



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

En cumplimiento del artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, como Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, publico en la página WEB Institucional de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, el informe pormenorizado del sistema de control interno correspondiente al tercer cuatrimestre del año 2016, sobre el estado del Control Interno en la Institución, en los siguientes términos:

Por eso dentro de los aspectos generales que se van a analizar para la interpretación de los resultados, la oficina asesora de control interno se seguirá apoyando en la guía del Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", y cumpliendo sus directrices, porque se ajusta a la propuesta que está desarrollando actualmente la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para la sostenibilidad y continuidad del sistema de control interno desde su parte operativa modelo estándar de control interno "MECI:2014"

Para el año 2015 en que se le apuntaba visionariamente a tener su sistema de control interno en un nivel de madurez **SATISFACTORIO**, que contempla un puntaje porcentual entre el **66% y 90%**, para lograr superar el nivel de madurez intermedio en que hemos permanecido, vemos que la madurez del sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, de acuerdo al informe ejecutivo del sistema de control interno se sigue manteniendo en el nivel de madurez intermedio y por el contrario nuestra valoración del resultado porcentual baja a **48.85%**, reduciéndose nuestra madurez en un **7%**, conllevándonos a que la mayoría de factores de evaluación se vea reducido en su madurez como se presenta en el siguiente cuadro:

COMPARATIVO DE LA MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

FACTOR	PUNTAJE 2014	NIVEL	PUNTAJE 2015	NIVEL
1. ENTORNO DE CONTROL	2.68	INTERMEDIO	1.84	BASICO
2. INFORMACION Y COMUNICACIÓN	3.39	INTERMEDIO	3.29	INTERMEDIO
3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	3.11	INTERMEDIO	3.49	INTERMEDIO



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

4. ADMINISTRACION DE RIESGOS	3.67	INTERMEDIO	2.92	INTERMEDIO
5. SEGUIMIENTO	3.33	INTERMEDIO	3.23	INTERMEDIO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	55.75	INTERMEDIO	48.85	INTERMEDIO

CONVENCION

MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	PORCENTAJE
BASICO	11% A 35%
INTERMEDIO	36% A 65%
SATISFACTORIO	66% A 90%
AVANZADO	91% A 100%

Se debe seguir insistiendo en aspectos que generen elaboración de productos, dentro del esquema de elementos, componentes y módulos que contempla el sistema integrado del Modelo Estándar de Control Interno "MECI:2014", apuntándole visionariamente a tener su sistema de control interno en un nivel de madurez **SATISFACTORIO**, que contemple un puntaje porcentual entre el **66% y 90%**.

El órgano de control externo fiscal, Contraloría de Cundinamarca, en la auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad integral para la vigencia 2015, practicada a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en acompañamiento de su par, la oficina de control interno realizan el 3 de septiembre de 2016, evaluación al modelo estándar de control interno, desde sus módulos, componentes, elementos y productos, basados en el decreto 943 de 2014, por medio del cual se actualiza el "MECI", en el aplicativo para que el mismo utiliza la Contraloría de Cundinamarca, obteniendo un resultado del **66.1 %** correspondiendo a una interpretación de adecuado.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

CONVENCION

MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	PORCENTAJE
INSUFICIENCIA CRITICA	0% A 39%
INSUFICIENTE	40% A 59%
ADECUADO	60% A 79%
SATISFACTORIO	80% A 100%

Se debe analizar en esta evaluación que se contemplan 56 productos que se tienen que generar, en sostenimiento y continuidad, de los módulos componentes y elementos, del modelo estándar de control interno y que convencionalmente se califican de la siguiente manera:

ORDEN	ESTADO	VALOR O PUNTAJE
1	NO EXISTE	0
2	EN PROCESO	1
3	DOCUMENTADO Y APROBADO	2
4	IMPLEMENTADO	3
5	EVALUADO Y REVISADO	4

La evaluación se observa claramente en el **anexo número Uno (1)** que forma parte del presente informe.

De la misma forma la oficina asesora de control interno en acompañamiento que le hace al proceso de planeación, genera evaluación para el 07 de octubre de 2016, arrojando un porcentaje de **66.2 %**, convencionalmente correspondiente a una interpretación de adecuado, y que se observa en el **anexo número Dos (2)** del presente informe.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

Bajo medidas de evaluación de dos instituciones, una que regula las políticas del consejo asesor nacional de control interno como es la del Departamento Administrativo de la Función Pública, "DAFP" del orden nacional y otra del orden departamental como es la Contraloría de Cundinamarca, aunado a la evaluación que hace la oficina de control interno, identifican que el sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá de acuerdo a sus aplicativos e interpretación de sus convenciones se encuentra para el "DAFP" en un nivel de madurez intermedio y para la Contraloría de Cundinamarca en nivel adecuado, permitiendo identificar que la mayoría de los productos que se ha generado para la sostenibilidad y continuidad del modelo estándar de control interno, "MECI: 2014", se encuentran documentados y aprobados, pero se requiere llevarlos al estado de implementarlos, evaluarlos y revisarlos.

Teniendo en cuenta la anterior introducción generalizada, la oficina de control interno entra a complementar el presente informe especificando más detenidamente la base fundamental del avance que debe tener el sistema de control interno en la implementación, evaluación y revisión que deben tener todos los productos que se deben generar para el sistema de control interno y de cómo se encuentra el sistema de control interno la actualidad en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en los siguientes términos:

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

COMPONENTE: TALENTO HUMANO

ELEMENTO: ACUERDOS COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS

PRODUCTOS:

- Documento con los principios y valores de la entidad. Carta de valores y políticas éticas de la entidad, decálogo de ética y código de ética.
- Acta de valores por concertación entre las diferentes dependencias
- Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad. Decreto, Resolución, Acta, u otro acto administrativo que permita evidenciar la adopción de los principios y valores de la entidad.
- Estrategias de socialización. Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y /o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los principios y/o valores adoptados por



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

la entidad (cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades, entre otros)

Mediante resolución 460 del 01 de diciembre de 2014, se actualizó el código de ética y buen gobierno, generado de manera participativa, aunado que en la plataforma estratégica de la Institución se priorizan los valores y principios del respeto y responsabilidad.

Se aprueba la plataforma estratégica 2012 - 2024, para la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá, mediante resolución 409 del 22 de octubre de 2014

La difusión y socialización de los principios y valores adoptados, tiene su difusión mediante cartillas, correos electrónicos, carteleras de la entidad y se subieron a la página web institucional mientras se tuvo.

Al terminarse la provisionalidad de la gerencia y darse estabilidad al periodo de dirección gerencial que debe cumplirse, la alta dirección en comité de gerencia, toma la decisión de actualizar la plataforma estratégica a partir de la vigencia 2017.

ELEMENTO: DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO PRODUCTOS

- Manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.
- Plan de Formación y Capacitación formulado de acuerdo a las necesidades de los Servidores Públicos.
- Programa de Inducción o reinducción establecido, en el cual se especifica los temas y procedimiento de inducción para empleados nuevos o reinducción en el caso de cambios organizacionales, técnicos y/o normativos.
- Establecer un Programa de bienestar social de conformidad con los artículos 70 y 75 del Decreto 1227 de 2005.
- Plan de incentivos adoptado por medio de acto administrativo.
- Formatos de Evaluación del desempeño de acuerdo a la normatividad que aplique a la entidad.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

El manual de funciones se aprueba mediante acuerdo de la junta directiva número 006 del 12 de abril de 2016, modificándolo mediante acuerdo 019 del 30 de diciembre de 2011. Por decisión de la junta directiva y de la alta dirección se procede a su actualización.

El Plan Institucional de Capacitación "PIC" 2016, se formaliza mediante el acto resolución 126 del 19 de abril de 2011, a pesar de haberse formalizado se sigue observando desde el año 2013, que se contraviene el Artículo 2 numeral 3 literal e de la ley 909 de 2004 principios de la función pública, el artículo 15 las unidades de personal de las entidades, numeral 2 Serán funciones específicas de estas unidades de personal, literal e) Diseñar y administrar los programas de formación y capacitación, de acuerdo con lo previsto en la ley y en el plan nacional de formación y capacitación.

Igualmente el decreto 1567 de 1998, dentro de las obligaciones de las entidades, en su artículo 11 literal b, debe "Formular, con la participación de la Comisión de Personal, el plan institucional de capacitación, siguiendo los lineamientos generales impartidos por el Gobierno Nacional y guardando la debida coherencia con el proceso de planeación institucional."

