

**INFORME EJECUTIVO**  
**CUATRIMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**  
**NOVIEMBRE 12 DE 2018 – FEBRERO 12 DE 2019**  
**LEY 1474 DE 2011**

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.

“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 de la gestión pública”

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, fue adaptada en nuestra entidad, a través de la resolución interna No. 468 de 2014, de conformidad a los lineamientos impartidos por el DAFP (Decreto No.943 de 2014), y a las necesidades específicas de control de la ESE.HSJM, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios de salud que presta a usuarios del régimen subsidiado y contributivo de la población pobre y vulnerable del Departamento de Córdoba y Municipios vecinos de Colombia.

Es importante precisar que el DAFP a través; del Decreto No.1499 de 2017; estableció los lineamientos para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno; se debe adoptar “Alta Gerencia” de carácter obligatorio y adoptar la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

**ESTRUCTURA DE CONTROL MECI - ESE. HSJM**





## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

La Estructura Del Modelo MECI - 2014 - E.S.E .HSJM.

2

- Dos (2) módulos:
  - ✓ Módulo de Control de Planeación y Gestión
  - ✓ Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento
- Seis (6) Componentes:
  - ) Talento Humano
  - ) Direccionamiento Estratégico
  - ) Administración del Riesgo
  - ) Autoevaluación Institucional
  - ) Auditoría Interna
  - ) Planes de Mejoramiento
- Trece (13) elementos de control:
  - ) Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos
  - ) Desarrollo del Talento Humano
  - ) Planes, Programas y Proyectos
  - ) Modelo de Operación por Procesos
  - ) Estructura Organizacional
  - ) Indicadores de Gestión
  - ) Políticas de Operación
  - ) Políticas de Administración del Riesgo
  - ) Identificación del Riesgo
  - ) Análisis y Valoración del Riesgo
  - ) Autoevaluación del Control y Gestión
  - ) Auditoría Interna
  - ) Plan de Mejoramiento
- Un eje transversal enfocado a la información y comunicación.



## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

3

Distribuidos los dos (2) Módulos y un (1) Eje transversal de la siguiente forma:

### 1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

#### 1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

- 1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.
- 1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

#### 1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.
- 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos
- 1.2.3 Estructura Organizacional
- 1.2.4 Indicadores de Gestión
- 1.2.5 Políticas de Operación

#### 1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

- 1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo
- 1.3.2 Identificación del Riesgo
- 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

### 2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

#### 2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

- 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

#### 2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

- 2.2.1 Auditoría Interna

#### 2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

- 2.3.1 Planes de Mejoramiento

### 3. UN EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN



## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

Tomando como referencia el manual técnico MECI; conforme con la Estructura MECI-ESE.HSJM, y en armonía con el Decreto Nacional Número 943 de 2014 - DAFP, en este informe se pretende señalar las debilidades y resaltar los avances logrados por la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, en los Módulos de control; que integran la estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, como resultado de las actuaciones de la Oficina de Control Interno durante el cuatrimestre; comprendido entre el 12 de Noviembre de 2018 – 12 de Febrero de 2019; es decir el 3º Informe – Evaluación a la gestión 2018 realizado al SCI de la entidad.

### MODULO DE CONTROL DE GESTION Y PLANEACION

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<p>J El MECI no es un documento, sino una serie de controles que deben establecerse al interior de la entidad; por tal razón debe ser parte de la cultura de esta organización. En la página Web de la entidad se encuentra publicado en el Link, MECI, el Modelo Estándar de Control Interno; adoptado a través de acto administrativo, Resolución No.468 de 2014; bajo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública; y dentro de los términos de ley; pero es importante precisar esta debilidad a todos nuestros servidores públicos incluidos los contratistas que apoyan técnicamente la gestión administrativa, financiera y asistencial en la entidad.</p> <p>➤ 1.1 Componente Talento Humano</p> <p>1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos</p>	<p>J La entidad teniendo en cuenta el Decreto 943 de 2014 del DAFP, a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno el cual hace parte integral del presente Decreto y armonizando con el Comité Coordinador de Control Interno “Equipo MECI” realizo los ajustes necesarios para adaptar en su interior los cambios surtidos en la actualización del MECI - 2014.</p> <p>➤ 1.1 Componente Talento Humano</p> <p>1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos</p>  <p><b>PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:</b></p> <p>✓ Existe en la E.S.E. documento con los</p>

## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud



### PRODUCTO MINIMO DE CONTROL:

- ✓ Diseñar estrategias de socialización permanente de los principios y valores de la entidad "Código de Ética"

Recomiendo socializar nuevamente el Código de Ética ESE.HSJM; en la presente vigencia fiscal. La entidad "Oficina Talento Humano" debe buscar instancias de participación que permita crear una cultura organizacional frente a los aspectos éticos.

- Los funcionarios se comportan de acuerdo a las reglas de conducta definidas por la entidad.

Recomiendo: Que se revise periódicamente (Mesas técnicas de Trabajo) la pertinencia de los valores previamente establecidos y se actualice o modifiquen según sus resultados.

#### 1.1.2 Desarrollo del Talento Humano



### PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Manual de Funciones y Competencias Laborales de conformidad - Decreto No.2484 del 02 de Diciembre de 2014. Actualizado y Adoptado en la entidad a través del: "Acuerdo de Junta Directiva No.009 de 02.06.2.015", pendiente de ajustes, nueva Socialización y divulgación.(Decreto 815/18)

Recomiendo a la Alta Gerencia, observar y velar

principios y valores de la entidad "Código de Ética E.S.E. HSJM" publicado en la pagina web, Link ESE.

La E.S.E.HSJM. Con el propósito de fortalecer este elemento de control "Código de Ética" cuenta con un documento Ético que estableció los parámetros de comportamiento y actuación de los funcionarios de la E.S.E.HSJM, con el fin de garantizar la transparencia y prevenir las malas conductas., Se encuentra publicado actualmente en la página web de la entidad, Link ESE- Recurso Humano – Código de Ética.

Elemento que busca establecer un estándar de buena conducta de los servidores al interior de la entidad.

#### 1.1.2 Desarrollo del Talento Humano



### PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Manual de Funciones y competencias y Requisitos Laborales."Elemento de control Gerencial"  
Adoptado en la entidad a través del "Acuerdo de Junta Directiva No.009 del 02.06.2.015" de conformidad con el Decreto DAFP No.2484 de 2014.
- ✓ Programa de Inducción y re inducción ESE.HSJM, en etapa de fortalecimiento y mejoramiento continuo área asistencial y administrativa.
- ✓ Programa (Existe)de Bienestar (Anual) ESE. Hospital San Jerónimo de Montería.
- ✓ Plan de Incentivos (Anual) ESE. Hospital San Jerónimo de Montería.

por el cumplimiento a lo señalado en el acuerdo 009 de 2015 "Manual Especifico de Funciones; Competencias y Requisitos Laborales" de Junta Directiva; máximo órgano de dirección en la entidad. Es importante precisar que la Supersalud el 04.02.2019, designo en la ESE.HSJM, Agente Especial Interventor; a través de la resolución No.000360 del 01 de Febrero de 2019.

- ✓ Plan Institucional de Formación y Capacitación (Anual) E.S.E. Se encuentra en proceso de ejecución; pendiente de los respectivos ajustes lineamientos; para su divulgación y socialización.
- ✓ Sistema de Evaluación del Desempeño. (F\*+D.A.F.P.) Ajustar los informes de las evaluaciones oportunamente; de conformidad con la Ley 909 de 2004 y el Acuerdo 565 de 2016- CNSC. " Carrera Administrativa"
- ✓ Programa de Inducción y reeinducción Realizar necesariamente el proceso en todas las áreas Asistenciales y Administrativa; garantizando así el mejoramiento continuo, conforme a los lineamientos impartidos por función pública.

