

OACI-110.2.4 - 028

Tunja, Marzo 24 de 2017

Doctora

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

La Ciudad



Referencia: Informe Ejecutivo Anual de Control Interno - Encuesta MECI vigencia 2016.

Respetada Doctora, Lyda Marcela:

Con relación al asunto de la referencia y teniendo en cuenta el Decreto 1027 de 2007, Circular Externa No. 100-22-2016, y de conformidad con lo establecido en el Decreto 2145 de 1.999 todos los organismos y entidades del estado de que trata el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, deben presentar al Consejo Asesor en materia de Control Interno, un informe que contenga el resultado final de la evaluación del Sistema de Control Interno para la vigencia inmediatamente anterior. De acuerdo a las anteriores disposiciones este ente de Control elaboró junto con el Representante de la Alta Dirección de la entidad, las encuestas diseñadas en el aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, "Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión: herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales del Modelo Estándar de Control Interno y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - FURAG Preparatorio"; para su diligenciamiento se tuvieron en cuenta las evaluaciones independientes realizadas al sistema, informes de gestión por dependencias, datos provenientes de indicadores, información que reposa en los archivos de la entidad, seguimiento a auditorías internas y el Decreto 943 de 2014 por el cual se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno-MECI. Con el fin de determinar el nivel de madurez en la implementación y sostenimiento del Modelo- MECI de enero 01 a diciembre 31 de 2016 en la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

OBJETIVO

Evaluar el Sistema de Control Interno de la ESE Hospital San Rafael de Tunja durante la vigencia 2016.

ALCANCES DE LA AUDITORIA.

Verificar y determinar el nivel de madurez en la implementación y sostenimiento del Modelo Estándar de Control Interno-MECI en la ESE Hospital San Rafael de Tunja a 31 de Diciembre de 2016.

AREAS O PROCESOS INVOLUCRADOS.

J Todos los procesos.

PAPELES DE TRABAJO

Para el desarrollo de este informe se utilizaron papeles de trabajo que se encuentran organizados de forma magnética en la carpeta Mis documentos- Acceso directo de la oficina asesora de control interno, los cuales son parte integral del presente informe, entre otros.

METODOLOGIA

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, elaboró el Informe Ejecutivo Anual de acuerdo con la metodología establecida por el DAFP, la evaluación se realizó mediante las encuestas diligenciadas a través del aplicativo virtual del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, mediante usuario y clave que previamente asigna el DAFP a la Entidad.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Tablas de Retención Documental de diferentes procesos.
- Instructivo del DAFP.
- Decreto 1027 de 2007
- Decreto 2145 de 1999
- Circular Externa No. No. 100-22-2016 DAFP
- Decreto 943 de 2014
- Sistema de Gestión de la calidad del Hospital.
- Registros de evidencia.

RESULTADOS DE LA VERIFICACION Y/O EVALUACION:

1. VERIFICACION FRENTE AL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

En general el Modelo Estándar de Control interno MECI, conformado por el sistema de control interno, con sus dos (2) Módulos, un (1) eje transversal, seis (6) componentes y 13 elementos de control.

2. VERIFICACION FRENTE AL NIVEL DE MADUREZ EN LA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIMIENTO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

De acuerdo a los lineamientos impartidos por el DAFP mediante circular externa No. 100-22-2016, antes del 28 de febrero de cada año, en el aplicativo dispuesto por dicha entidad incluye un cuestionario relacionado con el diligenciamiento del avance del Modelo Estándar de Control Interno –MECI". Con el fin de conocer el estado del Sistema de Control Interno de la institución.

La evaluación contempló cinco (5) factores así: Entorno de Control, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento, expresados en puntajes entre 1 y 5. A partir de dichos factores la entidad obtendrá un porcentaje final de madurez, expresado entre 0 y 100%.

