



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN
NIT 812 003 851 - 0
TEL 7589700 - 7587339 - 7587670 - FAX 7777507
SAHAGUN - CORDOBA

[Handwritten signature]
27 de Enero 23 4:22 pm

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO

Artículo 9 Ley 1474 de 2011

ENTIDAD:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Sahagún Córdoba
JEFE DE CONTROL INTERNO	Paola Andrea Salgado Ordosgoitia
PERIODO EVALUADO:	Enero 01 de 2022 -31 de diciembre de 2022
FECHA DE ELABORACIÓN:	Enero 23 de 2023

INTRODUCCIÓN

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 del 2011, “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del Control Interno de la Gestión Pública”. En el artículo 9, se describe la responsabilidad que tiene el jefe de Control Interno o quien haga sus veces, de presentar anualmente, un informe, que dé cuenta del estado del Sistema de Control y publicarlo en la página web. Para la elaboración del presente informe se tienen en cuenta los avances alcanzados y las dificultades que se presentan en cada uno de los módulos, componentes y elementos que hacen parte del MECI, y las recomendaciones que sean del caso.

El decreto 1499 de 2017 “por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, decreto único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015, determinó que el sistema de control interno previsto en la ley 87 de 1993 y en la 489 de 1998, se articulará al sistema de Gestión en el marco de Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG a Través de los mecanismo de control y verificación.

Una de las dimensiones de MIPG es la de “Control Interno”. MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, políticas, métodos, procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para su prevención, verificación y evaluación. Por tanto, para MIPG el Sistema de Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones atiendan su propósito. Permite el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultado de las entidades.

La oficina de control interno de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGUN, de acuerdo a lo dispuesto por la ley 87 de 1993 y en la ley 1474 de 2011 presenta el informe del estado del sistema institucional de control Interno de la ESE correspondiente al periodo Enero - Diciembre_ de 2022.

Este informe permite conocer los resultados de la entidad, sus avances en las directrices, políticas y estrategias dadas por la alta dirección, además en la ejecución de planes, proyectos y programas que determinan los logros alcanzados en la gestión estratégica de la ESE Hospital San Juan de Sahagún, en los siguientes componentes y considerando las 7 dimensiones del modelo integrado de planeación y gestión cuyos componentes asociados al control interno son:

- 1- Ambiente de control
- 2- Evaluación del riesgo
- 3- Actividades de Control
- 4- Información y comunicación
- 5- Actividades de Monitoreo

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION

Avances: Cumpliendo con el Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG, la E.S.E cuenta con el reporte de envío de información a tiempo del formulario FURAG, la E.S.E se encuentra aplicando los correctivos necesarios de acuerdo a la implementación del modelo siguiendo sus dimensiones y políticas enfocando todos los procesos al cumplimiento de la aplicabilidad del modelo.

1.1. GESTION DEL TALENTO HUMANO

El Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG, concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.

Para la formulación de los planes de acción institucional, las entidades deben tener en cuenta lo previsto en la Ley 152 de 1994, y en el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, en el que se establece que debe especificar en él los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión; así mismo, deber incluir tanto los aspectos relacionados con el componente misional como con los relacionados con los planes de que trata el Decreto 612 de 2018.

Avances:

DIMENSION	POLITICA	COMPONENTE	OBSERVACIONES
<p>TALENTO HUMANO</p>	<p>GESTION ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO</p>	<p>PLANEACION</p>	<p>La oficina de recursos humanos desarrollo el autodiagnóstico y se valoró el estado actual de este componente se determinaron qué aspectos a mejorar y fortalecer en las políticas de gestión estratégica del talento humano e integridad dentro de las acciones a mejorar recomendadas por furag se encuentran:</p> <p>1- Impulsar la participación del talento humano para la identificación de necesidades y soluciones para mejorar diferentes aspectos de la gestión institucional de la entidad, como acción para desarrollar una cultura organizacional afín a la gestión del conocimiento y la innovación.</p> <p>2-Desarrollar un diagnóstico de la accesibilidad y análisis de los puestos de trabajo, con recomendaciones para la implementación de ajustes razonables de acuerdo con los servidores públicos vinculados, en especial aquellos con discapacidad.</p> <p>3-Implementar el eje de alianzas interinstitucionales en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.</p> <p>4-Implementar el eje de transformación digital en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.</p> <p>5-Recopilar información sobre el conocimiento que requieren sus dependencias para identificar las necesidades de nuevo conocimiento e innovación</p>