Decreto 1567 de 1998, artículo 3º, literal c, Planes Institucionales. Con el propósito de organizar la capacitación internamente, cada entidad formulará con una periodicidad mínima de un año su plan institucional de capacitación.

Este deberá tener concordancia con los parámetros impartidos por el Gobierno Nacional a través del Plan Nacional de Formación y Capacitación, con los principios establecidos en el presente Decreto - Ley y con la planeación institucional. Para ello las entidades podrán solicitar asesoría de la Escuela Superior de Administración Pública y el Departamento Administrativo de la Función Pública, entidad ésta que podrá revisar los planes, hacerles las observaciones que considere pertinentes y ordenar los ajustes que juzgue necesarios, los cuales serán de forzosa aplicación. La Comisión de Personal participará en la elaboración del plan y vigilará su ejecución.

Literal c; Recursos. Cada entidad contará para la capacitación con los recursos previstos en el presupuesto, así como sus propios recursos físicos y humanos, los cuales debe administrar con eficiencia y transparencia, estableciendo mecanismos que permitan compartirlos con otros organismos para optimizar su impacto. El Departamento Administrativo de la Función Pública apoyará la búsqueda de mecanismos de coordinación y de cooperación institucional que hagan



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

posible utilizar con mayor eficiencia los recursos disponibles para hacer capacitación en las entidades del Estado.

No es coherente que para el año 2016, se haya formalizado un plan de capacitación y no se hayan ejecutado los recursos asignados presupuestalmente para capacitación, por valor de \$37.862.922.00 y se siga cumpliendo el antecedente de vigencias años anteriores de no ejecutarlos, y no se mitigue el riesgo ejecutando lo planeado y lo plasmado en el plan de capacitación, formalmente aprobado por el comité de capacitación, cual es la tarea del comité y de la comisión de personal en su ejercicio de seguimiento y de rendir informes ejecución sobre el plan de capacitación aprobado y formalizado para el hospital.

Plan de capacitación que debe mejorar inmediatamente, para no volver a caer en la deficiencia, que solo queda plasmado en un documento formal, que no es implementado, evaluado y revisado, como lo refleja uno de los hallazgos de la Contraloría de Cundinamarca en la evaluación del "MECI: 2014", para que lo asignado para la vigencia 2017 por valor \$38.241.551.00 se ejecute eficientemente y cumpla su objetivo. Carencia de planeación, organización, dirección y autocontrol en las diferentes actividades que tenía que desarrollar el proceso de talento humano, ejecutar el comité de capacitación y hacer seguimiento la comisión de personal y nodarse a la tarea en el último comité de capacitación de aprobar su traslado total para servicios técnicos asistenciales, como se comprueba el acuerdo 014 del 18 de noviembre de 2016, de la junta directiva del Hospital, dejando como rastro que la ejecución presupuestal para el plan de capacitación vigencia fiscal 2016 fue del 0%. No se puede privándose de un derecho propio que tiene los funcionarios a capacitarse, como adquisición de conocimientos y el mejoramiento de aptitudes, capacidades, entendimiento y condiciones naturales de una persona, así como el desarrollo de sus creencias y valores que forman parte de su comportamiento.

El programa de inducción y reinducción se plasma mediante un programa establecido por el proceso de talento mediante un cronograma de ejecución mensual, pero de nada valen los esfuerzos del proceso de talento humano de brindar la inducción y reinducción, en los aspectos generales de nuestra institución, en plataforma estratégica, en seguridad del trabajo, como también en emergencias, trabajo social, seguridad del paciente, calidad, banco de sangre, SIAU, IAMI, control interno, sistemas, humanización, gestión de tecnología, comunicaciones, si no existe el interés y sentido de pertenencia por las personas que deben asistir a estas actividades de inducción y reinducción, aunado a la carencia de transversalidad que debe brindar el subproceso de contratación en informar al proceso de talento humano el nuevo talento humano contratado.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

En la evaluación del desempeño se cumplió con la calificación de los funcionarios dentro de la evaluación anual ordinaria que abarca el período comprendido entre el primero (1°) de febrero y el treinta y uno (31) de enero del año siguiente; la cual se debe producir a más tardar el quince (15) de febrero de cada año e incluye dos evaluaciones parciales semestrales, los funcionarios se calificaron con oportunidad.

La oficina de control interno suministra información sobre los resultados de las evaluaciones de las áreas, resaltando las acciones de mejoramiento que se tienen que llevar a cabo sobre los hallazgos detectados, para que al fijar objetivos de desempeño se plasmen en ellos acciones de mejoramiento que se recomiendan pero no se cumplen, además ni se ejecutan ni se rinden informes de los planes de mejoramiento, quedan en un documento de apoyo que da la oficina de control interno.

Al interior del Hospital desde todos los procesos y subprocesos debe haber un acompañamiento a la Gerencia en procura de austeridad del gasto y de lo que verdaderamente en cuanto a ejecución de carga laboral necesita cada proceso, con profesional idóneo y perfil adecuado para desarrollar las condiciones de funcionalidad que requiere el proceso o subproceso, para la ejecución de los procedimientos por parte del talento humano.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ELEMENTO PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS
PRODUCTOS

- Planes de la entidad alineados con las políticas de desarrollo administrativo.
- Acto administrativo a través del cual se adoptan la misión y visión y demás documentos o elementos de carácter institucional.
- Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y /o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de la misión, visión y demás documentos y/o elementos de carácter institucional (Cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades entre otros)
- Objetivos Institucionales. Los objetivos son parte integral de la Planeación de la entidad, dado que los programas y proyectos deben estar orientados a su cumplimiento.
- Planes de acción anuales que definen las metas a cumplir con respecto al Plan de desarrollo.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

- Planes Anuales mensualizados de caja (PAC) que permiten conocer las metas planificadas por año para cumplir con los ingresos y gastos de la entidad.
- Acuerdos de gestión donde se definen las responsabilidades y metas frecuentes por parte de los gerentes públicos.
- Cronogramas de los diferentes comités de trabajo.

La Superintendencia Nacional de Salud a través de la circular 009 de 2015 presentó los requisitos para la presentación de información periódica a las Empresas Sociales del Estado, el cual será el gerente o director de la ESE, que no sea objeto de evaluación por parte de la respectiva junta directiva o que no ostente el cargo de gerente o director en propiedad o como titular de empleo, quien presente un informe que detalle las gestiones adelantadas en las áreas asistencial, administrativa y financiera de la ESE, requeridos dentro de la circular 009 de 2015, lo cual sucedió con la temporalidad que estuvo la gerencia de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá de Abril 2016 a Septiembre 2016, en cuanto a informes de contratación, presupuestos, producción, recaudo, cartera y sus edades, cuentas por pagar, pagos a proveedores, facturación y el plan de acción que se estableció, complementada la vigencia del 2016 con el informe presentado por el gerente nombrado en propiedad, quien deberá presentar su plan de gestión para el cuatrienio de Noviembre 2016 a Marzo de 2020, ante la Junta Directiva.

Mediante resolución número 460 del 01 de diciembre de 2014, se adopta la misión, visión, principios y valores institucionales, y objetivos estratégicos, la cual se sube a la página web, es contemplada dentro del código de ética y buen gobierno, cartillas y correos electrónicos.

Los objetivos institucionales se fijaron en:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Establecidos como aquellos problemas que no dejan avanzar la organización al logro de su visión, se concluyen los siguientes en su orden de prioridad:

- 1. GESTION DEL TALENTO HUMANO:** El Talento Humano será reconocido por sus valores y en especial la atención humanizada hacia los usuarios, su competencia, suficiencia e



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

idoneidad en las labores encomendadas y su conocimiento de la institución para responder las diferentes necesidades.

OBJETIVOS:

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

2. **GESTION POR PROCESOS:** La ESE en pro de la calidad trabajará por procesos definidos y objetivos claros en su desempeño y en especial centrados en los usuarios, lo que permitirá mayor eficiencia y eficacia en la gestión y la atención.

OBJETIVOS:

- Establecimiento y desarrollo de los procesos organizacionales a través del mapa de procesos
- Mejoramiento de los procesos priorizados basados en el Sistema único de Acreditación vigente

3. **GESTION DE LA TECNOLOGIA:** La ESE tendrá tecnología acorde a su nivel de complejidad, suficiente y acorde a la normatividad dentro de la prestación de los servicios, con procesos de mantenimiento preventivo y correctivo establecidos y eficaces para todos los puntos de atención.

