

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO. LEY 1474 DE 2011

ASESOR DE CONTROL INTERNO	RODRIGO JIMENEZ GUZMAN	PERIODO EVALUADO Noviembre A Febrero DE 2015
		FECHA DE ELABORACION: 5 DE Marzo de 2015

MODULOS DE 1- PLANEACION Y GESTIÓN- 2- EVALUACION Y SEGUIMIENTO 3. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Introducción:

1. La oficina de Control Interno presenta el informe pormenorizado del periodo comprendido entre los meses de Octubre a Febrero de 2015, en cumplimiento a la ley 1474 de 2011 articulo 9 párrafo 3,teniéndose en cuenta la implementación del MECI
2. El Hospital fue categorizado en Riesgo Fiscal y Financiero Medio según la Resolución 1877 del 30 de mayo de 2013 El Programa de Ajuste Fiscal y Financiero no dio el resultado esperado para la vigencia del 2014, pues el reiterado incumplimiento en el pago de cartera por la venta de servicios a las diferentes EPS durante la vigencia , la no cancelación de la Fiducia del Plan de AFF, la competencia desleal de las IPS privadas frente al hospital, los bajos % de cumplimiento, la universalización del aseguramiento, la disminución de la población pobre no asegurada que en nuestro municipio esta por debajo del 1% haciendo que la contratación con la secretaria de salud sea muy baja, las fuentes de financiamiento se han reducido y las EPS remiten a sus Usuarios a las entidades que mas las favorezcan por sus bajos costos , todos estos factores han hecho que la institución siga presentando un déficit financiero motivo por el cual no ha permitido cumplir con sus obligaciones hacia los proveedores y los prestadores de servicios, hecho por el cual la institución continua en un riesgo alto de ser intervenida por el Ministerio de Hacienda y la SuperSalud.
3. Este desequilibrio financiero ha conllevado a un atraso en el pago de los proveedores y personal que labora en el hospital, cabe anotar que las obligaciones por sueldos y honorarios a la fecha del presente informe **5 de Marzo de 2015** al personal de planta se les adeuda los sueldos de los meses de septiembre del 2013, agosto septiembre, octubre de noviembre y prima de diciembre 2014 y Enero de 2015 para el personal de contratación los meses de agosto y septiembre del 2013 y julio, agosto septiembre y octubre del 2014 .
4. El presente informe está sustentado en las 3 últimas fases de implementación del Nuevo Meci en la institución:

A partir del 21 de mayo el decreto 943 del 2014 actualizo el MECI en el momento que fue recibido el decreto la oficina de Control Interno programo reuniones semanales con el grupo SIGA

1. Fase 1. Conocimiento (1 mes) Para dar cumplimiento a esta fase se programaron reuniones con el Grupo SIGA los días 19 y 26 de junio de 2014 con el objetivo de realizar la socialización del Decreto 947 de mayo 21 de 2014 Dar a conocer a los líderes de Apoyo y a los lideres Misionales el marco normativo, los antecedentes y los cambios presentados en el MECI y del manual.

Planeación de las actividades de socialización y sensibilización sobre la actualización del MECI

FASE	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	JUSTIFICACION
CONOCIMIENTO	LECTURA DEL DOCUMENTO	OCI. EQUIPO MECI	19/06/2014	26/06/2014	
	APROBACION DE LOS CONOCIMIENTOS	EQUIPO MECI	19/06/2014	26/06/2014	
	SENSIBILIZACION A LOS SERVIDORES	EQUIPO MECI	19/06/2014	26/06/2014	
DIAGNOSTICO	IDENTIFICACION DE LOS CAMBIOS EN EL MODELO	EQUIPO MECI	19/06/2014	26/06/2014	
	DISEÑO DEL DIAGNOSTICO	EQUIPO MECI	10/07/2014	10/07/2014	
	APLICACIÓN DEL DIAGNOSTICO	EQUIPO MECI Y LIDERES DE PROCESOS	31/07/2014	14/08/2014	
	ANALISIS DEL DIAGNOSTICO	EQUIPO MECI	31/07/2014	28/08/2014	
	IDENTIFICACION DE PUNTOS CRITICOS	EQUIPO MECI	31/07/2014	28/08/2014	
	IDENTIFICACION DE VICTORIAS TEMPRANAS	EQUIPO MECI	31/07/2014	28/08/2014	
PLANEACION DE LA ACTUALIZACION	IDENTIFICACION DE ACTIVIDADES A REALIZAR	EQUIPO MECI Y LIDERES DE PROCESOS	31/08/2014	28/08/2014	
	IDENTIFICACION DE LOS RESPONSABLES DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES	EQUIPO MECI Y LIDERES DE PROCESOS	31/08/2014	28/08/2014	
	DEFINICION DE FECHAS DE INICIO Y FINALES DE LAS ACTIVIDADES	OCI. EQUIPO MECI	04/09/2014	30/10/2014	
EJECUCION Y SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES	OCI. EQUIPO MECI	04/09/2014	30/10/2014	
	REALIZACION DE CORRECCIONES	Control Interno Calidad	04/09/2014	30/10/2014	
CIERRE	COMPILACION DE LOS RESULTADOS	Control Interno Calidad	28/08/2014	21/11/2014	

