



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
*"Hospital humano, hospital comprometido"*  
E.S.E - II NIVEL  
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Fusagasugá 30 de Enero de 2020

**DEPENDENCIA. OACI 11.019.**

Doctor  
**JOHN CASTILLO MARTINEZ**  
Gerente  
E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

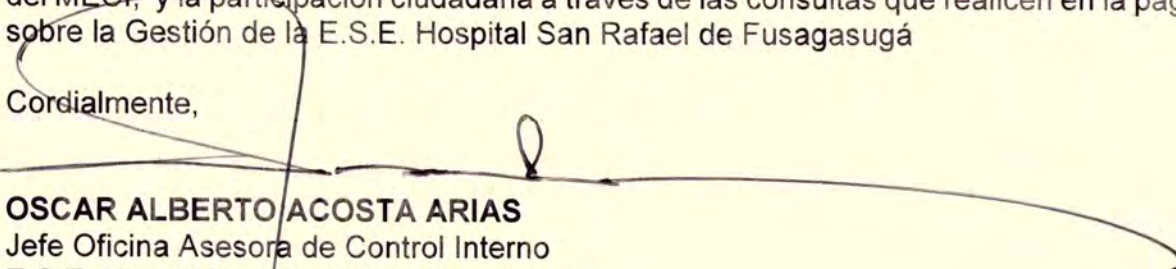
Referencia: **INFORME DE NORMALIZACION, PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. 1 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.**

Respetado Doctor:

Por medio de la presente estoy anexando, en medio físico, enviando vía email lo referenciado, para darle cumplimiento El Decreto 2106 de 2019, en su artículo 156, , de rendir por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno informes semestrales pormenorizados sobre el estado del Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y subirlos a la página WEB institucional.

Igualmente, con la finalidad de mantener una comunicación organizacional ascendente, descendente, horizontal y cruzada y en aras de fortalecer el componente de información pública del MECL, y la participación ciudadana a través de las consultas que realicen en la página WEB, sobre la Gestión de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

Cordialmente,

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

Folios: Uno (1)  
Anexos: Diez y siete (17) folios

c.c. Ing. Javier Melo Rivera  
Sistemas de información.  
c.c. Correspondencia  
c.c. archivo

Proyectó y elaboro: Oscar Acosta.

Dirección: Diagonal 23 Numero 12-64 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: [controlinterno@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:controlinterno@hospitaldefusagasuga.gov.co) Tel: 8733000 Ext 117



"Hospital humano, hospital comprometido"  
ESI - HINEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

El Decreto 2106 de 2019, "Por él se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar tramites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública", en su "Artículo 156, Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9º de la ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedara así:"..... El jefe de la unidad de la oficina de control interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo a los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave."

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", en circular externa No 100-006 de 2019, con asunto: "LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL INFORME SEMESTRAL DE EVALUACION INDPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO-DECRETO 2106 DE 2019", define que: "Con el fin de normalizar periodicidad semestral de dicho informe, se hará una única publicación a más tardar el 31 de enero de 2020, correspondiente al periodo de 1 de noviembre a 31 de diciembre de 2019, el cual se efectuará de conformidad con el esquema del informe pormenorizado que cada entidad venía desarrollando"

Teniendo en cuenta lo anterior, y en aras de normalizar los informa cada seis (6) meses, a partir de Enero de 2020, la oficina de control interno de la Empresa Social Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, teniendo en cuenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG", y el aplicativo por medio del cual se genera el reporte de avances de la gestión "FURAG", al departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", genera el siguiente informe pormenorizado del sistema de control interno, para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, basado en este modelo, orientado a una metodología de seguimiento y revisión de las siete dimensiones que estructuran el Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG".

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a los resultados del "FURAG" Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión, se reflejan los siguientes resultados para la Empresa Social Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá:

## 1. DIMENSION DE TALENTO HUMANO

Resultado de la Dimensión de Talento humano para la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

a. En el proceso de Talento Humano de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se observa que su planeación está orientada a tener en cuenta la información estratégica y básica de la entidad, aplicando la normatividad que rige la gestión del talento humano.



