



**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO**  
**Ley 1474 de 2011 – artículo 9**  
**VIGENCIA 2016**



**SANTIAGO DE CALI, DICIEMBRE DE 2016**



## **INTRODUCCION**

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1474 de 2011 en su artículo 9º y el Decreto 0019 de enero 10 de 2012 en su artículo 23, me permito presentar el informe pormenorizado del sistema de control interno de la institución para la vigencia de 2016 donde se muestra el panorama del estado actual del desarrollo sistema de control interno y el sistema de gestión de calidad, destacando los aspectos relevantes logrados en la vigencia 2016 y las acciones a mejorar para la el año 2017.

## **OBJETO**

Lograr el aseguramiento del mantenimiento y sostenibilidad del sistema de control interno mediante las evaluaciones y auditorías realizadas por la oficina de control interno y como resultado de estas la formulación de planes de mejoramiento por procesos e institucional.

## **ALCANCE**

Todos los procesos y áreas de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, los productos y documentos básicos determinados en el normograma institucional y el Decreto 943 de 2014.

## **ANALISIS DE LA EVALUACION PORMENORIZADA**

La oficina de control interno a través de las actividades programadas en el plan de acción para la vigencia 2016 efectuó un trabajo articulado con los diferentes líderes de los procesos y funcionarios responsables de las áreas para la realización del plan de auditorías y evaluaciones logrando la ejecución del 100% de las actividades mostradas en el siguiente panorama descritos por componentes del sistema de control interno.



## **COMPONENTE TALENTO HUMANO**

### **Aspectos relevantes año 2016**

La ESE.H.G.A.S.M en la vigencia 2016 conto con una planta de personal de 73 funcionarios de los cuales hay 41 nombrados, distribuidos así: Directivos 3 (tres); gerente, subgerente administrativo y financiero y el jefe de control interno; profesionales 6 (seis), técnicos 3 (tres), auxiliares administrativos 4 (cuatro), secretaria 1 (una), auxiliares en salud 11 (once), operarios 6 (seis), en servicios generales 6 (seis) y por contrato de servicios (102), los cuales prestaron los servicios y funciones determinadas en el manual de funciones y competencias y las tarea determinadas en el los objetos contractuales (contrato de prestación de servicio), estas fueron cumplidas en forma permanente y funcional en los diferentes procesos de la Institución de los niveles: direccionamiento estratégico, misional, de apoyo y de evaluación y control, igualmente el proceso de talento humano pago en esta vigencia todas las mesadas de los salarios causados y las prestaciones sociales y los servicios de salud y pensión, igualmente se les cancelaron todos los compromisos de los pagos a los contratistas por orden de servicio.

El proceso de Gestión de talento humano está determinado en el mapa de procesos institucional, tiene aprobado el manual de funciones y competencias, todos los funcionarios de planta y contratistas tienen diligenciada su hoja de vida en aplicativo del SIGEP.

Se adquirió un equipo biométrico para el control del registro de entrada y salida del personal de planta con lo cual se aspira asegurar el cumplimiento de la jornada laboral.

Como control de los riesgos en lo referente al pago de salarios, se tiene definidos controles efectivos en cuanto al portal de los bancos con autocontrol de firmas registradas y sellos secos.

### **ACCIONES A MEJORAR PARA LA PROXIMA VIGENCIA**

El proceso de gestión de talento humano debe documentar, actualizar y aprobar un número importante de procedimientos básicos entre algunos el de gestión de nómina, el mapa de riesgos, elaborar el plan de acción y sus indicadores con sus fichas, determinar la caracterización de las actividades y productos generados por el proceso, proyectar el plan de capacitación, igualmente los programas de: inducción y reinducción, bienestar social e incentivos, todo lo anterior para fortalecer el control de seguimiento del desarrollo de las fases y funciones propias del ejercicio de la administración del talento humano institucional.