La gestión del talento humano aun al haberse fortalecido el tema en gran parte en la organización; requiere mejora continuo; ya que parte del proceso de planeación de recursos humanos y reorganización administrativa, a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal; se organiza la información en la materia; y se define las acciones a realizar para el desarrollo de los tres procesos que configuran dicha gestión:

1º Ingreso

2º Retiro

3ºPermanencia.

- 1.2 Componente Direcccionamiento Estratégico

Los anteriores elementos de control permite a la entidad controlar el compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público, a través de las políticas y prácticas de gestión humana que debe aplicar, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño en la ESE. HSJM.

Los procesos y prácticas de talento humano se vienen adelantando de manera articulada a los demás procesos de gestión de la entidad, de tal forma que haya coherencia entre el desempeño de las personas y las estrategias de la entidad.

La gestión del talento humano parte del proceso de planeación de recursos humanos a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal; se organiza (y en lo posible sistematiza) la información en la materia; y se definen las acciones a realizar para el desarrollo de los tres procesos que configuran dicha gestión:

1º Ingreso

2º Retiro

3ºPermanencia

De igual manera, la gestión del talento; Así mismo, dentro de las Políticas de Desarrollo Administrativo se incluyen las de Talento Humano, y a través de ellas se brindan los lineamientos necesarios para su implementación y evaluación.

- 1.2 Componente Direcccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

Este elemento considera la planeación como un

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

Este proceso plantea la necesidad de analizar desafíos y oportunidades que entrega un entorno cambiante, al tiempo que requiere estar atento a la realidad interna circunstancias particulares de las entidades, con el fin de alcanzar \*Procesos de planeación eficaces y que puedan materializarse de la mejor manera, permitiendo alcanzar las metas y resultados previstos.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Planes de acción anual, definen las metas de la entidad (Pendientes de ajustes; algunas áreas administrativas y asistenciales a los respectivos Plan de acción Institucional 2019) "Elemento de Control" para ejecutar en la presente vigencia fiscal, en armonía con el Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2019.
- ✓ Plan de Gestión Gerente 2016-2019

Fue remitido el 22.12.2017 (Solicitado el 19.05.2017) por la alta gerencia (Administración Anterior), al despacho de control interno, presentado y aprobado; para su ejecución dentro de los términos de ley; por la Junta Directiva ESE.HSJM; Conforme a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, con su respectivo acto administrativo "Acuerdo J.D." con el propósito de de realizar mi labor preventiva (Irregularidades y anomalías) dentro de los roles de evaluación y seguimiento, observando lo señalado en la ley 1438, resolución No. 710 de 2012 y 743 de 2013 y resolución No. 408 del 15 de Febrero de 2018 y su anexo técnico No.2"Indicadores y Estándares por áreas de

proceso dinámico y sistemático que le permite a las entidades públicas proyectarse a largo, mediano y corto plazo, de modo tal que se planten una serie de programas, proyectos y actividades con la respectiva asignación de responsabilidades para su ejecución, que le sirvan para cumplir con su misión, visión y objetivos institucionales.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ La Misión y Visión institucional (Plataforma Estrategica) Adoptados y Publicadas en la página Web de la entidad; para los fines pertinentes y oportunos. Link: ESE.
- ✓ Objetivos institucionales publicados en la página web de la entidad. Link: ESE.

Planes, programas y proyectos:

- ✓ Plan de Acción Institucional 2019 Publicado en la pagina Web Link. Gestión - Planeación "Elemento de Control" para ejecutar en la presente vigencia fiscal; en la pagina web de la entidad se encuentra publicado la 1º,2º,3,º y 4º trimestres (Proceso consolidación y publicación 2018) evaluación y seguimiento para los fines pertinentes y oportunos a cumplir con respeto al plan de gestión de la Alta Gerencia 2016 - 2019 y Plan de desarrollo Institucional.
- ✓ Plan Anual de Adquisiciones de Bienes y servicios vigencia fiscal 2019; aprobado y publicado en el secop y en la página web

## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

Gestión” expedida por el Ministerio de Salud; para los fines pertinentes y oportunos de la gerente y la Junta Directiva.

Actualmente se encuentra en la Fase de ejecución y en Proceso de Evaluación (Junta Directiva – Supersalud – Notificación Gobernación de Córdoba) Plan de Gestión Gerente; vigencia fiscal 2017.

- ✓ Cronogramas de los diferentes Comités Institucional de trabajo “Equipos Interdisciplinarios” en la E.S.E. 2019

Se reconoce avance pero bajo el porcentaje de satisfacción.

Las entidades deben tener en cuenta al momento de realizar su planeación lo dispuesto en el Decreto 2482 de 2012 y normas posteriores vigentes, por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión, adoptando (Pendiente en la entidad) el Modelo Integrado de Planeación y Gestión como instrumento de articulación y reporte de la planeación, el cual comprende:

**Referentes:** Punto de partida para la construcción de la planeación, incluyen las metas del Gobierno establecidas en el \*Plan Nacional de Desarrollo, las competencias normativas asignadas a cada entidad y el marco fiscal.

### **Políticas de Desarrollo Administrativo:**

Conjunto de lineamientos que orientan a las entidades en el mejoramiento de su gestión para el cumplimiento de las metas institucionales y de Gobierno, a través de la simplificación de procesos y procedimientos internos, el aprovechamiento del talento humano y el uso eficiente de los recursos administrativos, financieros y tecnológicos.

**Metodología:** Esquema de planeación articulado que facilita la implementación de las políticas e iniciativas gubernamentales que estén orientadas a fortalecer el desempeño institucional, en procura del cumplimiento de las metas institucionales y de Gobierno para la prestación de un mejor servicio al ciudadano.

de la ESE, recomiendo (i Observar el Principio de Planeación) dar cumplimiento en los procesos de adquisición de bienes y servicios en la vigencia fiscal 2019 pre-contractualmente y contractualmente en los respectivos procesos de selección, entre otros.

- ✓ Plan Bienal ESE. HSJM - 2.019

Recomiendo gestión administrativa, a través de la Secretaria de salud departamental; para los fines pertinentes y oportunos.

- ✓ Programa Presupuestal - 2.019

Publicado en la página web de la entidad.

Aprobado por la Junta Directiva y posteriormente por el CONFIS- Departamental de Córdoba. y sus respectivas aprobación.

Actualmente se encuentra en ejecución el presupuesto inicialmente aprobado conforme a los procesos y Procedimientos Presupuestales vigentes.

Recomiendo (i Sr Agente Especial Interventor; para los fines pertinentes y oportunos “Lina Contractual y Línea Financiera” observar los hallazgo señalados en el informe final de Auditoria Exprés Vigencia Fiscal 2019; practicada a la ESE.HSJM.

Este Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse establecen el marco de referencia que orienta la entidad hacia el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales, en procura de alcanzar su visión.

El Direccionamiento Estratégico define la ruta organizacional que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos institucionales.

### 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, “**Mapa de Procesos**” La E.S.E. podrá contar con una estandarización



**Instancias:** Responsables de liderar, coordinar y facilitar la implementación del modelo a nivel institucional.

### 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

La importancia del Modelo de Operación por Procesos se puede identificar en normas como el Decreto 1537 del 2001, en el que se establece la obligatoriedad para las entidades de elaborar, adoptar y aplicar manuales a través de los cuales se documenten y formalicen los procesos y procedimientos.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Divulgación (\*Pendiente) del Mapa actualizado de Procesos E.S.E.HSJM.
  - Proceso Operativo área Jurídica
  - Proceso área Suministro y Sistema Farmacéutico.
  - Proceso Sistema Administración Facturación; Cartera y Auditoria Medica y de Cuentas; entre otros.

Recomiendo la socialización de estos elementos de control; a través de Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión del Mapa de procesos y los procedimientos ajustados de la entidad. (A través de Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la Entidad, Concursos, Actividades entre otros).

**IMPORTANTE:** No olvide que es la entidad la que muestra la forma en la que realiza su gestión a través de los procesos y procedimientos, así que éstos irán madurando de tal manera que representen lo que en la práctica resulte más eficiente de realizar las

de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios de salud.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Mapa de Procesos de la E.S.E.HSJM.

