



OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

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 segundo cuatrimestre del año 2016, sobre el estado del Control Interno en la Institución, en los siguientes términos:

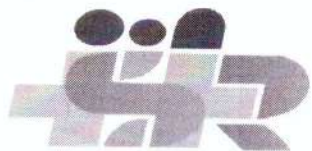
Teniendo en cuenta que los resultados emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", sobre el informe ejecutivo del sistema de control interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se conocieron hasta el mes de abril de 2016, el presente informe pormenorizado sistema de control interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2016, en uno de sus apartes se generara con base a la Estructura de Evaluación aplicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", para la evaluación e interpretación del Informe ejecutivo del Sistema de Control Interno correspondiente año 2015, de acuerdo a la encuesta del "Modelo Estándar de Control Interno", y al análisis cualitativo del sistema que realizo la oficina de control interno.

Se aplicara metodológicamente la guía instructiva generada por el "DAFP", referenciando los factores contemplados en la estructura de la evaluación del "MECI", con la finalidad de establecer el estado del sistema de control interno y las acciones tendientes a la mejora del mismo, en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, de acuerdo al puntaje y resultados obtenidos para el año 2015 y al seguimiento que se hizo por parte de la oficina asesora de control interno para el primer cuatrimestre del año 2016.

Se realizara un informe más técnico y metodológico, analizando y teniendo en cuenta los resultados que arrojaron los factores de evaluación y el nivel de madurez del sistema de control interno, de acuerdo al informe ejecutivo del sistema de control interno enviado al Departamento Administrativo de la Función "DAFP", en aras que se tengan en cuenta los aspectos a mejorar y operativizar en cada uno de los factores.

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para el año 2014, de acuerdo resultado de evaluación correspondiente nos ubica en nivel **INTERMEDIO** con **55.75** de madurez del sistema de control interno, obtenido en la evaluación del informe ejecutivo del sistema de control interno para la





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

entidad. 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
4. ADMINISTRAION DE RIESGOS	3.67	INTERMEDIO	2.92	INTERMEDIO
5. SEGUIMIENTO	3.33	INTERMEDIO	3.23	INTERMEDIO
<b>INDICADOR DE MADUREZ MECI</b>	<b>55.75</b>	<b>INTERMEDIO</b>	<b>48.85</b>	<b>INTERMEDIO</b>

**CONVENCION:**

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





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

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 contempla un puntaje porcentual entre el **66% y 90%**

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 Modelo Estándar de Control Interno "MECI:2014", a lo ordenado en el decreto 943 del 21 de Mayo de 2014, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, para la actualización del "MECI:2014".

Igualmente a los hallazgos arrojados en las diferentes auditorías realizadas para el año 2015 y lo que va corrido del año 2016, que de acuerdo a lo recomendado encaja dentro los aspectos a mejorar de los factores de evaluación para tener un nivel de madurez satisfactorio del sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Los resultados arrojados para el indicador de madurez, para el sistema de control interno del año 2015 en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, permite identificar el estado de desarrollo y fortalecimiento de los módulos, componentes, elementos y productos del Modelo Estándar de Control Interno "MECI:2014", orientando aquellos aspectos que requieren mayor atención o acciones para su mejora y que se contemplaron en el informe pormenorizado del sistema de control interno para tercer cuatrimestre de la vigencia 2015 y en el diagnóstico del cierre de la actualización del "MECI: 2014" y que son revalidados por los resultados obtenidos y su interpretación.

Con base a los resultados emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, "DAFP" sobre el sistema de control interno para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, las auditorías y seguimientos realizados, la oficina asesora de control interno reflejara en este parte del informe lo siguiente:





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

**PARA INTERPRETAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, PARA DE LA MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CORRESPONDIENTE AL AÑO 2105, TENER EN CUENTA**

El indicador de madurez MECI permite identificar el estado de desarrollo y fortalecimiento de los módulos, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno MECI, orientando a las entidades hacia aquellos aspectos que requieren mayor atención o acciones para su mejora.

Para interpretar los resultados obtenidos por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, tenga en cuenta:

1. La evaluación contempló cinco (5) factores así: Entorno de Control, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento, expresados en puntajes entre 1 y 5. A partir de dichos factores la entidad obtendrá un porcentaje final de madurez, expresado entre 0 y 100%.
2. Cada uno de los anteriores factores cuenta con cuatro (4) niveles de madurez a excepción del Entorno de Control que cuenta con cinco (5) niveles de madurez, los cuales podrá revisar con sus características específicas.
3. Se revisara el puntaje obtenido en cada uno de los factores evaluados, luego contraste el resultado obtenido con los niveles de madurez en cada caso. Ejemplo: Si en Entorno de Control obtuvo un puntaje de 4,80 su nivel de madurez se ubicaría para este factor en el nivel Avanzado. En este caso debe revisar las características determinadas para dicho nivel, con el fin de determinar las mejoras específicas, acorde con la realidad de su entidad.
4. El mismo ejercicio deberá llevar a cabo para cada uno de los factores, con lo cual podrá analizar en su integralidad del Sistema de Control Interno y las mejoras requeridas en cada caso.





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

ASPECTOS GENERALES DE LA METODOLOGÍA

Calificación de los Factores del Modelo Estándar de Control Interno

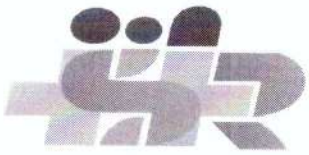
FACTOR DE EVALUACION	NIVEL				
	INICIAL	BASICO	INTERMEDIO	SATISFACCTORIO	AVANZADO
1. ENTORNO DE CONTROL	1 A 1.4	1.5 A 2.4	2.5 A 3.6	3.7 A 4.6	4.7 A 5
2. INFORMACION Y COMUNICACION		1.5 A 2.4	2.5 A 3.6	3.7 A 4.6	4.7 A 5
3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		1.5 A 2.4	2.5 A 3.6	3.7 A 4.6	4.7 A 5
4. ADMINISTRACION DE RIESGOS		1.5 A 2.4	2.5 A 3.6	3.7 A 4.6	4.7 A 5
5. SEGUIMIENTO		1.5 A 2.4	2.5 A 3.6	3.7 A 4.6	4.7 A 5

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

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

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





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b> <b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b> <b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA                  ASESORA DE                  CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO                  ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE                  2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y                  PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE                  2016</b>

4. Administración del Riesgo (AR): Analiza cada uno de los elementos que desarrollan y facilitan la gestión del riesgo en todos los niveles de la entidad.
5. Seguimiento (SG): Analiza los procesos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad. Incluye el seguimiento realizado por parte de los líderes de los procesos, la evaluación independiente realizada por parte de la Oficina de Control Interno y los procesos auditores llevados a cabo por parte de los organismos de control. Se evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento (institucional, por procesos e individual).

**EVALUACION DE LOS FACTORES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA AÑO 2015**







OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

<b>FACTOR</b>	<b>PUNTAJE 2014</b>	<b>NIVEL</b>
<b>ENTORNO DE CONTROL</b>	1,84	BASICO
<b>INFORMACION Y COMUNICACION</b>	3,29	INTERMEDIO
<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	3,49	INTERMEDIO
<b>ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>	2,92	INTERMEDIO
<b>SEGUIMIENTO</b>	3,23	INTERMEDIO
<b>INDICADOR DE MADUREZ MECI</b>	58,85%	INTERMEDIO

La estructura del sistema de control interno como parte administrativa y el modelo estándar de control interno como la parte operativa y ejecutiva del sistema de control interno nos permite en nuestra tarea de seguimiento y evaluación independiente, analizar los dos módulos, el eje transversal, los seis componentes, trece elementos y los productos que se tienen que generar y actualizar para darle continuidad, sostenimiento y fortalecimiento al sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en los siguientes aspectos a fortalecer y a otros aspectos en darle continuidad y sostenibilidad:

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Talento humano

Elementos: Acuerdos Compromisos y Protocolos Éticos y Plan Institucional de formación y capacitación

Mediante resolución 460 del 01 de diciembre de 2014, se actualizo el código de ética y buen gobierno, generado de manera participativa por consenso en la construcción del direccionamiento estratégico 2012 - 2024, para la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

El Plan Institucional de Capacitación "PIC" 2016, se formaliza mediante el acto resolución 126 del 19 de abril de 2016, llevándose a cabo las capacitaciones programadas dentro del mismo.