OBJETIVOS:

- Mejoramiento del proceso de planeación de la tecnología.
- Mejoramiento del proceso de mantenimiento de dotación y equipos

4. **GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA:** El mejoramiento de la infraestructura coherente con los servicios ofertados y en cumplimiento de la normatividad vigente que permitan servicios seguros y usuarios satisfechos.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

OBJETIVOS:

- Modernización de la infraestructura en el servicio de Consulta Externa y Unidad de cuidado crítico
- Mejoramiento de los puntos de atención periféricos

5. **GESTION FINANCIERA:** Mantener los procesos financieros con indicadores favorables que permitan un modelo de sostenibilidad y equilibrio cumpliendo los compromisos establecidos.

OBJETIVOS:

- Cumplimiento del programa de saneamiento fiscal y financiero
- Cumplimiento del convenio de desempeño
- Cumplimiento de los indicadores del Plan de gestión gerencial

6. **GESTION ASISTENCIAL:** Mejoramiento de los servicios de salud ofertados en especial la oportunidad de las citas, búsqueda de resultados en la atención más que el proceso mismo; garantizando procesos de atención seguros y toma de decisiones basada en hechos y datos confiables.

OBJETIVOS:

- Mejoramiento de la oportunidad de citas
- Mejoramiento de los indicadores asistenciales del plan de gestión gerencial
- Actualizar los soportes documentales relacionados con la atención asistencial.
- Diseñar, socializar, implementar y evaluar estrategias para desarrollar la política de seguridad del paciente
- Diseñar e implementar estrategias para una gestión de la información eficiente
- Diseñar e Implementar programa de auditoría para mejorar la calidad de los registros asistenciales, la razonabilidad diagnóstica y la pertinencia terapéutica.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

7. **HUMANIZACIÓN:** La organización será reconocida por sus procesos y espacios humanizados.

OBJETIVOS:

- Redefinir, socializar e implementar política de humanización que dé cumplimiento al objetivo general y armonizado con las otras políticas organizacionales.
- Armonizar la gestión de la infraestructura con las estrategias de espacios humanizados.
- Ajustar los procesos y procedimientos institucionales para que estén armonizados con la política de humanización.

8. **GESTIÓN AMBIENTAL RESPONSABLE:** Prestar servicios de salud a través de procesos que minimicen el impacto negativo en el medio ambiente.

OBJETIVOS:

- Fortalecer la implementación y desarrollo de los procesos que contribuyen a la conservación y preservación del medio ambiente.
- Desarrollar una cultura organizacional responsable con el medio ambiente.

Los planes de acción u operativos de los procesos y subprocesos no se generan desde el primer semestre del año 2015, por lo tanto no se plasman metas e indicadores en el ejercicio operativo del proceso o subproceso, que vayan transversalizados con el plan de gestión de la gerencia, a los acuerdos de gestión de las subgerencias, que apunten plan de desarrollo municipal y plan de desarrollo departamental y la misión del hospital.

Los planes anuales mensualizados de caja (PAC), se generan y se ejecutan, pero son sometidos a variaciones continuas ante la junta directiva, la alta dirección proyecta para el 2017 darle cumplimiento a la ejecución de las doceavas parte del presupuesto y que es lo legalmente recomendable, con la finalidad de que el plan anualizado mensualizado de caja se ajuste y se ejecute realmente a lo que se planea y a lo que se proyecta en el plan de compras.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

Existe un acuerdo de gestión que se firmó con el gobernador del departamento, pero así mismo deben existir acuerdos de gestión entre la gerencia y las subgerencias en asignación de responsabilidades, medibles y cuantificables.

Se genera cronogramas de los diferentes comités por parte del proceso de planeación, el cual no se cumple en las fechas programadas, por supuesto creando traumatismos en las agendas de los diferentes macroprocesos, procesos y subprocesos, además que como órganos consultivos son muy pocos los que interactúan con la gerencia en comunicar y recomendar las decisiones tomadas en el seno del comité.

**MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ELEMENTO MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS
PRODUCTOS**

- Mapa de Procesos. La entidad debe establecer un mapa de procesos donde se evidencia la interrelación de éstos, articulados entre estratégicos, misionales, de apoyo y de Evaluación y seguimiento.
- Divulgación de los procedimientos. Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización.
- Proceso de seguimiento y evaluación. La entidad debe establecer procedimientos que permitan evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios ofrecidos en la organización, y el seguimiento respectivo.

Dentro del sistema de control interno la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en la parte operativa que debe cumplir el modelo estándar de control interno y como un producto que se debe generar, se presenta como gran fortaleza el avance y actualización del modelo de operación por procesos, proyecto presentado en el comité coordinador de control interno del 05 de agosto 2015 y aprobado con las correcciones solicitadas, en los comités del mes de octubre y diciembre, de 2015 y febrero y abril 2016, quedando aprobado para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el mapa



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

de procesos y la estructura del modelo de operación por procesos, con 4 macroprocesos, 16 procesos, y 29 subprocesos.

Con base en lo anterior en reunión ordinaria del comité coordinador de control interno celebrada el 27 de abril de 2016, se determinó generar el acto administrativo por medio del cual se formaliza la estructura del modelo de operación por procesos para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y generar acto administrativo para el mapa de procesos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se reitera la solicitud con fecha 03 de agosto de 2016, de acuerdo a direccionamiento que vuelva a dar el comité coordinador de control interno del 21 de Julio de 2016, sin ejecutarse hasta la presente fecha.

Igualmente se acordó referenciar el manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano, "MECI: 2014", del Departamento Administrativo de la Función Pública, "DAFP", para que con base a los productos mínimos establecidos y adoptados de acuerdo a la normatividad y al direccionamiento estratégico hacen que se establezca un estándar de la operación de la entidad a través de los procesos y sus respectivos procedimientos, teniendo en cuenta que:

1. Es conveniente que para la caracterización de los procesos y procedimientos se involucre a los servidores públicos que hacen parte del mismo, ya que son ellos quienes conocen como se realizan las actividades y cuál es su secuencia.
2. Los procesos deben acomodarse a la realidad de las instituciones y no lo contrario, es decir, estos deben ser un espejo de las actividades que se llevan a cabo en la entidad.
3. El representante de la Alta Dirección se asegurará de la existencia de procesos (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación), que permitan gestionar de manera eficaz y eficiente la razón de ser de la entidad. A su cargo estará facilitar los parámetros para la construcción, ejecución y seguimiento a los mismos. Sin embargo, la responsabilidad de su mantenimiento y mejora, es de cada uno de los líderes de los procesos y sus grupos de trabajo.
4. Una vez caracterizados los procesos es necesario darlos a conocer a todos los servidores públicos de la entidad, esto con el fin de que se conozca la forma en la que la entidad funciona.
5. En las actividades de inducción y reinducción se debe hacer referencia a los procesos de la entidad, socializando su caracterización, los procedimientos que los componen y los indicadores que se han definido para cada uno de ellos.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

6. Para el mayor entendimiento de la interrelación que tienen los procesos es recomendable que se haga una representación gráfica de los mismos, en la que se deje claro la forma en la que se relacionan unos con otros. (Mapa de procesos)

7. Es necesario que los procesos y procedimientos sean revisados periódicamente por parte de sus responsables, y que los ajustes que se realicen sean dados a conocer de manera oportuna a los servidores públicos. Es importante que se verifique que los medios por los cuales se comunican los cambios garanticen el conocimiento de los mismos.

8. Los servidores públicos deberán contar con mecanismos que les permitan realizar sugerencias de mejora a los procesos y procedimientos. La alta dirección tomará en cuenta las sugerencias y de considerarlo pertinente realizará los ajustes necesarios.

9. El Jefe de Control interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces podrá incluir dentro de su programa de auditoría la evaluación a los aspectos que sean relevantes en los procesos establecidos por la entidad.

La coordinación jurídica en transversalidad con proceso de planeación deben definir la parte considerativa y resolutive del acto administrativo que formalice la estructura del modelo de operación por procesos y el mapa de procesos del hospital, teniendo en cuenta que en la parte resolutive se contemple un artículo donde se informe a la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el procedimiento que empieza el hospital en la caracterización del modelo de operación por procesos y el mapa de procesos, de acuerdo a la estructura aprobada en el comité coordinador de control interno, esto debe realizarse con acompañamiento del Representante de la Dirección para el "MECI: 2014"

Los procedimientos deben convertirse en un control del Hospital, encaminado a lograr que las actividades se desarrollen siguiendo una secuencia lógica, que permita que quien los realice pueda llevarlos a cabo de la misma manera en la que lo efectuaría cualquier otro servidor que siga lo descrito en el mismo, ajustándonos a la definición y ejecución de la norma técnica de calidad de la gestión pública NTCGP1000, que define el procedimiento como la forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

Se espera que como productos mínimos del modelo de operación por procesos, el proceso de planeación genere el mapa de procesos, divulgación de los procedimientos, y un proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y las partes



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

interesadas, para llevar a buen término la actualización del modelo de operación por procesos como proyecto presentado al comité coordinador de control interno por el proceso de planeación para su aprobación.