Ajustado (Fortalecido) y; publicado en la Intranet.

- ✓ Proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas.

Un Modelo de Operación se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, y dependiendo de la complejidad de las organizaciones, en este caso es posible agrupar procesos afines en macroprocesos.

Estos instrumentos, a su vez, facilitan el cumplimiento del Control Interno en la ESE. Así mismo, la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP1000 contempla como uno de los principios de la Gestión de la Calidad que eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso tiene como punto de partida la caracterización del mismo, que consiste en la determinación de sus rasgos distintivos; esto es, cuando se identifican sus interrelaciones frente a los demás procesos de la entidad determinando sus proveedores (procesos internos o instancias externas) que entregan insumos y clientes que reciben un producto o servicio. La caracterización de los procesos es entonces, el esquema que permite ver en contexto de manera integral y

actividades. No se puede pensar que la entidad debe acomodarse a lo que los procesos o procedimientos determinen, en caso de que éstos no se ajusten a la realidad institucional.

**IMPORTANTE:** Los procesos no son estáticos, pueden variar constantemente por cambios en la normatividad, o en la plataforma estratégica de la entidad, por ello deben estar en constante monitoreo, para conocer su valor agregado en la entidad y garantizar que su desarrollo aporta al cumplimiento de la misión y objetivos de la entidad.

**IMPORTANTE:**

**ALTA DIRECCIÓN, LÍDERES DE PROCESOS:**

Los procesos en sí mismo, no son garantía de una gestión adecuada, de tal manera que deberán hacer seguimientos con una periodicidad definida al estado de los procesos, para que a través de la autoevaluación se puedan encontrar a tiempo desviaciones que puedan ser corregidas, o plantear acciones de mejora para hacerlos más eficientes.

**JEFE DE PLANEACIÓN y CALIDAD:** La Oficina de Planeación y Calidad; podrá ser las responsables de tener consolidada la información sobre los procesos; sin embargo, la responsabilidad de actualizar la información de los procesos es de cada líder de proceso, por tal razón se deberán crear canales de comunicación que permitan conocer en tiempo real los cambios que se surtan en ellos.

**SERVIDORES PÚBLICOS:** Cada uno de los funcionarios en la organización es responsable de aplicar los procesos y procedimientos de manera adecuada; además al ser quienes ejecutan las actividades podrán sugerir acciones de mejora para hacer más eficientes los procesos.

1.2.3 Estructura Organizacional

La Estructura Organizacional debe permitirle a la entidad darle cumplimiento a su direccionamiento estratégico, a los planes, programas, proyectos y procesos, y responder a los cambios del entorno político, económico y social que le es propio, haciendo más flexible su organización y

secuencial aplicando el ciclo PHVA. La esencia del proceso frente al aporte que hace al logro de los objetivos institucionales.

Estos procesos de acuerdo con la NTCGP 1000 se clasifican en:

**Procesos Estratégicos, Procesos Misionales, Procesos de Apoyo y Procesos de Evaluación.**

La representación gráfica de los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y sus interacciones conforman el **\*Mapa de Procesos institucional de la ESE.HSJM.**

Esto convierte a los \*procedimientos en un control \*gerencial de la entidad encaminado a lograr que las actividades se desarrollen siguiendo una secuencia lógica, que permita que quien los realice pueda llevarlas a cabo de la misma manera en la que lo efectuaría cualquier otro servidor que siga lo descrito en el mismo, garantizando así la continuidad del proceso en la organización.

1.2.3 Estructura Organizacional

Elemento de control que configura integral y articula los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad, para dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión y su función constitucional y legal.

La Estructura Organizacional se compone por el "Organigrama E.S.E.HSJM" por su Planta de Personal y por el Manual Especifico de Funciones y Competencias y Requisitos Laborales.



estableciendo niveles de responsabilidad, a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación más directo entre los ciudadanos y los servidores públicos.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Estructura organizacional "Organigrama" y "Planta de Personal" de la entidad que facilite la gestión por procesos (F \*+ DAFP – conforme al Decreto Número 815 de 2018). Pendiente en esta vigencia fiscal su ajuste, divulgación y socialización de conformidad con el "Acuerdo de Junta Directiva No.007 y No. 008 del 02.06.2.015" y el Decreto Número 815 de 2018 expedido por Función Publica.
- ✓ Manual de Funciones y Competencias Laborales "Acuerdo Junta Directiva NO. 009 de 02.06.2015" adoptado para cada uno de los cargos en la entidad. (F \*+ DAFP - conforme al Decreto Número 815 de 2018), de conformidad con el Decreto No. 2484 de 2014-DAFP. Pendiente ajustes Conforme al Decreto Numero 815 de 2018 - DAFP, divulgación en la presente vigencia fiscal y socialización por las áreas responsables, a todos los servidores públicos de la E.S.E. HSJM.

Recomiendo a la Alta Gerencia, observar y velar por el cumplimiento a lo señalado en el acuerdo 009 de 2015 "Manual Especifico de Funciones; Competencias y Requisitos Laborales" de Junta Directiva; máximo órgano de dirección (hasta el 04.02.2019; que la Supe salud designa AEI en la entidad; para administrar. Adicionalmente recomiendo al Agente Especial Interventor dar cumplimiento dentro de los términos de ley (08.05.2019) al Decreto Número 815 de 2018;

**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Estructura organizacional "Organigrama" de la E.S.E. HSJM, Adoptado a través del "Acuerdo de Junta Directiva No.007 del 02.06.2.015" Define en la entidad nivel jerárquico y nivel de responsabilidad.
- ✓ Estructura organizacional "Planta de personal" de la ESE.HSJM, "Acuerdo de Junta Directiva No.008 del 02.06.2015"
- ✓ Manual de Funciones y Competencias laborales ESE.HSJM, "Acuerdo de Junta Directiva No.009 del 02.06.2.015"

Es importante señalar que en la ESE. HSJM, a través de estos \*elemento de control gerencial, logro establecer de manera adecuada los niveles de responsabilidad, a fin de lograr un flujo de decisiones y comunicación que permita a través del mismo facilitar la ejecución de direccionamiento estratégico, de los planes, programas, proyectos y procesos; entre otros.

**1.2.4 Indicadores de Gestión**

Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Definición de indicadores de eficiencia y efectividad, que permiten medir y evaluar el

expedido por el DAFP.

El Departamento Administrativo de la Función Pública es la entidad responsable de orientar la política en materia de rediseño organizacional; las metodologías que para el efecto se han diseñado toman como base un enfoque por procesos, que resulta coherente con la orientación del MECI en ese mismo sentido.

#### 1.2.4 Indicadores de Gestión

Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de una entidad, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.



#### PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Seguimiento a los indicadores - F\* - DAFP
- ✓ Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores (Pendiente de revisión y ajustes)

Los responsables y sus equipos de trabajo, deberán hacer seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de la entidad, la cual no podrá ser superior a seis (\*6) meses.

Empleándolos en forma oportuna y actualizada, los indicadores permiten tener control adecuado sobre una situación dada; la principal razón de su importancia radica en que es posible predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global.

Los indicadores son una forma clave de realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin

avance en la ejecución de los planes, programas y proyectos en la ESE.HSJM.

- ✓ Seguimiento de los indicadores
- ✓ Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores (F\* -DAFP)

A partir del Direccionamiento Estratégico y de los objetivos y resultados (productos/servicios) de los procesos y con la ayuda de la caracterización de los mismos, se diseñan los Indicadores, cuya medición periódica permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los productos y servicios que éste genera para la ciudadanía o para las partes interesadas de la entidad.

Todas las actividades relacionadas con los planes, programas y proyectos en la ESE. pueden medirse con parámetros que enfocados a la toma de decisiones son señales para monitorear la gestión, así se asegura que las actividades vayan en el sentido correcto y permiten evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades.

Estas señales son conocidas como indicadores de gestión.