		<p>6-Generar acciones de aprendizaje basadas en problemas o proyectos, dentro de su planeación anual, de acuerdo con las necesidades de conocimiento de la entidad, evaluar los resultados y tomar acciones de mejora.</p> <p>7-Implementar acciones de difusión y seguimiento para garantizar la presentación oportuna de la declaración de bienes y rentas de los servidores públicos en los plazos y condiciones de los artículos 13 al 16 de la Ley 190 de 1995 . Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.</p> <p>8-Identificar los riesgos de conflictos de interés que pueden presentarse en la gestión del talento humano para la gestión preventiva de los mismos y la incorporación de mecanismos de control.</p> <p>La entidad cuenta con la plataforma estratégica en la que se encuentra la misión, visión, principios y valores, esta fue elaborada con líderes de cada proceso y representantes de la comunidad en forma participación comunitaria y se mantiene publicada en la página web del hospital.se socializa a los funcionarios y servidores publico atreves de la inducción.</p> <p>teniendo que en cuenta que el talento humano es el activo más importante de las entidades, la ESE Hospital San Juan de Sahagún, en cabeza de la responsable de este proceso ha</p>
--	--	---

	<p>POLITICA DE INTEGRIDAD</p>	<p>CODIGO DE INTEGRIDAD</p>	<p>venido adelantado la Gestión Estratégica del Talento Humano— GETH con el propósito de dar cumplimiento al decreto No. 612 de 2018. 1. Plan Anual de Vacantes 2. Plan de Previsión de Recursos Humanos 3. Plan Institucional de Capacitación 4. Plan de Incentivos Institucionales 5. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>La ESE cuenta con 30 cargos de los cuales provistos hay 25 Funcionarios de planta, en periodo 2 cargos, provisionalidad 8 cargos y 4 trabajadores oficiales.</p> <p>La ESE adopto el código de integridad de la función pública, el cual contiene los valores que debe tener el Servidor público</p> <p>El sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código, se hará para actualizarlo y garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones.</p> <p>Las recomendaciones para el código de integridad a través del furag fueron :</p> <p>1--Promover que la Alta Dirección participe en las actividades de socialización del código de integridad y principios del servicio público. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.</p> <p>2-Verificar que los valores y principios del servicio público son apropiados por parte de los servidores y hacer recomendaciones en caso de identificar debilidades por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces Implementar el eje de creación de valor público en el Plan Institucional de Capacitación.</p> <p>3-Implementar el eje de probidad y ética de lo público en el Plan Institucional de Capacitación.</p> <p>4-Formular la estrategia para la gestión</p>
--	--------------------------------------	------------------------------------	--

			<p>preventiva de conflictos de interés dentro del marco de la planeación institucional.</p> <p>5-Establecer canales para que los servidores y contratistas de la entidad presenten su declaración de conflictos de interés.</p> <p>6-Establecer al interior de la entidad un proceso para la gestión de los conflictos de interés, donde el servidor público pueda tener claridad de cómo se reporta un posible caso y cuál es el conducto regular a seguir.</p> <p>7-Implementar acciones de difusión y seguimiento para garantizar que los altos directivos y contratistas de la entidad presenten en forma oportuna la declaración que los obliga la Ley 2013 de 2019 . Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.</p>
--	--	--	--

GESTION ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO	CAPACITACIONES	<p>CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL PERIODO EVALUADO</p> <p>En el periodo de Enero-Diciembre de 2023, se realizaron las siguientes capacitaciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. glicemia pre-post- curva de tolerancia 25-11-2022 2. estandarización y manejo de controles de calidad 20-01-2022
---	-----------------------	---

		<p>2. plan de emergencia 03-02-2022</p> <p>3. importancia de las pruebas rápidas en el laboratorio clinico 17-02-2022</p> <p>4. abc control de calidad 18-03-2022</p>
--	--	---

DIFICULTADES:

Las áreas encargadas a la fecha no han entregado los soportes de las capacitaciones relacionadas al inicio de año.

No todas las áreas pasaron cronograma de capacitación a la oficina de talento humano.