El representante de la alta dirección debe asegurar la existencia de los procesos que permitan gestionar de manera eficaz y eficiente la razón de ser del Hospital, facilitando la construcción, ejecución y seguimiento a los mismos, sin embargo la responsabilidad de su mantenimiento y mejora, es de cada uno de los líderes de los procesos y sus grupos de trabajo.

En la actual administración se realiza el nombramiento del representante de la dirección para el MECI, por decisión del comité coordinador de control interno, después ocho meses que se había presentado al comité, con insistencia pero el presidente del comité no acata el mandamiento del comité.

La actual administración en el último comité ordinario coordinador de control interno celebrado el 30 de diciembre de 2016, decide que el modelo de operación en su caracterización y en la actualización de sus procedimientos debe ir de acuerdo al sistema de dinámica gerencial "NET", por eso se fijan plazos perentorios para que el Sistema de dinámica gerencial "NET" este al 100% de implementación en sus módulos, en aras de generar responsabilidades y realizar su correspondiente retroalimentación, una vez se lleve a cabo la capacitación sobre el modulo gerencial, para que en definitiva se fije cronograma por parte del proceso de planeación para que con los diferentes macroprocesos, procesos y subprocesos se dé continuidad a la actualización de los procedimientos que se tienen que cumplir tanto en la parte misional, administrativa y gerencial.

En el SIAU, las quejas de los usuarios, se tramitan mediante requerimientos a los procesos y subprocesos, sobre lo sucedido, para establecer planes de mejoramiento o correctivos que subsanen y corrijan la falencia presentada, se observa que la celeridad en la respuesta que dan los diferentes procesos y subprocesos al requerimiento del SIAU sobre la PQRS, ha mejorado, lo mismo que la calidad y atributos de la respuesta, permitiendo responder en tiempo de ley a los usuarios e informando los correctivos que se tomaron o invitándolos a que concilien con el implicado en la queja, en aras de armonizar el trato y la atención entre el cliente interno y el cliente externo, para que la atención sea, con oportunidad, calidad, calidez y humanización.

La alta dirección toma como insumo los requerimientos de los usuarios, y las respuestas dadas a las PQRS, en su ejercicio de planear y establecer su plataforma estratégica participativa con lo que



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

piensa el cliente externo, para incluirlo dentro de sus objetivos misionales y administrativos de brindar un servicio humanizado, comprometido con la calidad, atención y buen trato al usuario. De por si la oficina de control interno evalúa semestralmente las PQRS llegadas al sistema de información y atención al usuario, generando un informe a la Gerencia.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ELEMENTO ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
PRODUCTOS

- Estructura organizacional. La entidad debe tener una estructura flexible que le permita trabajar por procesos, donde se identifiquen niveles de responsabilidad y autoridad.
- Manual de funciones y Competencias laborales adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.

La estructura organizacional se encuentra definida bajo del modelo de operación por procesos, con 4 macroprocesos, 16 procesos, y 29 subprocesos.

MACROPROCESO	Cód.	PROCESO	Cód.	SUBPROCESO	Cód.
GERENCIAL	G	Planeación Institucional	PL		
		Gestión Jurídica	JU		
		Mercadeo y publicidad	MP	Comunicación y prensa	CM
				Mercadeo	ME
		Gestión de Calidad	CA	Sistemas de Información para la calidad	SI
MISIONAL	M	Sistema de Información y atención al Usuario - S.I.A.U.	AU		
		Gestión Comunitaria	GC	Atención Primaria en Salud - APS	AP
				Salud Publica	SP
		Urgencias	UR		
		Consulta Externa	CE		



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

		Hospitalización	HO		
		Cirugía	CX		
		Servicios complementarios	SC	Banco de Leche Humana	BL
				Banco de Sangre	BS
				Dispensación de Medicamentos	DM
				Imaginología	RX
				Laboratorio Clínico	LC
				Patología	PA
				Referencia y Contrarreferencia	RC
				Terapias	TP
				Trabajo Social	TS
		Gestión del Talento Humano	GH	Talento Humano	TH
				Seguridad y salud en el trabajo	ST
		Gestión Financiera	GF	Adquisiciones y contratación	AD
				Auditoría de cuentas	AC
				Cartera	CR
				Contabilidad	CB
				Costos	CT
				Cuentas de servicios de salud	CU
				Presupuesto	PP
				Tesorería	TE
		Gestión de Recursos Físicos	RF	Propiedad Planta y Equipo	PE
				Almacén	AL
				Archivo	AR
				Correspondencia	CO
				Servicios Generales	SG
		Gestión Tecnológica	GT		
		Control interno	CI		
EVALUACIÓN	E				
MACROPROCESOS	4	PROCESOS	16	SUBPROCESOS	29



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

El manual de funciones se aprueba mediante acuerdo de la junta directiva número 006 del 12 de abril de 2011, modificándolo mediante acuerdo 019 del 30 de diciembre de 2011. Por decisión de la junta directiva y de la alta dirección se procede a su actualización.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ELEMENTO INDICADORES DE GESTION
PRODUCTOS

- Definición de indicadores. Dentro de los planes, programas y proyectos de la entidad, se debe construir indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones para evitar desviaciones.
- Debe haber indicadores por procesos que aportan a la medición de la gestión.
- Deben existir fichas de los indicadores que permitan consultarlos de manera fácil.
- Seguimiento de los indicadores. Los responsables y sus equipos de trabajo deberán hacer seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de cada entidad, la cual no podrá ser superior a seis (6) meses.
- Se debe revisar la batería de indicadores con el fin de establecer que los indicadores cumplan con su propósito.

No se tienen fichas de indicadores, de efectividad, eficiencia e impacto, para medir los avances en la planeación.

De acuerdo a la actualización del modelo de operación por procesos aprobado, específicamente en su producto mapa de procesos se deben generar indicadores para todos los procesos y subprocesos, con su caracterización y fichas, se debe proceder a socializarlos con los líderes de los procesos y subprocesos para que los analicen, realicen sus aportes en aras de dejar el indicador bien definido y caracterizado, para formalizarlo y que haga parte del manual de procesos y procedimientos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Igualmente se debe generar cuadros de control para seguimiento a los Indicadores de Gestión de los procesos, ya sean de eficacia, eficiencia y de impacto.



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

Esto permitiría ejercer un mayor control sobre subprocesos como facturación, cartera, contratación, igualmente en lo presupuestado para los contratos, donde se debe ejercer control por parte de los supervisores, teniendo en cuenta que se hacen reconocimientos de compromisos en diferentes contratos sin ninguna clase de control en cuanto al porcentaje de ejecución que permita una adecuada ponderación para la ejecución de acuerdo al presupuesto y tiempo asignado al contrato, que permita generar una alerta para comunicarla a la alta dirección.

Por supuesto la falta de control, racionalización y de ponderación del gasto sobre los contratos ha conllevado a des presupuestar al Hospital, viéndose abocados a solicitar adiciones presupuestales a la junta directiva. Teniendo en cuenta que se generaron contratos donde se gasta más de lo presupuestado y otros que se gasta menos de lo presupuestado, que también afectan el presupuesto por adquirir compromisos que no se ejecutan y se afectan el presupuesto en su disponibilidad.

Los supervisores deben de dar la alerta a la alta dirección y presentar informes sobre los contratos que no cumplan con la ponderación en su ejecución, en caso contrario a los que no se ejecuten la totalidad de la disponibilidad presupuestal asignada, el supervisor debe alertar para que se liquiden los contratos y los sobrantes ingresarlos al presupuesto.

Esto se refleja en una mala planeación, que generan en las continuas variaciones que se tienen que hacer al plan anualizado mensualizado de caja, el cual debe ser ponderado a la par con el presupuesto.

Basados en el decreto 2193 de 2004, a la observación directa y al análisis que se hace con fundamento en las cifras contempladas en los informes reportados a 30 de Septiembre de 2016, relacionadas con la disponibilidad presupuestal de \$54.449.864.658.00, la ejecución presupuestal correspondiente a la vigencia del tercer trimestre de 2016, el presupuesto a septiembre de 2016 arroja una ejecución presupuestal comprometida y reconocida de \$36.823.958.218.00 correspondiente al 67.62 % por debajo en un 7.38 de la ejecución presupuestal que se debía llevar en un 75%, equivalente a \$40.837.398.489.00.