El proceso de talento humano, programa jornadas de capacitación, inducción, reinducción, divulgación, socialización, para el año 2016, de los acuerdos, compromisos y protocolos éticos, y de





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

la misma plataforma estratégica, a los servidores públicos de la entidad y a aquellos particulares contratados mediante órdenes de apoyo administrativas o asistenciales que cumplen funciones públicas.

Al embarcarnos en el sistema de control interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, sigue observando la oficina de control interno que particulares que son contratados mediante órdenes de apoyo administrativo o asistencial, para ejercer funciones públicas no están inmersos en la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a sus cargos, y a la supervisión continua de la eficacia de los controles integrados, así mismo no desarrollan autoevaluación permanente a los resultados de sus labores, como parte del cumplimiento de las metas previstas por el proceso al cual pertenecen. Igualmente no toman acciones que permitan realizar el ejercicio del autocontrol en sus puestos de trabajo, con el fin de que detecten las desviaciones que puedan entorpecer el desarrollo de sus funciones, como parte fundamental y eje principal del correcto sostenimiento y fortalecimiento continuo del sistema de control interno.

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 comisión de personal debe verificar que el proceso de evaluación del desempeño laboral se realice según lo establecido legalmente, pero esta comisión no está cumpliendo con el cronograma de reuniones, donde se debe realizar seguimiento al plan de capacitación, por lo tanto no está formalizado este seguimiento con actas de la comisión.

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, acciones de mejoramiento que se recomiendan pero no se cumplen, 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.

Se genera el programa de bienestar y plan de incentivos formalmente mediante documento, adoptándolo por acto administrativo, resolución 138 del 03 de mayo de 2016.





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

A pesar que varios informes pormenorizados del sistema de control, se llama la atención sobre un procedimiento específico en el proceso de talento humano para la verificación de hojas de vida, perfil, títulos y la idoneidad del personal que se vincula al hospital, se vuelve a insistir en que se requiere un procedimiento específico para lograr un filtro adecuado, en aras de blindar a las directivas y al mismo hospital en la contratación, para que el personal que entra a laborar al Hospital por ordenes de apoyo asistenciales o administrativas, sea el idóneo, tenga la pericia suficiente, sea una buena hoja de vida y cumpla con los requisitos de ley, falencia que se sigue presentando y se observa en las auditorias que realiza la oficina de control interno, lo mismo para el personal que se terceriza, donde no se conocen las hojas de vida del talento humano que suministra el contratista que terceriza.

Este procedimiento debe ser claro, que defina la responsabilidad si es el proceso de Talento Humano o el Subproceso de Contratación, o las Subgerencias, quienes deben verificar las hojas de vida, los títulos de estudio, las referencias laborales, la idoneidad y pericia de los contratistas, para que no se sigan presentando falencias en la asignación del personal y en la asignación de obligaciones que se les hace cuando se vinculan contractualmente al Hospital.

La vinculación de personal al Hospital debe ir amarrado al proceso de inducción que debe tener toda persona que se vincule para desarrollar actividades en los diferentes procesos de la Institución, además de capacitación específica del puesto de trabajo donde va ejecutar sus actividades diarias.

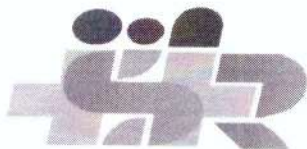
La oficina de control interno remite el informe sobre los resultados de la evaluación de gestión de los procesos, subprocesos, basados en el ejercicio auditor que se lleva cabo, para que sean tomadas como criterio o factor en la evaluación del desempeño laboral de los servidores

**MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Planes Programas y Proyectos





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

No existe transversalidad entre el proceso de talento humano, el subproceso de coordinación jurídica, subprocesos adquisiciones y contratación, y los asesores con que cuenta la subgerencia administrativa, jurídico y administrativo, se actúa atomizadamente o dispersamente, llevando muchas veces a que se dupliquen y reprocesen actividades al efectuarse revisiones de lo que hace el líder profesional de la coordinación jurídica, y el líder profesional el subproceso contratación, compras y adquisiciones, por parte del asesor jurídico de la subgerencia administrativa, produciendo desgaste administrativo y pérdida de tiempo de oportunidad en la ejecución de las actividades que exige el procedimiento jurídico y de contratación.

En la contratación por ordenes de servicio, los contratistas inician su actividades sin haberse definido, formalizado y legalizado la vinculación contractual con el hospital, formalizándose posteriormente su vinculación, después de que llevar cierto tiempo trabajando sin ninguna clase de vinculación, reflejándose hechos cumplidos por varios días, igualmente se reciben y entregan cargos y puestos de trabajo en los diferentes procesos y subprocesos, a personas sin estar legalizada y definida su vinculación contractual con el Hospital, de la misma forma se observa que los contratistas que formalizan su vinculación contractual, al terminarse esta vinculación continúan sin haberse legalizado su nueva vinculación contractual, ocurriendo días después su legalización. Esto genera un alto riesgo jurídico, afectación de los bienes del hospital para el Hospital en caso de un evento adverso, como se ha reflejado en auditorias de la oficina de control interno.

Se encuentra estudios previos y de conveniencia de la necesidad no avalado por la persona idónea, como es el firmado inicialmente en la contratación que se hizo con la fundación sinergia y sociedad, donde el estudio de necesidades y conveniencia no es avalado por la persona idónea para el caso Subgerencia Científica, además de no formalizarse acta de inicio del mismo, teniendo en cuenta que es el subproceso de urgencias, le corresponde supervisarlos por estar bajo su línea de autoridad o competencia a la Subgerencia Científica.

Por procedimiento de consulta y de referenciación que se hace al talento humano que presta sus servicios a la fundación sinergia y sociedad, en urgencias, se están firmando órdenes de prestación





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

de servicios entre la fundación y ellos, convirtiéndose en una clara intermediación y tercerización laboral.

En este punto la oficina de control refiere: "Si el Hospital contrata el personal de urgencias pediátricas por ordenes de prestación de servicio o de apoyo asistencial, porque no hace lo mismo con el servicio de urgencias adulto".

Se insiste en observar la expedición de la resolución 125 de abril 15 de 2016, donde se establecen parámetros bajo términos que no son coherentes con la organización interna del Hospital reflejada en el manual de operaciones por procesos, como son las fijados en el artículo primero de la mencionada resolución, referente a:

El Decreto 583 de 08 de Abril de 2016, define que "se entienden como actividades misionales permanentes aquellas directamente relacionadas con producción los bienes o servicios característicos de la empresa, es decir las que son inherentes, consustanciales o sin cuya ejecución se afectaría la producción los bienes o servicios característicos del beneficiario; Y además, define "como tercerización laboral los procesos que un beneficiario desarrolla para obtener bienes o servicios de un proveedor, siempre y cuando cumplan con las normas laborales vigentes. La tercerización laboral es ilegal cuando en una institución y/o empresa pública y/o privada coincidan dos elementos: - Se vincula personal para desarrollo de las actividades misionales permanentes a través de un proveedor de los mencionados en este decreto y, se vincula personal de una forma que afecte los derechos constitucionales, legales y prestacional consagrados en las normas laborales vigentes"

Objeto del contrato, que consiste su definición en crear, modificar, regular o extinguir obligaciones, en suma el objeto del contrato, es en esencia una fuente creadora de obligaciones de dar, hacer y no hacer, puede ser un objeto directo que es el crear, transmitir, etc derechos y obligaciones; o bien, un objeto indirecto que puede ser un bien o los actos o abstenciones pactadas, y no es la descripción de un título, como se contempla en el objeto de contrato de la mencionada resolución, que en concepto de la oficina de control interno corresponde a un grupo ocupacional que son las categorías que permite organizar grupos en razón de su formación, capacitación y experiencia reconocida, que consiste evolucionar desde un modelo jerárquico, basados en categorías hacia un modelo





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

organizativo, para el caso del Hospital modelo de operación por procesos, basado en los procesos, subprocesos y en un análisis de carga laboral de las personas que ejecutan los procedimientos.

Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimiento especializado, Ley 80 de 1993.

Igualmente el perfil lo contemplan con una descripción que corresponde a unos requisitos de estudio y experiencia, teniendo en cuenta que los requisitos de estudio y experiencia se refieren y se entienden como por estudios los conocimientos académicos de tipo básico, técnico, tecnológico o profesional, adquiridos en instituciones públicas o privadas, debidamente reconocidas por el gobierno nacional para la ejecución de un empleo.

Por experiencia se definen los conocimientos, las habilidades y las destrezas adquiridas o desarrolladas mediante el ejercicio de una profesión, arte u oficio, que se encuentran previamente establecidos como requisito para la ejecución de un empleo, riñendo esto con los parágrafos primero y segundo del artículo primero, donde definen el perfil a aplicar como las actividades a desarrollar por el contratista y no por el estudio como lo contemplan en el artículo primero en la tabla donde adoptan salarios.

Claramente un perfil se debe definir y describir como el conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones, tareas o actividades de una determinada profesión o trabajo y el requisito como una circunstancia o condición necesaria para algo, es lo que se necesita para cumplir el ejercicio de una profesión, arte u oficio, que se encuentran previamente establecidos como requisitos para la ejecución de unas funciones o actividades.

Son prioridades para el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población las finalidades sociales del Estado, que tiene como objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación. *Artículo 366 de la Constitución Política de Colombia.*

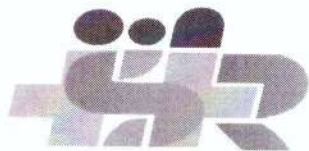
Por eso es de cuidado la situación financiera que puede conllevar a que los fines del estado no se cumplan más específicamente en brindar nuestro servicio misional orientado hacia la salud, con la aplicación de la resolución 125 del 15 de abril de 2016, al no planear bien, no contemplando un estudio económico y de análisis de cargas laborales, que nos determinen con que profesionales, técnicos y auxiliares deben contar los diferentes procesos, subprocesos y su costo, de acuerdo a la organización interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, mas cuando se tiene un presupuesto basado en recaudos y en una cartera corriente, aprobado para el año 2016, donde se tiene presupuestado la remuneración por servicios técnicos, con un plan anual mensualizado de caja, que no nos permite asumir obligaciones o compromisos de pago que superen la cuantía de los montos aprobados en el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).

La oficina de control interno sigue recomendando a la Administración de la E. S. E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, derogar la Resolución 125 de abril 15 de 2016 y en su lugar, efectuar un completo análisis y estudio de la Contratación de Personal, diferenciando por niveles asistencial, administrativo, operativo o de servicios generales, para establecer, con un sano criterio, tanto los perfiles como las escalas de Honorarios -no de remuneración- a aplicar en cada caso en particular, procurando de ésta forma optimizar los recursos financieros y racionalizar los gastos por servicios personales de la entidad, como un principio del Plan de Austeridad 2016, contemplado en la directiva presidencial del 10 de febrero de 2016, priorizando la atención de los servicios de salud como es nuestro deber y garantizando la continuidad y atención que amerita cada uno de los procesos y sub procesos que se adelantan y que tienen que ver con las actividades que demandan los diferentes servicios y asuntos que de ella derivan.

Por eso la oficina de control interno solicita racionalizar la contratación de servicios personales, de manera que solo se lleve a cabo durante los periodos y para atender tareas específicas, basados en estudios, requerimientos de necesidades y análisis de cargas laborales.

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





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

condiciones de funcionalidad que requiere el proceso o subproceso, para la ejecución de los procedimientos por parte del talento humano.

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

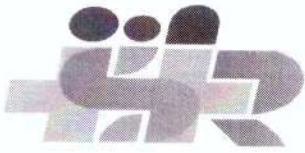
Elemento: Planes Programas y Proyectos

El proceso de planeación por ser unos de los procesos más transversales y por su carácter estratégico en la gestión que realiza la alta dirección en el Hospital, debe contar y saber sobre las existencias de recursos suficientes dentro del presupuesto, asegurándose la disponibilidad de estos para el cumplimiento y generación de los planes, programas y proyectos establecidos de carácter misional, en aras de planear bien para evitar traslados y adiciones presupuestales, teniendo en cuenta que esto genera un desbalance financiero y presupuestal al interior del Hospital, que puede afectar lo planeado, mas cuando se tiene un presupuesto basado en recaudos y en una cartera corriente aprobado para el año 2016.

Los planes operativos de los diferentes procesos y subprocesos no se volvieron a autoevaluar, por lo tanto no existe un seguimiento a los indicadores, a lo ejecutado y a las metas propuestas por los procesos y subprocesos para la vigencia, igualmente se refleja que no se han elaborado planes operativos en los diferentes procesos y subprocesos para el año 2016, se debe tener en cuenta la interinidad que vive actualmente el Hospital en la alta dirección, para poder generar el plan de gestión de la gerencia y los mismos planes operativos de los procesos y subprocesos, para que vayan transversalizados con los planes de desarrollo departamental y municipal.

Con el fin de dar cumplimiento al marco legal, ley 1474 de 2011 articulo 76, se tomó como herramienta base la matriz de consolidación de PQRS de las IPS Y EPS, informe que la oficina del SIAU entrega a la Secretaria de Salud de Cundinamarca, correspondiente al primer semestre del año 2016 y al resultado final de la misma, de igual manera se evaluara el resultado de la gestión sobre las PQRS y su respectiva respuesta oportuna que se realiza en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

1. PQRS RECIBIDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016 POR LA OFICINA DEL SIAU

CONTESTADAS	POR CONTESTAR	TOTAL
295	3	298
99%	1%	100%

- 201 Quejas
- 63 Felicitaciones
- 19 Sugerencias
- 6 Peticiones
- 6 Reclamos
- 2 Sugerencia Felicitación
- 1 Comentario

Según el cuadro de PQRS del primer semestre de 2016 y el análisis de la descripción breve que se hacen de las quejas en el consolidado de las mismas que lleva el proceso del SIAU se evidencia que son las quejas las que predominan en todas las áreas y/o servicios de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y de igual forma y según las quejas que se presentan son en su mayoría por mala disposición, atención, oportunidad y calidez de algunos funcionarios en el momento de prestar la atención al usuario, estas quejas se presentan a la mayoría de áreas y/o servicios del Hospital.

Las felicitaciones que son 63 son motivo para recalcar el buen servicio y atención oportuna de algunos funcionarios de los servicios que presta la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, sobre todo en la sede, donde se recibieron 50 felicitaciones, resaltando la calidad humana, reflejada en agradecimientos de los usuarios a las enfermeras por la buena atención, a los médicos Doctor Pinto de Urgencias pediátricas por su comprensión y explicaciones, los mismo a los Doctores Carmona, Carolina Buitrago, Verónica Larez, Andrei Rojas, la Fonoaudióloga.

Las sugerencias, reclamos, derechos de petición y comentarios en volumen pueden parecer poco significativas en el cuadro anterior, pero aparecen y son motivo de preocupación, siendo hechos que evidencian falencias que deben ser tenidas en cuenta para adelantar PLANES DE





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

MEJORAMIENTO, que son las acciones con las que se compromete cada dependencia en tomar medidas o acciones correctivas de mejoramiento que les permita corregir la PQRS; y que el mismo hallazgo PQRS, no se vuelva a evidenciar al interior del servicio.