**JEFE DE PLANEACIÓN Y CALIDAD:** Para un adecuado seguimiento a la planeación institucional la entidad cuenta con una batería de indicadores que permitan conocer el estado real de la ejecución de las actividades, y si bien la responsabilidad de la formulación de los mismos es responsabilidad de los líderes de proceso, ustedes podrá solicitar la revisión de los mismos, con miras a obtener información estratégica.

#### 1.2.5 Políticas de Operación

Este elemento es fundamental para el direccionamiento estratégico dado que facilita la ejecución de las operaciones internas a través de

demora y en forma oportuna.

**IMPORTANTE:**

No existe un número máximo o mínimo de indicadores que debe tener una entidad; sin embargo es conveniente entender que entre más indicadores se tengan, más difícil será realizar su seguimiento, y menos oportuna será su medición; de tal manera que priorizar las actividades a medir, teniendo en cuenta aquellas que brinden un valor agregado a la entidad, y permitan conocer el estado del logro de sus objetivos, será una buena práctica a desarrollar.

**LÍDERES DE PROCESO:** Los indicadores medirán lo que ustedes definan, por tal motivo, para su formulación se deberá tener en cuenta los objetivos y puntos claves. Recuerde que la información que de aquí se logre extraer será clave para la mejora continua y la consecución de las metas trazadas. Es importante hacer un seguimiento periódico a la vigencia y validez de los indicadores, con el fin de conocer sus efectos por la organización; tenga en cuenta que lo importante no es tener indicadores que tengan la facilidad de cumplirse, sino aquellos que permitan medir el estado real del que hacer institucional.

1.2.5 Políticas de Operación

Las Políticas de Operación constituyen los marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes Dirección Estratégico, Administración del Riesgo y lo relacionado con la información y comunicación.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Establecimiento de Políticas de Operación (Pendiente de Ajustes) y \*nueva divulgación en la presente vigencia fiscal 2018; de las

guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la entidad; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, planes, programas, proyectos y políticas de administración del riesgo y de otros procesos previamente establecidos por la entidad.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Establecimiento de las Políticas de operación en la ESE.HSJM, publicadas en la página Web. Link: Normatividad
- ✓ Manual de operaciones o su equivalente adoptado y \*divulgado.

Acto administrativo a través del cual se adopta el Manual de Operaciones de la entidad (Manual de Procedimientos - Manual de Calidad) como documento de consulta.

Las Políticas de Operación constituyen los marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes Dirección Estratégico, Administración del Riesgo y lo relacionado con la información y comunicación.

A través de estas políticas se estableció en la ESE.HSJM; las acciones y mecanismos asociados a los procesos; definiendo parámetros de medición del desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad su ejecución.

1.3. Componente Administración del Riesgo

Conjunto de elementos que le permiten a la

políticas de operación: Instrumentos: herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de las Políticas de Operación de la entidad.

(Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Concursos, Actividades entre otros.)

- ✓ Manual de operaciones o su equivalente ajustado y adoptado; pendiente de \* divulgarlo en la presente vigencia fiscal.

Estas guías de acción son de carácter operativo, de aplicación cotidiana y dan seguridad y confianza quien debe responder por la ejecución de procedimientos y actividades muy específicas y se encuentran inmersas en los procedimientos previamente definidos.

**IMPORTANTE:**

**RESPONSABLES DE CADA UNA DE LAS POLÍTICAS IDENTIFICADAS:** Haga un seguimiento a la aplicación de la política, verifique la forma en la que se ejecuta, y tome las acciones correctivas necesarias para su mejora. Igualmente, verifique por lo menos una vez cada semestre, que la fuente de la que emana la política se mantenga vigente, de lo contrario realice los cambios necesarios para cumplir con la finalidad de cada una de ellas.

**1.3. Componente Administración del Riesgo**

En materia de Riesgo debe garantizarse la directriz institucional de la Gestión y Auto Evaluación del Riesgo en cada uno de los procesos y procedimientos organizacionales y generar la cultura necesaria para que el hospital cuente con una intervención preventiva de los riesgos. Se avanza en la identificación de los riesgos de los servicios asistenciales habilitados, procesos de apoyo área administrativa y en los riesgo de todo el sistema contable de la entidad en procura de la consolidación institucional del mapa de riesgo de la E.S.E; ya que la contraloría ha señalado debilidad a los procesos y procedimientos contables; línea contractual y línea

entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos “MATRIZ - DOFA” que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

Al ser un componente del Módulo Control de Planeación y Gestión, la Administración del Riesgo se sirve de la planeación (misión, visión, establecimiento de objetivos, metas, factores críticos de éxito), del campo de aplicación (procesos, proyectos, sistemas de información), del Componente Direccionamiento Estratégico y todos sus elementos. Su mirada sistémica contribuye a que la entidad no sólo garantice la gestión institucional y el logro de los objetivos sino que fortalece el ejercicio del Control Interno en la entidad.

Este componente faculta a la entidad para emprender las acciones de control necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales. Es importante considerar que un evento puede representar una oportunidad de mejora para la organización, pero si no se maneja adecuadamente y a tiempo, puede generar consecuencias negativas.

**1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo**

Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, permiten tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

financiera entre otras, por falta de supervisión y seguimiento.

En materia de riesgo, el hospital ha adoptado metodología que agrupa de manera genérica riesgos institucionales y riesgos clínicos; se han construido las matrices de riesgo de sus procesos. Está en proceso de elaboración la matriz 100% de riesgo consolida de los servicios asistenciales y procesos administrativos vigencia fiscal 2019.

Este componente se estructura a través de los siguientes Elementos de Control:

- Políticas de Administración del Riesgo.
- Identificación del Riesgo.
- Análisis y Valoración del Riesgo.

### 1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

Es importante que las Políticas de Administración del Riesgo se fijen desde el inicio del proceso, dado que estos, deberán someterse a los lineamientos y directrices que en esta etapa se determinen.



#### PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Divulgación (Fortalecer 100%) el mapa de riesgos institucional 2018 y sus políticas ajustadas.  
(F\*+ DAFP)

Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y

- ✓ Definición por parte de la alta Dirección de políticas para el manejo de los Riesgos. (Acto administrativo publicado en la pagina Web – Link: Normatividad)

Acto administrativo o documento a través del cual se definen y adoptan las Políticas de Administración del Riesgo en la ESE.HSJM.

- ✓ Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus Políticas. (Pagina \*Web en el Link: E.S.E.)

La formulación de políticas está a cargo del Representante Legal de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno o quien haga sus veces y se basan en lo que la entidad espera de la administración de los riesgos; la política señala qué debe hacerse para efectuar el control y su seguimiento, basándose en los planes y los objetivos institucionales o por procesos. Las políticas de riesgo de la ESE. HSJM. contienen los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se esperan lograr.
- Las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar a largo, mediano y corto plazo.
- Los riesgos que se van a controlar.

Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido.

El seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad.

Contar con estas Políticas de Administración del Riesgo en la Entidad constituye el marco de acción necesario para dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

### 1.3.2 Identificación del Riesgo

difusión de los Mapas de Riesgos de la entidad. (Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Concursos, Actividades entre otros).

**IMPORTANTE:** La administración del riesgo es uno de los temas más importantes para el desarrollo de las entidades, en ese orden de ideas, debe dársele la relevancia estratégica para que cumpla con su cometido.

**IMPORTANTE:** Los mapas de riesgo no son el fin de la administración del riesgo, son un medio para poder administrar los riesgos de tal manera que se asegure de manera razonable el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

**IMPORTANTE:** La responsabilidad de realizar la gestión del riesgo es de cada uno de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo. Ni la Oficina de Planeación - Calidad ni la Oficina de Control Interno son la responsables directas de la administración del riesgo en la entidad.

**ALTA DIRECCIÓN:** Una adecuada formulación de la política de administración del riesgo, es el inicio de una adecuada gestión del riesgo, por tal razón, es importante que dicha formulación sea realizada teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico de la entidad, su misión y objetivos.