	PRESENTACION DE LOS RESULTADOS FINALES	Control Interno Caliudad	01/12/2014	05/12/2014	
	REALIZACION DE LAS JORNADAS DE ACTUALIZACION	Control Interno Caliudad	05/12/2014	06/12/2014	
	REALIZACION DEL NUEVO DIAGNOSTICO	Control Interno Caliudad	06/12/201	10/12/2014	
	ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO	Control Interno Caliudad	13/12/2014	20/12/2014	

RODRIGO JIMENEZ GUZMAN_trabajo1

FASE DE PLANEACION DE LA ACTUALIZACIÓN

PLAN DE ACTUALIZACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

Fecha de inicio: 19 de Junio de 2014

Fecha Final Prevista: 15 de Diciembre de 2014

Responsables:

Representante Legal:

Hernán Saa Obregón Gerente (E). _____

Alta Dirección (Lideres de Proceso):

1. Eliana Bermúdez Toro - Auxiliar Administrativa Subgerencia Científica
2. Estephanie Arango P- Auxiliar Administrativa Contratación
3. Raul Alberto Escarria G.- Subgerente Administrativo
4. Robert Antonio Giraldo R. - Auxiliar Administrativo Sistemas
5. Zully Ha Ricard Perea - Auxiliar Administrativa (Contratista)-Contabilidad
6. Luz Fátima Campo P - Tesorera (E)
7. Ma. Lilia Núñez C.- Profesional Universitaria
8. Olga Lucia Sánchez C.- Auxiliar Administrativa Tesorería
9. Milciades Garcia Garcia - Asesor Contable(Contratista)
10. Eucaris Valencia A. - Auxiliar Administrativa Servicios Generales
11. Luis Agobardo Nieto G .- Técnico Informatica-Estadística
12. Edinson Perdomo - Asesor Juridico(Contratista)
13. Oscar Orley Romero - Almacenista
14. Esther Eliana Franco P.- Auxiliar Administrativa Cartera
15. Diana Milena Zambrano - Auxiliar Administrativa Gestión Documental
16. Diana Milena Zuleta - Profesional Universitaria Gestión de Presupuesto
17. Zuleima Giraldo A -. Secretaria
18. Ricardo Marmolejo M - Enfermería Profesional Cirugia
19. Maria Angelica Torres C. - Enfermería Profesional P y P
20. Maria Eunice Ruiz - Técnica Educadora en salud
21. Dinacelly Alba L.- Odontóloga

- 22. Yeimi Carolina Espinosa - Enfermería Profesional de Hospitalización
- 23. Yaravi Maite Llanos G - SIAU
- 24. Dubisa Alvarez C.- Enfermería Profesional Urgencias
- 25. Gilberto Taborda P. Medico con funciones de Auditoria
- 26. Martha lucia Zuluaga M - Bacterióloga.
- 27. Lina Maria Madrid (Asociada Participe de ServiColombia) Apoyo Terapéutico
- 28. Gilberto Taborda - Gestión Médica

Representante de la Dirección:

Raúl Alberto Escarria Garcia _____

Equipo MECI:

Rodrigo Jimenez Guzmán _____

Tatiana Giraldo Mera _____

Fase 2. Diagnóstico (1 mes) A partir del 10 de julio se realizó una encuesta a cada líder del proceso que en aras de aplicar la reducción del gasto y seguir la política de cero papel fue enviada por correo interno La Oficina de Control Interno diseñó una plataforma virtual para el diligenciamiento de la encuesta, con el fin de lograr la participación de todos los LIDERES DE LOS PROCESOS Obteniendo los siguientes resultados:

Los siguientes elementos de los módulos fueron valorizados con un promedio inferior a 3 y a los cuales se les realizó un Plan de Mejoramiento Obligatorio

MODULO **1.Control Estratégico**
COMPONENTE: **1.1 Talento Humano**
ELEMENTO: **1.1.1 ACUERDOS COMPROMISOS O PROTOCOLOS ETICOS**

1 - No se difunden suficientemente los acuerdos y compromisos o protocolos éticos a la ciudadanía o las personas u organizaciones interesadas en gestión de la entidad.

2- No se tienen en cuenta los parámetros del código de ética para la solución de los conflictos internos.

MODULO: **1 CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN**
COMPONENTE: **1.1 COMPONENTE DE TALENTO HUMANO**
ELEMENTO: **1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO**

1-Los procesos de inducción presentan fallas para que el nuevo servidor conozca la cultura de la entidad y todo lo relacionado con el ejercicio de sus funciones

2-La entidad no realiza diagnósticos sobre los requerimientos de personal para el desarrollo de sus planes programas proyectos y procesos

3-No son suficientes los mecanismos de publicidad y difusión de las prácticas de gestión del talento Humano

MODULO 1 CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN

COMPONENTE: 1.2 Direccionamiento Estratégico

ELEMENTO 1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

- 1- La estructura organizacional actual no es la adecuada ya que no esta concebido por procesos sino por cargos lo que dificulta cumplir las funciones que le asigna la ley a la entidad
- 2- La estructura organizacional actual no se adapta a los cambios del entorno (POLITICO;ECONOMICO y SOCIAL)
- 3- La estructura organizacional no refleja los servicios que brinda a todas las partes interesadas

MODULO: 1 CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN

COMPONENTE 1.3 ADMINISTRACION DEL RIESGO

ELEMENTO: 1.3.1 POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

- 1- La Entidad tiene construido el mapa de riesgos institucional falta actualizarlo, en el se llevan todos los riesgos que afectan a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados en los procesos misionales y los que trata la ley 1474 Riesgos de Corrupción

MODULO: 1 CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN

COMPONENTE 1.3 ADMINISTRACION DEL RIESGO

ELEMENTO: 1.3.2 IDENTIFICACION DE RIESGOS

- 1- Los funcionarios no conocen si la entidad ha revisado el documento soporte de contexto estratégico para determinar nuevos factores de riesgo

MODULO 3. INFORMACION Y COMUNICACIÓN


COMPONENTE: 3.1 INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

ELEMENTO : 3.2 SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

- 1- No se cuenta con un mecanismo de seguimiento y evaluación al funcionamiento de los canales de comunicación internos
- 2- No se evidencia haber revisado el plan de comunicación y de hacer los ajustes pertinentes
- 3- No se conoce el plan de comunicaciones plenamente por lo tanto no ha facilitado el flujo de información en la entidad tanto descendente, ascendente y transversal, contribuya al logro de los objetivos institucionales

- 4- No conocen la divulgación de los indicadores definidos por la entidad para evaluar su gestión, a través de la página web y otros medios de amplia cobertura
- 5- No conocen si la ciudadanía y organizaciones sociales tienen acceso a información sobre los procedimientos de vinculación del recurso humano a la entidad?
- 6- No se conoce plenamente los lineamientos establecidos en la Ley 962 de 2005 (Antitrámites) para sus procesos de atención a la ciudadanía

3- Fase de planeación de la actualización Se realizó el listado de actividades producto del diagnóstico. Para tal efecto se propuso un formato de plan de trabajo, en este formato se incluyeron las actividades mínimas que deben realizarse y se priorizaron las acciones según el estado en que se encontraron.