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.

Según el cuadro las PQRS de menor porcentaje son **POR CONTESTAR** 1%) sobre el total de 201 – 100%; se refleja que en este periodo ha existido oportunidad en la respuesta por parte de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá a nivel de las diferentes áreas, en este orden de ideas el líder del servicio de la oficina del SIAU en compañía de su grupo de trabajo está cumpliendo con los tiempos antes reseñados con el fin de dar respuesta al quejoso de manera oportuna.

Considera la oficina de control interno que de acuerdo a los reportes generados dentro de la circular única de salud, referido a las 23441 consultas de medicina general, 14043 consultas de urgencias, a las 14397 consultas de medicina especializada, para un total de 51.881 consultas, atendidas en el primer semestre, en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, las 201 quejas presentadas no son representativas numéricamente para las 51881 consultas atendidas, pero si son representativas para el impacto que producen en la imagen del Hospital y en el servicio que presta este, mas si se tiene en cuenta que el nivel de insatisfacción es del 0.3%, con respecto a los usuarios atendidos en las diferentes modalidades de la medicina que presta el Hospital.

Por eso se debe establecer mecanismos que realcen la atención que les prestó el hospital a 51881 usuarios en el primer semestre del 2016.





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

**MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Modelo de Operación por Procesos

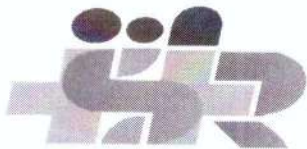
Dentro del sistema de control interno la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, en la parte operativa que debe cumplir el modelo estándar de control interno y como un producto que se debe generar, se presenta como gran fortaleza el avance y actualización del modelo de operación por procesos, proyecto 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 de procesos y la estructura del modelo de operación por procesos, con 4 macraprocesos, 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 determino 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





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

(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.

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 el 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"





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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 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.

Observa la oficina de control interno en el nombramiento del representante de la dirección para el MECI, se toma la decisión el comité coordinador de control interno de definir quién y de aprobarlo y no se acata el mandamiento del comité por parte del presidente del comité.

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Estructura Organizacional

Una vez actualizado y aprobado el modelo de operación por procesos, se actualizó la estructura del Mapa de procesos, el modelo de operación por procesos y la estructura organizacional interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

La estructura organizacional y organización interna del Hospital, una vez definida y actualizada de acuerdo al mapa de procesos y el manual de procesos y procedimientos debe facilitar la gestión por





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

procesos y la transversalidad de los mismos, donde se identifiquen los niveles de responsabilidad y autoridad jerarquizada, ya bien sean ejecutados por funcionarios o contratistas que desempeñen funciones públicas.

La organización interna del hospital debe relacionar la transversalidad y la línea jerárquica de los procesos y subprocesos, con la comunicación y engranaje que deben tener los mismos de acuerdo a los procedimientos que se ejecuten y a las políticas que fije el Hospital, para el logro de los objetivos que se contemplan en la plataforma estratégica, de acuerdo a la autoridad jerárquica fijada en el organigrama y organización interna del hospital, por eso es tan importante conocer el talento humano que se conformara para ejecutar los diferentes procesos y subprocesos y su costo, en aras de la organización interna que tenga el Hospital, pueda cumplir con los procedimientos que llevaran a cabo en la parte administrativa y asistencial, en beneficio de atender y dar un servicio con oportunidad y calidad a los usuarios

### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Indicadores de Gestión

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.

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 reconocimiento de compromisos en





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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 nos 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 Junio de 2016, relacionadas con la ejecución presupuestal correspondiente a la vigencia del primer semestre de 2016, el presupuesto a junio de 2016 arroja una ejecución presupuestal comprometida y reconocida de \$29.692.814.098.00 correspondiente al 60.16 % por encima en un 10%, equivalente a \$5.015.974.473.00 con referencia a las doceavas partes que se deben contemplar, que corresponden a \$24.676.839.625.00, 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 le fue asignado presupuesto más allá del mes de junio de 2016 para no desequilibrar el presupuesto.

Respecto al análisis presupuestal con lo pagado de lo reconocido y comprometido que es \$29.692.814.098.00, encontramos una ejecución del 37.12% correspondiente a \$18.321.534.265.00, para una diferencia del 33% con lo reconocido y comprometido, equivalente \$11.371.279.883.00, que se da por unos bajos ingresos corrientes en la presente vigencia por





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

ventas de servicios de salud, correspondiente a \$9.608.696.896.00, debiéndose recaudar por lo menos el 50% de lo presupuestado en los ingresos corrientes equivalente a \$12.113.250.160.00, que no dan la suficiente solvencia económica para pagar lo comprometido y reconocido, pues se dejaron de percibir ingresos corriente \$2.504.553.264.00 de acuerdo a lo presupuestado .

Sin embargo hecho este análisis y complementado con los recaudos de las vigencias anteriores con llevaron a recaudar por ingresos corrientes por ventas hasta Junio de 2016 por valor \$17.403.456.995.00, que en el momento igualmente no demuestra una solvencia económica que permita alcanzar a cubrir lo reconocido y comprometido.

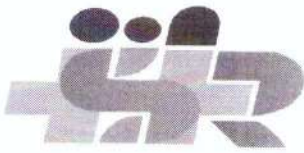
Los anteriores aspectos y el no tener un buen recaudo de ingresos corriente por ventas de servicios, dejan en alto riesgo de endeudamiento al Hospital y de insolvencia económica para pagar lo comprometido y reconocido en la vigencia fiscal de 2016, y por supuesto afecta el presupuesto de la vigencia fiscal futura 2017. Lo presupuestado 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 por los bajos recaudos \$9.608.696.896.00, del periodo analizado, si tenemos en cuenta que hubo ventas por valor de \$25.042.450.605.00, arrojando un 38.36% de recaudos sobre las ventas totales.

Ha de analizarse dentro de ese reporte la objeción inicial que es bastante alta si se tiene en cuenta que se objetan para el primer semestre de 2016 \$1.523.738.795.00 sobre el recaudo de \$9.608.696.896.00, equivalente al 15.85 %, indicativo de que nuestra facturación no sale con los suficientes atributos, sin contar los \$15.433.753.709.00 restantes que fueron vendidos y radicados, de lo cual no se sabe cuándo va ser objetado inicialmente, pero que relacionado con el primer ejercicio se puede proyectar en un 23%, aproximadamente 2436 millones , estas objeciones 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.

Se refleja que la glosa definitiva es bastante baja alcanzando un 0.06 %, respecto la objeción inicial, pero también deben observar si toda la objeción inicial se contesto, porque de lo contrario la glosa





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

definitiva sube. Lo cual se refleja verdaderamente en la cartera y reafirma el análisis hecho por la oficina de control interno, pues a 30 de junio de 2016, encontramos objeciones pendientes por valor de \$1.523.738.795.00

El entrar un valor proyectado de 3939 millones a objeción inicial, baja considerablemente la posibilidad de tener un recaudo oportuno con base en lo facturado y radicado, y sigue bajando la posibilidad de recaudo si tenemos el ingrediente de que a 30 de junio de 2016 se tiene \$4.628.708.086.00 por facturación pendiente de radicar. Nos demuestra que tenemos en stand by a 30 de junio de 2016, facturación por valor aproximado de \$8.567 millones, que no permite hacer un recaudo inmediato o a corto plazo.

Esto permite analizar variables que se están presentando en el recaudo de ingresos corrientes por venta de servicios, para controlar el comportamiento de los factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos del hospital, y del mismo presupuesto del Hospital.

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 \$ 38.431.028.589.00, con una facturación pendiente por radicar de \$4.628.708.086 y una glosa inicial pendiente de \$1.523.738.795.00, para un total de \$44.583.475.471.00 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 \$19.668.431.389.00, 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 \$59.716.465.