Es necesario entender que los mapas de riesgo no son documentos, y que deben ser construidos con lineamientos claros, precisos y útiles para la gestión del riesgo.

**LÍDERES DE PROCESO:** Identificar un riesgo no implica su materialización, pero si permite tener los controles para evitarla; de tal manera que es importante que este proceso se haga de manera objetiva y consciente.

El seguimiento a los mapas de riesgo de cada proceso, debe convertirse en una actividad rutinaria, más no repetitiva, es decir cada evaluación debe realizarse de manera particular, y no puede convertirse en lo que se conoce como "copiar y pegar" para que tenga los efectos adecuados en la entidad.

Productos mínimos pendientes en la entidad en procesos:

### 1.3.2.1 Contexto Estratégico

Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución. Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político, ambiental y legal.

Definir el contexto estratégico contribuye al control de la entidad frente a la exposición al riesgo, ya que permite conocer las situaciones generadoras de riesgos, impidiendo con ello que la entidad actúe en dirección contraria a sus propósitos institucionales.

La identificación de los riesgos se realiza a nivel del Componente de Direccionamiento Estratégico, identificando las causas con base en los factores internos o externos a la entidad, que pueden ocasionar riesgos que afecten el logro de los objetivos.

La identificación implica hacer un inventario de los riesgos, definiendo en primera instancia sus causas con base en los factores de riesgo internos y externos (contexto estratégico), presentando una descripción de cada uno de estos y finalmente definiendo los posibles efectos (consecuencias).



#### PRODUCTOS MÍNIMOS DE CONTROL:

- ✓ Identificación de los factores internos y externos de riesgo.
- ✓ Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad



Mapa de riesgos Institucional (Consolidarlo al 100%): El cual recoge a nivel estratégico los riesgos más críticos para la entidad proveniente de los diferentes procesos, es decir que este mapa recogerá o consolidará aquellos riesgos identificados dentro de los procesos, los cuales incluso después de implementar los controles aún permanecen en las zonas Altas o Extremas dentro de la Matriz de Evaluación y respuesta a los riesgos. Así mismo por disposición del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 y su Decreto reglamentario 2641 de 2012, a este mapa se deberán llevar los riesgos identificados en los mapas de riesgos asociados a posibles actos de corrupción.

□\*Mapas de riesgos por proceso (y/o proyectos asociados a los procesos): Los cuales se construyen a partir del análisis y evaluación planteados dentro de la metodología (Ver guía DAFP Administración del Riesgo), estos mapas permitirán a los responsables o líderes de los procesos realizar el seguimiento y control sobre los riesgos identificados, con el fin de evitar su materialización.

□Actas u otro documento que soporte la divulgación de la política de riesgos y de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad: Se deberá garantizar que todos los funcionarios conozcan los Productos mínimos de control de los respectivos riesgos.

### 1.3.2 Identificación del Riesgo

Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad relacionados con los objetivos de los procesos, programas y/o proyectos, y los objetivos institucionales. Es allí donde, al igual que todos los servidores, la gerencia pública adopta un papel proactivo en el sentido de visualizar en sus contextos estratégicos y misionales los factores o causas que pueden afectar el curso institucional, dada la especialidad temática que manejan en cada sector o contexto socioeconómico.

### 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

#### 1.3.3.1 Análisis del Riesgo

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias; éste último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.



#### PRODUCTOS MÍNIMOS DE CONTROL:

- ✓ Análisis del riesgo
- ✓ Valoración del riesgo
- ✓ Mapa de riesgos por procesos
- ✓ Mapa de riesgos "institucional"
- Página Web, Link. ESE.

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados: Probabilidad e Impacto.

**Por Probabilidad** se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de Frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: número de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.

**Por Impacto** se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Para adelantar el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos: Calificación del riesgo y Evaluación del riesgo:



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Identificación de los factores internos y externos de riesgo. ( Contexto estratégico) (F\* + DAFP). Socializar y divulgar en la entidad.
- ✓ Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad. Administrar bien y oportunamente. F\* + DAFP.

Documento de identificación los riesgos de cada proceso, programas y/o proyectos que contengan las causas, descripción y las posibles consecuencias de los mismos.

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

1.3.3.1 Análisis del Riesgo

El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos.



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Análisis del riesgo
- ✓ Controles
- ✓ Mapa de riesgos de proceso \*F+DAFP
- ✓ Mapa de riesgos institucional 2018 \*FDAFP

**Calificación del riesgo:** se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

**Evaluación del Riesgo:** permite comparar los resultados de la calificación del riesgo, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al mismo; de esta forma es posible distinguir entre los riesgos aceptables, tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento.

) La E.S.E. el pasado 16 de Octubre de 2014 adopto las políticas de administración de riesgo y mapa de riesgo al interior de la entidad, a través de la Resolución No. 345 – 2014, publicada en la página web, Link: Normatividad Para que se dé una Gestión efectiva en administración de riesgo, ha sido necesaria la actualización continua y permanente de los mapas de riesgo. en la E.S.E. HSJM.

**ALTA DIRECCIÓN:** Una adecuada formulación de la política de administración del riesgo, es el inicio de una adecuada gestión del riesgo, por tal razón, es importante que dicha formulación sea realizada teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico de la entidad, su misión y objetivos.

Sr AEI se decide contratar la asesoría en la materia, es necesario que la participación de los miembros de la entidad sea la base del proceso, ya que sólo de esta manera se tendrá un impacto en la organización.

Es necesario entender que los mapas de riesgo no son documentos, y que deben ser construidos con lineamientos claros, precisos y útiles para la gestión del riesgo.



## En Intervención


Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

**IMPORTANTE:** La administración del riesgo Sr AEI es uno de los temas más importantes para el desarrollo de las entidades, en ese orden de ideas, debe dársele la relevancia estratégica para que cumpla con su cometido.

**IMPORTANTE:** Los mapas de riesgo Sr AEI no son el fin de la administración del riesgo, son un medio para poder administrar los riesgos de tal manera que se asegure de manera razonable el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

**IMPORTANTE:** La responsabilidad de realizar la gestión del riesgo Sr AEI es de cada uno de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo. Ni la Oficina de Planeación - Calidad ni la Oficina de Control Interno son la responsables directas de la administración del riesgo en la entidad.

**MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

DEBILIDADES	FORTALEZA
<p>) Este módulo de control busca que la entidad desarrolle mecanismos de medición, evaluación y verificación, necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno en la realización de <i>su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad</i>; si todas las operaciones se realizan de conformidad con los principios de la función pública establecidos en la Constitución Política, la ley y las políticas trazadas por la dirección en atención a las metas u objetivos previstos.</p> <p>Las deficiencias encontradas producto de esa evaluación y seguimiento y las recomendaciones sugeridas en las diferentes instancias de evaluación, incluyendo las emitidas por los órganos de control del estado (DAFP, CGDC Y SUPERSALUD), deben ser acogidas por el servidor responsable y/o por el nivel de administración o dirección correspondiente</p> <p>➤ <b>Autoevaluación del control y gestión</b></p>  <p>PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actividades de sensibilización a los Funcionarios sobre la cultura de la autoevaluación.</li> </ul> <p>La E.S.E HSJM debe fortalecer aun más la autoevaluación institucional, debe diseñar Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren</p>	<p>) Dentro del proceso de mejoramiento continuo en la entidad, este módulo de control considera aquellos aspectos que permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de la ESE.HSJM, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los Planes, Programas y Proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones oportunas para orientar las acciones de mejoramiento continuo en la entidad.</p> <p>Este Módulo de control, se estructura bajo tres Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>🏆 <b>Autoevaluación Institucional.</b></li> <li>🏆 <b>Auditoría Interna.</b></li> <li>🏆 <b>Planes de Mejoramiento.</b></li> </ul> <p><b>AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL</b></p>

la sensibilización sobre la Autoevaluación en la entidad. (Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Concursos, Actividades entre otros)

✓ **Herramientas de Autoevaluación**

La entidad debe determinar cómo a partir de los Riesgos, indicadores, Controles establecidos y demás elementos que le permitan tomar información, puede realizar la autoevaluación de la gestión, tomando los correctivos necesarios.

