



**Hospital Universitario del Valle  
“Evaristo García” E.S.E.**

**Informe Pormenorizado del  
Estado del Sistema de Control Interno**

**Período de Evaluación:  
1 de noviembre al 31 de diciembre 2019**

**Oficina de Control Interno  
Ervin Udency Rizo Tigreros**

**Santiago de Cali, enero 2020**



## **INFORME PORMENORIZADO ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

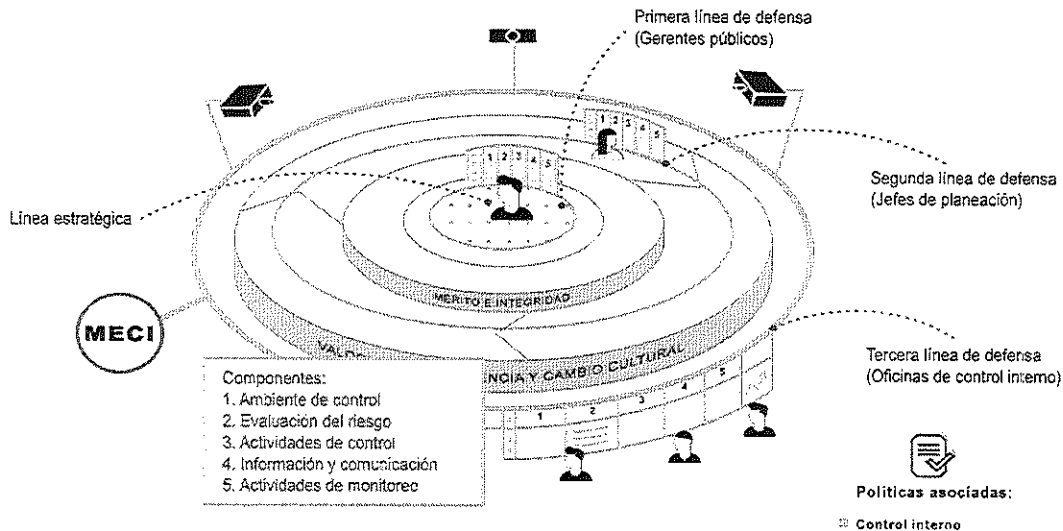
De conformidad con las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y del artículo 156 del Decreto 2106 del 2019, la Oficina de Control Interno presenta los resultados del seguimiento al Estado del Sistema de Control Interno del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., correspondiente al período del 1 de noviembre al 31 de diciembre del 2019, con el fin de normalizar la periodicidad semestral, en concordancia con lo estipulado en la Circular Externa No. 100-006.

El MIPG opera a través de la puesta en marcha de siete dimensiones que recogen los aspectos más importantes de las prácticas y procesos que adelanta la entidad para transformar insumos en resultados, esto es, una gestión y un desempeño institucional que generan valor público y establece lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión pública y estipula la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- como instrumento de articulación y reporte de la planeación.

### **Implementación del Modelo – MIPG**

En el proceso de implementación del Modelo, el Hospital: realizó la evaluación a través del FURAG, conformó el Comité de Gestión y Desempeño que se encuentra en funcionamiento, diligenció los autodiagnósticos los cuales han tenido revisiones, diseño y están en implementación las políticas de gestión y desempeño, formuló los planes estratégicos e institucionales, ajusto el código de ética con las directrices del modelo y paso a ser el código de integridad. Actualmente se está realizando evaluación de la implementación del modelo por cada dimensión, diagnóstico que será la base para el diseño del plan de acción del MIPG para la vigencia 2020. En la institución aún no se puede hablar de un cambio cultural, pero se está trabajando en este sentido, como propósito fundamental del MIPG.

## CONTROL INTERNO – Séptima Dimensión



Este informe se presenta bajo la estructura del Modelo MECI, enfocado en la séptima dimensión de control interno, de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, actualizado en un esquema de cinco (5) componentes: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación del Riesgo, 3) Actividades de Control, 4) Información y Comunicación y 5) Actividades de Monitoreo.

### 1. AMBIENTE DE CONTROL

Este componente se fortalece con el desarrollo de las dimensiones de Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados y especialmente con Talento Humano, siendo el corazón del MIPG.