RECOMENDACIONES:

Promover que el contacto de los servidores con el Código de integridad sea permanente de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos para que esto ayude al cambio en su comportamiento

Capacitar al jefe de talento humano, en la nueva metodología para la evaluación del desempeño a los funcionarios de carrera.

Implementar en la ESE el programa de Gestión Documental que permita la aplicación de las tablas de retención y hacer periódicamente la depuración de inventarios

Hacer seguimiento por parte del jefe de talento humano de las inducciones y reinducciones dadas a los funcionarios.

Implementar y hacer seguimiento a los funcionarios de planta de que hayan realizado el curso de MIPG y conflicto de intereses.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

El Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG tiene como condición que las entidades tengan claro el horizonte a corto y mediano plazo que le permita priorizar sus recursos y focalizar sus procesos de gestión en la consecución de los resultados con los cuales se garantiza los derechos, satisfacer las necesidades y los problemas de los ciudadanos.

Avances:

<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>		<p>PLANEACION INSTITUCIONAL</p>	<p>La ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGUN tiene claro cuál es su propósito fundamental (misión, visión, razón de ser) para el cual fue creada y que enmarca lo que debe o tiene que hacer; para quién lo debe hacer, es decir, a qué grupo de ciudadanos debe dirigir sus productos y servicios (grupos de valor)</p> <p>Cada entidad debe elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano.</p> <p>Se realizó plan anticorrupción y atención al ciudadano 2022 artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y se encuentra publicado en la página web de la ESE, actualizado por resolución.</p> <p>Se realizaron los planes de acción anual donde se especificaron los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, planes de que trata el Decreto 612 de 2018.</p> <p>Incluir los lineamientos para la evaluación del riesgo en el proceso de planeación de la entidad para diseñar una planeación que garantice la seguridad institucional.</p>
--	--	--	---

		Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	<p>Se elaboraron las ejecuciones presupuestales del año 2022.</p> <p>Se elaboraron los informes de austeridad del gasto público de la ESE hospital correspondientes a todos los periodos del año 2022, cumpliendo con la normatividad y la Ley de Control interno.</p>
--	--	--	--

Dificultades:

La ESE no cuenta con un líder o área responsable encargada del proceso de planeación, se deben asignar estas funciones mediante acto administrativo a un funcionario de planta

RECOMENDACIONES

Contar con un funcionario de planta, encargado mediante acto administrativo de las funciones del proceso de planeación para que lidere el Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG.

Construir y publicar los planes de acción anual donde se especifique los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, planes de que trata el Decreto 612 de 2018.

Con la corrección y actualización del mapa de riesgos y de corrupción se logra Identificar los riesgos estratégicos y de corrupción que impidan el logro del propósito fundamental y metas estratégicas.

2. GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Agrupa un conjunto de políticas, o prácticas e instrumentos que tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

	Política Gobierno Digital	<p>La ESE HOSPITAL SAN JUAN debe dar uso de las TIC como herramientas que permiten optimizar la gestión de la entidad, interactuar de manera ágil y coordinada, trabajar conjuntamente en el diseño y desarrollo de políticas, normas, proyectos y servicios, y dar solución a problemáticas y necesidades de</p>
--	----------------------------------	---

GESTION CON VALORES PARA RESULTADO		<p>Interés público, ya que a través de estas se logran procesos internos seguros y eficientes a través del fortalecimiento de las capacidades de gestión de tecnologías de información y así tomar decisiones basadas en datos, a partir del aumento del uso y aprovechamiento de la información.</p> <p>La E.S.E debe actualizar su página web en la sección de transparencia y acceso a la información el registro de activos de información, así como de los entes que vigilan la entidad.</p> <p>La ESE debe implementar un plan de mantenimiento preventivo a equipos de cómputo y de la infraestructura de TI de la entidad.</p> <p>Ejecutar un plan de formación o capacitación dirigido a servidores públicos para el desarrollo de competencias requeridas en TI.</p>
	Política de Defensa Jurídica	<p>La ESE tiene aprobado comité de conciliaciones según resolución 1824 del 29 de noviembre de 2013,</p> <p>La ESE tiene implementada la política del daño antijurídico la cual fue socializada y aprobada en comité.</p>
	Política de Servicio al ciudadano	<p>La oficina SIAU de la ESE HOSPITAL SAN JUAN realiza mensualmente encuestas encaminadas a medir la satisfacción de los usuarios.</p> <p>Se realizan apertura de buzones de quejas y sugerencias, las cuales son resueltas de forma oportuna a través del comité.</p> <p>La E.S.E debe asesorarse en temas de discapacidad visual para mejorar de la accesibilidad de los usuarios a los trámites y servicios de la entidad.</p> <p>La ESE debe asesorarse en temas de discapacidad auditiva para mejorar de la accesibilidad de los usuarios a los trámites y servicios de la entidad.</p>
	Política de Racionalización de trámites	<p>La ESE se encuentra en proceso de implementación de esta política se debe trabajar en simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos, para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos reduciendo costos, tiempos, Documentos procesos</p>

	Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	<p>Se realizó rendición de cuenta de la vigencia 2022 con participación ciudadana, analizando las recomendaciones u objeciones recibidas en el proceso de participación y efectuando los ajustes a que haya lugar.</p> <p>La ESE debe Establecer etapas de planeación para promover la participación ciudadana utilizando medios digitales.</p>
--	--	---

Dificultades:

Los equipos de cómputos, deben ser repotencializados y/o reemplazados gradualmente, por haber cumplido su vida útil, en cumplimiento de la política de la tecnología de la información y comunicaciones Tics.

RECOMENDACIONES

Implementar la política de gobierno digital TIC, conseguir gradualmente y a medida que las condiciones presupuestales y económicas lo permitan, los equipos de cómputos para dotar a la administración de nuevas herramientas tecnológicas, cuando se vayan requiriendo.

Implementar la plataforma Suit, Simplificar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos, para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos reduciendo costos, tiempos, documentos, procesos.

Terminar con la actualización de la página web.

El componente de racionalización de trámites descrito no se encuentra implementado para su supervisión pues se está en proceso de implementación.

3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Tiene como propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad saber permanentemente el estado de avance de su gestión, plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas, y al final del periodo, determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos. La Evaluación de Resultados permite también definir los efectos de la gestión institucional en la garantía de los derechos, satisfacción de las necesidades y resolución de los problemas de los grupos de valor.

<p>EVALUACION DE RESULTADO</p>	<p>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</p>	<p>Se realizan informe de gestión de indicadores, informe de POA, se realiza seguimiento y evaluación a planes de mejoras.</p> <p>Se puede verificar el desarrollo de las actividades de los procesos al interior de la institución, evaluados periódicamente, a través de seguimiento permanente a través del comité, comité institucional de gestión y desempeño y de auditorías realizadas por la oficina de calidad y control interno.</p> <p>La oficina de control interno a través de auditorías internas y el seguimiento a informe de ley emite informes para que se tengan en cuenta para generar planes de mejoras y para la toma de decisiones.</p> <p>La ESE debe Realizar seguimiento a los indicadores de gestión y utilizar los resultados para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.</p> <p>Se debe Identificar las desviaciones en las metas e implementar acciones para asegurar el logro de los resultados de los indicadores utilizados para hacer seguimiento y evaluación de la gestión de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.</p>
---------------------------------------	--	---

Dificultades:

Se debe continuar con la construcción de indicadores, que nos permitan medir la eficiencia, eficacia, oportunidad y la atención en la prestación de los servicios.

RECOMENDACIONES

Se debe realizar análisis de la información y evaluación de los datos que surgen por el seguimiento y la evaluación para mejorar la prestación de servicios y la satisfacción de los usuarios.

Se debe hacer seguimiento a los planes de mejoramientos desarrollados en la entidad.

Toma de decisiones basada en el análisis de los resultados de los seguimientos, evaluaciones e informes de rendición de cuentas, para lograr los resultados, gestionar más eficiente y eficazmente los recursos y facilitar la información a los ciudadanos y organismos de control.

