Yalí, enero 20 de 2022

Doctor
SEVERIANO ANTONIO RIVERA ANAYA
Gerente
E.S.E. Hospital La Misericordia
Yalí - Antioquia

Asunto: Informe pormenorizado del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) correspondiente al segundo semestre del año 2021.

Dando cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 donde se establece que “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”; hago entrega del informe de evaluación independiente del Sistema de Control Interno correspondiente al período del 1° de julio al 31 de diciembre de 2021.

La estructura del informe que se desarrolla a continuación se elabora con base en los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública de acuerdo con lo establecido por la normatividad mencionada.

En el informe se presenta el estado del Sistema de Control Interno en la institución, registrando las debilidades y fortalezas identificadas con base en la aplicación de los criterios de evaluación establecidos en los instrumentos diseñados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para los componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo, que hacen parte de la dimensión No. 7 que corresponde a Control Interno, del Modelo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

A continuación, se presentan los resultados del informe pormenorizado de control interno:

INFORME PORMENORIZADO MECI
SEGUNDO SEMESTRE DE 2021

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	**Si**	**53%**	DEBILIDADES: Se requiere implementar la evaluación del código de integridad a los funcionarios. Se requiere revisar y actualizar la política de administración del riesgo a la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la Administración del Riesgo en el mes de diciembre de 2020. Dentro de la política de administración del riesgo, se requiere formular el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2022 y realizar la publicación en la página web de la entidad. Se requiere capacitar a los funcionarios sobre las líneas de defensa y su participación dentro de éstas en la institución. La documentación y actualización de procesos, procedimientos, mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución. Los procesos y procedimientos deben ser documentados con base en los

			criterios establecidos en la guía para la gestión del proceso establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública del mes de diciembre de 2020, la cual busca articular la gestión por procesos al Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Aunque se cuenta con indicadores los cuales se miden, se requiere fortalecer con la revisión y análisis de la información, con el fin de identificar posibles oportunidades de mejora desde espacios institucionales como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se cuenta con participación de la Alta Dirección. Aunque se viene realizando la evaluación de desempeño a los funcionarios de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil a la empleada de carrera, no se ha realizado la evaluación de desempeño a los empleados provisionales. Se requiere documentar desde el plan estratégico de talento humano directrices relacionadas con el retiro del personal. FORTALEZAS: La entidad cuenta con código de integridad, el cual ha sido socializado a los funcionarios a través de diferentes canales de comunicación. El Comité de Convivencia Laboral se encuentra conformado como espacio para la comunicación y solución de conflictos entre los funcionarios.

			Se cuenta con comités institucionales los cuales sirven como espacios de comunicación entre los funcionarios y la Alta Dirección. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se encuentran conformados, los cuales sirven como espacio para la formulación, implementación y evaluación de actividades encaminadas a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Se formulo para la entidad el Plan de Desarrollo Institucional para el período 2020 - 2024, el cual se encuentra en proceso de implementación. Para la vigencia 2021 se tienen documentados los planes que se exigen desde el Decreto 612 de 2018 para el proceso de talento humano. Se vienen realizando actividades de capacitación y de bienestar social con base en lo definido en los planes formulados. Se vienen realizando actividades de supervisión que permiten verificar el cumplimiento de los objetos contractuales de los servicios contratados. Por parte de la Alta Dirección se realiza revisión de la información financiera, dentro de espacios como el Comité de Sostenibilidad Contable y el Comité de Glosas que se tienen conformados en la entidad.

Evaluación de riesgos	**No**	**41%**	DEBILIDADES: Se requiere revisar y actualizar la política de administración del riesgo a la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la Administración del Riesgo en el mes de diciembre de 2020. La actualización de los mapas de riesgos y evaluación de los controles definidos en éstos requiere fortalecer su revisión por parte de la primera y segunda línea de defensa, donde se verifique el cumplimiento de los controles establecidos para los riesgos. La documentación y actualización de procesos, procedimientos, mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución. La mayoría de los procesos cuentan con indicadores, los cuales requieren medirse e implementar actividades de evaluación y análisis como una actividad de control para el fortalecimiento de los procesos por parte de las diferentes líneas de defensa. Se requiere fortalecer la operatividad de espacios que sirven para el análisis de riesgos materializados como el del Comité de Seguridad del Paciente donde se analizan los eventos adversos relacionados con los procesos misionales. FORTALEZAS: Se tiene documentada la política de administración del riesgo y para la mayoría de los procesos se cuenta con mapas de riesgos documentados.