#### *Compromiso con la Integridad:*

Se cuenta con el Código de Integridad, en este proceso se realizaron modificaciones con relación a los valores institucionales, para ello se llevó a cabo una jornada de votación en la que los funcionarios eligieron valores adicionales con los cuales se identificaban y se adoptaron los 5 valores recomendados por el MIPG. Dicho documento se encuentra controlado y publicado. Se realizó socialización de los valores y campaña para su despliegue en las áreas de laboratorio, patología, planeación, farmacia, gerencia, subgerencia. Administrativa, financiera, jurídica, tesorería, costos, presupuesto, contabilidad y contratación.



### *Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:*

En el período evaluado se llevó a cabo el último comité de la vigencia 2019, acta 03-2019, en la cual se trataron los siguientes temas:

- Administración del Riesgo: donde se informaron los resultados del seguimiento al Plan de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, así como del seguimiento a los riesgos por proceso.
- Informe por dependencias: sobre el informe de evaluación por áreas, que se realiza en cumplimiento de la Ley 909/2004, se solicitó el cierre de los planes de acción por proceso con corte al 31 de diciembre/19, como insumo para dicho informe que realiza la Oficina de Control Interno.

Se realizó y publicó el último seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC, en el portal institucional Z:\GESTION DOCUMENTAL VIGENCIA 2019\2. INFORMES\INFORME PLAN ANTICORRUPCIÓN Y MAPA DE RIESGOS\Seguimiento diciembre 2019\INFORME SEGUIM ESTRATEGIA CORRUPCIÓN DIC.pdf. Este seguimiento es preventivo y su propósito es fortalecer la gestión administrativa para contribuir al cumplimiento de las metas institucionales mediante la mejora continua de los procesos.

El comité Directivo se reúne semanalmente, a través del cual se realiza seguimiento al avance de los compromisos y se retroalimenta sobre información indispensable para la toma de decisiones. Igualmente, en el Comité de Gerentes se efectúa monitoreo al tablero de mandos institucional en forma periódica.

La Oficina Asesora de Planeación, tiene como mecanismo de monitoreo a la gestión, el seguimiento al cumplimiento de los planes de acción por proceso que realiza cada tres meses. El último seguimiento a la gestión institucional se realizó con corte al mes de octubre, con un cumplimiento del plan de acción institucional del 82%. El informe de cierre a la gestión vigencia 2019, se tendrá en el mes de enero 2020.

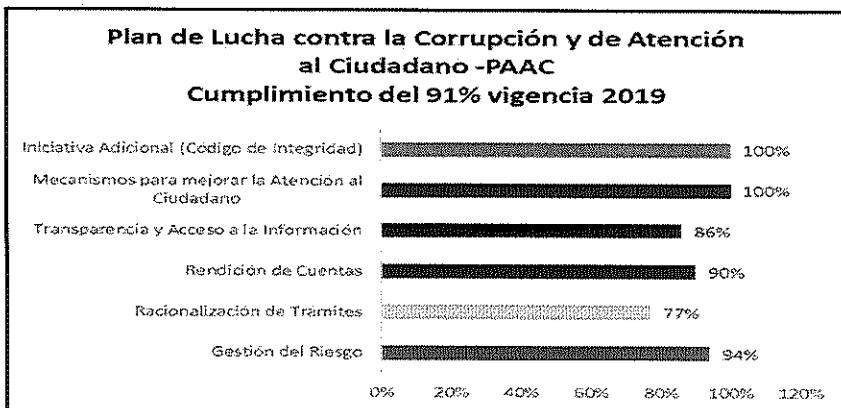
## **2- GESTIÓN DEL RIESGO**

La Gestión del Riesgo se fortalece a través de las dimensiones de Direccionamiento Estratégico, Gestión con Valores para Resultados y de Talento Humano.

En este componente se presenta la gestión a los riesgos realizada en la institución a través del diseño y seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional y por proceso y al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC.

*Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:*

El PAAC se desarrolla mediante 6 componentes: Gestión del Riesgo, Rendición de Cuentas, Racionalización de trámites, Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, Mecanismos para la transparencia y acceso a la información y las Iniciativas adicionales. El último seguimiento de la vigencia 2019, arrojó el siguiente resultado por componente:



Fuente: Elaboración propia. Control Interno diciembre 2019

En el componente Racionalización de Trámites la Institución solo alcanzó el 77% de cumplimiento, debido a 4 trámites que no se han cargado en el SUIT, los cuales deben ser aprobados por el DAFP.

La Entidad ha avanzado en el cumplimiento de la Ley de Transparencia, sin embargo, tiene actividades que no se ha cumplido, como son lo relacionado con datos abiertos y el índice de información clasificada y reservada, razón por la cual el componente de Transparencia y Acceso a información, al terminar la vigencia, obtuvo un cumplimiento del 86%.

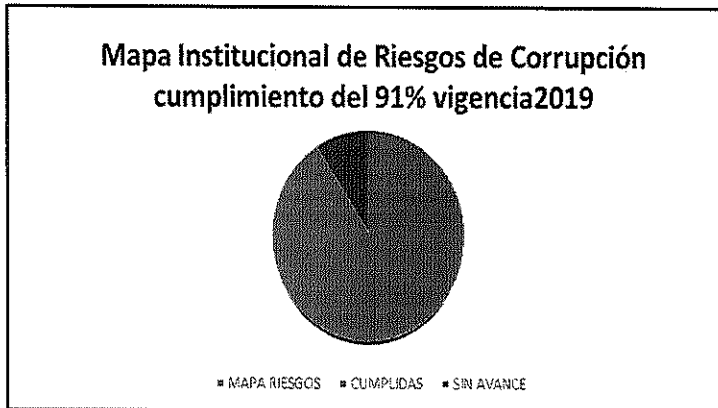
Los componentes de Rendición de Cuentas y Gestión del Riesgo, aunque no alcanzaron el 100% de cumplimiento, son porcentajes aceptables de gestión, en los cuales las actividades pendientes de cumplir están relacionadas con publicación y socialización de información, que se cumplirán en el primer trimestre de la siguiente vigencia.

*El Mapa de Riesgos Institucional:*

La Gestión de los riesgos institucionales hacen referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

El Mapa de Riesgos de Corrupción de la Entidad vigencia 2019, contó con 10 Riesgos de Corrupción, 3 de gestión y 3 de seguridad digital, para los cuales se propusieron 44 actividades para mitigarlos.

El cierre a las acciones del mapa a diciembre de 2019, arrojó un cumplimiento del 91%:



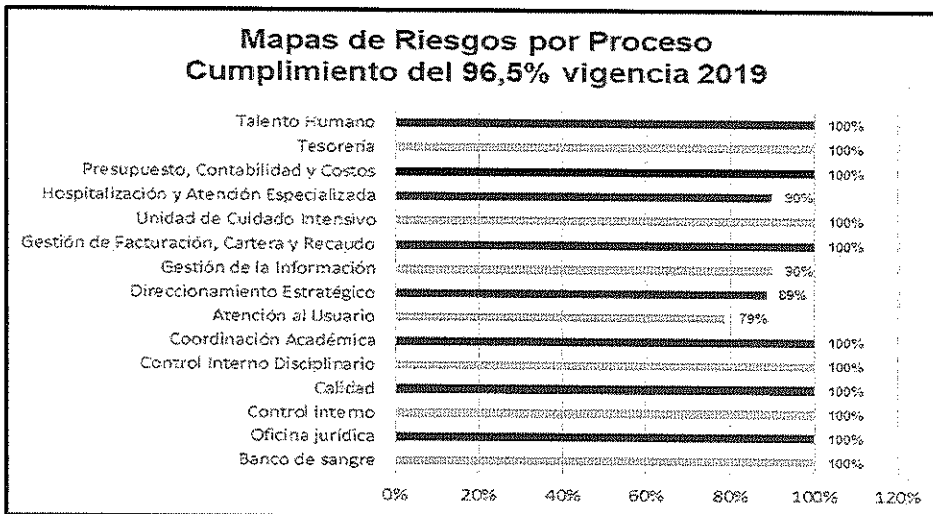
Fuente: Elaboración propia. Control Interno septiembre 2019

Las acciones pendientes por cumplir, registradas en el mapa Institucional de Riesgos de Corrupción, son:

- Procesos que se encuentran acéfalos y requieren nombramiento de líder
- Protección del área contigua al archivo central del HUV.
- Entrega y el recibo de turno en áreas asistenciales.