"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. - II NIVEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

b. Se fortaleció y se socializó, el código de integridad del servicio público, manteniéndose esta socialización.

c. Se incorporan actividades como:

- Inducción y reinducción
- Capacitación
- Bienestar
- Incentivos
- Seguridad y salud en el trabajo
- Evaluación del Desempeño
- Código de Integridad
- Actualización de la información en el Sigep.

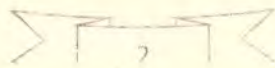
d. La creación y modificación de la planta de personal se hace mediante actos administrativos, más específicamente con acuerdos que genera la Junta Directiva del Hospital, como también acogiendo a los fallos judiciales de reincorporación de funcionarios..

## 2. DIMENSION DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

a. En la plataforma estratégica, inmersa la misión institucional, visión institucional, principios y valores institucionales, fijándose objetivos estratégicos para:

- Gestión del Talento Humano
- Gestión Estratégica De Planeación y Calidad
- Gestión Asistencial
- Gestión de Procesos Humanizados
- Gestión del Riesgo
- Gestión de la Infraestructura
- Gestión de la Tecnología
- Gestión Ambiental
- Gestión Financiera

b. En el proceso de Planeación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, el direccionamiento estratégico está enfocado a la misionalidad para lo que fue creada la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, atendiendo las necesidades, y dejando a disposición los bienes y servicios para atender los requerimientos o problemas de sus grupos de valor.





"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- c. Planes de acción para los procesos y subprocesos de los macro procesos misional y de apoyo, se retoman, permitiendo la evaluación con indicadores para realizar un seguimiento a las tareas que se proyectan en los procesos y subprocesos y su articulación con el plan de gestión del Gerente, aunado a los acuerdos de gestión que se generan con los subgerentes, aunque en la operatividad misional y de apoyo de la entidad se observa un buen ejercicio.
- d. El líder del proceso de Planeación realiza actividades de verificación a la gestión del riesgo
- e. Se identifican aspectos en el hospital que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos, como:
- Políticos.
  - Contables financieros
  - Infraestructura
  - Talento humano
- f. El líder del proceso de planeación y su equipo hacen seguimiento a los mapas de riesgos establecidos por los líderes de los procesos y subprocesos
- g. Se actualiza y se adopta el mapa de procesos, para la organización de los procesos en forma práctica y sistemática, para la identificación de las necesidades y búsqueda de la satisfacción de los grupos de valor.
- h. Las decisiones en el ejercicio de planeación se toman con base en:
- Identificación de las necesidades de los grupos de valor
  - Recomendaciones del equipo directivo y sus equipos de trabajo
  - Retroalimentación de la ciudadanía en las actividades de la rendición de cuentas
  - Resultados de las auditorías internas y externas
  - Resultados de la evaluación de la gestión financiera
- i. El plan de gestión de la Gerencia contempla:
- Los objetivos articulados con el plan estratégico
  - Incluye metas e indicadores
  - Establece responsabilidades en la ejecución de las actividades
  - Contempla tiempos de ejecución de las actividades



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- Se identifican recursos financieros, humanos, físicos, tecnológicos
  - Se aprueba en la junta directiva
- j. La estructura administrativa organizacional, trabaja por procesos y tiene claridad en la asignación de responsabilidades.
- k. Se actualizan y se mejoran los procesos, con base:
- El análisis de las necesidades y prioridades de la prestación de los servicios
  - Los resultados de la gestión del hospital
  - Resultados de los espacios de participación ciudadana y rendición de cuentas con los ciudadanos