			Se cuenta con Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2021, al cual se le ha realizado seguimiento. Se cuenta con espacios creados para la revisión de los riesgos en la entidad como el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité de Seguridad del Paciente, donde se cuenta con participación de la Alta Dirección. Se viene realizando en la entidad supervisión a la contratación con base en los lineamientos establecidos en el manual de supervisión. En los comités institucionales se evalúa los eventos de riesgo que hayan ocurrido en el periodo para tomar medidas de mitigación. Se realizaron los tres seguimientos cuatrimestrales al PAAC del 2021 por parte de la oficina de control interno. Se cuenta con seguimiento a los diferentes planes estratégicos de la entidad donde se identifican fallas en los procesos, se comparte información con la gerencia y la administración.
Actividades de control	**No**	**44%**	DEBILIDADES: Se requiere continuar fortaleciendo en la implementación de otros sistemas de gestión articulados al MIPG como el de gestión documental y seguridad y salud en el trabajo.

			Es necesario realizar la actualización de los procesos y procedimientos con base en la guía metodológica definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la gestión por procesos del año 2020, además de la actualización de las guías, protocolos, manuales y procedimientos que se requieran de acuerdo a lo definido en la Resolución 3100 de 2019. La documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución. Se requiere actualizar la política de administración del riesgo con base en la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y actualizar los mapas de riegos por procesos. Se requiere la continuidad en la documentación y/o actualización de los riesgos a nivel de procesos e institucional y así mismo mejorar la frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos. Se requiere documentar el procedimiento para la asignación de roles y usuarios de acuerdo a las funciones relacionadas con el uso de tecnologías. FORTALEZAS: La entidad cuenta con el manual de funciones y competencias el cual ha sido socializado a los funcionarios.

			Se tiene formulado el organigrama institucional, el cual ha sido divulgado a través de diferentes canales de comunicación. Se vienen realizando actividades de auditoría interna de acuerdo a los requeridos por la normatividad. Se encuentra formulado para la vigencia 2021 el plan estratégico de tecnologías de la información. Se cuenta con plan de mantenimiento institucional para la vigencia 2021. Se tiene formulado para la vigencia 2021 el Plan Anual de Adquisiciones. Se cuenta con auditorias al proceso de contratación, se comparte con la gerencia y administración los hallazgos del proceso. Se han realizado auditorías a la aplicación de políticas de seguridad y uso de la plataforma tecnológica. Se presentan los resultados de auditorías internas, seguimientos, análisis de indicadores de procesos y definidos en la planeación institucional como actividad de control.

Información y comunicación	**Si**	**63%**	DEBILIDADES: Aunque desde la Alta Dirección se han definido políticas relacionadas con el mejoramiento de la información, se requiere fortalecer implementando las políticas relacionadas con el gobierno digital, seguridad digital y continuar con la gestión documental definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). No se ha documentado en la Institución el mapa de riesgos de seguridad de la información donde se documenten los controles relacionados con éstos. Se requiere fortalecer la socialización de la planeación institucional (plan operativo anual 2021) y las políticas de la entidad, tanto al cliente interno como externo a través de diferentes canales de comunicación. No se ha realizado la evaluación a los canales de comunicación. FORTALEZAS: Se cuenta con un software que permite la integralidad de la información desde los procesos asistenciales y administrativos. Se encuentran operativos diferentes canales de comunicación con el usuario externo tales como la Oficina de Información y Atención al Usuario, buzones de sugerencias, página web, redes sociales, carteleras institucionales; los cuales vienen siendo operativos. Por parte de la Oficina de Información y Atención al Usuario se viene realizando la identificación de la satisfacción del usuario y la gestión de las expresiones presentadas por los usuarios.