Entre la disponibilidad y lo ejecutado a septiembre de 2016, equivalente a \$4.013.440.271.00 con referencia a las doceavas partes que se deben contemplar. Valido si se tiene en cuenta que existen compromisos de contratación reconocidos en el presupuesto para meses posteriores, donde los supervisores de los contratos y la alta dirección tiene que ponderar y controlar la ejecución a los



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

que le fue asignado presupuesto más allá del mes de septiembre de 2016 para no desequilibrar el presupuesto.

Respecto al análisis presupuestal de lo reconocido y comprometido que es \$36.823.958.218.00, encontramos una ejecución del 78.47% correspondiente a \$28.896.095.444.00, pagado, para una diferencia del 21.53% con lo reconocido y comprometido, equivalente \$7.927.862.774.00.

Se dan unos bajos recaudos de acuerdo las ventas realizadas a septiembre de 2016, que equivalieron a \$37.645.022.113.00, para un recaudo del 54.07% igual a \$20.354.867.366.00, los cuales se ven fortalecidos por recaudos de vigencias anteriores por valor de \$9.472.637.768 que sostienen lo presupuestado para ingresos y gastos del hospital, sin embargo esto no da la suficiente solvencia económica para pagar los comprometidos a la fecha por valor de \$28.896.095.444.00, más si se tiene en cuenta que tenemos objeciones a septiembre de 2016 por valor de \$1.561.636.454.00 y facturación pendiente por radicar por valor de \$4.723.092.730.00, que no dan la suficiente solvencia económica para pagar lo comprometido y reconocido.

Sin embargo hecho este análisis y complementado con los recaudos de las vigencias anteriores con llevaron a recaudar por ingresos corrientes por ventas hasta Septiembre de 2016 por valor \$29.827.505.134 que en comparación con Junio de 2016 que fue de \$17.403.456.995.00, nos muestra un incremento de \$12.424.048.139.00, que aunado al incremento de los recaudos del mes de noviembre y diciembre de 2016, nos muestra otra realidad económica que permitiría alcanzar a cubrir lo reconocido y comprometido presupuestalmente, más si hubo un apalancamiento financiero por parte de la Secretaria de Salud - Gobernación de Cundinamarca..

Los anteriores aspectos y el no tener un buen recaudo de ingresos corriente por ventas de servicios, dejan en alto riesgo de endeudamiento al Hospital y de insolvencia económica para pagar lo comprometido y reconocido en la vigencia fiscal de 2016, y por supuesto afecta el presupuesto de la vigencia fiscal futura 2017. Lo presupuestado y lo pagado debe ser igual al reconocimiento comprometido, desde que exista una buena planeación y plan de compras.

El subproceso de facturación visto desde los informes reportados con base al decreto 2193 de 2004, preocupa teniendo en cuenta que por ventas \$37.645.022.113.00, a septiembre de 2016, arroja un recaudo del 54.07% igual a \$20.354.867.366.00 de la vigencia actual.

Ha de analizarse dentro de ese reporte la objeción inicial que es bastante alta si se tiene en cuenta que se objetan para el tercer trimestre de 2016 \$1.561.636.454.00 sobre el recaudo de



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

\$20.354.867.366.00, equivalente al 7.67 %, indicativo de que nuestra facturación no sale con los suficientes atributos, sin contar \$4.723.092.730 que no han sido radicados, de lo cual no se sabe cuándo va ser objetado, tanto así que a diciembre nos encontramos ya con objeciones por valor \$2.011.859.493.00, llevan a que no se tenga un recaudo oportuno, por el tiempo que se pierde en darle respuesta a la objeción, por supuesto haciendo la cartera recuperable a más largo tiempo, perdiendo oportunidad y poder adquisitivo, teniendo en cuenta que bajos los parámetros de rentabilidad un dinero, que toca traerlo a tiempo presente se debe indexar.

La oficina de control interno por procedimiento de consulta realizados en el subproceso de contabilidad y auditoría médica y glosas, observa que en el sistema de dinámica gerencial se encuentran objeciones por valor \$5.612.486.709.00, lo cual no se encuentra registrado contablemente, observando que se solo se encuentra registrado contablemente la suma \$2.011.859.493.00 con soportes físicos.

De igual forma la cartera analizada a la luz de los reportes hechos con base al decreto 2193 de 2004, encontramos a 30 de Junio de 2016 una cartera por valor de \$ 38.475.008.653.00, con una facturación pendiente por radicar de \$4.723.092.730.00 y una objeción inicial de \$1.561.636.454.00, para un total de \$44.759.737.837.00 que deben dársele el impulso necesario de gestión y seguimiento, para entrar como ingresos corrientes por ventas de servicios de esta vigencia y de vigencias anteriores.

Se tiene una cartera no corriente o mayor a 360 días por valor \$19.021763.132.00, de la cual \$11.684.551.429.00 corresponde a EPSs en liquidación, perteneciendo a las EPSs de régimen contributivo 3.902.744.186.00, cuyo mayor deudor es SALUDCOOP CON \$2.820.288.782, a EPSs régimen subsidiado \$7.722.09.778.00, cuyo mayor deudor es la EPS CAPRECOM con \$6.107.385.641.00, y por atención a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda-Secretarías Departamentales y Distritales por valor \$87.164.533.00

Al hablar de la cartera corriente, encontramos un total de \$19.453.245.521.00, de la cual a 60 días tiene un valor de \$ 3.335.584.013, de 61 a 90 días, 1.928.810.642.00, de 91 a 180 días, 4.967.849.084, de 181 a 360 días \$9.221.001.782.00

En este aspecto, La rotación de cartera es un indicador financiero que determina el tiempo en que las cuentas por cobrar toman en convertirse en efectivo, o en otras palabras, es el tiempo que la empresa toma en cobrar la cartera a sus clientes.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

Vemos que la cartera se envejece, se vuelve larga, lapso, difícil de cobrar y no se ve una gestión porque allá una buena rotación de cartera, que igualmente es una mala gestión de cobro de cartera, aunado a unas EPSs malas pagadoras y glosadoras, que llevan a la insolvencia a la red pública y en este caso a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, es como tenemos cartera por valor de \$9.221.001.782.00, que está próxima a formar parte de la cartera no corriente.

El subproceso de Auditoría de Cuentas Medicas y Glosas, que fue costoso para el Hospital, el Comité de Glosas, sus procesos y subprocesos transversales, como son facturación, cartera, auditoria médica, y el macroproceso asistencial, siguen sin ser efectivos en cuanto a la formulación de políticas y acciones desarrolladas para adoptar los planes de mejoramiento y correctivos en el manejo de las glosas y por ende reducir en gran parte las objeciones, glosas y glosas definitivas que se presentan respecto a la facturación que se radica, que igualmente no se determinan presuntos responsables para asignación de responsabilidades, además no se realizan recomendaciones efectivas o concretas, lo cual genera que se sigan aumentando las glosas y por ende afecte la situación financiera del Hospital.

Se observa para los meses de noviembre y diciembre de 2016, un recaudo de \$11.000 millones, por buena gestión de la administración actual

La oficina de control interno sigue sosteniendo la presencia del lastre que se dejaron de las administraciones pasadas, de la mala gestión en el cobro de cartera, que afecto por supuesto la solvencia económica que debía tener el Hospital y la maniobrabilidad de la administración actual en cuanto a los ingresos corrientes por ventas que debe tener el Hospital, pero la actual administración está aplicando planes de contingencia para la recuperación efectiva de la cartera.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ELEMENTO POLITICAS DE OPERACIÓN
PRODUCTOS

- 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).



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

- Acto administrativo a través del cual se adopta el Manual de operaciones de la Entidad (Manual de procedimientos, Manual de Calidad) como documento de consulta.