FASE	VALOR
NIVEL DE MADUREZ INICIAL	0 - 10
NIVEL DE MADUREZ BÁSICO	11 - 35
NIVEL DE MADUREZ INTERMEDIO	36 - 65
NIVEL DE MADUREZ SATISFACTORIO	66 - 90
NIVEL DE MADUREZ AVANZADO	91 - 100

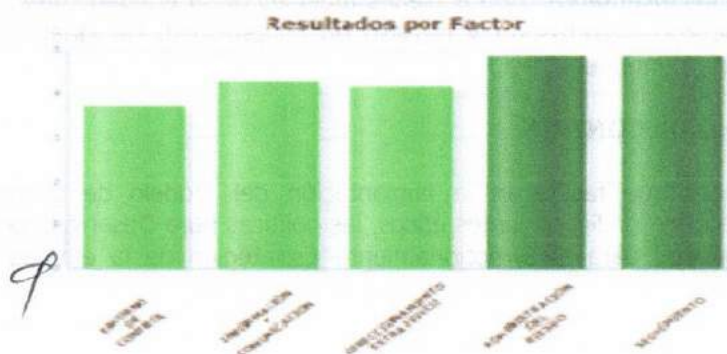
Con base en lo anterior, se efectuó el diligenciamiento de la encuesta, distribuidas en cinco (5) factores, así:

No.	COMPONENTE
1	ENTORNO DE CONTROL (EC)
2	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (IC)
3	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
4	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO (AR)
5	SEGUIMIENTO (SG)

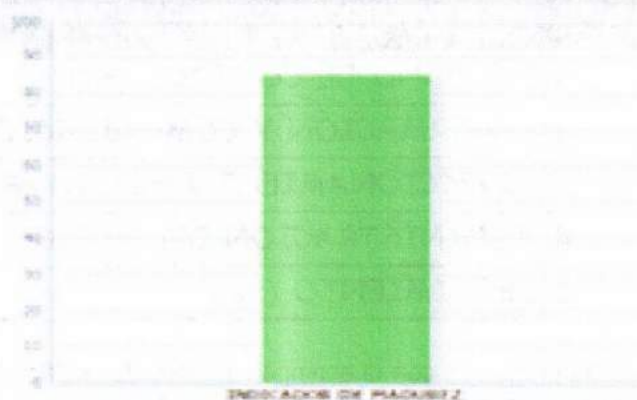
Se dio respuesta al total de las preguntas con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, como representante de la alta dirección, así mismo, la Oficina de Control Interno consideró pertinente contar con el acompañamiento de los responsables de los temas objeto de evaluación, de acuerdo a cada elemento del MECI, a fin de concertar y contar con los soportes de la respectiva respuesta.

Allegados los resultados por el DAFP responden al análisis del Indicador de madurez del Sistema de Control Interno, el cual permite identificar el estado de desarrollo y fortalecimiento de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI en la entidad, orientando a las entidades hacia aquellos aspectos que requieren mayor atención o acciones para su mejora. La encuesta para la ESE HSRT en el 2015 arroja los siguientes resultados, así:

FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
Entorno de Control	3.75	SATISFACTORIO
Información y Comunicación	4.28	SATISFACTORIO
Direccionamiento Estratégico	4.17	SATISFACTORIO
Administración del Riesgo	4.88	AVANZADO
Seguimiento	4.87	AVANZADO
Indicador de Madurez MECI	84.78	SATISFACTORIO



Resultados por Indicador de Madurez



INDICADOR DE MADUREZ MECI

84.78%

SATISFACTORIO

Para la vigencia 2016, la Encuesta MECI, arrojó un resultado del **84.78%**, lo que significa que el Indicador de Madurez MECI, es **SATISFACTORIO** y se interpreta de acuerdo a lo descrito en el Aplicativo del DAFP, así:

"La entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos, Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de los riesgos".

