



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

La expedición del Decreto 1499 de 2017, integro el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiendo un Modelo Integral de Planeación y Gestión, "MIPG", que genero cambios en el Modelo Estándar De Control Interno, "MECI:2014", por lo tanto el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", emite directrices sobre la estructura que debe tener un nuevo informe pormenorizado del sistema de control interno que debe rendirse el 12 de marzo de 2018, a pesar de haberse rendido los informes pormenorizado correspondientes al año 2017, en concordancia con el artículo 9 de la ley 1474 de 2011.

Debe colocar de presente la oficina de control interno que la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, rindió informe del Modelo Integral de Planeación y Gestión, "MIPG", mediante el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión "FURA II", correspondiente hasta Noviembre de 2017, y que el presente informe corresponde a los meses de noviembre, diciembre de 2017 y enero, febrero de 2018, tomando como base la Dimensión séptima correspondiente a control interno y la actualización que se hace del comité coordinador de control interno, de acuerdo al Decreto 648 de abril de 2017, que modifico el decreto 1083 de 2015.

Debido a lo nuevo del tema que trata el Modelo Integral de Planeación y Gestión, "MIPG", a que no se ha constituido el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, si se ha realizado el auto diagnostico de las otras dimensiones que componen el Modelo Integral de Planeación y Gestión, "MIPG", la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, no ha adoptado el Modelo Integral de Planeación y Gestión, "MIPG".

Teniendo en cuenta lo anterior se emite el presente informe pormenorizado del sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en los siguientes términos:

COMPONENTES	OBJETIVO	ASPECTO MINIMOS PARA LA IMPLEMENTACION	OBSERVACIONES
AMBIENTE DE CONTROL		La entidad demuestre el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público	Documento con los principios y valores de la entidad. Carta de valores y políticas éticas de la entidad., decálogo de ética, código de ética. Resolución 460 de 2014, cartilla código de ética





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

<p>La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p>	<p>El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cumpla las funciones de supervisión del desempeño del SCI y de determinación de las mejoras a que haya lugar.</p>	<p>El comité se reúne trimestralmente, se plantean las no conformidades encontradas en los procesos y subprocesos, estableciendo planes de mejoramiento.</p>
	<p>La alta dirección asume la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos del SCI.</p>	<p>La alta dirección apoya la oficina de control interno, pero no se observa los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para lograr los objetivos del SCI.</p>
	<p>La gestión del talento humano tenga un carácter estratégico, de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad.</p>	<p>Se tiene en cuenta la información estratégica y básica de la entidad, la normatividad aplicable, los actos administrativos de creación o modificación de la planta d persona.</p>
	<p>Se tengan definidas y asignadas en personas idóneas las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control.</p>	<p>No se tienen asignadas las personas idóneas para la gestión de los riesgos y del control, que apoyen el proceso de planeación en los mecanismos de control que se establecen.</p>
<p>Este segundo componente hace</p>	<p>Es un proceso continuo que fluye por toda la entidad</p>	<p>Existe una política de administración de riesgos. El proceso de planeación consolida el mapa de riesgos de los procesos y subprocesos, generando el mapa de riesgos institucional, pero se queda en el mero documento, perdiendo dinámica después de la generación del mapa de riesgos que nos permite identificar los riesgos institucionales.</p>