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - VALLE DEL CAUCA PLAN DE TRABAJO MECI 2014																				
RESPONSABLES DEL PLAN DE ACCIÓN :				PLAN DE TRABAJO MECI 2014				TABLERO DE CONTROL												
ASESOR DE CONTROL INTERNO Y ASESORA DE CALIDAD				RODRIGO JINEBAZ C				Fecha Inicio		Jun-14										
				YATINA GIRALDO H.				Fecha Final		31-Dic-14										
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTOS MÍNIMOS	DOCUMENTADO	NO DOCUMENTADO	FECHA [CREANDO]												POR REALIZAR 2014	POR ACTUALIZAR -	OBSERVACIONES	RESPONSABLES
					JUN	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY				
1		DOCUMENTOS CON LOS PRINCIPIOS Y VALORES DE LA ENTIDAD, CONSTRUIDO PARTICIPATIVA	SI																Las condiciones del elemento de control están operando. Existe evidencia documental de su cumplimiento.	GERENCIA
2	ELEMENTO DE CONTROL ESTRATEGICO PROMEDIO DE 3.5	ACTO ADMINISTRATIVO QUE ADOPTA EL DOCUMENTO CON LOS PRINCIPIOS Y VALORES DE LA ENTIDAD	NO	Las condiciones del elemento de control están definidas pero no formalizadas												Las condiciones del elemento de control están definidas pero no formalizadas		NO SE EVIDENCIA ACTO ADMINISTRATIVO	GERENCIA	
3		SOCIALIZACION DE LOS PRINCIPIOS Y VALORES DE LA ENTIDAD	SI													Las condiciones del elemento de control están definidas pero no		FALTA EVIDENCIA DE SOCIALIZACION	Gestión Talento Humano	
4		OTROS (POLITICAS DEL BUEN GOBIERNO, DE COMPORTAMIENTO Y DEL BUEN VESTIR)	SI													FALTA ACTUALIZACION		Las condiciones del elemento de control están documentadas y autorizadas.	GERENCIA	
5		MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES	SI															Las condiciones del elemento de control están documentadas y autorizadas.	TALENTO HUMANO	
6		PLAN INSTITUCIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION	SI															Las condiciones del elemento de control están operando. Existe evidencia documental de su cumplimiento.	TALENTO HUMANO	

5. Fase de ejecución y Seguimiento: mediante esta fase se llevaron a cabo las acciones definidas en el plan de actualización, y se realizarán los seguimientos necesarios para tomar los correctivos necesarios que permitieran llevar a cabo la actualización.

TABLERO DE CONTROL					
No.	ACTIVIDAD	PRODUCTOS MINIMOS	DOCUMENTADO	NO DOCUMENTADO	OBSERVACIONES
	MECI 1000/2014	DESCRIPCION DEL CONTENIDO			
1	ELEMENTO DE CONTROL ESTRATEGICO PROMEDIO DE 3.5	DOCUMENTOS CON LOS PRINCIPIOS Y VALORES DE LA ENTIDAD, CONSTRUIDO PARTICIPATIVA	SI		Las condiciones del elemento de control están operando. Existe evidencia documental de su cumplimiento.

2		ACTO ADMINISTRATIVO QUE ADOpte EL DOCUMENTO CON LOS PPIOS Y VALORES DE LA ENTIDAD	SI		Las condiciones del elemento de control están definidas Y actualizada
3		SOCIALIZACION DE LOS PPIOS Y VALORES DE LA ENTIDAD	SI		Las condiciones del elemento de control están operando. Existe evidencia documental de su cumplimiento
4		OTROS (POLITICAS DEL BUEN GOBIERNO, DE COMPORTAMIENTO Y DEL BUEN VESTIR)	SI		Las condiciones del elemento de control están operando. Existe evidencia documental de su cumplimiento
5		MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES	SI		Las condiciones del elemento de control está operando. Existe evidencia documental de su cumplimiento
6	DESARROLLO DE TALENTO HUMANO PROMEDIO 3.4	PLAN INSTITUCIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION	SI		Las condiciones del elemento de control se realizaron. Y existe evidencia documental de su cumplimiento
7		PROGRAMA DE INDUCCION Y REINDUCCION REALIZADO A LOS SERVIDORES VINCULADOS A LA ENTIDAD	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento

8		PROGRAMA DE INDUCCION A RESPUESTA A CAMBIOS ORGANIZACIONALES, TECNICOS Y NORMATIVOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento
9		PROGRAMA DE BIENESTAR	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento
10		PLAN DE INCENTIVOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento
11		PROCESOS MERITOCRATICOS DE CARGOS DIRECTIVOS	SI		Se realizo un proceso meritocratico al cargo de la gerencia en el año 2012. se encuentra en proceso de nombramiento para el 2015
12		MECANISMOS DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE APLIQUE A LA ENTIDAD	SI		Las condiciones del elemento de control están definidas pero no formalizadas. Se evaluaron los funcionarios de carrera y esta en prueba piloto la evaluaciona los provisionales
13		OTROS (ACUERDOS DE GESTION PARA CARGOS DE LIBRE REMOSION)(RENDICION DE CUENTAS)	SI		Se ha realizado los acuerdos de de Gestión) al gerente en el 2013.SE REALIZÓ LA RENDICION DE CUENTAS EN EL 2014
14	DOCUMENTOS QUE SOPORTEN LA REVISION SOBRE NECESIDADES DE LOS USUARIOS LEGALES Y DE	MISION, VISION Y OBEJTICOS INSTITUCIONALES DIVULGADOS Y ADOPTADOS	SI		

15	PRESUPUESTO PROMEDIO 4.0	DOCUMENTOS QUE SOPORTEN LA REVISION SOBRE NECESIDADES DE LOS USUARIOS LEGALES Y DE PRESUPUESTO	NO	NO DOCUMENTADO	Las condiciones del elemento de control está operando. NO Existe evidencia documental de su cumplimiento
16		PLANES OPERATIVOS CON CRONOGRAMAS Y RESPONSABLES	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad PIN
17		FICHAS DE INDICADORES PARA MEDIR EL AVANCE EN LA PLANEACION	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad PIN
18		PROCESOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION QUE INCLUYA LA SATISFACCION DEL CLIENTE Y PARTES INTERESADAS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad PIN Gestión del SIAU
19		OTROS			
20	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESO PROMEDIO 4.0	CARACTERIZACIONES DEL PROCESO ELABORADAS Y DIVULGADAS A TODOS LOS FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad PIN se actualizó la caracterización del proceso de facturación y control interno
21		MAPA DE PROCESOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia en la carpeta de calidad
22		INDICADORES POR PROCESO PARA REALIZAR LA MEDICION CORRESPONDIENTE	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad PIN

23		ACTAS DE REUNIONES U OTRO SOPORTE PARA REVISIONES O AJUSTES A LOS PROCESOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento Lista de asistencia de las reuniones
24		PROCEDIMIENTOS DISEÑADOS DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLADAN LOS PROCESOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento Lista de asistencia de las reuniones
25		ACTAS U OTRO DOCUMENTO QUE SOPORTE LA DIVULGACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A TODOS LOS FUNCIONARIOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento Lista de asistencia de las reuniones, comunicaciones internas, correo interno pagina web
26		DOCUMENTOS U OTROS SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento Evaluacion de desempeño por procesos, eveluacion de gestión trimestral en el PIN
27		OTROS			
28	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PROMEDIO 3.5	EVIDENCIAS QUE SOPORTEN LA COMUNICACION A TODO EL PERSONAL PARA SENSIBILIZAR LA RELACION ENTRE LA ESTRUCTURA Y LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD	SI	El organigrama no se actualizó de acuerdo a la realidad del hospital	Las condiciones del elemento de control están definidas existe el mapa de Procesos .El organigrama institucional se encuentran en revisión por la junta directiva.
29		OTROS			

30	INDICADORES DE GESTIÓN PROMEDIO 3.8	FICHAS DE INDICADORES DONDE SE REGISTRA Y SE HACE SEGUIMIENTO A LA GESTION	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad PIN
31		CUADROS DE CONTROL PARA SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad PIN SE REALIZA ANALISIS DE GESTION TRIMESTRALMENTE
32		OTROS		
33	POLITICAS DE OPERACIÓN PROMEDIO 3.8	DOCUMENTO QUE CONTIENE LAS POLITICAS DE OPERACIÓN	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Carpeta de Calidad Políticas institucionales Adoptado mediante la Resolución 423 de 2013
34		ACTAS U OTRO DOCUMENTO QUE SOPORTE LA DIVULGACION DE LAS POLITICAS DE OPERACION A TODOS LOS FUNCIONARIOS	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento
35		OTROS		
36	ADMINISTRACION DE RIESGOS PROMEDIO 3.5	DEFINICION DESDE LA ALTA DIRECCION DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DONDE SE INCLUYA LA METODOLOGIA A UTILIZAR PARA SU DESARROLLO	SI	En comité de control interno se revisan las auditorias integrales Y EL MAPA DE RIESGOS