### 3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

- a. Se determinó claramente el mapa de procesos más adecuado para generar los resultados previstos en el direccionamiento estratégico y planeación, que permita determinar donde fortalecer las capacidades del hospital.
- b. En la estructura funcional y administrativa del hospital se debe revisar la pertinencia de realizar posible cambios, que fortalezcan funciones requeridas para cumplir con los propósitos fundamentales de generar resultados en los procesos que ofrezcan alto riesgos o poca rentabilidad, todo cambio deba estar expreso y técnicamente justificado a partir de la cadena de valor definida y los procesos que la componen.
- c. La planta de personal es el recurso fundamental para garantizar el funcionamiento del Hospital y la entrega de productos con oportunidad y calidad. Por lo tanto, es importante determinar las necesidades de personal en cuanto a número de empleos, para concluir si hay déficit o excedente que permita el cumplimiento de los objetivos y de la misión institucional. De allí que la relación "procesos – estructura – planta", tenga un punto de encuentro en *instrumentos de análisis como las cargas de trabajo*.
- d. Se plantean planes y proyectos de contingencia, para cuando la demanda sobredimensione la oferta de servicios, además que con una visión futurista se encuentra en marcha el proyecto de ampliación del servicio de urgencias.
- e. Existen evaluaciones de la gestión



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011.			
NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

f. Se tienen recursos a disposición, para entregar productos y servicios en unas condiciones de calidad predeterminadas, entre ellos encontramos la infraestructura física, la tecnología existente, los equipos, la misma planta de personal e incluso, el talento humano contratado, que es el recurso fundamental para garantizar el funcionamiento del Hospital y la entrega de productos con oportunidad y calidad.

#### 4. DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS

a. A nivel institucional, es fundamental efectuar el seguimiento periódico a todos planes y proyectos, que se implementan en el Hospital y las metas asociadas al plan de gestión de la Gerencia.

b. Los indicadores utilizados para hacer evaluación de la gestión de la gerencia, cuentan con una ficha técnica que especifica sus características, los consolida como área responsable el proceso de planeación, indicadores que están normados y regulados para los informes de gestión que debe presentar la gerencia ante la junta directiva.

c. Los indicadores de ejecución presupuestal son consistentes con el cumplimiento de los resultados del Hospital, de igual manera existen indicadores normados que permite medir los estados financieros de la entidad.

d. El comité de gestión y desempeño, debe profundizar y presentar en sus secciones, los resultados de las auditorias, pas, poas, informe de gestión de la gerencia y de los acuerdos de gestión de los subgerentes, en aras de tomar decisiones sobre el resultado de los mismos.

#### 5. DIMENSION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

a. Se elaboró y aprobó en instancia del comité institucional de gestión y desempeño el plan institucional de archivos "PINAR".

b. Los líderes de procesos, programas o proyectos utilizan los mecanismos de comunicación definidos para el Hospital para interactuar con los grupos de valor y entes de control.

c. El líder planeación recopila información del sistema de control interno y lo comunica a la primera y tercera línea de defensa.



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.630.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

d. Los procedimientos con respecto a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes son claros, se pueden plasmar por escrito, en buzones, en la página WEB institucional, donde se encuentra un link para su recepción.

## 6. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

a. Debe estar disponible procesos de búsqueda y aplicación efectivos, que consoliden y enriquezcan la gestión del hospital, de acuerdo a la actual era digital o de la información que plantea al Estado retos de cambio y de adaptación para mejorar la atención de las necesidades de los ciudadanos quienes exigen respuestas más rápidas y efectivas para la garantía de sus derechos.

b. Se tienen definidos proyectos y metas de innovación a corto, mediano y largo plazo.

c. Se actualiza el sistema de dinámica gerencial "NET"

d. Se actualiza y retroalimenta la Pagina y se tiene en cuenta la ley 1712 de 2014, de acceso a la transparencia de la información pública y atención al ciudadano.

## 7. DIMENSION DE CONTROL INTERNO

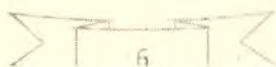
a. Se cuenta con espacios de participación para todo el personal, donde son escuchados por el representante legal y la alta dirección.

b. Se cuenta con un canal de comunicación directo, donde los servidores y contratistas pueden dar a conocer sus opiniones y/o denuncias.

c. Se han definido lineamientos para el sistema de control interno en las siguientes materias:

- Gestión del Riesgo (Política institucional de riesgos)
- Comunicaciones internas y externas
- Plan anticorrupción
- Planeación estratégica
- Productos y servicios de la entidad

d. El comité coordinador de control interno aprueba y retroalimenta el Plan Anual de Auditorias que presenta el jefe de control interno.