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

GESTION DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES	referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Estos eventos pueden tener un impacto negativo, positivo o de ambos tipos a la vez. Los de impacto negativo pueden interferir en la creación de valor o bien afectarlo de forma importante, en tanto que pueden lesionar la imagen institucional así como entorpecer la operación, la estrategia u otros aspectos relacionados con la prestación del servicio. Por su parte, los eventos de impacto positivo pueden compensar los negativos o representar oportunidades, ayudando a la creación de valor o a su conservación. Este componente,	Es llevado a cabo por todos los servidores de la entidad	Por los líderes de los procesos y subprocesos
		Se aplica en el establecimiento de la estrategia	Se aplica estratégicamente, pero no se tiene el plan de contingencia inmediato cuando se materializa un riesgo.
		Está diseñado para identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad	Se diseña la herramienta del mapa de riesgos y mapa de corrupción, para identificar riesgos que afectan al Hospital, pero no se ejecutan los controles que se establecen.
		Está orientado al logro de las metas estratégicas, los resultados esperados y en general de los objetivos de la entidad	La gestión del riesgo si está orientada a los resultados y al logro de metas
		Los objetivos deben ser definidos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados	Los objetivos se fijan con claridad en la plataforma estratégica y en los proyectos misionales que se ejecutan en la operatividad del Hospital, mas si se tiene un PAS Plan de atención en Salud
		Brindar atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial	En el mapa de riesgos institucional se priorizan los riesgos, que pueden producir mayor impacto al materializarse. Pero cosa diferente es a que se le brinde la atención prioritaria. Los procesos judiciales en contra del hospital, al materializarse afectan los objetivos institucionales, por la cuantía de las demandas





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

	requiere que la alta dirección canalice las oportunidades que surgen para que se reflejen en la estrategia y los objetivos, y formular planes que permitan su aprovechamiento.	<p>Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional</p> <p>Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno</p> <p>Se debe dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.</p>	<p>En el comité de gerencia y el comité de control interno se consideran las posibilidades de fraude, que puedan afectar la gestión institucional, a saber contratos con las EPSs, contratación de personal idóneo y seguimiento a proveedores dentro del plan de compras y adquisiciones</p> <p>No se evalúan los cambios que puedan afectar los riesgos del SIC.</p> <p>Se cumple generando el plan anticorrupción y atención al ciudadano anualmente, igualmente solicitándole a los procesos y subprocesos los posibles riesgos de corrupción que se pueda presentar en el ejercicio de sus funciones y de la operatividad del Hospital.</p>
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>	Implementación de controles, esto es, de los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.	Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos.	Se establecen controles, sus responsables, la frecuencia del control, la evidencia del control, nombre del control.
		Definir controles en materia de TIC.	Copias de seguridad,
		Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.	Existe un manual de operación y de procedimientos, que está en proceso de actualización





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACION</b>		Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.	Se está puliendo información con base a los rips y a las exigencias de la junta directiva del Hospital
		Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	Fortalecer la comunicación y su multiplicación, ya sea ascendente o descendente
		Comunicarse con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.	Estos grupos de valor tienen que constituirse, como el grupo directivo, operativo y evaluador, para que entren a actuar en la continuidad y sostenibilidad del SCI.
		Aplicar evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno	Se evalúa el plan de gestión del gerente, se evalúa el plan de atención en salud PAS, se proyecta evaluar planes operativos de los procesos y subprocesos.
		Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.	Se evalúa con el informe pormenorizado del SIC, se genera evaluación del "MECI:2014" trimestral, informe ejecutivo del sistema de control interno, informe de control interno contable, donde se reflejan deficiencias o no conformidades, que se recomienda por parte de la oficina de control interno tomar los correctivos o planes de mejora.
		En primer lugar, las evaluaciones continuas constituyen operaciones rutinarias que se integran en los diferentes procesos o áreas de la entidad, las cuales se llevan a cabo en tiempo real por parte de los líderes de proceso para responder ante un entorno cambiante	Algunos procesos y subprocesos realizan actividades de autocontrol. Los líderes de los procesos y subprocesos deben determinar en el ejercicio y ejecución de sus funciones u operatividad, las desviaciones que se presentan, para tomar los





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

	<p>Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.</p>	<p>La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un periodo de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño</p> <p>En ese orden de ideas se busca que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos Institucionales. Se convierte, entonces, la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.</p>	<p>correctivos necesarios o establecer planes de mejoramiento</p> <p>Se evalúa el plan de gestión de la Gerencia, el Plan de Atención en Salud "PAS", donde se contemplan indicadores de Gestión, de impacto, eficiencia</p> <p>Es procedente generar los planes operativos de los procesos y subprocesos, que contribuyan al cumplimiento de los objetivos del Hospital. Realizándoles seguimiento y autoevaluación a los mismos.</p>
--	---	--	--





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

De esta forma, la evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua.