Se tienen las siguientes políticas y documentos:

ORDEN	POLITICA	ACTO ADMINISTRATIVO
1	POLITICAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION	RESOLUCION 447 DEL 23 OCTUBRE DE 2013
2	POLITICAS DE COMUNICACION	RESOLUCION 386 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2013
3	POLITICA DE PREVENCION DEL DAÑO ANTIJURIDICO.	DOCUMENTO DEL 10 DE OCTUBRE DE 2012
4	POLITICA ADMINISTRACION DEL RIESGO	RESOLUCION 358 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DER 2013
4	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	RESOLUCION 461 DEL 30 DE JUNIO DE 2009 EN PROCESO DE ACTUALIZACION
5	ADOPCION DE POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	RESOLUCION 599 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2012
6	VENTANILLA AUNICA DEL PROCESO DE CORRESPONDENCIA	RESOLUCION 506 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2013.
7	MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN RESOLCUION 174 DEL 30 DE ABRIL DE 2013	RESOLUCION 253 DEL 31 DE AGOSTO DE 2015
8	CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO	RESOLUCION 460 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2014
9	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO.	RESOLUCIÓN 233 DEL 04 DE JUNIO DE 2013, SE ACTUALIZA CON BASE AL DECRETO 124 DEL 26 DE ENERO DE 2016

La mayoría de políticas se quedan en el documento, teniendo en cuenta que los planes que se programaron para su ejecución no se llevan a buen término. Por lo tanto se deben socializar y divulgar soportándola con actas de asistencia, igualmente se deben mencionar en procesos de inducción y reinducción que se debe cumplir con las personas que se vinculen al Hospital, especificándoles a que procesos responde cada una de ellas.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ELEMENTO POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
PRODUCTOS

- Políticas de Operación. Acto administrativo o documento a través del cual se definen y adoptan las políticas de administración del riesgo.
- Manual de Operaciones. 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.)

La Administración del riesgo es reconocida como practica integral de una buena gerencia, por eso La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá mediante resolución 258 de septiembre 04 de 2013, actualizo la política de administración del riesgo, contenido en un documento anexo de 32 folios, donde claramente se definen las responsabilidades para la operatividad de las políticas de administración de riesgos y el mapa de riesgos

La oficina de control interno en sus diferentes auditorías realizadas a los procesos y subprocesos y a los informes pormenorizados generalizados del sistema de control interno sigue reportando riesgos que se han materializado y que fueron contemplados en el mapa de riesgos institucional y en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, dejando como ejemplos entre otros:

- El no seguimiento institucional a los planes operativos de los procesos.
- Prestación de servicios sin cumplir con los estándares de habilitación y/o atributos de Calidad esperada
- Cierre de servicios ofertados por incumplimiento de requisitos de habilitación.
- Contratar personal sin que cumplan los perfiles establecidos.
- Actividades realizadas y no facturadas o mal facturadas.
- Mal manejo de los inventarios de la institución.
- Alto nivel de aceptación de glosas.
- Contratación, sin reunión del comité compras, sin comparativos con precios del mercado o De Colombia compra eficiente, sobrecostos.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

Esto, genero recomendaciones de la oficina de control interno, para que se tomaran correctivos y ajustes necesarios para minimizar los riesgos y por lo tanto darle un manejo adecuado a los riesgos que han sido recurrentes y que se siguen plasmando en los mapas de riesgos institucionales.

El mapa de riesgos 2016, se levanto y genero teniendo en cuenta las cuatro etapas de la administración del riesgo y que están contempladas en la actualización de la política para la administración del riesgo, como son el riesgo, la evaluación del riesgo, la valoración del riesgo y la administración del riesgo.

El mapa de riesgos para el año 2016 formalizado y aprobado mediante acto administrativo, van en contravía con la política de administración del riesgo, porque se aprueban y formalizan antes de ir al comité coordinador de control interno, que los debe adoptar, publicar y divulgar, que es concordante con lo que le apunta el requerimiento de darle viabilidad al interior del comité coordinador de control interno.

La trazabilidad del mapa de riesgos es razonable con base a los correctivos, planes de mejoramiento ajustes necesarios y acciones establecidos por la administración de acuerdo a los hallazgos que se han detectado en el ejercicio auditor, de lo cual la oficina de control interno no ha tenido conocimiento a la fecha.

El mapa de riesgos, con sus cuatro etapas, se tiene que decir que el mapa de riesgos para el año 2016 ya fue avalado, formalizado y aprobado, mediante acto administrativo resolución 027 del 28 de Enero de 2016.

Se actualiza el plan anticorrupción y atención al ciudadano, de acuerdo al Decreto 124 del 26 de Enero de 2016, capacitándose a los contratistas y funcionarios del Hospital, empezando un seguimiento por la oficina de control interno.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION
COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ELEMENTO IDENTIFICACION DEL RIESGO
PRODUCTOS



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

- Identificación de condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo para la entidad.
- Documento de identificación los riesgos de cada proceso, programas y/o proyectos que contengan las causas, descripción y las posibles consecuencias de los mismos.

Se genera el mapa de riesgos, el cual debe ir transversalidad con plan anticorrupción y de atención al ciudadano, actualizándose anualmente, donde se plasmen los tipos de riesgos, la probabilidad que suceden y su impacto de llegar a concretarse, pero no se revisan periódicamente, con el fin de establecer si los existentes siguen siendo riesgo para el Hospital, o si existen nuevos riesgos no identificados producto de cambios en el interior del Hospital o su entorno

Se sigue insistiendo en socializar con los diferentes procesos y subprocesos el mapa de riesgos institucional, soportándolo con actas, además de que cada proceso y subproceso genere su mapa de riesgo, en aras de consolidar el mapa institucional para que de acuerdo a este priorizar los riesgos que tengan más posibilidad de ocurrir.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ELEMENTO ANALISIS Y VALORACION DEL RIESGO

PRODUCTOS

- Documento de análisis del riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad.
- Documento donde se evalúe si los controles existentes para valorar los riesgos son adecuados o no.
- Documento en el cual se analizan los riesgos frente a los controles existentes para mitigar su impacto o su probabilidad de ocurrencia.
- Se deben identificar controles correctivos y preventivos definidos para cada proceso o actividad para mitigar la probabilidad e impacto de los riesgos.
- La entidad debe establecer un mapa de Riesgos de Proceso que contendrá toda la información establecida anteriormente.
- La entidad construirá un Mapa de Riesgos Institucional, en el cual se elevan todos los riesgos que afecten a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos misionales y se incluirán los Riesgos de Corrupción de los que trata la Ley 1474 de 2011.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

Se debe realizar el seguimiento al mapa de riesgos institucional, analizando, identificando y valorando aquellos riesgos que tengan más alta probabilidad de ocurrir o de materializarse y el impacto que producirían al concretarse, con el fin de establecer las acciones que se van a implementar para evitarlo o mitigarlo.

Existen procesos con alto grado de exposición a que se materialice por falta de planeación, controles, indicadores, gestión, estudio de mercados, como lo refleja la Contraloría de Cundinamarca para la auditoría integral realizada en el 2016 a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá correspondiente a la vigencia 2015, y la oficina de control interno, donde en las observaciones para la evaluación de la contratación administrativa encuentra que no se cuenta con un análisis que soporte el valor estimado del contrato, pues según la norma: "el valor estimado del contrato es el fruto de un minucioso estudio de mercado que la entidad debe realizar no solo con el fin de precisar el valor aproximado de los bienes, obras o servicios que se requiere, sino para definir de manera más exacta la naturaleza de los mismos, por lo que dentro de los estudios previos se debe incluir el resultado", el ejercicio auditor de seguimiento y evaluación de la oficina de control interno ha reflejado hallazgos que producen posible detrimento patrimonial.

Apreciaciones que el órgano de control interno sigue recogiendo y comparte de acuerdo a las auditorias que ha realizado para este proceso y que se siguen presentando como es el caso que se refleja en el informe preliminar de los procedimientos de auditoría, que permiten concluir que el contrato: "Contratar las obras civiles de adecuación de infraestructura de algunas áreas de los servicios de pediatría, obstetricia, cirugía general, urgencias, esterilización, radiología e imágenes diagnósticas, otros servicios y áreas comunes priorizadas con el fin de aumentar el cumplimiento de las condiciones de habilitación mejorando el estándar de infraestructura y mantenimiento" numero 2398-2014 firmado entre la :E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y la empresa Tecniaceros NAF Ltda. con NIT 900.435.469-2, no se terminó en su totalidad, observándose un rezago en la mayoría de los ítem de obra contratados, pero que ya se realizó su pago total por valor de cuatrocientos cuarenta y cinco millones doscientos ochenta y cuatro mil ochocientos sesenta y nueve pesos (\$445.284.869.00), por parte de representante legal Doctor José Mauricio Álvarez Torres Gerente, con el aval del supervisor Doctor Camilo Alberto Salazar Vásquez y el interventor señor Mauricio Rubiano Velasco en representación legal de la Fundación Constructores Tejidos Sociales con Nit 900647319, al cual se le cancelo un valor de cuarenta millones (40.000.00.00) por la interventora del contrato, con el agravante que se genera otro contrato el número 490-2016 por valor de ciento veintiún millones novecientos setenta y dos mil seiscientos cuarenta y tres pesos moneda corriente (\$121.972.643.00) con la misma empresa, con un objeto social de adecuación y



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

mantenimiento de la infraestructura de áreas, como central de esterilización, que ya había sido contemplado en el contrato 2398 de 2014, o sea con el mismo objeto. En este aspecto la actual administración debe tomar las medidas pertinentes en defensa jurídica, económica y financiera del hospital.