## **COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

### **ASPECTOS RELEVANTES DE LA VIGENCIA 2016**

El proceso de Direccionamiento estratégico está debidamente establecido en el mapa de proceso Institucional, como organismos asesores tiene establecido la Junta Directiva la cual está regulada por el Acuerdo No 08 de agosto 16 de 1995 y en la vigencia del 2016 funcionó proactivamente sus actos fueron consignados en las actas ordinarias y extraordinarias las cuales están debidamente diligenciadas y aprobadas, igualmente el Comité de coordinación de control interno y Gestión de Calidad se reactivó mediante resolución No. 084 de agosto 10 de 2016 se programaron las reuniones respectivas y los temas tratados están consignados en las actas debidamente suscritas y aprobadas, en el mes de diciembre se presentó a la Junta Directiva el plan de Desarrollo para la vigencia 2016 al 2019, el cual se evaluó y se aprobó mediante el acta suscrita en este mes, igualmente la gerencia y el nivel directivo, el comité de bienestar social y el proceso de gestión de talento humano preparó y proyectó la reunión para la rendición del informe de la gestión de la vigencia 2016, donde se realizó un compartir decembrino con el personal de los diferentes procesos institucionales.

### **ACCIONES A MEJORAR PARA LA PROXIMA VIGENCIA**

El proceso de direccionamiento estratégico debe tener determinado y aprobado el plan estratégico complementario al plan de desarrollo institucional y definir el mapa de riesgo institucional por procesos, el plan anticorrupción y atención al ciudadano y el plan de gestión para el control del proceso de evaluación del nivel gerencial, además el proceso de direccionamiento estratégico debe contar con los procedimientos: planeación y actualización de la plataforma estratégica, rendición de la cuenta e informes obligatorios a los órganos de control y política y recomendaciones para el manejo de los comités y la caracterización de las actividades del proceso debidamente documentada y aprobada.



## **COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGOS**

### **ASPECTOS RELEVANTES DE LA VIGENCIA 2016**

En relación al tema de riesgos de anticorrupción y atención al ciudadano, la entidad fijo dicho instrumento en la página web institucional en la fecha indicada por la Ley, la oficina de control interno midió el estado de implementación y manejo de los riesgos anticorrupción y atención al ciudadano a través de las evaluaciones cuatrimestral.

En lo concerniente a los riesgos institucionales por procesos, la gerencia con la oficina de control interno programa un seminario taller de capacitación sobre la Gestión del riesgo, este plan de capacitación se llevó a cabo el día 15 de Noviembre con una duración de (4) cuatro horas y el día 28 de diciembre en un acto programado en el auditorio central se entregaron los certificados a todos los funcionarios que participaron en esta jornada de capacitación y se adjuntaron copia de estos certificados a las hojas de vida de cada uno tanto de los funcionarios de planta y los contratados por órdenes de servicio y que reposan el archivo de talento humano y de contratación respectivamente.

### **ACCIONES A MEJORAR PARA LA PROXIMA VIGENCIA**

Los procesos institucionales y áreas no tienen actualizados los mapas de riesgos, se tienen fijados las acciones correctivas en los planes de mejoramiento suscritos internamente, como resultado de las evaluaciones hechas por la oficina de control interno en esta vigencia.

## **COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

### **ASPECTOS RELEVANTES DE LA VIGENCIA 2016**

En las actividades del proceso de auditor y en los papeles de trabajo de cada una de las auditorías internas y evaluaciones realizadas por la oficina de control interno durante esta vigencia, se incluyó la medición de la autoevaluación de mecí y calidad y los procedimientos y puntos de control de la gestión institucional por los funcionarios adscritos a los diferentes procesos evaluados.

Además en el plan de la cultura del rol de control interno, la oficina de control interno emitió el boletín “entérese” bimestralmente para sensibilizar a todo el personal sobre los temas de los principios de control interno como son: el Autocontrol la autogestión y la autoevaluación y se construyeron (4) carteleras ubicadas en sitios estratégicos de las instalaciones de la entidad, donde se hacen publicaciones de temas relevantes de Mecí y Calidad.



## **ACCIONES A MEJOR PARA LA PROXIMA VIGENCIA**

El proceso de planeación y los funcionarios responsables de los diferentes procesos y áreas de la institución deben elaborar los planes de acción de las actividades, metas y objetivos a cumplir de cada proceso, además contar con un plan de indicadores para hacer las autoevaluaciones y medir el grado de eficacia, eficiencia y efectividad del cumplimiento de la gestión como valor agregado al cumplimiento de los objetivos institucionales.