\*\*\*

Es recomendable que los líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, programen reuniones mensuales como máximo, en los que se realicen ejercicios de autoevaluación, y que a través de estas se genere una disciplina al interior de los procesos para que la autoevaluación se convierta en parte del día a día de la entidad.

La entidad debería asegurarse de contar con herramientas que permitan la autoevaluación y a su vez, que éstas sean socializadas y entendidas por todos los funcionarios que conforman el organigrama de la E.S.E.

✓ **Auditoría Interna**



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL**

➤ Auditorías Internas

CONSEJOS PARA LA PRACTICA

**AUDITADOS:** Se debe entender que las auditorías se realizan a los procesos y no a las personas, por sino entender que se está haciendo un seguimiento a la



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación (F\*+DAFP)
- ✓ Herramientas de Autoevaluación (F\*+ DAFP)

La entidad actualmente está en capacidad de alimentar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas que le permitan ejercer el proceso de manera correcta. El Aplicativo MECI – FURAG II.

Es importante precisar que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se definió un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993.

Por lo anterior, el informe Ejecutivo Anual inicialmente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 el Decreto 1083 de 2015, fue modificado por el Decreto 1499 de 2017, razón por la cual será a través del aplicativo FURAG que se estará recolectando la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades, por tratarse de una dimensión del Modelo Integral Planeación y Gestión MIPG. En consecuencia, el reporte “El Informe Ejecutivo Anual del Control Interno” no se debe presentar ante la Función Pública “28.02.2018” teniendo en cuenta la presente norma vigente; relacionada, con la evaluación FURAG II, cuyos resultados permitirán a todas las entidades contar con la evaluación para la vigencia 2018 de la políticas contenidas en el nuevo modelo “ MIPG”

\*\*\*

Recomiendo que a las autoevaluaciones realizadas en la entidad como la de Administración del Sistema de Facturación, Proceso Integral de Cartera, Auditoria Medica Concurrente y Auditoría de Cuentas Medicas,

gestión del proceso.

Es importante colaborar al auditor en la realización de las auditorías, brindarle la información que se requiera, y ser objetivo en las respuestas, sólo de esta manera se logrará cumplir con el objeto de la auditoría.

No se debe ver al auditor como el enemigo que viene a escudriñar las acciones y actividades realizadas, sino como aquel que podrá colaborar a la mejora continua y a la consecución de los objetivos.

- Plan de mejoramiento



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL

- ✓ Plan de Mejoramiento Internos y Externos

#### CONSEJOS PARA LA PRACTICA

**IMPORTANTE:** Los planes de mejoramiento son determinantes para la mejora continua, por tal razón deben ser suscritos **!** (los Externos por el Representante Legal, ante los Operadores de Control) atacando las causas que dan origen a los hallazgos, y garantizando que las acciones se realizan en los tiempos programados.

**IMPORTANTE:** Los planes de mejoramiento no son realizados por las Oficinas de Control Interno, esta es una responsabilidad de cada uno de los líderes de los procesos.

**LÍDERES DE PROCESO:** La efectividad de los planes de mejoramiento depende de las acciones planteadas en él y en su cumplimiento de Metas "Indicadores de Cumplimiento", de tal manera que si se proponen acciones que no atacan las causas de los hallazgos, estos últimos seguirán subsistiendo en el tiempo.

Las acciones planteadas no deben establecerse por

SIAU, Sistema de gestión de la calidad entre otras, se les de cumplimiento a las acciones correctivas planteadas; para subsanar las causas que dieron origen a las observaciones señaladas en los respectivos informes y planes de mejoramiento suscritos.

**IMPORTANTE:** El éxito de la autoevaluación radica en la objetividad al momento de realizarla, entre más objetivo sea el proceso, será más fácil poder aplicar los correctivos en los momentos justos, y lograr los objetivos propuestos.

**IMPORTANTE:** El autocontrol es el complemento perfecto para realizar la autoevaluación, teniendo en cuenta que ambos buscan la mejora continua de las entidades.

**LÍDERES DE PROCESO:** La autoevaluación debe ser entendida como una oportunidad para mejorar y dar cumplimiento a los objetivos establecidos, de tal manera que debe ser una herramienta fundamental al interior de cada proceso, y la base para la mejora continua.

Aplicar objetivamente la autoevaluación le permitirá un mejor desempeño en sus actividades y reducirá considerablemente los hallazgos y observaciones realizadas en las auditorías.

#### **Auditoría Interna**



PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL

- ✓ La ESE. tiene definido procedimiento de auditorías internas "Adaptados" de conformidad con la guía DAFP, basado en evidencia documental que permita ejercer control permanente a la gestión administrativa.
- ✓ Programa de Auditorías - Plan Anual de Auditorías 2019



## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

“salir del paso” o por el simple hecho de cumplir, estas deben buscar la mejora continua.

El Plan de Mejoramiento, es el instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se emprenderán para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto con los resultados, con el logro de los objetivos de la entidad y con el plan de acción institucional, en armonía con el Plan de Desarrollo mediante el proceso de evaluación.

### CONSEJOS PARA LA PRACTICA DADOS POR EL DAFP

- La independencia y objetividad del auditor interno podría verse afectada cuando el Jefe de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces y/o su equipo de trabajo son responsables de una actividad que posteriormente podría ser auditada.
- El auditor o auditores internos no deben aceptar responsabilidades por funciones o tareas distintas de auditoría que estén sujetas a evaluaciones periódicas de auditoría interna. Si alguno de los anteriores asumen este tipo de responsabilidades, se entenderá que se presenta un impedimento para realizar la auditoría.
- Es conveniente que el Jefe de Control interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces a través de las áreas de recursos humanos, se asegure que las personas asignadas a cada trabajo posean o desarrollen a través de capacitación, los conocimientos, técnicas y otras competencias para realizar el trabajo adecuadamente.

Los Planes de Mejoramiento producto de la

La ESE – Oficina de Control Interno diseño “PAAI- 2019” Programa Anual de Auditorías Internas. Pendiente de ser Aprobado por el comité coordinador de control interno de la ES.E. HSJM. El cual se encuentra diseñado (ejecución) conforme a los lineamientos de Función Pública, es decir a ser aprobado cronograma por los miembros que integran el CCCI, en la entidad.

\*\*\*

Recomiendo analizar los informes de auditorías internas de la Gestión Jurídica, Sistema de Control Interno Contable, Epidemiología y Laboratorio Clínico; Facturación. Cartera y SIAU, radicados en gerencia; para los fines pertinentes y oportunos.

Recomiendo analizar los informes de auditorías externas realizados por la CGDC y la SuperSalud Vigencia Fiscal 2017 y 2018, con el propósito de analizar las causas que dieron origen a los hallazgos señalados por los entes de control.

- ✓ Informe Ejecutivo Anual de Control Interno

#### Departamento Administrativo Función Pública

\* Indicador de Madurez MECI – ultima Evaluación publicada por el DAFP; con un Puntaje: 80.01%

\* Nivel: Satisfactorio

El Informe fue presentado dentro del término, de acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Sirve como insumo para el fortalecimiento continuo y mejora del Sistema de Control Interno (Ir Instructivo) en la entidad.

Es importante precisar que el pasado 28 de febrero de 2017; la oficina de Control Interno de la entidad; Usuario: **2852JCI** reporto dentro de los términos a través del aplicativo **FURAG**; la encuesta MECI “Informe Ejecutivo Anual” y actualmente cuenta con el respectivo certificado de recepción de información; expedido por el **DAFP**.

\*\*\*

Es importante precisar que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se definió un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993.