*Riesgos por proceso:*

Se realizó seguimiento a 15 de los 21 procesos institucionales, lo cual representa el 71%. El siguiente cuadro muestra los procesos objeto del seguimiento y el porcentaje de cumplimiento de las acciones registradas en el mapa de riesgos:



Como se observa en el gráfico anterior, la Institución presenta un cumplimiento positivo en las acciones registradas en el mapa de riesgos por proceso, alcanzando en promedio el 96,5%. Las actividades que no se llevaron a cabo están relacionadas con el mantenimiento y actualización de la herramienta tecnológica CROSS, la interconsulta socio familiar por trabajo social en el aplicativo Servinte- Historia Clínica y seguridad en el área contigua al archivo central.

### 3- ACTIVIDADES DE CONTROL

Las actividades de control son las acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos. La Entidad diseñó las políticas de gestión y desempeño institucional, de acuerdo con las directrices formuladas en el Decreto 1499/ 2017

Los diferentes Comités que funcionan en la Entidad son mecanismos de control, toda vez que allí se exponen los avances en la gestión y las dificultades presentadas, a partir de las cuales se toman decisiones y se asignan responsabilidades.

A través del correo interno institucional, intranet, redes sociales y por Evaristo el + Visto se envía información actualizada sobre eventos, directrices y noticias. En noviembre y diciembre se publicó información relacionada con:

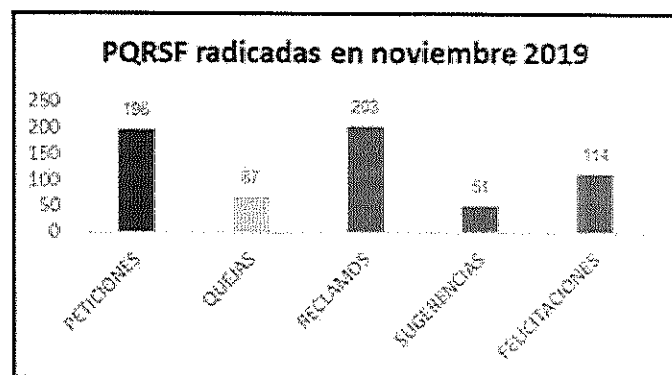
- Campaña de diagnóstico rápido del VIH.
- Publicación en DARUMA de los documentos: Guía de práctica clínica medicina transfusional y de Administración de hemocomponentes.
- Clasificación del servicio de Urgencias: Triage I-II-III-IV y V.

- El HUV eta en proceso de convertirse en Centro de Referencia para las Enfermedades Huérfanas en el Suroccidente Colombiano.
- Primer taller ecografía doppler transcraneal.
- Programación inventario físico en almacén general, cierre vigencia 2019.

#### Atención al Usuario:

Mediante la herramienta CROSS se registran las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. En el mes de noviembre 2019 se radicaron un total de 631 PQRSF, discriminadas así:

PQRSF NOVIEMBRE 2019	
PQRSF	NOV
Peticiones	196
Quejas	67
Reclamos	203
Sugerencias	51
Felicitaciones	114
<b>TOTAL</b>	<b>631</b>



Fuente: página web, atención al usuario- indicadores, elaboración Control Interno diciembre 2019

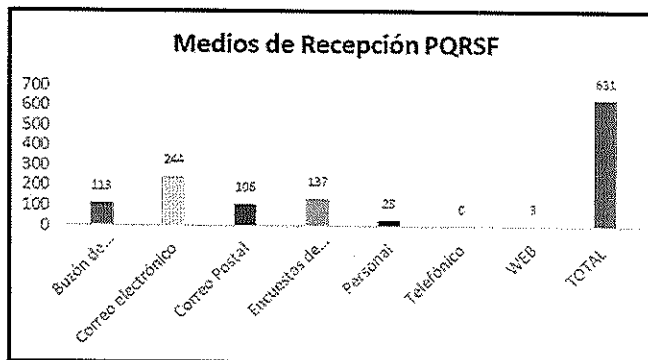
#### 4- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La información y la comunicación en la Entidad se realiza a través de publicaciones en la intranet y página web, correo institucional, carteleras y redes sociales (Facebook, WhatsApp, twitter), mediante charlas, en reuniones, información en las diferentes salas dirigida a los usuarios y sus familias, y en rendición de cuentas a la comunidad.