37		MAPA DE RIESGOS POR PROCESO	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento existen actas de asistencia a capacitaciones y del Comité Siga
38		MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS	SI		En el año 2014 se actualizó el mapa Institucional de riesgos y se socializó se evidencia en la carpeta de Calidad
39		ACTAS U OTRO DOCUMENTO QUE SOPORTE LA DIVULGACION DE LOS MAPAS DE RIESGOS A TODOS LOS FUNCIONARIOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento existen actas de asistencia a capacitaciones y del Comité Siga
40		DOCUMENTOS U OTROS SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS PARA LOS RIESGOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento existen informe de gestión por dependencias y las auditorias integrales
41		OTROS			
42	AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL PROMEDIO 4.2	DOCUMENTOS SOPORTE SOBRE APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE AUTOEVALUACION DE LOS PROCESOS	NO		Las condiciones del elemento de control no se realizó Y no existe evidencia documental de su cumplimiento
43		DOCUMENTO SOPORTE SOBRE REALIZACION DE TALLERES DE AUTOEVALUACION	NO		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento existen actas de asistencia a capacitaciones del Comité Siga
		INFORMES S OTROS SOPORTES DE INFORMES DE AUTOEVALUACION REALIZADOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento. Informe de gestión por procesos
		INFORMES SOBRE ANALISIS DE LOS INDICADORES POR PROCESO	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento . Se evidencia en el Plan integrado análisis de indicadores trimestral y el consolidado anual

44		INFORMES DE GESTIÓN POR PROCESOS	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento Informe de gestión por dependencias
45		OTROS		
46	AUDITORIA INTERNA PROMEDIO 4.8	INFORMES PORMENORIZADOS DE CONTROL INTERNO	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Se evidencia publicación en la pagina Web y su socialización por correo interno. Informe enviado a la alta gerencia.
47		RESULTADOS INFORME EJECUTIVO, ANUAL REALIZADO ANTE EL DAFP	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Se evidencia publicación en la pagina Web y su socialización por correo interno. Informe enviado a la alta gerencia.
48		PROCEDIMIENTOS PARA AUDITORIA INTERNA	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Se evidencia el Manual de auditoria Interna
49		PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS APROBADAS	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Acta 001 del Comité de Control InternoSe evidencia publicación en la pagina Web y su socialización por correo interno.
50		INFORMES DE AUDITORIAS REALIZADAS	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Se evidencia Informe final de la Auditoria a cada proceso, el resultado es enviado a la gerencia. Son analizadas en el comité de control interno
51		OTROS		
52	PLAN DE MEJORAMIENTO PROMEDIO 4.2	HERRAMIENTA DEFINIDA PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Se evidencia en la carpeta de calidad PIN planes de mejoramiento y el seguimiento de la OCI

53		DOCUMENTOS QUE EVIDENCIEN EL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documental de su cumplimiento .Se evidencia en la carpeta de calidad PIN el seguimiento de la OC1.Se informa a la gerencia sobre el cumplimiento
54		OTROS		
55	INFORMACION Y COMUNICACIÓN EXTERNA PROMEDIO 4.0	MECANISMO PARA RECEPCION, REGISTRO Y ATENCION DE SUGERENCIAS, RECOMENDACIONES, PETICIONES, QUEJAS O RECLAMOS POR PARTE DE LA CIUDADANIA	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia de su cumplimiento .El hospital cuenta con: 5 buzones de sugerencias, Link en la página WEB, Encuestas directas a los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados, Línea telefónica y Oficina Siau con un Líder de Proceso que da atención personalizada y recepciona algunas peticiones, necesidades, o reclamos que presentan los usuarios. Ventanilla Única recepción de todas las peticiones, quejas o reclamos que presentan los usuarios
56		MECANISMO DE CONSULTA PARA LA OBTENCION DE INFORMACION REQUERIDA PARA LA GESTION DE LA ENTIDAD	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia documentado en el manual de procedimientos PGD
57		PUBLICACION EN PAGINA WEB DE LA INFORMACION RELACIONADA CON LA PLANEACION INSTITUCIONAL	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia se nota poca publicación