En razón a lo anterior, se evidencian los avances significativos que ha tenido la ESE HSRT, tras un despliegue de acciones que han permitido avanzar en el proceso de implementación de nuestro Sistema del Modelo Estándar de Control Interno, y especialmente en cuanto a documentación se refiere; al respecto y para efectos de la eficacia, eficiencia y efectividad la Oficina Asesora de Control Interno recomienda continuar con las acciones necesarias para garantizar la adecuada implementación, mantenimiento y mejora continua del MECI y fortalecer algunos procesos transversales como el de servicio al ciudadano con el suministro de información certera a los usuarios sobre sus obligaciones, deberes y derechos dando respuesta veraz y oportuna por cada uno del personal que labora en la institución; deficiencias en los inventarios de los bienes muebles de la entidad, situación que impide su correcta administración, gestión, valorización y registro en contabilidad, de igual forma se presentan algunos aspectos a mejorar y/o intervenir, así:

1. FACTOR ENTORNO DE CONTROL

Analiza los aspectos básicos que facilitarán la implantación del modelo de control, como son: el compromiso de la Alta Dirección, los lineamientos éticos, las políticas para Desarrollo del Talento Humano y aquellos lineamientos básicos para el Direccionamiento Estratégico de la entidad (misión, visión y objetivos institucionales).

ASPECTOS A MEJORAR O INTERVENIR

- Con respecto al Plan Institucional de Capacitación la entidad realizó las siguientes fases: 1. Consolidación del diagnóstico de necesidades, programación, ejecución; sin embargo se recomienda se tomen las acciones necesarias, con el fin de realizar: 1. la Sensibilización y 2. Incluirse la Formulación de los Proyectos de Aprendizaje.
- Se recomienda divulgar el Plan de Capacitación Institucional en los medios idóneos que utiliza la entidad, así mismo cuando se realicen modificaciones a éste.
- El programa de bienestar e incentivos debe ser: revisado, actualizado, divulgado con las modificaciones.
- Para cuales de las siguientes categorías la entidad ha realizado la caracterización de sus servidores: Madres cabeza de familia, pre pensionado, discapacidad, diversidad étnica, se recomienda la revisión de las categorías que aplican en la entidad.
- Con respecto al balance general y al estado de la actividad financiera, económica, social y ambiental, se recomienda de acuerdo a la encuesta MECI, que este sea publicado mensualmente en un lugar visible y de fácil acceso a la comunidad.
- Se recomienda fortalecer los mecanismos para recolectar las sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores y/o colaboradores de la entidad donde puedan pronunciarse sobre sus necesidades, así como efectuar el análisis y evaluación de las mismas para conocer sus expectativas y adelantar las gestiones pertinentes de acuerdo a la capacidad y recursos de la entidad.
- El área administrativa no cuenta con los respectivos controles, ni lineamientos que permitan controlar los bienes y servicios para el funcionamiento, se recomienda continuar con la realización de la depuración de los inventarios de los bienes muebles de la entidad y la respectiva revisión en la asignación a los colaboradores responsables de bienes, con el fin de mantener una adecuada administración de éstos en cuanto al (stock, adquisición, despacho y control).

2. FACTOR INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Se analizan los aspectos requeridos para el manejo de la información tanto interna como externa, entre ellos la identificación básica de usuarios (internos y externos), fuentes de información, los mecanismos y sistemas de información que permiten su gestión. Así mismo se verifican los lineamientos relacionados con la política de transparencia y Rendición de cuentas.

ASPECTOS A MEJORAR O INTERVENIR

- Se recomienda continuar con la eficiencia en el sistema de información al momento de administrar los recursos físicos, recursos humanos y financieros.
- Aunque existen algunos procesos sistematizados al interior de la entidad en cuanto a la administración de la información, y el acceso a ella en tiempo real y fácil, y la recolección es continua y permanente, se evidencia debilidad debido a que no se encuentra totalmente integrado, lo que impide su óptimo funcionamiento. Se recomienda revisar este aspecto con el fin de fortalecer la información sistematizada en la institución.
- Continuar con la realización de ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento del artículo 9 Ley 1712 de 2014, relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- Actualizar en la página Web información relacionada con: Las obras públicas, si es el caso, los bienes adquiridos, arrendados y en caso de los servicios de estudios o investigaciones su tema específico, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011.

- Continuar con el desarrollo de la historia clínica sistematizada, la cual actualmente se encuentra en proceso de implementación, con el fin de facilitar el control y autocontrol de la información de los procesos en tiempo real sobre la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
- Se recomienda continuar en el archivo central inventariando la documentación en el formato único de inventario documental- FUID, con el fin de lograr el 100% esperado.

