sino por analisis de las capacidades de la Entidad dada la limitación de recursos físicos, financieros y de talento humano. Se espera con ello iniciar el proceso de implementación.</p>
<p>Planes de mejora para la implementación o proceso de transición</p>	<p>Producto de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC) para el proceso asistencial tiene formulado un plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requerimientos del PAMEC, los cuales incorporan los estándares del modelo estándar de control interno, se encuentran en proceso de incorporar los nuevos componentes priorizados del MIPG.  En este periodo se formulan los planes de acción de acuerdo al modelo de mejoramiento continuo.</p>
<p>Avances acorde al cronograma y planes de mejora</p>	<p>Al corte del informe no se tiene evaluado un cumplimiento de los planes de mejoramiento, lse tiene programado para el mes de diciembre..</p>
<p>Entre otros aspectos</p>	<p>Para la implementación del MIPG se cuenta con el apoyo de la Gerencia, el equipo directivo y los líderes de los procesos como responsables de componentes.</p>
<p>Conclusiones y Recomendaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalizar los actos administrativos por medio del cual se crea y conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, encargado de Orientar la Implementación y Operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, para la ESE</li> <li>• Actualizar la estructura del Sistema de Control Interno, teniendo en cuenta el Decreto 648 de 2017, especialmente el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno.</li> <li>• Incorporar en los planes de mejoramiento los componentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, con el fin de avanzar en la implementación del modelo especialmente los que tienen mas bajo nivel de avance.</li> <li>• El modelo presenta un nivel insatisfactorio de implementación con un puntaje de 38,2 sobre 100.</li> <li>• La incorporación activa de los componentes del MIPG requiere una actuación mas decidida de los líderes de los procesos con el fin de obtener un porcentaje de cumplimiento acorde con el avance de los otros sistemas que se integran.</li> </ul>

DIMENSIONES	jul-18	nov-18
TALENTO HUMANO	32,6	36,8
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	49,0	56,5
GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	27,6	28,1
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	48,4	48,4
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	31,4	42,3
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO		
CONTROL INTERNO	40,3	40,3
PROMEDIO	38,2	42,1