## **COMPONENTE AUDITORIA INTERNA**

### **ASPECTOS RELEVANTES VIGENCIA 2016**

La oficina de control interno de la entidad, para la vigencia 2016, elaboró el plan de auditorías internas y evaluaciones el cual fue aprobado por la gerencia y el comité de coordinación de control interno y gestión de calidad, es de anotar que las actividades programadas fueron cumplidas en el 100%, y que el actual jefe de la oficina de control interno de la ESE H.G.A,S recibió la oficina mediante el empalme el día 15 de Junio del 2016 ,a partir de esta fecha se emprendió la ejecución de las actividades descritas así:

- Evaluación para medir el estado actual del sistema de control interno Mecí versión dos, donde se comprobó el grado de implementación y documentación de los productos y documentos por cada uno de los 13 elementos determinados en la estructura del mecí 2014. Se presentó el informe final de esta evaluación al nivel gerencial, al comité de coordinación de control interno y gestión de la calidad, a la junta directiva de la Entidad y se suscribió el plan de mejoramiento a las recomendaciones generadas por esta evaluación de control interno.
- Igualmente se realizó la evaluación el cumplimiento del desarrollo del proceso de implementación, documentación, sostenibilidad y valoración de los requisitos determinados en la NTCGP 1000:2004, Decreto 4110/2004, se presentó el informe final de esta evaluación a la gerencia, al comité de coordinación de control interno y gestión de calidad y se estableció el respectivo plan de mejoramiento respectivo.
- Se realizó el segundo informe pormenorizado del sistema de control interno y se presentó el informe a la gerencia, al comité de control interno y se publicó en la página web institucional.



- Se realizó auditoria al proceso misional de hospitalización aplicando la resolución 2003 de mayo 30 de 2004 y al proceso de apoyo de gestión humana mediante papel de trabajo cuestionario, se presentó el informe final de esta evaluación a la gerencia, al comité de coordinación de control interno y gestión de calidad y se estableció el respectivo plan de mejoramiento respectivo.
- Se cumplió con las evaluaciones programadas a los procedimientos de caja general y menor, compras, almacén, gestión ambiental (Gagas), quejas y reclamos y al cumplimiento de la rendición de los informes a los órganos de control y las respectivas publicaciones en la página web institucional, se evaluó el cumplimiento de los compromisos determinados en las actas de la Junta Directiva. Se presentó el informe final de estas evaluaciones a la gerencia, a la representante de la dirección del comité de coordinación de control interno y a los responsables de los procesos evaluados, se establecieron una recomendaciones con el fin de que se establezcan las acciones correctivas por parte de los responsables de cada proceso y la oficina de control interno realice la verificación de cumplimiento de estas.
- Evaluación riesgos de corrupción y atención al ciudadano, se presentaron los informes respetivo a la gerencia y se fijaron en la página web institucional
- Evaluación al sistema de control interno contable anual, se rindió a la Contaduría General de la Nación en la fecha indicada.
- Evaluación al sistema de control interno y gestión de calidad anual se rindió al DAFP oportunamente.
- Evolución al software y sistemas de cómputo Derechos de autor anual, el cual se rindió oportunamente.

### **ACCIONES A MEJORAR PARA LA PROXIMA VIGENCIA**

Como resultado de la evaluación al grado de implementación y documentación y sostenibilidad de los productos y requisitos de los sistemas de meci y calidad, se identificaron un número de debilidades, las cuales fueron determinadas para ser ajustadas en un plan mejoramiento para ser cumplido en la próxima vigencia por los responsables de los diferentes procesos institucionales.

Igualmente el mismo tratamiento frente a las debilidades determinadas por control interno en las evaluación de: caja general, y menor, almacén y compras, quejas y reclamos, rendición de informes a órganos de control, gestión ambiental y direccionamiento estratégicos (actas Junta Directiva).





## **COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**

### **ASPECTOS RELEVANTES VIGENCIA 2016**

En la vigencia del 2016 se programaron por parte de la Secretaria de Salud de Santiago de Cali una auditoria externa con el objeto de evaluar el cumplimiento de las actividades determinadas en el objeto del contrato No. 4145.0.27.1.020.2016 de fecha junio 16 de 2016, como resultado de esta auditoria se formuló un plan de mejoramiento encontrándose un número de 44 debilidades, para lo cual se suscribió un plan de mejoramiento y el equipo auditor de la Secretaria de Salud le realizó seguimientos al cierre de las acciones correctivas, es anotar que se cerraron definitivamente el 87% de estas acciones.