58		PUBLICACION EN PAGINA WEB DE LOS FORMULARIOS OFICIALES RELACIONADOS CON TRAMITES DE LOS CIUDADANOS	NO		
60		LINEAMIENTOS DE PLANEACION ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE RENDICION DE CUENTAS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia en la gerencia
61		ACTAS U OTROS DOCUMENTOS QUE SOPORTEN LA REALIZACION DE OTRO TIPO DE CONTRATO CON LA CIUDADANIA (DIFERENTE A LA RENDICION DE CUENTAS)	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia actas de Asociacion de usuarios trasferidas a gestión documental
62		OTROS			
63	INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA PROMEDIO 4.0	MECANISMO PARA RECIBIR SUGERENCIAS O SULICITUDES DE LOS FUNCIONARIOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia pero no se lleva un control a las respuestas
64		TABLAS DE RENTENCION DOCUMENTAL	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia aprobación de la TRD mediante acuerdo 092 de 2008
65		FUENTES INTERNAS DE INFORMACION: MANUALES, ACTOS ADMINISTRATIVOS U OTROS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA GESTION DE LOS PROCESOS, DE FACIL ACCESO Y SISTEMATIZADOS	SI		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia en la carpeta de calidad y en medio magnético

66		POLITICA Y PLAN DE COMUNICACIONES ESTABLECIDO Y DIVULGADO A TODOS LOS FUNCIONARIOS	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia. No se ha actualizado
67		MATRIZ DE RESPONSABILIDADES	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia.
68		SISTEMA DE INFORMACION PARA EL PROCESO DOCUMENTAL INSTITUCIONAL	NO	Las condiciones del elemento de control no se cumple por la falta de recursos para la sistematización en el proceso de gestión Documental
69	SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN PROMEDIO 4.0	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA ATENCION DE LAS QUEJAS, PETICIONES, RECLAMOS O RECURSOS DEL CIUDADANO	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia Oficina Siau con un Líder de Proceso que da atención personalizada y recepciona algunas peticiones, necesidades, o reclamos que presentan los usuarios. Ventanilla Única recepción de todas las peticiones, quejas o reclamos que presentan los usuarios
70		SISTEMAS DE INFORMACION PARA EL MANEJO DE LOS RECURSOS HUMANOS, FISICOS, TECNOLOGICOS Y FINANCIEROS		Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia .Programa de Rfast
71		PAGINA WEB	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia http://www.hospitalroldanillo.gov.co/
72		PUNTO DE ATENCION AL USUARIO	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia Oficina SIAU
73		OTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN VIRTUAL (CHAT, FORO, REDES SOCIALES)	SI	Las condiciones del elemento de control se realizó Y existe evidencia de la sistematización de las redes de comunicacion

5. Fase de Cierre: En esta fase se dieron a conocer los resultados finales de la actualización, se mostraron los productos realizados, y se realizó una nueva encuesta con el fin de compararlo con el diagnóstico inicial, lo que permitió evidenciar los cambios que se surtieron para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno.

Finalmente, se debe tener en cuenta que el Modelo ha sido diseñado desde su concepción inicial dentro del ciclo de mejora continua (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) lo cual indica, que se deben hacer revisiones periódicas de su funcionamiento y realizar los ajustes pertinentes según la madurez alcanzada mediante su fortalecimiento; de tal manera que esta es una actividad que se debe tener presente.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: HOSPITAL SAN ANTONIO - ROLDANILLO (VALLE)

Realizando un análisis sobre el avance de la aplicación del decreto 943 del 2014 se puede concluir:

1. Que en la institución se cumplió con el 96 % de las acciones de las diferentes elementos .
2. Se continuara realizando el seguimiento a los indicadores de gestión, el seguimiento al mapa de riesgos por procesos, cumplimiento a la autoevaluación trimestral de gestión y de control y el cumplimiento a los planes de mejoramiento
- 3.

FIRMA _____

RODRIGO JIMENEZ GUZMAN
Asesor de Control Interno

FIRMA _____

VoBo

HERNAN SAA OBREGON
Gerente