Al hablar de la cartera corriente, encontramos un total de \$18.762.597.200.00, de la cual a 60 días tiene un valor de \$3.033.967.148.00, de 61 a 90 días, 30.70.502.660.0, de 91 a 180 días, 4.551.270.557.00, de 181 a 360 días \$8.106.856.835.





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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.

Vemos que la cartera se envejece, se vuelve largo placista, 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 \$8.106.856.835, que está próxima a formar parte de la cartera no corriente, con la probabilidad de engrosar los \$ 38.431.028.589.00, que tenemos como cartera no corriente.

El subproceso de Auditoría de Cuentas Medicas y Glosas, que es costoso para el Hospital, el Comité de Glosas, sus procesos y subprocesos transversales, como son facturación, cartera, auditoria medica, 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 aumentado las glosas y por ende afecte la situación financiera del Hospital.

La oficina de control interno ha venido sosteniendo que es un lastre que se trae de administraciones pasadas, de la mala gestión en el cobro de cartera, que afecta por supuesto la solvencia económica que debe tener el Hospital y la maniobrabilidad de la administración actual en cuanto a los ingresos corrientes por ventas que debe tener el Hospital, pero que igualmente esta administración debe aplicar planes de contingencia para la recuperación efectiva de la cartera.

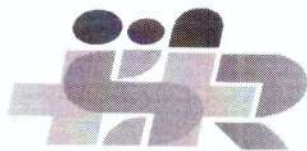
### **MODULO DE PLANEACION Y GESTION**

Componente Direccionamiento Estratégico

Elemento: Políticas de Operación

Se tiene políticas para la administración del riesgo, para información y comunicación, formalizadas mediante actos administrativos, para las de direccionamiento estratégico se contemplaron en la





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

plataforma estrategia, sin embargo para lo referente a las políticas de administración del riesgo, y la política de información y comunicación, se quedan en el documento, teniendo en cuenta que los planes que se programaron para su ejecución no se lleva 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.

### MODULO DE PLANEACION Y GESTION

Componente: Administración del Riesgo

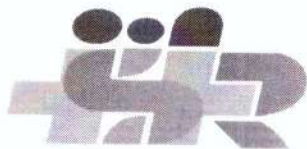
La Administración del riesgo es reconocida como practica integral de una buena gerencia, por eso La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá mediante resolución 258 de septiembre 04 de 2013, actualizo la política de administración del riesgo, contenido en un documento anexo de 32 folios, 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 esperados
- 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.

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





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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 PLANEACION Y GESTION**

Componente: Administración del Riesgo

Elemento: Identificación del Riesgo

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 riesgo y riesgos, la probabilidad que suceden y su impacto de llegar a concretarse, pero no se revisan periódicamente,





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

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 PLANEACION Y GESTION

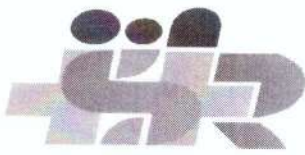
Componente: Administración del Riesgo

Elemento: Análisis y Valoración del Riesgo

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 auditoria integral realizada en el 2015 a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá correspondiente a la vigencia 2014, 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, especialmente en el proceso de contratación como es el firmado para el proceso de urgencias, entre la cooperativa de trabajo asociado de especialidades medicas "CODESMED CTA" y la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá desde el mes de Febrero de 2015 hasta el mes de abril de 2016, donde la contratación para el proceso de urgencias adulto para el mes de enero de 2015, lo realizaba la cooperativa de trabajo asociado para la prestación de servicios a entidades del sector salud "COOMESALUD", por valor de \$150.000.000.00, contratándose luego para el mes de febrero y marzo de 2015 con la cooperativa de trabajo





OFICINA 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	MAYO A AGOSTO DE 2016
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	SEPTIEMBRE 9 DE 2016

asociado de especialidades medicas " CODESMED CTA" el mismo proceso por valor de \$198.000.000.00 mensuales, más un porcentaje sobre facturación, sin tener un sistema de costos institucional, que nos permita identificar el costo de producción de cada centro de costo, como para que el Hospital haga un reconocimiento porcentual sobre un valor facturado bruto de una unidad de cuidado intermedio de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá que no cumple los requisitos para su habilitación, sin dejar de contemplar que para los meses siguientes la cuantía del contrato por mes aumento a un valor de \$264.438.000.00, rematándose para el año 2016 en la actual administración en un pago de \$350.000.000.00 por el mismo proceso a la Fundación Sinergia Sociedad en una clara tercerización, si se tiene en cuenta que la fundación firma ordenes de prestación de servicios con el personal que contrata.

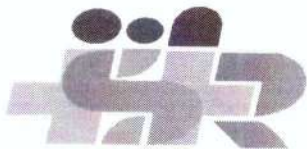
A pesar que desde mayo de 2014, la oficina asesora de control interno de acuerdo a los hallazgos encontrados en la auditoria a las diferentes ordenes de suministro de víveres frescos abarrotes y carnes, dio recomendaciones sobre la terminación de contratos que reflejaban posibles detrimentos patrimoniales y sobre costos, los cuales se adjudicaron sobre documentos espurios, se continua contratando con el mismo proveedor, haciendo caso omiso a las recomendaciones de la oficina de control interno, ejemplo; ordenes de suministro de víveres frescos y abarrotes firmados con Andina Express de Colombia, por eso la Contraloría de Cundinamarca llama la atención que "No existe un estudio serio técnico, que sirva de justificación para la adquisición de víveres carnes y abarrotes, el mismo comportamiento se observa en la mayoría de productos destinados a la alimentación."

Igualmente dice "Se evidencia un alto costo en alimentación, se debe realizar un análisis de contención de costos en aras de la austeridad del gasto."

Así mismo es conveniente identificar proveedores de materiales, equipos y suministros, revisando cotizaciones, con cuadros comparativos para elegir el mejor proponente para el tema de alimentación."

Apreciaciones que el órgano de control interno recoge 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 diagnosticas,





OFICINA DE CONTROL INTERNO

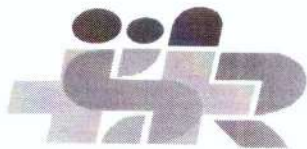
<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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 ha sido terminado 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 interventoría del contrato, con el agravante que se genera otro contrato el numero 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 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.

La gerente encargada, 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.

Actualmente el Hospital se ve enfrentado, al incumplimiento en los contratos de obra, 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 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





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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 evaluar y medir el impacto de la materialización del riesgo, la cual debe concretarse con el seguimiento y evaluación del mapa de riesgos institucional 2016, igualmente establecer controles preventivos y correctivos para evitar la materialización del riesgo.

Por lo tanto 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.

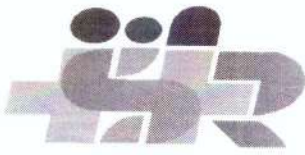
### **MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Componente: Autoevaluación Institucional

Elemento: Autoevaluación del Control y Gestión

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, mas 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.





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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.

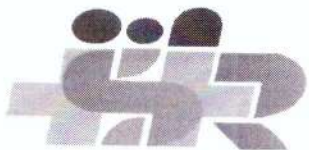
No se encuentra dinamización en la perspectiva que el sistema de control interno se convierta en un asunto de todos, teniendo en cuenta que la alta dirección no se ve plenamente comprometida en la continuidad y sostenimiento que se le quiere dar al sistema de control interno desde la oficina de control interno, llegándose a cuestionar el ejercicio de control interno por algunos contratistas, que hacen omisión a 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, queriendo determinar la eficiencia y eficacia de los controles establecidos y al cumplimiento de las metas establecidas en el plan operativo de cada proceso y subproceso.

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.