Por lo anterior, el informe Ejecutivo Anual inicialmente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 el Decreto 1083 de 2015, fue modificado por el Decreto 1499 de 2017, razón por la cual será a través del aplicativo **FURAG** que se estará recolectando la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en

## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

vigilancia de la gestión fiscal del Estado ejercida por la Contraloría General de la Departamental de Córdoba, se regirán por los métodos y procedimientos que el ente de control prescriba. El Plan de Mejoramiento acordado con la Contralorías Departamentales, se entiende como el conjunto de acciones que ha decidido adelantar un sujeto de control fiscal tendientes a subsanar o corregir hallazgos negativos de orden administrativo que hayan sido identificados en ejercicio de la Auditoría Gubernamental o Auditorías Especiales con el fin de adecuar la gestión fiscal a los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad o a mitigar el riesgo.

**RECOMIENDO** Dar cumplimiento a las acciones correctivas propuestas a los operadores de control Y LA OFICINA DE CONTROL INTERNO “Planes de Mejoramientos Suscritos CGDC y SUPERSALUD vigencia fiscal 2017 y 2018” con el propósito de eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos, y poder cumplir con la unidad de medida con el fin de ser cerrados los hallazgos que aún permanecen abiertos.

todas las entidades, por tratarse de una dimensión del Modelo Integral Planeación y Gestión MIPG. En consecuencia, el reporte “El Informe Ejecutivo Anual del Control Interno” no se debe presentar ante la Función Pública “28.02.2018” teniendo en cuenta la presente norma vigente; relacionada, con la evaluación FURAG II, cuyos resultados permitirán a todas las entidades contar con la evaluación para la vigencia 2017 de la políticas contenidas en el nuevo modelo “ MIPG”

### Plan de mejoramiento



#### PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:

- ✓ Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento

En la E.S.E. existe un proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajan recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del Componente de Auditoría Interna teniendo siempre presente las observaciones del Órgano de Control Fiscal.

Es un Proceso, procedimiento o mecanismo documentado que permite realizar seguimiento a las acciones emprendidas por los responsables y la verificación de estas.

- ✓ Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento.

La ESE tiene establecido un mecanismo para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de conformidad con el Decreto 943 -2.014-DAFP y su manual técnico de implementación y fortalecimiento MECI-2.014.



**EJE TRANS-VERSAL INFORMACION Y COMUNICACION**

<b>DEBILIDADES</b>	<b>FORTALEZA</b>
<p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p>) Gran parte de la imagen de la entidad depende de la forma en la que es percibido por sus usuarios, de tal manera que informar y comunicar se convierte en aspectos esenciales para dar a conocer lo que hace la entidad en cumplimiento de su misión.</p> </li> </ul> <p>Utilice la información y comunicación para la mejora continua y la toma de decisiones oportunas; no olvide que estos son un eje trasversal al Modelo meci y a la gestión misma de la entidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p>) Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos al interior y en el entorno de cada entidad, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso, sea adecuada a las necesidades específicas de la ciudadanía y de las partes interesadas.</p> </li> <li> <p>) Para obtener los beneficios proporcionados por la Información y la Comunicación, es necesario conocer las necesidades de la ciudadanía, de las partes interesadas y las de la entidad, identificar sus fuentes y definir una estructura para su procesamiento y socialización.</p> </li> </ul> <p>Información y Comunicación interna y externa</p> </p>	<p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p>) Este eje es transversal a los Módulos de Control del Modelo Meci, dado que en la práctica las organizaciones y entidades lo utilizan durante toda la ejecución del ciclo PHVA; de tal manera, que complementa y hace parte esencial de la implementación y fortalecimiento de los Módulos en su integridad.</p> </li> <li> <p>) La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización.</p> </li> <li> <p>) Es a través de este mecanismo que se garantiza la difusión de información de la entidad sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés.</p> </li> </ul> <p>A través de este eje se mejorará la transparencia frente a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de las obligaciones frente a las necesidades de los usuarios.</p> <p>Información y Comunicación interna y externa</p> </p>



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en la normatividad.

La entidad debe establecer su proceso y/o actividades de Gestión documental de acuerdo o de conformidad con la Ley 594 de 2.000 o la norma que la modifique o sustituya.

CONSEJOS PARA LA PRACTICA

**IMPORTANTE:** Utilice la información y comunicación para la mejora continua y la toma de decisiones oportunas; no olvide que estos son un eje transversal al Modelo y a la gestión misma de la entidad.

**IMPORTANTE:** gran parte de la imagen de una entidad depende de la forma en la que es percibido por sus usuarios, de tal manera que informar y comunicar se convierten en aspectos esenciales para dar a conocer lo que hace la entidad en cumplimiento de su misión.

**ALTA DIRECCIÓN:** Es importante contar con una política ajustada de información y comunicación particular, que responda a las necesidades de la organización, sus usuarios, clientes, y partes interesadas; por lo tanto esta política debe hacer parte de la plataforma estratégica de la entidad.

Sistemas de Información y comunicación



**PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:**

- ✓ Rendición anual de cuentas con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía \*\*\*

Realizada por la Alta Gerencia (Pendiente la de la vigencia fiscal 2018 a más tardar el próximo 10 de Abril de 2019) dentro de los términos de ley de conformidad con la Circular Única SuperSalud.

- ✓ Manejo organizado o sistematizado de la Correspondencia.

La entidad estableció directrices claras para el manejo documental de tal manera que no haya contratiempos entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario y/o grupo de Interés.

- ✓ Identificación de las fuentes de Información externa.



Existe en la E.S.E. mecanismos para identificar la información externa. (Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias "PQRSD", Buzón de sugerencias, \*pagina Web, encuestas de satisfacción, entre otras)

- ✓ Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) sistematizada y de fácil acceso.

Existe en la ESE el programa dinámica gerencial fortalecido; documento (electrónico, físico o como determine la entidad) que permita consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.

- ✓ Política de Comunicaciones.

La entidad viene fortaleciendo los

 <p><b>PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.</li> </ul> <p>Los recursos físicos y humanos de la entidad deben tener asociados procesos ajustados, procedimientos y guías donde se establece el manejo de éstos y su adecuada utilización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad.</li> </ul> <p>La entidad debe poner a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página Web, carteleras comunitarias, periódico oficial, buzón de sugerencias, entre otros que crea conveniente.</p>	<p>mecanismo de comunicación con los Usuarios internos y externos.</p> <p>Dicha política, proceso o procedimiento contiene entre otros, los siguientes elementos: matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc.</p> <p>Sistemas de Información y Comunicación</p>  <p><b>PRODUCTOS MINIMOS DE CONTROL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.</li> </ul> <p>La entidad tiene identificado los usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidas sus productos y/o servicios.</p>
---	--

**ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

De acuerdo a la valoración de la oficina de control interno gestión de la E.S.E. HSJM. Se puede interpretar como aceptable el desarrollo de la implementación, fortalecimiento y mejora continua. Es importante precisar que se debe realizar la sostenibilidad a través de actividades de actualización y mantenimiento (Decreto 1499 de 2017, Decreto 612 de 2018 y Decreto 648 de 2017) a cada uno de los elementos y componentes de control MECI; que conforman el modelo estándar de control interno en la E.S.E. "MECI" de Conformidad con la adopción y adaptación establecida en su momento en el Decreto No.943 de 2014 – DAFP.

## RECOMENDACIONES

### MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

#### **"MIPG"**

- ❖ La Gobernación de Córdoba; a través de su Departamento Administrativo de Planeación, realizo en conjunto con el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la jornada de capacitación (08.11.2018) Modelo Integrado de Planeación y Gestión; con el fin de dar a conocer los elementos principales; para implementar en las entidades del orden territorial el MIPG; de conformidad con el Decreto Numero 1499 de 2017, fortaleciendo así la gestión pública.

En este orden de ideas es procedente señalar:

- 1º Implementar dentro de los términos de ley en la entidad el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno; ya que en de carácter obligatorio adoptar en la E.S.E.HSJM, la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, conforme al los lineamientos impartidos por el DAFP.