"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. II NIVEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

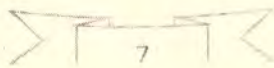
INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- e. Se hace una evaluación independiente, mediante auditorias, ya que se cuenta con una oficina de control interno.
- f. Se hace una identificación de riesgos relacionados con fraude y corrupción. (Plan anticorrupción y atención al ciudadano anual), para lo corrido de la vigencia se han detectado cuatro (4) actos posibles de corrupción, los cuales se reportaron a la gerencia.
- g. A través de la oficina de control interno disciplinario se investiga el incumplimiento de las normas de conducta y ética.
- h. Se evalúa el MECI, el mapa de riesgos institucional y el plan anticorrupción y atención al ciudadano.
- i. Se participa en el comité departamental de auditoria de Cundinamarca que reúne a todos los jefes de control interno de las entidades públicas del Departamento
- j. El jefe de control interno evalúa y alerta oportunamente sobre cambios que afecten la exposición del hospital a riesgos de corrupción y fraude.
- k. Se suministra recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.
- l. Se evalúa si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional.

## DEBILIDADES

### 1. DIMENSION DE TALENTO HUMANO

- a. No existe un control efectivo sobre el pago para las cesantías retroactivas, el cual es el aplicado para aquellos contratos celebrados antes de la entrada en vigencia de la ley 50 de 1990 para los empleados del sector privado, de la ley 344 de 1996 para los funcionarios de los órganos







"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

y entidades del Estado y de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 para los funcionarios del sector salud.

- b. No existe un control efectivo en la liquidación anual, que se debe hacer sobre los factores salariales que aplican en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para los funcionarios que les aplica la liquidación de las cesantías retroactivas.
- c. No se volvió a reunir el comité de cesantías, como mecanismo de aprobación de las liquidaciones anuales en aplicación de los factores salariales, que se deben tener en cuenta de acuerdo a lo establecido por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, para las cesantías retroactivas, y de igual forma no se hace la revisión de los pagos que se hacen como cesantías parciales, definitivas y de retiro y el saldo que se le queda adeudando al funcionario.
- d. Se carece de un control efectivo que determine las cesantías consolidadas, cesantías pagadas y cesantías adeudadas, que vaya en transversalidad con el fondo de pensiones donde se les consignan anualmente las cesantías a los funcionarios que se encuentra bajo el régimen de cesantías retroactivas, por lo tanto no se ve una conciliación entre el fondo de pensiones y el Hospital.
- e. El hospital no cuenta con estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés.
- f. La inversión de recursos no se prioriza de acuerdo a la programación y necesidades de capacitación.
- g. No se lleva un control en las elecciones de los diferentes comités y comisiones.
- h. El clima laboral no se interviene a partir de su medición y sus resultados.
- i. El nivel básico en que se encuentra la madurez de la Gestión Estratégica, del Talento Humano.
- j. Coherencia entre los resultados de la evaluación del desempeño laboral y el cumplimiento de las metas institucionales.
- k. La revisión de las hojas de vida no se hace con los suficientes atributos que permitan identificar su integridad.





INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

l. Se debe fortalecer en el hospital la estrategia de cambio cultural el manejo de conflicto de intereses, el fortalecimiento de la declaración de bienes y rentas, la gestión del riesgo y el control interno.

m. Los funcionarios no reportan al proceso de Talento Humano sus declaraciones de rentas y bienes.

## 2. DIMENSION DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

a. Falta fortalecimiento en la implementación de la política de administración de riesgos, se queda reflejado en el documento y el plan o programa para la aplicación de la política de la administración del riesgo, quedándose en una evaluación documental de un mapa de riesgos institucional, de la cual no se toman decisiones en aras de mitigar el riesgo, con el fin de que no se materialice.

b. Se sigue manteniendo el riesgo constantemente reflejado en los mapas de riesgos de los procesos y subprocesos, y por supuesto también el mapa de riesgos institucional, igual sucede con el mapa de riesgos de corrupción, por eso año tras año se ven reflejados en su mayoría los mismos riesgos.

c. Es importante tener en cuenta la información resultante de la evaluación de riesgo, como del mapa de riesgos, como el de corrupción.