Otro elemento importante de comunicación, son los mecanismos para recepción, registro y atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones – PQRSF. La Institución mantiene y gestiona una serie de canales de servicio, a través de los cuales los grupos de valor, pueden solicitar trámites y servicios sobre temas de competencia de la entidad, los cuales son radicados por la ciudadanía en los diferentes canales disponibles en la institución, como se muestra a continuación:



Canales	# radicados
Buzón de Sugerencias	113
Correo electrónico	244
Correo Postal	106
Encuestas de Satisfacción	137
Personal	28
Telefónico	0
WEB	3
<b>TOTAL</b>	<b>631</b>



Fuente: página web, atención al usuario- indicadores, elaboración Control Interno diciembre 2019

Como se observa en la gráfica, todos los medios están funcionando, y el más utilizado en el mes de noviembre/19 por los usuarios para registrar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones fue el correo electrónico.

## 5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Este componente es transversal a toda la institución y se desarrolla a través de la autoevaluación ejecutada por cada proceso y la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno, permitiendo valorar la efectividad del Sistema Control Interno de la Entidad y los resultados de su gestión, detectando las desviaciones frente a las metas planificadas y realizando recomendaciones.

En el Comité de Gerentes, una vez por semana, se realiza monitoreo a la gestión institucional, con el seguimiento a los indicadores que se reportan por cada proceso, identificando las causas del incumplimiento de las metas, generando acciones de mejora y compromisos por parte de los responsables. Así mismo, en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y en el Comité de Coordinación de Control Interno, se realizan actividades de monitoreo a la gestión en los temas que les compete.

La Oficina de Control Interno en su rol de enfoque hacia la prevención y de evaluación y seguimiento, dio cumplimiento al programa anual de auditorías, aprobado al inicio de la vigencia por el Comité Coordinador de Control Interno. En el periodo evaluado, objeto de este informe, Control Interno realizó las siguientes actividades:

- Seguimiento al Plan de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, a la matriz de riesgos de corrupción y generó un informe de seguimiento a los riesgos por proceso.

- En noviembre radicó el informe pormenorizado correspondiente al período julio-agosto- septiembre-octubre.
- Se diligencio la encuesta del FURAG y se radico en forma oportuna.
- Se dio cumplimiento a la programación de charlas de inducción y reinducción.
- Se realizó cierre a las auditorías de los procesos de: Financiero, Gestión Logística, Coordinación Académica y Oficina Jurídica.

#### Conclusiones y Recomendaciones:

- Se resalta el cumplimiento en los diferentes componentes del PAAC y en el mapa de corrupción y mapas de riesgos por proceso, que, aunque no alcanzaron el 100%, se tiene una curva de ascenso con respecto al histórico, y el compromiso institucional de seguir mejorando.
- La herramienta CROSS, indispensable para la oportuna radicación y respuesta a las PQRSF, ha funcionado sin mayores inconvenientes, sin embargo, es fundamental contar con el contrato de mantenimiento y actualización como medida de control ante el riesgo de pérdida de información si no se cuenta con éste.
- Implementar medidas de seguridad para el archivo central, reduciendo el riesgo de pérdida de información.
- Continuar trabajando en el cumplimiento de la Ley de transparencia, (datos abiertos, índice de información clasificada y reservada)
- Cargar en el SUIT los 4 trámites que están pendientes para revisión y aprobación por EL DAFP. Las áreas responsables son: Epidemiología, Imágenes diagnósticas, Servicio de Urgencias y Medicina Física y Rehabilitación.
- Revisar y ajustar, por cada líder, los mapas de riesgos por proceso y radicarlos oportunamente en planeación, para realizar la consolidación en la matriz institucional de los riesgos que se encuentren en zona extrema y alta.



**Ervin Udency Rizo Tigreros**  
Jefe Oficina de Control Interno

Elaborado: Beatriz Elena Santa H.