El Modelo Integral de Planeación y Gestión es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

#### **RECOMENDACIÓN 1.**

CONVOCAR DE CARÁCTER URGENTE AL COMITÉ INSTITUCIONAL DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO; E INCLUIR EN EL ORDEN DEL DIA LA ACTUALIZACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION; CON EL PROPOSTO DE DEJAR EN ACTA RESPONSABLES Y DEFINIR COMPROMISOS INICIALES PARA ANALIZAR LOS TRES COMPONENTES (INSTITUCIONALIDAD, OPERACIÓN Y MEDICION) Y LINEAS DE DEFENSA DISEÑADOS PARA LA IMPLEMTECION (MANUAL TECNICO DEL MIPG – PUBLICADO EN LA PAGINA WEB) DEL MIPG.


#### **RECOMENDACIÓN 2.**

CONVOCAR DE CARÁCTER URGENTE AL COMITÉ CORDINADOR DE CONTROL INTERNO E.S.E. HSJM; E INCLUIR EN EL ORDEN DEL DIA LA ACTUALIZACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION; CON EL PROPOSTO DE DEJAR EN ACTA RESPONSABLES Y DEFINIR COMPROMISOS INICIALES PARA ANALIZAR LOS TRES COMPONENTES (Institucionalidad, Operación y Medición) Y LINEA ESTRATEGICA Y LINEAS DE DEFENSA DISEÑADOS PARA LA ACTUALIZACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI.

### **RECOMENDACIÓN 3.**

ES IMPORTANTE PECISAR QUE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO No. 1499 DE 2017, LOS REPRESENTANTES LEGALES Y JEFES DE LOS ORGANISMOS DE LAS ENTIDADES A LAS QUE LES APLIA LA LEY 87 DE 1993 MEDIRAN EL ESADO DE AVANCE DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INERNO. LA FUNCION PUBLICA ESTABLECERA LA METODOLOGIA (Actualmente publicada en la pagina Web DAFP) LA PERIODICIDAD Y DEMAS CONDICIONES NECESARIAS PARA TAL MEDICION Y RECOGERA LA INFORMACION A TRAVES DEL FORMULARIO UNICO DE REPORTE Y AVANCE DE GESTION – FURAG.

### **RECOMENDACIONES ADICIONALES**

- ❖ El Modelo Estándar de Control Interno no es un documento, sino, una serie de controles que deben establecerse al interior de la ESE.HSJM. por tal razón debe ser parte de la cultura de nuestra organización; las acciones para el fortalecimiento continuo no están estandarizadas deberán responder a la realidad de esta entidad.
- ❖ Implementar una cultura de Autoevaluación de Riesgo en las áreas Asistenciales, Administrativas y Financieras.
- ❖ Mantener actualizado los indicadores de gestión de los diferentes procesos de la Institución.
- ❖  Mejorar la oportunidad de respuestas de quejas y reclamos, de acuerdo a los tiempos definidos por el proceso.
- ❖ Revisar y mejorar el sistema de información gerencial para apoyar el control de gestión y por lo tanto la toma de decisiones.

- ❖ Priorizar la adopción de las mejoras estructurales que requiere el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad en armonía con la revisión, depuración y actualización integral de la reglamentación interna de la entidad.
  - ❖ **\***Prever y preparar oportunamente la entrega y empalmes de cargos en la administración, de conformidad con la ley 951 de 2005.
  - ❖ Fortalecer los mecanismos de seguimiento, supervisión y control en materia de gestión documental.
  - ❖ Fortalecer la administración de riesgos. Se sugiere diferenciar riesgos operativos de los procesos vs riesgos estratégicos.
  - ❖ Utilizar la plataforma con que cuenta la entidad para integrar los aplicativos existentes tanto en el área misional como en el área de apoyo y así contar con un sistema integrado de información.
  - ❖ **\***Continuar con la actualización de los manuales de procedimientos “Manuales Operativos y Funcionales” para ajustarlos a los nuevos procesos e incluirlos en su totalidad; entre ellos Area Jurídica, Suministro, Cartera; Presupuesto; Tesorería; Sistema Farmacéutico entre otros.
  - ❖ Dar cumplimiento a los Planes de mejoramiento suscritos con los entes de control; vigencias fiscales suscritas 2018; específicamente con la Contraloría General del Departamento de Córdoba, la Súper Intendencia Nacional de Salud “SuperSalud” y con la oficina de control interno E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería; producto de las auditorias practicadas a la entidad.
- \*\*\***
- ❖ Y como recomendación final, es procedente tener en cuenta (Aplicar a la E.S.E.HSJM, ya que es importante que la entidad conozca las nuevas disposiciones de evaluación MECl y del MIPG de la vigencia fiscal 2017) que función pública informo a todas las entidades, tanto del orden Nacional como Territorial, que en cumplimiento del artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 “Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018” se integro en un solo Sistema de Gestión, los Sistemas de Gestión de la Calidad de la Ley 872 de 2003



## En Intervención

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Superintendencia Nacional de Salud

y de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998 y se articuló con el Sistema de Control Interno de la Ley 87 de 1993.

En cumplimiento de la anterior disposición, Función Pública; en coordinación con las demás entidades líderes de las políticas de Desarrollo Administrativo, se encuentra en desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) versión 2, el cual debía ser adoptado en el primer trimestre del año 2017 (No fue posible; atentos a las nuevas directriz y lineamientos DAFP; para efectos de la transición al nuevo modelo, la entidad deberán seguir algunas etapas que podrá consultar a través de los siguientes enlaces, en los que encontrara mayor información:

- ✓ Circular Externa No.100 21 2016 – Evaluación del MECI y MIPG en entidades y organismos de las ramas del poder público, organismos autónomos y de control.
- ✓ Circular Externa No.100 22 2016 – Evaluación del MECI y MIPG en entidades y organismos pertenecientes al nivel central y descentralizados del orden territorial.

Dichos lineamientos serán insumos para la evaluación que hagan las entidades al Modelo Estándar de Control Interno – MECI - y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG- de cada vigencia fiscal.

- ❖ Es importante precisar que la E.S.E. HSJM. Continúa aun **\***Categorizada en Alto Riesgo por el Ministerio de Salud. Recomendando dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución MiSalud No. 2249 del 30 de Mayo de 2018.
- ❖ **\***Es procedente señalar y precisar que el Ministerio de Salud expidió la resolución No.5185 del 14 de Diciembre de 2013” Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual; Por tal razón recomendando dar irrestricto cumplimiento a la Resolución Interna No. 273 del 21 de Agosto de 2014 (Requiere de ajustes y modificación en armonía con los estatutos de contratación vigentes en la ESE) “ Por medio de la cual se adopta el manual de contratación de la ESE.HSJM” e igual cumplimiento en los procesos de adquisición de bienes y servicios realizados en la entidad observar lo señalado en la Resolución No.1137 (Suscrita por la Agente Especial Interventor/SuperSalud), de octubre 27 de 2016 “Por medio del cual se expide el estatuto de contratación de la E.S.E.HSJM”
- \***Recomiendo seguir dándole irrestricto cumplimiento, y adicionalmente observar que recientemente a través de la resolución interna No.1145 del 27/10/2016 se adopta la estructura funcional y operativa del área jurídica; facturación; proceso integral de cartera, auditoría médica concurrente y auditoría de cuentas. Actualizando así; procesos institucionales. Así mismo a través de la resolución

**En Intervención**

Resolución 000360, 01 de Febrero de 2019  
de la Súper Intendencia Nacional de Salud

No. 1146 del 27/10/2016; Por la cual se adopta la estructura funcional y operativa del servicio farmacéutico

\*\*\*


Igualmente recomiendo dar irrestricto cumplimiento; para los fines pertinentes y oportunos a la Resolución Interna No.1138 de octubre 26 de 2016 “Por medio de la cual se adopta el Manual interno de recaudo de cartera de la E.S.E.HSJM”.

\*\*\*

Atentamente,



Cordialmente,



**ANUAR JOSE ABISAAD CHEJNE**  
Jefe de Control Interno Gestión  
ESE Hospital San Jerónimo Montería