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 a 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, no ha encontrado receptividad por parte de la alta dirección de su rol evaluador independiente, por el contrario sigue viendo una obstrucción sistémica de la estructura administrativa del modelo de operación por procesos a su ejercicio auditor, que debe cumplir con los diferentes procesos y subprocesos, al quererles verificar su gestión en cumplimiento de lo





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

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, igualmente se presentó un 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 firmó. Se tuvo que recurrir a dejar el audio de las reuniones en el libro de actas del comité coordinador de control interno

Para la auditoría interna no se encuentra el apoyo de la alta dirección para fortalecer la actividad a través de talento humano, recursos físicos y tecnológicos.

La oficina de control interno debe contar con un grupo multidisciplinario, de acuerdo a la ley 87 de 1993, artículo 11 párrafo 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 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.

Se carece de avance de los planes de mejoramiento, hallazgo que también observo la Contraloría de Cundinamarca, no existe compromiso de la parte directiva, 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.





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

**EJE DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

Información y Comunicación Externa

Generar información sobre la planeación institucional, para ser subida en la página WEB, no se cuenta con pagina WB, por lo tanto no se puede subir la información, hecho que tampoco ha permitido que los informes que genera la oficina de control interno por ley no se hayan subido, a pesar de los requerimientos de la oficina de control interno a la Gerencia y en al comité coordinador de control interno, como consta en las actas. 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.

No se publica y oficializan en la página WEB los formularios oficiales relacionados con los trámites de los ciudadanos. Mas si se tiene en cuenta que se oficializado por parte del proceso de Planeación trámites "SUIT" ante el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP" y a los cuales pueden acceder los usuarios consultando la pagina WEB, institucional, la cual no está en funcionamiento.

**EJE DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

Sistemas de Información y Comunicación

Actualizar periódicamente el contenido de la página WEB Institucional.

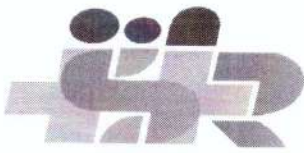
Brindar espacio o punto de atención al usuario que le genere confiabilidad en reportar personalmente sus PQRS.

Reingeniería, actualización y fortalecimiento de la página Web institucional.

En este Eje Transversal del Modelo Estándar de Control Interno "MECI: 2014", la oficina de control interno deja el mismo informe contemplado en el cuatrimestre anterior, en los siguientes términos:

En este eje transversal Información y Comunicación, se avivo su estancamiento, al no existir pagina WEB Institucional en el plan para la ejecución de la política de información y comunicación del Hospital, a pesar de haberse generado el documento en especial. En el elemento información y comunicación externa para los productos que se tienen que generar como es de la publicación en





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

la página WEB de la planeación institucional, de los formularios oficiales relacionados con los tramites de los ciudadanos, de evidencias de otros tipos de contacto con la ciudadanía diferente al de rendición de cuentas, del elemento información y comunicación interna, las fuentes de información interna manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, no son socializados, multiplicados y de fácil acceso, mas si no se guarda una memoria y control de los actos administrativos que se generan.

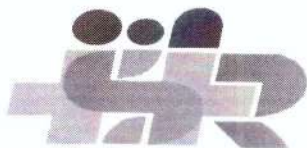
No se ha generado una matriz de responsabilidades, con la finalidad de jerarquizar la comunicación interna, si es ascendente o descendente, a pesar de que se creó el comité editorial, no se cumple, ni se aplica, ni se imparten pautas que se deben tomar al momento de la publicación de los comunicados, documentos, artículos del hospital y comunicados de prensa y la multiplicación de estos. De los cinco objetivos específicos contemplados en el plan de comunicaciones para la implementación de la política de comunicaciones, se ha cumplido únicamente con el de generar el documento del plan de comunicaciones para la aplicación de la política de comunicaciones en el Hospital.

Igualmente no se ha actualizado la pagina web institucional, ni reglamentado formalmente el uso del altavoz, no se establecieron los mecanismos de comunicación para con la comunidad, como son programa radial, de televisión, boletines virtuales e impresos.

El indicador de madurez MECI, mediante factores como: Entorno de Control, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento, permite identificar el estado de desarrollo y fortalecimiento de los módulos, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno "MECI 2014", orientando a las entidades hacia aquellos aspectos que requieren mayor atención o acciones para su mejora.

Teniendo en cuenta lo anterior, el ejerció auditor y la ejecución del plan anual de auditorías fijado para la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, da la base para ampliar el presente informe, en otros aspectos del sistema de control interno, muy correlacionados con los que nos muestra la evaluación del "MECI: 2014", en su sostenimiento, continuidad, y actualización.





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

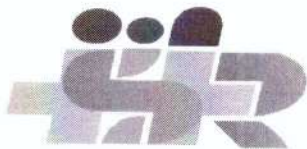
### **ENTORNO DE CONTROL**

- Contar con procesos de gestión del talento humano en vías de mejora, mediante programas de bienestar, inducción, re-inducción, planes de incentivos y el plan institucional de formación y capacitación estructurados formalmente y siguiendo los lineamientos normativos relacionados.
- Establecer las interrelaciones y sinergia entre los procesos, así como planificar procedimientos para la ejecución de dichos procesos, los cuales requieren mejoras para optimizar su trazabilidad.
- Facilitar el conocimiento por parte de la Alta Dirección, mediante la política y el plan de comunicaciones, la información relevante para el cumplimiento de las funciones de los servidores
- Contar con una Alta Dirección comprometida con el manejo del riesgo en la entidad; así como el mejoramiento de canales para la comunicación interna y externa en la entidad.
- Establecer mecanismos para la familiarización, actualización y divulgación de los programas de bienestar, inducción, re-inducción, planes de incentivos y el plan institucional de formación y capacitación.
- Disponer de canales de comunicaciones formales que faciliten el flujo de la información en todos los niveles de la entidad, permitiendo así una comunicación efectiva con los diferentes grupos de interés de forma interna y externa.
- El Comité de Coordinación de Control interno, permite identificar las fortalezas y debilidades del Sistema, estableciendo las posibles acciones correspondientes para mejorarlo, pero los direccionamientos emitidos no se cumplen, por parte de los procesos y subprocesos.

### **FORTALEZAS**

- Se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno "MECI", en concordancia con el decreto 943 de 2014, realizando su evaluación periódica.
- Se cuenta con un Manual de Inducción y Reinducción actualizado.
- Se aprobó en comité coordinador de control interno la actualización de la estructura del modelo de operación por procesos y el mapa de procesos que sirve para alcanzar un esquema que facilita la gestión institucional, en la toma de decisiones frente a cambios que se puedan producir.





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

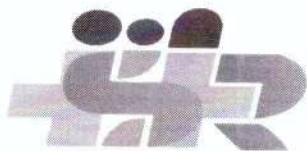
### **INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

- Poseer mecanismos para la recolección de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, entes de control, entre otros), que aun requieren mejoras a fin de lograr la clasificación, distribución, así como un seguimiento a las respuestas y la trazabilidad de la información.
- Aplicar los lineamientos establecidos en la normatividad vigente, relacionados con la atención al ciudadano.
- Contar con canales de comunicación externos (por ejemplo sitio Web, redes sociales, radio, televisión, entre otros), que consideren los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable.
- Sistematizar la información generada al interior de la entidad (manuales, informes, actas, actos administrativos) facilitando el acceso de los usuarios e interesados.
- Identificar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, ley 1712 de 2014.
- Existen canales de comunicación entre la alta dirección y los demás servidores, como mecanismo de comunicación organizacional, haciendo la salvedad nuevamente que con el órgano de control interno no es el más fluido, pues no se cumplen en su mayoría los requerimientos de información solicitados por el órgano de control o se contestan extemporáneamente y sin los atributos necesarios afectando la funcionalidad de la oficina de control interno.

### **ASPECTOS A MEJORAR**

- Que exista una página WEB institucional permanente y actualizada.
- 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.
- Se debe generar planes de mejoramiento periódicos con base en las necesidades de los usuarios que dan a conocer mediante las PQRS.