d. Los mecanismos de control y evaluación se deben fortalecer y se deben realizar para las fechas fijadas, sobre todo en los POAs de la vigencia que presentaron los procesos y subprocesos.

e. Se debe dejar claro que a partir del entendimiento de los objetivos institucionales se realice una revisión técnica que oriente el modelo de operación por procesos a una estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines.

f. Los inventarios deben ser planeados, verificados, y hacer su trazabilidad en aras de mitigar los riesgos que se ha venido presentando. Inventarios que han sido sobre diagnosticados por la oficina de control interno, mediante varias auditorias, pero siguen siendo de alto riesgo por la no aplicación procedimental establecida para los mismos en los ingresos y egresos que se hacen, de acuerdo a las solicitudes de pedido y ordenes de despacho.



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

g. No existe un autocontrol mediante selectivas, de las existencias de los inventarios por parte de los encargados de las bodegas que tienen a sus cargos inventarios, se da tanto para los inventarios de bienes de consumo como para los inventarios de activos fijos.

h. En los inventarios se deben aprobar los ajustes en el comité de inventarios, mediante justificaciones que reúnan los suficientes atributos de confiabilidad, procesibilidad, y registro contable.

i. Los registros contables no son coherentes con la realidad de las existencias de los inventarios

j. Los procedimientos de pedidos, suministros, y devolución de medicamentos, no se hacen con el cumplimiento del ejercicio procedimental establecido, conllevando a que realicen ajustes contables por sobrantes de insumos y faltantes, que no presentan las suficientes justificaciones administrativas y contables.

### 3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

a. No tener actualmente una infraestructura moderna y tecnológica, que cubra la demanda de la población que por referenciación geográfica tiene el Hospital, como es la de la provincia del Sumapaz y de la su red sur a la que pertenece.

### 4. DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS

a. No existe un monitoreo oportuno para generar intervenciones, que aseguren el cumplimiento de las metas institucionales.

b. No existe un tablero y batería de indicadores para hacer seguimiento y evaluación de la gestión de los procesos y subprocesos en tiempo real, que le permita a la gerencia tomar decisiones inmediatas de acuerdo a lo que observa en el tablero de indicadores.

c. La prestación de servicios a partir de las encuestas de satisfacción de los ciudadanos, no establece planes de mejoramiento reales, dejándolo en correctivos.

d. Monitoreo a la gestión del riesgo y control.



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- e. Los planes de mejoramiento no se cumplen en la mayoría de los casos.
- b. El comité de gestión y desempeño, debe profundizar y presentar en sus secciones, los resultados de las auditorias, pas, poas, informe de gestión de la gerencia y de los acuerdos de gestión de los subgerentes, en aras de tomar decisiones sobre el resultado de los mismos.

### 5. DIMENSION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- a. Fortalecer la matriz de cumplimiento de la ley 1712 de 2014, que le apunta al gobierno digital, a la transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación de la ciudadanía en la gestión pública.
- b. Las tablas de retención documental TRD no están acordes con el organigrama y la organización interna del Hospital.
- c. Debilidad por parte de los procesos y subprocesos en la gestión de los archivos y la creación de los mismos de acuerdo con la producción documental del área y la TRD establecida, además de no contar gestión de los expedientes virtuales y la creación de los mismos de acuerdo con la producción documental del área y la TRD establecida.
- d. No se asegura la trazabilidad sobre las transacciones realizadas en los sistemas de información.
- e. Existen riesgos de seguridad y privacidad de la información

### 6. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

- a. No fomentar la transferencia del conocimiento hacia fuera de la entidad.

### 7. DIMENSION DE CONTROL INTERNO

- La comunicación interna requerida no es comunicada para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.
- No se genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.



INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.630.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

## RECOMENDACIONES

### 1. DIMENSION DE TALENTO HUMANO

- Establecer un control efectivo sobre el pago para las cesantías retroactivas, el cual es el aplicado para aquellos contratos celebrados antes de la entrada en vigencia de la ley 50 de 1990 para los empleados del sector privado, de la ley 344 de 1996 para los funcionarios de los órganos y entidades del Estado y de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 para los funcionarios del sector salud.
- Establecer y generar un control efectivo sobre la liquidación anual, que se debe hacer sobre los factores salariales que aplican en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para los funcionarios que les aplica la liquidación las cesantías retroactivas.
- Reunir el comité de cesantías, como mecanismo de aprobación de las liquidaciones anuales en aplicación de los factores salariales, que se deben tener en cuenta de acuerdo a lo establecido por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, para las de cesantías retroactivas.
- Hacer por parte del comité de cesantías la revisión y verificación de los pagos que se hacen como cesantías parciales, definitivas y de retiro y el saldo que se le queda adeudando al funcionario, como mecanismo de blindar al ordenador del gasto.
- Establecer y generar un control efectivo que determine las cesantías consolidadas, cesantías pagadas y cesantías adeudadas, que vaya en transversalidad con el fondo de pensiones donde se les consignan anualmente las cesantías a los funcionarios que se encuentra bajo el régimen de cesantías retroactivas, por lo tanto debe haber una conciliación entre el fondo de pensiones y el Hospital.
- Crear estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés.
- Priorizar la inversión de los recursos de acuerdo a la programación y necesidades de capacitación
- Controlar, verificar y hacer seguimiento con trazabilidad de las elecciones de los diferentes comités y comisiones.



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- Intervenir el clima laboral a partir de su medición y sus resultados.
- Revisar las hojas de vida para que permita observar los suficientes atributos que permitan identificar su integridad y veracidad.
- Fortalecer en el hospital la estrategia de cambio cultural, el manejo de conflicto de intereses, el fortalecimiento de la declaración de bienes y rentas, la gestión del riesgo y el control interno.

## 2. DIMENSION DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

- Fortalecer la implementación de la política de administración de riesgos
- Tener en cuenta la información resultante de la evaluación de riesgo, como del mapa de riesgos, como el de corrupción, en aras de establecer indicadores de seguimiento mediante controles efectivos.
- Controles que fortalezcan y garanticen la consistencia de la información, en aras de que en las conciliaciones realizadas se identifiquen las diferencias y pasar a realizar los ajustes y correcciones que permitan tener saldo iguales en los registros contables, tesorería y bancos.
- Los mecanismos de control y evaluación se deben fortalecer y se deben realizar para las fechas fijadas, es especial para los POAs de los procesos y subprocesos.
- Se debe dejar claro que a partir del entendimiento de los objetivos institucionales se realice una revisión técnica que oriente el modelo de operación por procesos a una estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines
- Los inventarios deben ser planeados, verificados, y hacer su trazabilidad en aras de mitigar los riesgos que se ha venido presentando y que los hace considerar en concepto de la oficina de control interno de alto riesgo.
- Para los inventarios se deben aprobar los ajustes en el comité de inventarios, mediante justificaciones que reúnan los suficientes atributos de confiabilidad, procesabilidad, y registro contable.



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- Se deben aterrizar los registros contables a la realidad de las existencias de los inventarios.
- Los registros contables tienen que ser coherentes con la realidad de las existencias de los inventarios
- Los procedimientos de pedidos, suministros, y devolución de medicamentos, deben hacerse con el cumplimiento del ejercicio procedimental establecido.
- Los ajustes contables por sobrantes de insumos y faltantes, tiene que presentar las suficientes justificaciones administrativas y contables.
- Tener en cuenta la información resultante de la evaluación de riesgo, como del mapa de riesgos, como el de corrupción, y tomar los correctivos de acuerdo a los hallazgos que se reflejen en el seguimiento y evaluación.