La gerente de la época, en acompañamiento de la Secretaria de Salud del Departamento de Cundinamarca, la oficina de control interno hacen revisión del contrato y recorrido por la obra teniendo en cuenta el convenio interadministrativo de desempeño numero 001363 celebrado entre la Secretaria de Salud de Cundinamarca y la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá el cual dio origen al contrato de adecuación de obra 2398-2014 firmado entre la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y la empresa Tecniaceros NAF Ltda, con NIT 900.435.469-2, generándose acta y se espera informe sobre el particular.

Se presenta funcionario de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, trabajando para un tercerizado contratado por el Hospital y el hospital acarreado los costos de sueldos, dominicales, horas extras, etc., riesgos que se plasmaron y materializaron, los cuales se tienen que valorar y tomar las acciones pertinentes de recuperación de los recursos pagados para este funcionario, por ser un detrimento patrimonial, en favorecimiento de un tercero, además de realizar las investigaciones correspondientes en asignación de responsabilidades.

El contrato 229 de 2015, de compra de equipos biomédicos, por valor de \$2.862.616.927.00 ejecutado por la administración anterior, a partir del 24 de diciembre de 2015, con un plazo de ejecución de tres meses, del cual llegan los insumos en el año de 2016, se considera como gestión fiscal antieconómica, ineficiente, inoportuna e ineficaz por falta de planeación en la compra de equipos, teniendo que hasta a presente fecha reposan en el almacén insumos por valor de \$875.071.035.00. (Ventiladores, monitores, refrigerador, succionadores, camas hospitalarias, escaleras, mesas puentes etc.). Se compran los equipos biomédicos, por encima de los precios fijado en el convenio número 584 de 2015, celebrado entre el Departamento de Cundinamarca - Secretaria de Salud y la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, configurándose una gestión fiscal antieconómica, ineficiente e ineficaz, por valor de sobrecostos de \$675.057.825.00, de los fijados en el convenio, y muchísimo más altos al comprarlos con los precios del mercado. En este punto la



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

actual administración debe salir en defensa del daño que se le causo al Hospital, iniciando las actuaciones civiles, jurídicas, administrativas, penales y disciplinarias a que allá lugar.

Actualmente el Hospital en cabeza de la administración se ve enfrentado, al incumplimiento en los contratos de obra, firmados en la administración anterior para los puestos de salud de la Trinidad, Progreso, Obrero, Tibacuy, Pasca y la Venta, por falta de seguimiento y control por parte de los supervisores de los convenios y el interventor, y de una buena vigilancia administrativa que debía ejercer la subgerencia comunitaria, para comunicársela a la Gerencia, contratos que no se cumplieron en los plazo establecidos, y en las cantidades de obras contempladas y están afectando el buen servicio que se le debe brindar a los usuarios, por la calidad en la atención y reducción de servicios, al no tener en funcionamiento los puestos de salud en las sedes que les corresponden. Se debe establecer planes de contingencia para mitigar el riesgo al que se ven enfrentados lo usuarios, los contratistas y funcionarios del hospital al estar trabajando en condiciones inapropiadas de habilitación, por supuesto esto puede generar eventos adversos que pueden repercutir en contra del Hospital.

Por eso es importante que la administración actual evalúe y mida el impacto de la materialización de estos riesgos, la cual debe concretarse con el seguimiento y evaluación del mapa de riesgos institucional 2017, igualmente establecer controles preventivos y correctivos para evitar la materialización del riesgo.

Igualmente se debe hacer una evaluación y seguimiento por parte de la administración al Plan Anticorrupción, teniendo en cuenta los reportes que ha hecho el jefe de la oficina de control interno a los entes de control externos para los años 2015 y 2016, y de posibles actos de corrupción hallados en el ejercicio de su funcionalidad como auditor interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

El análisis y valoración del riesgo debe estar apoyada y fortalecida por el ejercicio que tienen que hacer los supervisores de los contratos e interventores de los convenios al rendir sus informes, como retroalimentación para la administración en el seguimiento y evaluación que debe de hacer de la gestión de los procesos y del mismo proceso de planeación en el seguimiento que debe hacerle a los planes operativos de los diferentes procesos de la Institución.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE AUTOEVALUACION DEL CONTROL Y GESTION

ELEMENTO AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN

PRODUCTOS

- Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la sensibilización sobre la autoevaluación en la entidad (Cartillas, correos electrónicos. Cartelera de la entidad, concursos, actividades entre otros).
- Herramienta 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.
- La entidad debe estar en capacidad de alimentar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas que le permitan ejercer el proceso de manera correcta. El aplicativo MECI (informe ejecutivo anual de control interno), el formulario único de reporte de avance a la gestión puede ser, entre otros, parte de esos sistemas.

La autoevaluación institucional sigue siendo muy incipiente, pues son muy pocos los procesos, funcionarios y contratistas, que evalúan y controlan su trabajo y ejecución del proceso donde les corresponde desarrollar sus funciones, que les permita detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de las metas, programas y proyectos, de mano de las metas institucionales, más si se tiene en cuenta que no se volvió a realizar autoevaluación de los planes operativos de los procesos en verificación del cumplimiento de las metas fijadas y a las maneras que la ejecución de los procesos y actividades se desarrollen con base a los principios establecidos legalmente y al manual de procesos y procedimientos del Hospital, en aras que se reflejen en el plan de gestión fijado por la Gerencia ante la junta directiva. Además de la alta rotación de personal que hay y de la poca seguridad y estabilidad laboral, la cual no deja dinamizar los procesos y subprocesos.

En la actual administración se observa la perspectiva de dinamización en que el sistema de control interno se convierta en un asunto de todos, teniendo en cuenta que la alta dirección se ve plenamente comprometida en la continuidad y sostenimiento que se le quiere dar al sistema de control interno desde la oficina de control interno, dejándose de cuestionar el ejercicio de control interno cuando se está en el ejercicio auditor, queriendo determinar la eficiencia y eficacia de los



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

controles establecidos y al cumplimiento de las metas fijadas en el comité de gerencia y que deben estar fijadas en el plan operativo de cada proceso y subproceso, de acuerdo de gestión que firma la gerencia con la Junta Directiva.

La gerencia a apalancado el cumplimiento de los requerimientos de información de la oficina de control interno, (*Ley de Transparencia y Acceso a la Información, ley 1712 de 2014*) más cuando se está en el ejercicio auditor.

Se sigue haciendo inobservancia a las actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la auto evaluación y no se alimenta el proceso a partir de otros sistemas, como es el del aplicativo MECI, (Informe ejecutivo anual de control interno), y el mismo informe pormenorizado sobre el sistema de control interno, que emite la oficina de control cuatrimestralmente en cumplimiento de la ley 1474 de 2011.

Por eso se sigue recomendando que los líderes de procesos en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, programen reuniones mensuales en las que realicen ejercicio de autoevaluación y que a través de estas se genere la disciplina al interior de los procesos, para que la autoevaluación se convierta en parte del día a día del Hospital, de análisis de hallazgos presentados en el ejercicio de los procedimientos diarios. Por eso la oficina de control interno ve como un buen mecanismo de autocontrol el día a día, que conlleva a mitigar riesgos si los hallazgos se comunican y se informan a tiempo para tomar los correctivos inmediatamente.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

ELEMENTO AUDITORIA INTERNA

PRODUCTOS

- Procedimiento de Auditoría interna. Se debe definir un procedimiento de auditorías internas basado en evidencia documental que permita ejercer control permanente a la gestión administrativa.
- Plan y programa de Auditorías. EL programa de Auditorías debe incluir las Auditorías de Gestión y las de Calidad (En caso de que la entidad cuente con el sistema de Gestión de Calidad), este debe ser aprobado por el comité de coordinación de control interno. Por otra

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

parte, el plan de auditoría que entraría a planear las auditorias que se incluyen dentro del "Programa anual de auditoría"

- El Informe Ejecutivo Anual de Control Interno debe ser realizado 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.