			Se cuenta con diferentes comités institucionales los cuales permiten la comunicación entre la Alta Dirección y los funcionarios de la entidad. Se viene realizando la identificación de la satisfacción del usuario a través de encuestas de satisfacción, de las cuales se genera el informe para presentar a la Alta Dirección e implementar las mejoras que se consideren pertinentes. Se cuenta con procesos documentados relacionados con el Sistema de Gestión Documental. Se cuenta con personal capacitado en la implementación del programa de APS que, y permiten recopilar información actualizada sobre el estado de salud de los pobladores, permitiendo realizar seguimientos y contar con un perfil epidemiológico actualizado que nos garantiza fijar los objetivos misionales. A nivel interno en la Institución se han establecido canales y estrategias de comunicación que permiten identificar oportunidades para el mejoramiento continuo (comités institucionales, carteleras, correos electrónicos y grupos de redes sociales, entre otros). Control interno evalúa el proceso de la Oficina de Información y Atención al Usuario donde verifica la trazabilidad de las PQRS impuestas por la comunidad. Se ha realizado seguimiento a la publicación de información en página web y las acciones de rendición de cuentas.

Monitoreo	**Si**	**68%**	DEBILIDADES: En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, pero falta sistematicidad y cobertura desde todos los procesos. Se realizan seguimiento a las áreas que presenta materialización de riesgos. FORTALEZAS: Se cuenta con el plan de auditorías internas para la vigencia 2021, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se vienen realizando los planes de mejoramiento a la entidad que permiten su fortalecimiento, con base en los resultados de auditorías externas (plan de mejoramiento de la contraloría). Desde la segunda línea de defensa se ha realizado monitoreo por parte de los supervisores de los contratos y a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, entre otros, se realizan seguimientos a los procesos y planes de mejoramiento. Cuando las auditorías externas dejan hallazgos se trabaja en la mitigación y o reducción del riesgo por medio del plan de mejoramiento. Se cuenta con informe de auditorías de contratos.

			Se realiza la evaluación semestral de la oficina de atención al usuario, presentando informe a Gerencia, Subdirección Administrativa y a la Auxiliar Administrativa del SIAU.

De acuerdo con los resultados de los componentes analizados en la tabla anterior, se obtiene un promedio de la calificación del estado del sistema de control interno del 54%, lo cual lo ubica en una clasificación de “oportunidad de mejora”, indicando que el Modelo Estándar de Control Interno se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	En el análisis realizado al Sistema de Control Interno en los diferentes componentes que hacen parte de la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), puede observarse que se han realizado desde las diferentes líneas de defensa actividades para desarrollar cada uno de los componentes que permiten su integridad, sin dejar de evidenciar que se requiere continuar generando esfuerzos para fortalecer en algunos aspectos. *Dentro del ambiente de control, se ha documentado y socializado el código de integridad, teniendo pendiente la evaluación de su conocimiento; desde el nivel directivo se han formulado e implementado procesos de planeación que permiten el fortalecimiento de la gestión del talento humano en lo relacionado con capacitación, bienestar y seguridad y salud en el trabajo. Igualmente, para una adecuada prestación de los servicios como misión de la

		Institución y dando cumplimiento a los lineamientos normativos, se desarrollan procesos de planeación encaminados a la formulación de proyectos, objetivos y metas que permiten mejorar el manejo de los recursos (financieros, humanos, físicos) incluyendo los procesos de direccionamientos, misionales y de apoyo. Por parte de la Alta Dirección se evidencia compromiso con la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión que aplican a la entidad y permiten el mejoramiento en el desarrollo de los procesos. *Dentro de la evaluación del riesgo, se requiere actualizar y socializar los riesgos de corrupción de la vigencia, y actualizar con base en la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), además de la implementación de actividades que apuntan a la verificación de controles desde la medición de indicadores a los procesos e implementación de actividades de seguimiento y auditoría. Se documento el plan anticorrupción y de atención al ciudadano correspondiente a la vigencia 2021 y se le realizo seguimiento durante el segundo semestre. *En el componente de actividades de control, se han venido definiendo políticas, planes y procesos que aportan a la implementación de controles para la mitigación o disminución de riesgos, los cuales requieren continuar forteciendose desde las diferentes líneas de defensa. *Desde el componente de información y comunicación, se han desarrollado avances relacionados con la generación y análisis de datos y el mejoramiento de la publicación de información a la comunidad y generación de canales de comunicación (página web, carteleras, Oficina de Información y Atención al Usuario, actividades de rendición de cuentas, entre otras), sin embargo es necesario su fortalecimiento en todo lo relacionado con la seguridad de la información y continuar con la implementación del sistema de gestión documental.