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Tiene como propósito garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos: para tales fines se requiere

contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

<p>INFORMACION Y COMUNICACIÓN</p>	<p>GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>La ESE elabora el Plan Institucional de Archivos - PINAR como parte del proceso de planeación de la función archivística.</p> <p>La entidad no cuenta con un proceso de Gestión documental para el adecuado funcionamiento, conservación y uso de los archivos.</p> <p>LA ESE debe elaborar las Tablas de Retención Documental de la Entidad.</p> <p>La ESE debe elaborar el documento Sistema Integrado de Conservación -SIC de la entidad.</p> <p>La ESE debe realizar capacitación y sensibilización en el tema de conservación documental relacionada con los soportes físicos que maneja la entidad.</p> <p>La ESE debe realizar el almacenamiento y re-almacenamiento en unidades adecuadas (cajas, carpetas, estantería) para la conservación de los soportes físicos de la entidad.</p> <p>Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para el desarrollo de los instrumentos archivísticos para la adecuada gestión documental, atender los requerimientos de custodia de los documentos, para la infraestructura física requerida para la adecuada gestión documental., .</p>
--	--------------------------------------	---

	<p>TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN</p>	<p>La entidad a través de la oficina SIAU garantiza la atención a la ciudadanía, dando respuesta a las peticiones, quejas y reclamos durante el tiempo y seguimiento a las mismas.</p> <p>La entidad se encuentra implementando su gestión en el tema de transparencia y acceso a la información pública a través de la página web y de cada uno de los líderes de procesos que hacen acompañamiento realizando seguimiento a los indicadores garantizando que sean medidos periódicamente, y se tiene en cuenta esta gestión para ayudar a resolver los Problemas y necesidades del usuario.</p> <p>La ESE debe Cumplir con los lineamientos de la guía de lenguaje claro del PNSC-DNP en cuanto a la información que publica la entidad.</p> <p>La ESE debe disponer el formato accesible para personas en condición de discapacidad visual y auditiva así como psicosocial, o intelectual la información que publica la entidad.</p>
--	---	---

Dificultades:

Gestionar la implementación de un proceso de gestión documental, para la organización, conservación y buen funcionamiento del archivo de la entidad.

RECOMENDACIONES

Implementar la gestión documental y de esta manera soportar la información (física, electrónica, audiovisual, entre otros), para la eficiencia administrativa y defensa de los derechos de los ciudadanos, la promoción de la transparencia y acceso a la información pública; la seguridad de la información y atención de contingencias.

Realizar la gestión de los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento, conservación y uso de los archivos por la entidad y la comunidad.

Actualizar la información de los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites –SUIT

Actualizar la página web dando cumplimiento a la plataforma ITA

5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

Dinamiza el ciclo de política pública, facilita el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconecta el conocimiento entre los servidores y dependencias, y promueve buenas prácticas de gestión.

<p>GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION</p>	<p>GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION</p>	<p>La ESE debe definir un líder ante el comité institucional de gestión y desempeño para implementar la política de gestión del conocimiento y la innovación.</p> <p>La entidad realizo el auto diagnostico con el fin de revisar con que información se cuenta y cual falta por elaborar de este resultado se cuenta con un plan de mejoramiento.</p> <p>En la página web se publica información relevante de la ESE.</p>
--	--	--

RECOMENDACIONES

Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.

6. CONTROL INTERNO

Control Interno, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753, Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG.

MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste.

<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>AMBIENTE DE CONTROL</p>	<p>La ESE actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno según resolución 661 de 9 de abril de 2018.</p> <p>Se realizó el informe y se envió de la información de derechos de autor vigencia 2022.</p>
-------------------------------	-----------------------------------	--

		<p>Se elaboró el informe de austeridad en el gasto público, comparativo trimestral en toda la vigencia 2022.</p> <p>Se realiza el informe semestral del sistema de control interno vigencia 2022.</p> <p>Se le hizo seguimiento al informe de Control Interno contable, el cual fue presentado oportunamente a la Contaduría General de la Nación.</p> <p>Se realizaron auditorías internas a los procesos a considerar y aprobados en el comité de control interno.</p> <p>Se hace seguimiento a los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías externas realizadas por los entes de control.</p> <p>Se hace seguimiento a los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías internas.</p> <p>Se le hizo acompañamiento y seguimiento a la implementación del Modelo integral de Planeación y Gestión MIPG, enviando la información oportuna al Ministerio de hacienda a través del Formato FURAG, se tiene la certificación</p>
	<p>GESTIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES</p>	<p>La ESE Hospital San Juan de Sahagún está realizando la actualización de la matriz de riesgo.</p> <p>Se tiene documentado los mapas de riesgo de corrupción aunque se deben actualizar, donde se identifican las posibles situaciones de fraude que se puede presentar y el tratamiento para su mitigación.</p> <p>La ESE estableció la Política de Administración del Riesgo.</p> <p>Los supervisores e interventores de contratos de la ESE realizan seguimiento a los riesgos de estos para así poder informar las alertas respectivas.</p>
	<p>ACTIVIDADES DE CONTROL</p>	<p>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN, Se está realizando el respectivo seguimiento a los informes y documentos que deben ser publicados en la web institucional.</p>