En relación al control fiscal la Contraloría General del Municipio de Santiago de Cali realizó la auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad regular al Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel vigencias 2014 - 2015 la cual se llevó a cabo del 04 de octubre al 16 de noviembre de 2016 y se hizo el cierre definitivo el día 06 de diciembre de 2016, quedando determinados un total de 23 (veintitrés) hallazgos de carácter administrativo de los cuales 6 (seis) tienen incidencia disciplinaria y 1 (uno) sancionatoria, se presentó el plan de mejoramiento al ente fiscalizador el día 28 de diciembre de 2016 al cual se le hará seguimiento en la próxima vigencia.

En las auditorias y evaluaciones internas ejecutadas por la oficina de control interno se realizaron las siguientes: auditoria al proceso de hospitalización y el de gestión humana, evaluación al direccionamiento estratégico (Junta Directiva), los procedimientos de caja general y menor, compras, almacén, gestión ambiental (GAGAS), quejas y reclamos (PQRS) y rendición de informes a órganos de control, de las cuales se hicieron cierres definitivos y se presentaron informes a la Gerencia y al Comité de coordinación de control interno y gestión de calidad para la elaboración y ejecución de los planes de mejoramiento.

### **ACCIONES A MEJORAR PARA LA PROXIMA VIGENCIA**

Para la vigencia del 2017 la institución proyectara los planes de mejoramiento a cada una de las auditorias tanto internas como externas que se ejecutaron en esta vigencia, los responsables de los diferentes procesos y áreas y los integrantes del comité de coordinación de control interno tienen la responsabilidad de emprender y asegurar el trabajo armónico, para efectuar el cierre de las acciones correctivas periódicamente y la oficina de control interno realizará las evaluaciones y monitoreos para certificar la efectividad de las mejoras establecidas en cada uno de los planes de mejoramiento.





## **EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA**

### **Aspectos relevantes vigencia 2016**

La entidad en el mes de mayo programo la reunión para la rendición de cuentas de gestión institucional a los usuarios y a la comunidad en general y se rindió informe a los órganos de control en cumplimiento de lo dispuesto en la ley.

La ESE.H.G.S.M, cuenta con una página web institucional, un Link exclusivo para la formulación de quejas y reclamos, e informes a órganos de control, un directorio de los procesos y sus funcionarios responsables.

Igualmente se cuenta con un proceso misional de atención al usuario y un procedimiento para atender el proceso de quejas y reclamos y en las instalaciones de la institución están ubicados estratégicamente los buzones respectivos para el diligenciamiento directo de quejas y reclamos.

Para la comunicación interna, la entidad cuenta con una central telefónica, con el PopMessenger y con un número importante de líneas telefónicas y radios portátiles para servicios puntuales como mantenimiento y seguridad,

El sistema de informática cuenta con red y un número importantes de equipos de cómputo para los diferentes procesos y las áreas de la entidad y diferentes software y hardware para realizar la captura, procesamiento, almacenamiento, difusión y divulgación en forma eficaz, eficiente y efectiva de la información a rendir o a comunicar interna y/o externamente. La oficina de control interno, para asegurar el desarrollo del rol de la cultura, para lograr este cometido, emprendió un plan de divulgación de información interna institucional para lo cual diseño un boletín informativo “ENTERSE “, el cual se emite bimensualmente, además se han ubicado carteleras para el despliegue del sistema de información a todos los usuarios internos y externos de la institución.



### **Acciones a mejorar para la próxima vigencia**

Para el año 2017 sede debe documentar, aprobar y socializar el manual de comunicación y el plan de comunicación y medios, como instrumentos reguladores y articuladores de las fuentes y canales, para garantizar la difusión de la información y regular su funcionamiento, gestión y resultado de la información y la comunicación en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés .

Por ultimo quiero manifestar que las actividades de evaluación y seguimiento, por parte de la oficina de control interno de esta vigencia, fue positiva, y se logró la meta esperada desde luego con el apoyo y trabajo mancomunado, integral y sostenido del nivel Gerencial, Directivo, Profesional, Asistencial técnico, y operativo armonizado con el equipo de funcionarios adscritos la oficina de control interno

Para la próxima vigencia, la gerencia y la oficina de control interno y todo el personal emprenderemos, articuladamente los planes de mejoramiento para lograr cerrar las brechas para asegurar la efectividad del funcionamiento integral de los sistema Meci, Control de Planeación, Desarrollo Administrativo y Gestión de Calidad, para lograr la productividad de la misión y la visión institucional que es nuestro objetivo central.

**ALVARO PLAZA VARGAS**  
Jefe Oficina de Control Interno