La oficina de control interno como responsable de realizar la evaluación del sistema de control interno, a través de la toma del cumplimiento de los objetivos, principios y fundamentos del sistema de control interno, la existencia del modelo estándar de control interno en lo referente a sus módulos, componentes y elementos ha querido comprobar la efectividad de cada uno de ellos, pero en su intención de apoyar el cumplimiento de los objetivos de la entidad contemplados en la plataforma estratégica, hasta ahora ha encuentra receptividad por parte de la alta dirección de su rol evaluador independiente, y ahora si ve un apoyo y una integración con la alta dirección para que dentro de la estructura administrativa del modelo de operación por procesos este presta a que el ejercicio auditor se cumpla con los diferentes procesos y subprocesos, al quererles verificar su gestión en cumplimiento de lo programado o contratado, con un enfoque sistemático y disciplinado de evaluar y mejorar la eficacia de los procesos en aras de mitigar riesgos.

Dentro de los productos mínimos que se tienen que generar para el elemento de auditoría interna del modelo estándar de control interno, están establecidos los procedimientos de auditoría para la oficina de control interno, como son los de consulta, observación, inspección, revisión de comprobantes, rastreo, procedimientos analíticos, confirmación, que nos permite hacer pruebas de auditoría de control, analíticas y sustantivas.

Se presenta plan anual de auditorías ante el comité coordinador de control interno para su aprobación, el cual fue aprobado pero la alta dirección de la administración pasada en cabeza de su Gerente, quien no quiso firmarlo, caso que sucedió igual para las actas del comité coordinador de control interno de los meses de diciembre de 2015 y febrero de 2016, a pesar de haberse leído y aprobado en los comités, pero el gerente como presidente del comité coordinador de control interno no las firmo. Se tuvo que recurrir a dejar el audio de las reuniones en el libro de actas del comité coordinador de control interno

La oficina de control interno debe contar con un grupo multidisciplinario, de acuerdo a la ley 87 de 1993, artículo 11 parágrafo segundo, "El auditor interno, o quien haga sus veces, contará con el personal multidisciplinario que le asigne el jefe del organismo o entidad, de acuerdo con la



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

naturaleza de las funciones del mismo. La selección de dicho personal, no implicará, necesariamente, aumento en la planta de cargos existente", en aras de cumplir las auditorías integrales programadas, con la finalidad de cubrir la mayoría de los procesos.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

ELEMENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

PRODUCTOS

- Herramienta de Evaluación para elaboración de Plan de Mejoramiento. Debe existir un proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajen recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del componente de auditoría interna y las observaciones del órgano de control fiscal. Debe ser 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 en el plan de mejoramiento. Se debe establecer un mecanismo para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento.

Se carece de avance de los planes de mejoramiento, hallazgo que también observo la Contraloría de Cundinamarca, no existe compromiso de los procesos y subprocesos auditados sobre los planes de mejoramiento que se tiene que ejecutar con base en la auditorías que realiza el órgano de control interno primario, y que se le informan a la Gerencia, en aras de que se corrijan las desviaciones encontradas, se presta más atención al plan de mejoramiento que solicita el órgano de control fiscal externo (Contraloría de Cundinamarca) y no a los que solicita el órgano de control interno primario, desdibujando la labor de la oficina de control interno, lo cual queda como un canto a la bandera.

En la actual administración se retoman las auditorías generadas por la oficina de control interno, con presentación en el comité coordinador de control interno, para establecer planes de mejoramiento que contemplen actividades constantes a ejecutar para la sostenibilidad de los procesos y procesos en el ejercicio de sus funciones, ya sean asistenciales o administrativas.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA PRODUCTOS

- Identificación de las fuentes de información externa. Se deben establecer mecanismos para identificar la información externa (Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias. Buzón de sugerencias, Encuestas de satisfacción, entre otros).
- Fuentes internas de información sistematizada y de fácil acceso. Debe existir un documento (electrónico, físico o como determine la entidad) que permita consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.
- Rendición anual de cuentas. La entidad debe tener establecido un mecanismo donde se comunique información sobre los programas, proyectos, obras, contratos y administración de los recursos.
- Tablas de retención documental, La entidad debe establecer su proceso y/o actividades de Gestión documental de acuerdo con la Ley 594 de 2000 o la norma que la modifique o sustituya.
- Política de comunicaciones. La entidad debe establecer un mecanismo de comunicación con los usuarios internos y externos. Dicha política, proceso o procedimiento debe contener entre otros, los siguientes elementos: matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc.

Se realiza la trazabilidad optima sobre el recorrido de la petición, queja, reclamo, sugerencia interpuesta por el ciudadano para darle una respuesta oportuna sobre lo requerido por el usuario, en verificación de una respuesta y de establecimiento de un plan de mejora o un correctivo, por el proceso inmerso en lo requerido por el usuario, igualmente se está dando cumplimiento a la ley 1474 de 2011 sobre el seguimiento semestral de las peticiones, quejas y reclamos llegadas al hospital. (Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano).

Se empezó por parte del proceso de Planeación la aplicación de la ley 962 de 2005, anti tramites, en cuanto a identificar los tramites (lista) que se aplican en el Hospital, eliminar los que por ley ya no se deben aplicar y socialización de los que queden establecidos y aprobados por el Hospital y avalados por el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP".



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ,			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

La información obligatoria de ser publicada en la página Web no se están subiendo los estados financieros, plan de compras, presupuesto, rendición de cuentas, informes sobre el sistema de control interno, portafolio de servicios, etc. Por lo tanto afectando el acceso que se debe tener por parte de los usuarios, en cumplimiento de la ley 1712 de 2014, ley de transparencia y acceso a la información pública.

Aplicar los lineamientos normativos para la gestión documental. (Tablas de Retención Documental) y revisar la aplicación de las Tablas de Retención Documental de forma periódica

Generar un control y una memoria institucional ordenada (archivo donde figuren todas las resoluciones formalizadas) sobre los actos administrativos (resoluciones) que genere la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en el ejercicio de su operatividad y gestión.

Crear la infraestructura física para el archivo central de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en aras que se haga la transferencia documental por parte de los procesos de los archivos que ya no son de gestión.

Establecer mediante pruebas de verificación, inspección y parametrización, si el sistema de información utilizado para la recolección de información interna y externa cuenta con características tales como: la robustez para mantener la integridad, confiabilidad y facilidad para la consulta de la información, así como los mecanismos para su actualización tecnológica.

Contar con una rendición de cuentas que contemple, acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), diálogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos).

Contar con un mecanismo de evaluación de cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas (información, diálogo e incentivos).

Aplicación de la ley 962 de 2005, anti tramites, en cuanto a identificar los tramites (lista) que se aplican en el Hospital, eliminar los que por ley ya no se deben aplicar y socialización de los que queden establecidos y aprobados por el Hospital y avalados por el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP".



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA PRODUCTOS

- Manejo organizado o sistematizado de correspondencia. La entidad debe establecer 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.
- Manejo organizado o sistematizado de recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos. Los recursos físicos y humanos de la organización deben tener asociados procesos, procedimientos y guías donde se establece el manejo de éstos y su adecuada utilización.
- Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio. La entidad debe identificar los usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidos sus productos y/o servicios.
- 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, carteleras comunitarias, periódico oficial, buzón de sugerencias, entre otros que crea conveniente.

Se maneja directamente la ventanilla única de correspondencia, aprobada mediante resolución 506 de fecha 05 de diciembre de 2013, donde todas las comunicaciones oficiales y demás documentos que se generen y lleguen en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, debe ingresar por la ventanilla única de correspondencia.

Se debe fortalecer los canales de comunicación externos (por ejemplo sitio Web, redes sociales, radio, televisión, entre otros), que consideren los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable y todos aquellos mecanismos de consulta con los distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación de servicios.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011			
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	ENERO 10 DE 2017

La oficina de control interno remata el presente informe, reconociendo en la actual administración en cabeza de la Gerencia, el apoyo brindado por la alta dirección para fortalecer la actividad auditora interna, la independencia y objetividad como actúa el jefe de control interno en ejercicio de sus funciones y procedimientos de auditoria.

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

c.c. Ingeniero Jhony Blanco Rodríguez
Subproceso de Sistemas de Información
c.c. archivo control Interno.
Proyecto y Elaboro: Oscar Acosta
Folios: Informe: Treinta y ocho (38) folios.
Anexos: Dos (2) folios
Medio magnético C.D.