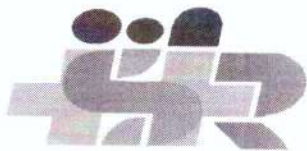


**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

- 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.
- Aplicar los lineamientos normativos para la gestión documental. (Tablas de Retención Documental).
- Utilizar mecanismos de recolección de información de las sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores públicos, para su análisis en pro de una mejora a los procesos.
- Administrar la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, entes de control, entre otros).
- 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).
- Contestar al órgano de control interno los requerimientos de información solicitados, con oportunidad para que no se afecte la funcionalidad de la oficina de control interno. (Ley de Transparencia y Acceso a la Información. (Ley 1712 de 2014)
- 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





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

que queden establecidos y aprobados por el Hospital y avalados por el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP".

### **FORTALEZA**

- 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".
- Se empezó a realizar 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).
- Contar con un sistema de información para la captura, procesamiento, almacenamiento y difusión de la información interna.
- El sistema de información dinámica gerencial NET, ha servido para establecer seguimientos y controles internos a los diferentes procesos y subprocesos que forman el modelo de operación de la estructura administrativa del Hospital, en estandarización y transversalidad de las actividades, para el desarrollo de los procedimientos y actividades que se tiene que ejecutar en la funcionalidad de garantizar la generación de productos y servicios necesarios para dar cumplimiento a la misión y objetivos fijados en la plataforma estratégica.
- Se cuenta con un área de atención al ciudadano más cómoda y privada.

### **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

- Validar y actualizar los procesos y procedimientos con respecto a las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

- Generar, validar y actualizar los procesos y procedimientos con respecto a las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores.
- Contar con un mapa de procesos completamente estructurado, diseñar los procedimientos requeridos para los procesos.
- Asociar los lineamientos de la política de comunicaciones que impacten directamente a la operación de los procesos.
- Establecer para los Programas, Planes y/o Proyectos, un cronograma, metas, responsables y mecanismos de seguimiento a la planeación.
- Validar los indicadores con respecto a las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores, en relación con el desarrollo de sus procesos

### **ASPECTOS A MEJORAR**

- Realizar el seguimiento a la planeación institucional frente al cumplimiento del cronograma y las metas asociadas.
- Que los procesos generen un cuadro de control para seguimiento de los indicadores de gestión, ya sean indicadores de eficiencia, efectividad e impacto, pues solo contemplan los de eficacia.
- Se debe dar continuidad a la socialización y seguimiento trimestral a la planeación institucional frente al cumplimiento de las actividades presupuestadas en los planes operativos anuales de cada proceso, con seguimiento y revisión a los indicadores de manera regular con el fin de corregirlos.
- Se debe evitar que el subproceso de contratación siga sufriendo desgaste administrativo y por lo tanto evitar ese desgaste a los directivos al tener que estar generando vinculaciones contractuales para ordenes de apoyo administrativo, ordenes de apoyo asistenciales y servicios especializados asistenciales, teniendo en cuenta que estas vinculaciones se hacen por poco tiempo como lo demuestra el haber generado gran cantidad de vinculaciones contractuales para prestación de servicios en las diferentes modalidades, además de generar desgaste económico en la elaboración de las hojas de vida de los contratistas y sus soportes, ya que estas se elaboran con insumos del Hospital, a excepción de la primera hoja de vida que la trae el contratista.





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

- Generar planes de mejoramiento para evitar que el hospital se ve abocado a numerosas demandas de reparaciones directas que surgen del ejercicio profesional del nivel asistencial por responsabilidad civil médica, derivándose reconocimientos millonarios por estas acciones que tiene que hacer el Hospital, colocando en alto riesgo financiero y de solvencia económica al Hospital, de las cuales está en proceso definir las acciones de repetición que se deben emprender.
- Se debe planear y realizar vinculaciones contractuales de prestación de servicios por más tiempo, para que con la adición se vincule por un año o la vigencia fiscal al contratista, en los casos que se amerite tener continuamente al contratista para el servicio del Hospital.

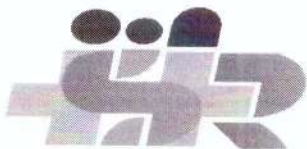
**FORTALEZAS**

- Se cuenta Mapa de procesos actualizado y aprobado en el comité coordinador de control interno, actualizado de acuerdo a los cambios del entorno, normativos u otros aspectos relevantes para el desarrollo de las funciones del Hospital.
- Actualización y formalización de la plataforma estratégica
- Actualización del Manual de Inducción y reinducción.
- Actualización de la estructura del modelo de operación por procesos, en aras que se inicie su caracterización para ser presentado a la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá con su caracterización.
- Se actualiza el Mapa de procesos y la estructura organizacional interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.
- Actualización del Manual de Operaciones (o de procesos y procedimientos) de acuerdo a la organización interna del hospital, con los cambios y mejoras realizadas a los procesos.

**ADMINISTRACION DE RIESGOS**

- Iniciar con procesos de capacitación, para dar a conocer a todos los funcionarios la metodología de administración del riesgo, incluyendo los lineamientos del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Socializar la Política de Administración del Riesgo, en todos los niveles del Hospital.



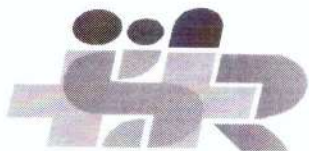


OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

- Incluir en la Política de Administración del Riesgo, los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo, los niveles para calificar el impacto en los procesos.
- Determinar en la Política de Administración del Riesgo, claramente los responsables del monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos.
- Establecer en la Política de Administración del Riesgo, la periodicidad del seguimiento, de acuerdo a los niveles de riesgo residual.
- Contar con mecanismos de control y seguimiento que permitan la administración de los riesgos en la Entidad.
- Contar con una política para el manejo de los inventarios en la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, teniendo en cuenta la continuidad de faltantes, sobrantes y medicamentos vencidos que se encuentran y arrojan las diferentes pruebas de auditoría, selectivas, de seguimiento y de confirmación que se practican a los medicamentos, material médico quirúrgico, insumos de laboratorio e insumos de odontología.
- El proceso de manejo de inventarios para la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá en los insumos de elementos de consumo (medicamentos, material médico quirúrgico, odontología y laboratorio), controlados y otros, presento mejoría en la bodega 20 y 10, pero continua con deficiencia significativa y de alto riesgo en el control interno físico, y documental, en farmacia central 30, farmacia de urgencias 40 farmacia de salas de cirugía 50.
- La inaplicabilidad de los procedimientos de farmacia PC 118 Versión 01, y PC119 Versión 01, correspondientes a Despacho de Medicamentos y Devolución de Insumos y Medicamentos, establecidos por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para el proceso de farmacia 30, afecta el proceso, el ejercicio de la buena marcha, funcionamiento y determinación de necesidades del proceso de farmacia, creando desorganización en la ejecución diaria de las actividades que se deben desempeñar por parte de los funcionarios y contratistas, en optimización del servicio, afectando sistemáticamente el orden de los registros documentales de control.
- Que todos los procesos entren al software de Dinámica Gerencial, en especial el proceso de Contabilidad.
- Poca probabilidad que ocurran o sucedan riesgos de alto impacto, pero de suceder serian catastróficos, como es el caso de la ubicación y localización de la caldera, el tanque de oxígeno, el





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

tanque del combustible, tanque de gas, estación eléctrica y la planta eléctrica que se encuentran muy cercanos unos de los otros.