	Procuraduría General de la Nación Circular 004 de 2019	Se resalta, en este punto, el apoyo brindado por la circular 004 de 2019, a través de la cual solicitó a los representantes legales de la entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público de los órdenes nacional y territorial "dar cumplimiento a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y gestión - MIPG y al reporte del Formulario Único de Reporte y Avance a la Gestión - FURAG, de conformidad con las directrices y fechas indicadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública". La ESE Hospital San Juan, cumplió con el reporte de la información y obtuvo el certificado de envío del FURAG.
		La entidad cuenta con el mapa de riesgos por proceso. Aunque se debe revisar y actualizar. Se deben establecer las políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

<p>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</p>	<p>El SIAU, presento el informe correspondiente al año 2022, se realizó por parte de control interno informe de PQRS de los dos semestres donde se observa que se han dado el respectivo trámite a las peticiones, quejas o reclamos.</p> <p>La entidad realiza constantemente encuestas de satisfacción a fin de tener estadísticas que puedan retroalimentar la información para mejorar cada día en la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios.</p> <p>La ESE utiliza canales de comunicación virtual con que cuenta, tales como redes sociales como Facebook , la página web e instagram los cuales permiten la interacción con los usuarios y socializa la información generada.</p> <p>La ESE cuenta con la línea telefónica de atención para presentar y atender las quejas y reclamos.</p> <p>En los comités realizados para determinar las formas de participación ciudadana y las respuestas dadas a las quejas y reclamos, se presentan informes de cumplimiento de estos componentes, se proyectan acciones para el mejoramiento en la prestación de servicios de salud.</p>
--	--

	MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA	<p>Se están realizando seguimientos al cumplimiento de los planes de mejoramiento existentes, Superintendencia de Salud y Contraloría Departamental</p> <p>Se realizan seguimiento permanente a través del comité de gestión y desempeño y de auditorías realizadas por la oficina de calidad y control interno.</p> <p>La oficina de control interno realizo plan de auditoria, el cual se presentó al comité coordinador de control interno para su aprobación y ejecución, para la vigencia de 2022, las cuales permitieron tomar decisiones oportuna y prevenir situaciones de riesgo y cumplir con los objetivos de la entidad.</p>
--	---	--

RECOMENDACIONES

Actualizar el del mapa de riesgo (incluye riesgo de corrupción)

Analizar el entorno institucional que permite la identificación de los riesgos y sus posibles causas, que permiten asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Capacitar a los líderes de proceso con respecto a identificación, análisis y redacción de riesgos

Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos.

Cumplimiento de los hallazgos, dentro de los términos establecidos en los planes de mejoramiento de la Superintendencia de Salud y contraloría Departamental que se encuentran vigentes.

RECOMENDACIONES GENERALES

Para la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGUN es de gran importancia seguir con la implementación de MIPG para de esta manera articular sus dimensiones a los procesos de la institución y continuar con la implementación del sistema único de identificación de tramites SUIT y del índice de transparencia y acceso a la información ITA para así contribuir con la mayor productividad organizacional y acorde con los fines del estado.

La ESE debe implementar el sistema de gestión del riesgo el cual debe estar articulado con la política de transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.

La ESE debe establecer y fortalecer la estructura para la gestión documental y de archivo tanto física, procedimental y tecnológica.

Se debe realizar un rediseño institucional que contenga una modernización de la estructura organizacional y funcional que conlleve al fortalecimiento de la planta de personal mediante de la creación de nuevos cargos y la actualización de funciones, los cuales deben ir acorde al cumplimiento de los requerimientos para la implementación del modelo integrado de planeación y gestión.

Paola Salgado. O

PAOLA ANDREA SALGADO
ORDOSGOITIA
Control Interno