### 3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

- En cuanto a las tecnologías de la información y los sistemas de información, el Hospital debe realizar un auto diagnóstico pronto de lo que actualmente se tiene y compararlo con las gestiones de avances y desempeño que se envían en el formulario de reportes de avances de la gestión "FURAG" II, al Departamento Administrativo de la Función Pública. "DAFP", que permita fortalecer las tecnologías de la información y los sistemas de información del Hospital, en cuanto a políticas digitales, y de seguridad digital, y las políticas que deben generarse para esta dimensión, como la de política de participación ciudadana en la gestión pública, política en la racionalización de trámites y política de servicio y política de servicio al ciudadano.
- Establecer el mecanismo o procedimiento para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas por los periodistas, menores de edad, personas en situación de discapacidad y mujeres embarazadas.
- Plasmar la rendición de cuentas en un documento que identifique las oportunidades, debilidades, retos institucionales o acciones de mejoramiento, de los cual tenga conocimiento los ciudadanos y usuarios, como principio de acceso de transparencia y acceso la información pública
- Establecer el plan estratégico de tecnologías de la información "PETI"



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

➤ Fortalecer la trazabilidad sobre las transacciones realizadas en los sistemas de información.

#### 4. DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS

➤ Generar un monitoreo oportuno para generar intervenciones, que aseguren el cumplimiento de las metas institucionales.

➤ Establecer un tablero y batería de indicadores para hacer seguimiento y evaluación de la gestión de los procesos y subprocesos en tiempo real, que le permita a la gerencia tomar decisiones inmediatas de acuerdo a lo que observa en el tablero de indicadores.

➤ Establecer planes de mejoramiento a partir de las encuestas de satisfacción de los ciudadanos.

➤ Monitoreo a la gestión del riesgo y control

#### 5. DIMENSION INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

➤ Se debe contar con servidores públicos y contratistas bien informados, sobre cómo opera la entidad, y con ciudadanos bien informados sobre cómo hacer efectivos sus derechos, fomenta la eficiencia, la eficacia, la calidad y la transparencia en la gestión pública, la rendición de cuentas por parte de la administración y el control social ciudadano.

➤ Debe existir una Política de Gestión Documental con una adecuada gestión de los documentos que soporten la información (física, electrónica, audiovisual, entre otros). Con esta política se debe buscar una mayor eficiencia administrativa en la gestión documental; la defensa de los derechos (de los ciudadanos, los servidores públicos y las entidades del Estado); la promoción de la transparencia y acceso a la información pública; la seguridad de la información y atención de contingencias.





"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- Fortalecimiento de los procesos y subprocesos en la gestión de los archivos y la creación de los mismos de acuerdo con la producción documental del área, que permita identificar los archivos gestión, archivo permanente, archivo a eliminar y archivo histórico.
- Actualizar las tablas de retención documental TRD de acuerdo al organigrama y la organización interna del Hospital.
- Mitigar riesgos de seguridad y privacidad de la información.

## 6. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

- Propiciar el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores públicos, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promueve la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo.
- Sustener las acciones que desarrolla el Hospital para conservar el conocimiento de los funcionarios.
- Transferencia de conocimiento de los proveedores y los contratistas hacia el Hospital.
- Memoria institucional recopilada y disponible para consulta y análisis.
- Alianzas estratégicas o grupos de investigación donde se revisen sus experiencias y se compartan con otros, generando mejora en sus procesos y resultados.

## 7. DIMENSION DE CONTROL INTERNO

Se deben asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI y los componentes de la Dimensión de control interno, de acuerdo al modelo integrado de planeación y gestión "MIPG!", como son:

Componente de la Dimensión de Control Interno

- Ambiente de Control
- Gestión de los riesgos Institucionales
- Actividades de control
- Información y comunicación



"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. - II NIVEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME CUATRIMESTRAL PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011. NIT 890.680.025.1.			
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS	PERIODO INFORME	DE 01 DE NOVIEMBRE DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE 2019
		FECHA DE INFORME Y PRESENTACION.	30 DE ENERO DE 2020

- Monitoreo o supervisión continua

Líneas de defensa del MECI

- Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

El Representante Legal y su equipo directivo son los responsables de diseñar, mantener y mejorar el SCI.

- Primera Línea – Líderes de proceso y subprocesos
  - Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo,
  - Tercera Línea – Oficina de Control Interno
- Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.
- Generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.

Cordialmente,

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

c.c. Dr: Jairo Bobadilla Montenegro  
Proceso de Planeación  
c.c. Dr: Javier Melo Rivera  
Sistemas de información  
c.c. Via email Líderes Procesos y Subprocesos  
c.c. Correspondencia  
c.c. Archivo