3. FACTOR DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Analiza el modelo de operación por procesos en toda su complejidad (análisis de necesidades de usuarios, procedimientos, indicadores, acciones correctivas y preventivas), como base fundamental para el desarrollo de los planes, programas y proyectos de la entidad.

ASPECTOS A MEJORAR O INTERVENIR

- Se recomienda se verifique que los indicadores de los procesos determinados para la ejecución de las funciones en la entidad cumplan con (eficacia, eficiencia o efectividad) acorde con sus características.
- Continuar con el análisis a los resultados obtenidos a partir de los indicadores.
- Continuar con la revisión periódica de los procedimientos contables que permitan determinar la forma como circula la información a través de la entidad y su efecto en el proceso contable.
- Continuar con la identificación de los procesos que generan transacciones, hechos y operaciones financieras en la entidad, constituyéndose en proveedores del proceso contable. Así mismo, los productos de los demás procesos que se constituyen en insumos del proceso contable.
- Se tomen las acciones necesarias respecto a que el manual de operaciones contenga los roles y las responsabilidades de las personas con procesos a cargo.
- Se revise y tomen las acciones necesarias para que el manual de operaciones y/o de calidad contenga el mapa de riesgos.
- Se recomienda la divulgación oportuna del mapa de riesgos institucional, en los medios idóneos con que cuenta la entidad.
- Divulgar los cambios a los procesos y procedimientos a los interesados, si es el caso.
- Mantener actualizado el mapa de procesos de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas y/o a las caracterizaciones de los procesos, especialmente con la implementación de la norma NIIT.
- Mantener actualizado el Manual de Operaciones (o de procesos y procedimientos) de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a los procesos.

4. FACTOR ADMINISTRACION DEL RIESGO

Analiza cada uno de los elementos que desarrollan y facilitan la gestión del riesgo en todos los niveles de la entidad.

ASPECTOS A MEJORAR O INTERVENIR

- Continuar con la sensibilización a los directivos, coordinadores, líderes y servidores de la institución en cuanto a las metodologías de administración de riesgos por procesos y de corrupción, para que se refleje el compromiso hacia el seguimiento, autocontrol y control del riesgo, con el fin de evitar su materialización.

5. FACTOR DE SEGUIMIENTO

Analiza los procesos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad. Incluye el seguimiento realizado por parte de los líderes de los procesos, la evaluación independiente realizada por parte de la Oficina de Control Interno y los procesos auditores llevados a cabo por parte de los organismos de control. Se evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento (institucional, por procesos e individual).

ASPECTOS A MEJORAR O INTERVENIR

Debido al gran volumen de procesos y subprocesos con los que la entidad cuenta, por su misma capacidad operativa, no se evalúa la totalidad de los procesos del sistema de control interno de la entidad en una sola vigencia, se define el Programa Anual de Auditorías, acorde con el enfoque de riesgos establecido en la guía de auditoría del DAFP y se priorizan los procesos.

Teniendo en cuenta que los Planes de Mejoramiento, son el instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se deben emprender para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto en las prácticas vinculadas con los resultados de las auditorías y/o el logro de los objetivos de la Entidad, es necesario tomar acciones precisas y específicas, que propendan a optimizar las oportunidades de mejora en cada uno de los procesos y/o de la institución.

RECOMENDACIONES

Para la vigencia 2016, la Encuesta MECI, en la ESE Hospital San Rafael de Tunja, arrojó un resultado del **84.78%**, lo que significa que el Indicador de Madurez MECI, es **SATISFACTORIO** y cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, sin embargo se recomienda realizar el plan de mejora con algunas de las acciones anteriormente señaladas; así mismo, periódicamente optimizar los factores establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno-MECI, con el fin de lograr el nivel de madurez avanzado.

RECOMENDACION GENERAL

- Elaborar el plan de mejoramiento en el término no mayor a 10 días calendario, según resolución interna número 300 de 2016.

Cordialmente,



G. ESPERANZA ORTEGA PINILLA

Asesora Control Interno

ESE Hospital San Rafael de Tunja

Copia. Subgerencias, oficina asesora y todas las áreas o procesos interesadas.