		*Dentro del componente de monitoreo y evaluación, se requiere continuar con la implementación de actividades de seguimiento y auditoria, siendo una de las directrices establecidas desde la Alta Dirección como proceso de mejoramiento continuo presente en los diferentes niveles institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	En general el sistema de control interno ha contribuido al logro de los objetivos, tanto a nivel institucional como por procesos y planes de acción, reconociendo que se presentan oportunidades de mejora necesarias de intervenir y así mejorar el nivel de efectividad deseado. El Hospital de manera periódica fortalece las estrategias que vinculen y den mayor participación a la ciudadanía en los diferentes procesos de planeación y gestión institucional. El Hospital a través de su equipo directivo continúa fortaleciendo el uso de las tecnologías de la información en la práctica diaria, volviendo los procesos más eficientes y optimizando el uso de los recursos físicos y humanos con que cuenta la entidad.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	En la Institución se tienen identificadas las diferentes líneas de defensa y desde la Alta Dirección se han establecido y se mantienen operativos espacios como el Comité Coordinador de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los cuales lideran la implementación, monitoreo y toma de decisiones para el mejoramiento de los componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno. Sin embargo, es necesario fortalecer la operatividad de las funciones específicas en las diferentes líneas de defensa.

RECOMENDACIONES:

Socializar y evaluar el código de integridad a los funcionarios.

Revisar y actualizar la política de administración del riesgo a la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la Administración del Riesgo definida en el mes de diciembre de 2020.

Formular el mapa de riesgos de corrupción para la próxima vigencia y realizar la publicación en la página web de la entidad.

Capacitar a los funcionarios sobre las líneas de defensa y su participación dentro de éstas en la institución.

Actualizar los procesos y procedimientos con base en los criterios establecidos en la guía para la gestión del proceso establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública del mes de diciembre de 2020, la cual busca articular la gestión por procesos al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Fortalecer la revisión y análisis de los indicadores establecidos para los procesos, el fin de identificar posibles oportunidades de mejora desde espacios institucionales como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se cuenta con participación de la Alta Dirección.

Fortalecer la operatividad de espacios que sirven para el análisis de riesgos materializados como el del Comité de Seguridad del Paciente donde se analizan los eventos adversos relacionados con los procesos misionales.

Continuar con la realización de actividades enfocadas al sistema de gestión documental e implementar las políticas relacionadas con gobierno digital y seguridad digital.

Documentar el procedimiento para la asignación de roles y usuarios de acuerdo a las funciones relacionadas con el uso de tecnologías.

Fortalecer actividades relacionadas con el retiro de personal.

Documentar en la Institución el mapa de riesgos de seguridad de la información donde se documenten los controles relacionados con éstos.

Socializar la planeación institucional (plan operativo anual de la próxima vigencia) y las políticas de la entidad, tanto al cliente interno como externo a través de diferentes canales de comunicación.

Implementar la evaluación a los canales de comunicación.

Continuar con la realización de auditorías internas de acuerdo a lo definido en el plan de auditoria interna.

Realizar seguimiento a los controles establecidos en los mapas de riesgos, para evitar la materialización de éstos por parte de la primera y segunda línea de defensa.

Diseñar y ejecutar un procedimiento para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.

Fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los funcionarios que ostentan el rol de segunda línea de defensa.

Implementar estrategias que permitan alternar el desarrollo de las funciones y el apoyo para la implementación de los diferentes elementos y componentes del modelo estándar de control interno MECI. Entre ellos destinar tiempo para la documentación y actualización de procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros productos.

Realizar evaluación de desempeño a los empleados provisionales de la entidad.

Eliana Jaramillo M.

ELIANA JARAMILLO MARTÍNEZ
Funcionaria de A.C. Auditoría y Consultoría S.A.S
Asesora de Control Interno