La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participa los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación. Toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones.

En todo caso, deben tener en cuenta que la coordinación de las auditorías (cualquiera que sea su ámbito) está en cabeza del jefe de control interno o quien hace sus veces en cada entidad, con el apoyo de los líderes de cada uno de los sistemas de gestión que tengan implementados.

En segundo lugar, las evaluaciones independientes se llevan a cabo de forma periódica, por parte de la oficina de control interno o quien haga sus veces a través de la auditoría interna de gestión. Estas evaluaciones permiten determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva. Las evaluaciones, independientes a los componentes varían en alcance y frecuencia, dependiendo de la importancia del riesgo, de la respuesta al riesgo y de los resultados de las evaluaciones continuas o autoevaluación

Se debe impulsar la cultura del autocontrol que permita los líderes de los procesos y subprocesos autoevaluarse, en aras de verificar si los controles, procedimientos son efectivos en la operatividad el ejercicio funcional del funcionario o contratista.

Se cumple, ya que la oficina de control interno genera el plan anual de auditorías, para que sea aprobado en el comité coordinador de control interno.

Las auditorías de la oficina de control interno, han reflejado no conformidades, que permiten establecer que los procedimientos no son bien ejecutados y controles no son efectivos en su ejecución a pesar de estar contemplados.





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

<b>MONITOREO O SUPERVISION CONTINUA</b>	<p>La auditoría se constituye en “una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno”</p>	<p>Las auditorías son independientes y se ha recibido el apoyo de la gerencia, para que sea objetiva e independiente y hace valor agregado para el logro de los objetivos del Hospital</p>
	<p>La auditoría es una herramienta de realimentación del SCI y de MIPG que analiza las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, lo cual influye en los resultados y operaciones propuestas en la entidad.</p>	<p>Si se convierte en herramienta para el Hospital y retroalimenta en aras de que se generen correctivos o planes de mejoramiento, para alcanzar las metas propuestas..</p>
	<p>La actividad de auditoría interna debe realimentar a las entidades en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos promoviendo la mejora continua. Así mismo, para formarse una opinión sobre la adecuación y eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control -y de esta manera emitir juicios de valor- las oficinas de control interno deben basarse en las evidencias obtenidas en el ejercicio de auditoría</p>	<p>Las auditorías se ejecutan con base a los procedimientos de auditoría establecidos y se amparan en soportes documentales.</p>
	<p>Para ello, siguiendo los estándares internacionales dados por el Instituto de Auditores Internos Global (THE IIA Global), es recomendable que la oficina de control interno elabore un plan de auditoría anualmente y seleccione los proyectos, procesos y actividades a ser auditados basados en un enfoque de riesgos</p>	<p>Se ejecuta plan anual de auditorías que es aprobado por el comité coordinador de control interno, donde se priorizan los procesos o subprocesos que presenten no conformidades.</p>





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 ENERO-FEBREO 2018
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	12 DE MARZO DE 2018

documentado, alineados con los objetivos y prioridades de la entidad, y desarrolle adecuados procedimientos para obtener suficiente evidencia para evaluar el diseño y la eficacia de los procesos de control en los diferentes procesos y actividades de la entidad. Este plan debe ser flexible de manera que puedan efectuarse ajustes durante el año, como consecuencia de cambios en las estrategias de la dirección, condiciones externas, áreas de mayor riesgo o modificación a los objetivos de la entidad.

Cordialmente,

**OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS**

Jefe de Control Interno

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

c.c. Dr: Jhon Castillo Martínez  
Gerente

c.c. Ingeniero Javier Antonio Melo Rivera  
Sistemas

c.c. Archivo.