



Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno

NOVIEMBRE 2019

El presente informe se presenta en el período de la integración del Sistema de desarrollo Administrativo y el Sistema de gestión de Calidad en atención al Decreto 1499 de 2017 que se encuentra avanzando en el estudio del Modelo Operativo para la Implementación del Sistema de Gestión -MiPG. Que ha venido fortaleciendo la entidad con el fin de determinar el estado actual del Sistema de Control Interno de la Entidad.

GEYMAN HERNAN CARDOZO PULIDO
01/11/2019

De conformidad con las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno en el Hospital Regional Sogamoso de Colombia, correspondiente al período Julio a Noviembre de 2019.

El Modelo Estándar de Control Interno-MECI proporciona una estructura de CONTROL de la gestión, que especifica los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno. La nueva estructura busca una alineación a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO, razón por la cual, se fundamenta en cinco componentes, a saber: (i) ambiente de control, (ii) administración del riesgo, (iii) actividades de control, (iv) información y comunicación y (v) actividades de monitoreo.

Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de la Oficina de Control Interno: (i) Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo; (ii) Primera Línea de Defensa, atendida por los gerentes públicos y los líderes de proceso; (iii) Segunda Línea de Defensa, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos donde existan, comité de contratación, entre otros); y (iv) Tercera Línea de Defensa, atendida por la Oficina de Control Interno.

1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Este componente focaliza primordialmente el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección del Hospital Regional de Sogamoso y del Comité Institucional de Control Interno. En el periodo se vivenció a través de la gestión institucional, la ejecución de los comités institucionales, en los cuales se trataron temas de relevancia para la Entidad.

Actividades desarrolladas

Se tiene aprobado resolución 344 de septiembre 14 por medio del cual se adopta la metodología y se establece la política de administración del riesgo.

Se viene realizando encuesta del clima laboral, para tomar medidas y mejorar la prestación del servicio en la entidad.

DIFICULTADES

Para el periodo reportado no se tienen evidencias en la manera como la alta Dirección evalúa el cumplimiento de los valores y principios de servidor público.

La política de fraude y anticorrupción le hace falta varios componentes, se requiere definir algunos tipos de fraude y de corrupción que se pueden ver inmersos en la entidad, por el cual se recomienda definirlos y socializarlos.

2. COMPONENTE DE EVALUACIÓN DEL RIESGO

La subgerencia Administrativa del hospital Regional de Sogamoso viene adelantando los reportes sobre la prevención y control del riesgo Lavado de Activos / Financiación del Terrorismo (LA/FT), que hacen parte del Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT).

Política de administración de Riesgos

La Entidad llevó a cabo la revisión y actualización de la Política de riesgos de procesos, por lo cual se aprobó y socializo en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la versión que incorpora los siguientes cambios:

- Se extrae la política de la guía metodológica de riesgos y se elabora y presenta en forma independiente.

DEBILIDADES

La Entidad no tiene actualizada las matrices de riesgos de los procesos.

- Los riesgos de seguridad digital no se encuentran contemplados tanto en la metodología de riesgos de procesos como en su política.

No se evidencia que los supervisores de los contratos, no realizan informe y seguimiento a los riesgos de los contratos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda adoptar Manual de Procedimientos para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT.

Monitorear la política de administración del riesgo.

Realizar, socializar y publicar los mapas de riesgo en la página de la entidad, tal como lo menciona la guía para la mitigación del riesgo. Puesto que la entidad no actualizado el mapa de riesgos 2014.

Se recomienda actualizar la Política de Administración de Riesgos adoptada en la entidad y dar cumplimiento a la actividad establecida en el Componente de Administración de Riesgos.

3. COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE CONTROL

Se tiene definida algunas Políticas y planes operativos como elemento de una organización, lineamientos alineados a los procesos y procedimientos.

4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La Entidad tiene establecidos sus procesos y actividades de gestión documental.

Existe manual de comunicación en el cual se identifican los canales de comunicación interna y externa en la cual se da a conocer la información relevante de la entidad.

Existen definidos diferentes canales de comunicación tanto interna como externa (correo electrónico, pagina web, línea telefónica, oficina de atención al ciudadano, atención de PQRS, rendición de cuentas)

Existe página web y redes sociales donde se generan espacios de comunicación, donde se publican actividades que desarrolla la entidad.

Existe documentación electrónica y física en la entidad que les permite a los usuarios externos e internos consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.

DEBILIDADES

La información generada al interior de la entidad no se registra oportunamente, existen algunas dificultades técnicas y operativas que impiden su óptimo funcionamiento.

Los canales de comunicación entre la alta dirección y los demás servidores son claros para todos al interior de la entidad, pero su funcionamiento en algunas oportunidades no es el más eficiente.

RECOMENDACIONES

Velar que la alta dirección verifique que la información fluya a través de los canales de comunicación.

Mejorar los canales de comunicación interna, con el propósito de generar sinergia para mejorar la toma de decisiones.

La Entidad ha trazado lineamientos para una estrategia de comunicaciones que permita informar a la ciudadanía sobre la Rendición de Cuentas, se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas el 13 de Junio de 2019.

La oficina de planeación realizó el informe de rendición de cuentas y está publicado en la página del Hospital.

5. COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO

En conjunto con los servidores del Hospital Regional de Sogamoso, se socializa el formulario Único de Reporte de Avance de Gestión FURAG sobre la medición de las políticas de gestión y desempeño que hacen parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, así como para la medición del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

Se viene adelantando la auditoria al procesos de contratación, precontractual, contractual y pos contractual, el cumplimiento de la política de administración del Riesgo.

La oficina de control interno evidencia que el HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO, bajo la Dirección de la Doctora Libia Viviana Fonseca adelanta actividades de MIPG y socialización de las mismas en el comité de gestión y desempeño.

De acuerdo a las líneas de defensa, la oficina de calidad bajo la Dirección de la Doctora Iris Adriana Mojica y su grupo de trabajo, adelanta actividades de monitores y control como:

Verifican que los responsables estén ejecutando los controles y actividades para mitigar el riesgo.

Seguimiento la PAMEC, se evidencia que los líderes de programa para el caso de gerencia, talento humano, ambiente físico, tecnología, información, calidad, desarrollan actividades que contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales. Existen reuniones mensuales en la cual los líderes dan a conocer los avances de las actividades que se tienen programadas.

La Líder encargada de calidad, realiza auditorías a los procesos de atención al usuario, medicina interna, pediatría.

RECOMENDACIONES

Recomienda fortalecer las etapas de implementación de MIPG a través de las dimensiones operativas, las políticas y componentes del MECI, tomando como línea base y a la actualización de los autodiagnósticos.

1. COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO Y CONTROL

Se denota que existen debilidades de las líneas de defensas como partes responsables en cuanto a la formación y aplicar medidas correctivas en la entidad.

El Líder del sistema de control interno debe propender por el cumplimiento y que las acciones de mejora responda a las observaciones de los entes de control y velar porque las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de resultado.

Atentamente

Original firmado

GEYMAN HERNAN CARDOZO PULIDO
ASESOR DE CONTROL INERNO