➤ El proceso de contratación que se cumple con la tercerización de personal para la atención asistencial ofrece riesgo, por el no cumplimiento y ejecución de los procesos asistenciales a cabalidad, y con calidad, al no cumplir la agenda que se asigna para la atención de los usuarios, y por no identificar la relación laboral que tienen los asistenciales en otras entidades para que no se cruce con el tiempo que los contrata el Hospital, Igualmente por la tercerización que se hace ofrece riesgos con las hojas de vida que se están presentando, por no tener la idoneidad de las personas que se contratan. Teniendo en cuenta que los contratistas deben ser idóneos, conocer los objetivos y los alcances de los procesos o actividades que ejecutan para el cumplimiento de sus funciones y satisfacción del usuario. Se presentan gran cantidad de contratos con términos de ejecución cortos, presentándose un desgaste administrativo tanto para el área de contratación, como para el contratista, observación de la Contraloría de Cundinamarca, la cual la oficina de control interno acoge y la ha venido reflejando en sus informes.

### ASPECTOS A MEJORAR

➤ Establecer un plan de mejoramiento integral que se controle por parte de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, para que el subproceso de Auditoría de Cuentas Medicas y Glosas, y el Comité de Glosas, explique cómo se informa y se determina que la IPS ha aceptado la glosa y quien es el responsable de que la glosa no se haya subsanado y que igualmente la glosa que se acepta y que debe ser llevada a los registros contables como perdida en activos fijos lo determine el comité de saneamiento contable en coordinación con el comité de glosas, para que de allí se determine también la asignación de responsabilidades del causante de que la glosa se haya aceptado y se tome como perdida en activos fijos, en aras de iniciar acciones de repetición.

➤ Es relevante que los riesgos que están afectando el cobro de la facturación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se identifiquen y se contemplen taxativamente desde el momento que se genera el producto denominado factura, hasta su cobro, haciendo revisiones periódicas, para llevar sus resultados al comité de glosas, y comité de saneamiento contable, con el fin de establecer si los existentes siguen siendo riesgos para el hospital, o si existen nuevos riesgos no identificados producto de cambios en el interior del Hospital o su entorno, con el fin de





OFICINA DE CONTROL INTERNO

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

involucrar a los funcionarios y a los contratistas en la administración de estos riesgos y su participación en la corrección de los mismos.

➤ Realizar auditorías concurrentes y seguimiento a través del sistema de dinámica gerencial NET, al contenido de las Historias Clínicas referente al soporte que se le debe dar a la epicrisis, los procedimientos, los apoyos diagnósticos y de laboratorio, para que se genere una factura con todos los atributos, que no permita su glosamiento.

## SEGUIMIENTO

➤ Se insiste que con base en auditorías internas se tienen que generar planes de mejoramiento para los procesos, pero no se está cumpliendo satisfactoriamente, teniendo en cuenta que la oficina asesora de control interno genera informes de auditorías, seguimiento y verificaciones que ameritan planes de mejoramiento, de acuerdo a los hallazgos encontrados.

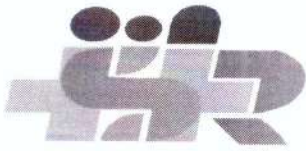
➤ En el proceso de control interno disciplinario se abrieron indagaciones preliminares en asignación de posibles responsabilidades por informe recibidos de la oficina asesora de control interno, pero es paquidérmico su accionar, no se ve reflejado en definición de las investigaciones o sus traslados por competencia.

➤ Las auditorías si permiten dar seguimiento a la mayoría de los procesos y dar recomendaciones sobre acciones preventivas y correctivas que se deben seguir para que se resuelvan de una manera eficaz los hallazgos, pero en su gran mayoría no se observa que se genere el plan de mejoramiento por parte de los responsables del proceso o subproceso.

➤ En los seguimientos, auditorías y en el ejercicio de la funcionalidad que debe tener la oficina asesora de control interno, la comunicación de la administración con el órgano de control interno no fue fluida, pues se omitió para el 2014 más del 50% y para el 2015 el 67.5%, y reafirmandose en un 61.29% para lo corrido del 2016, de los requerimientos de información solicitados por el órgano de control, visionando la oficina de control interno que esa omisión se está convirtiendo en obstrucción al ejercicio del control interno en el Hospital, y por lo tanto afectando su funcionalidad.

## ASPECTOS A MEJORAR





**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

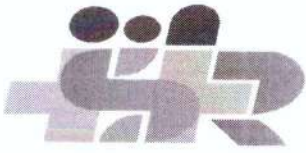
<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

- Generar y establecer planes de mejoramiento por parte de los procesos y subproceso a los que se les hace auditoria por parte de la oficina asesora de control interno
- Cumplir las recomendaciones y requerimientos de información que se solicitan por parte de la Oficina Asesora de Control Interno.
- Reflejar el cumplimiento de las recomendaciones dadas mediante acciones correctivas o planes de mejoramiento.
- Contestar los requerimientos de información que hace la oficina asesora de control interno, en aras de que no se afecte su funcionalidad. (Ley 1712 de 2014).
- Nombrar un grupo multidisciplinario para la oficina de control interno, 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 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 auditorias integrales programadas, con la finalidad de cubrir la mayoría de los procesos.
- Contar con un Plan de Mejoramiento por Procesos, que cuente con acciones que responden a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno y que permitan mejorar la ejecución de los procesos.
- Establecer un Plan de Mejoramiento Individual, teniendo en cuenta las evaluaciones de desempeño de los servidores, el diagnóstico de necesidades de capacitación realizada por parte del proceso de talento humano y diferentes mecanismos que brinden información sobre el desempeño de los servidores.
- Hacer seguimiento a los convenios que se firman con los diferentes entes territoriales.

**FORTALEZAS**

- Contar con un Programa Anual de Auditorías que incluye todas las actividades que desarrolla la Oficina de Control Interno.
- Definir en el Programa Anual de Auditorías el objetivo, el alcance alineado con la planeación de la entidad, el universo de auditoría y la priorización de los procesos a auditar.



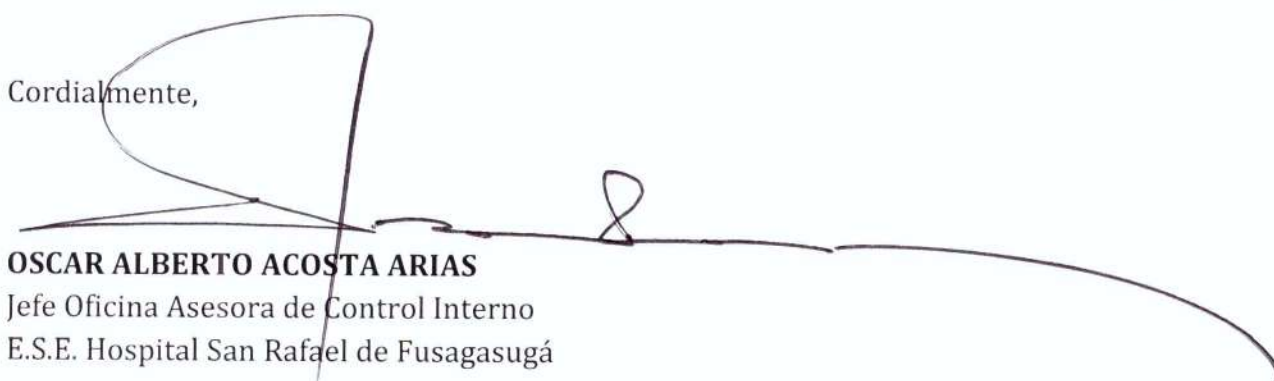


**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011</b>			
<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.</b>			
<b>NIT 890.680.025.1</b>			
<b>JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS</b>	<b>PERIODO INFORME</b>	<b>MAYO A AGOSTO DE 2016</b>
		<b>FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.</b>	<b>SEPTIEMBRE 9 DE 2016</b>

Oficina Asesora de Control Interno, Correo Institucional: [control\\_interno@hospifusa.gov.co](mailto:control_interno@hospifusa.gov.co)

Cordialmente,



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

c.c. Ingeniero Filanderson García  
Subproceso de sistemas de Información  
c.c. archivo control Interno.  
Proyecto y Elaboro: Oscar Acosta  
Folios: Cuarenta y cinco (45) folios.  
Anexos: Medio magnético C.D.