



|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 1 de 11 |  |

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

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION



**PROFESIONAL ESPECIALIZADO:  
Margy Suárez Acevedo**

Periodo evaluado: Julio a Noviembre de 2016

Pamplona, 10 de Noviembre de 2016

|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Elaboro:</b>                 | <b>Reviso:</b>                  | <b>Aprobó:</b>                     |
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |

Carrera 9ª No 5-01 Barrio Ursua  
 Teléfonos: Fax 5682486 – 5682482 – 5682907 – 5681431 – 5680493  
[www.hsdp.gov.co](http://www.hsdp.gov.co)

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 2 de 11 |  |

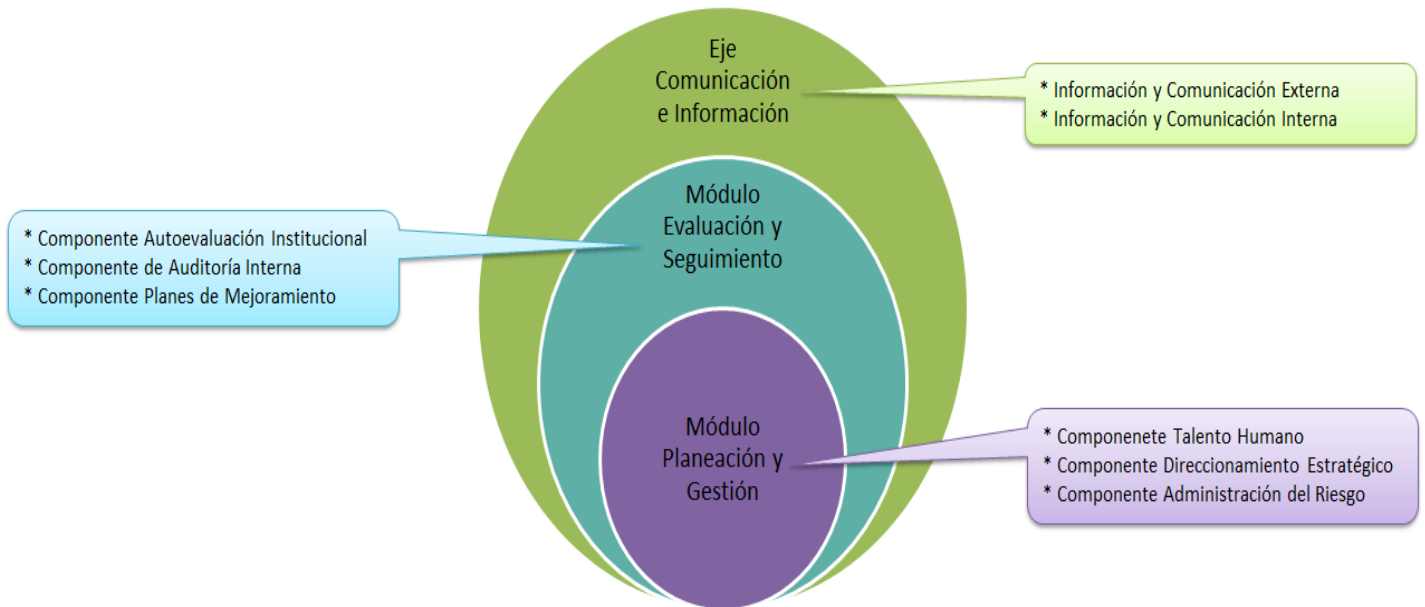
## PRESENTACION

La ley 1474 de 2011 en su artículo 9, establece que cada cuatro (4) meses el jefe de la oficina de Control Interno de las entidades debe publicar un informe que de cuenta de estado del Sistema de Control Interno. Para dar cumplimiento con esta norma se presenta y publica en la página web de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona, el tercer informe de la presente vigencia, el cual corresponde al periodo comprendido entre los meses de julio a noviembre de la vigencia 2016.



Se dan a conocer los principales avances y dificultades presentadas en los módulos de control y eje transversal que componen el Modelo Estándar de Control Interno, así como las recomendaciones correspondientes.

|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Elaboro:</b>                 | <b>Reviso:</b>                  | <b>Aprobó:</b>                     |
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |




## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI







|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b>                 | <b>Revisó:</b>                  | <b>Aprobó:</b>                     |
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 4 de 11 |  |



### Módulo de Control de Planeación y Gestión

-  A través de la oficina de Talento Humano se ha dado continuidad al proceso de inducción con el personal de nuevo ingreso, teniendo en cuenta para ello el formato de ruta establecido para el efecto. En este proceso se dan a conocer los aspectos institucionales y de los procesos de mayor relevancia.
  
-  Se llevó a cabo a corte agosto el segundo seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el cual fue objeto de publicación en la página web institucional.
  
-  Se ha dado continuidad en la aplicación de las encuestas de satisfacción de los usuarios, generando los consolidados e informes respectivos.

### Dificultades

-  Estrategias de socialización permanente de los principios y valores de la entidad con los funcionarios y contratistas.
  
-  No se llevó a cabo revisión y ajustes al Plan Institucional de Capacitación respecto a aspectos relacionados con las directrices del Plan Nacional de formación y capacitación, hacía que funcionarios en específico van dirigidas las capacitaciones, indicadores de medición, entre otros.
  
-  No se han generado, actualizado, revisado y/o ajustado los indicadores de los procesos identificados en el Mapa de Procesos de la entidad, que permitan medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los mismos.
  
-  Documentación y aprobación de la documentación por procesos, en especial los de la parte administrativa; adicionalmente no se cuenta con un control adecuado de versiones que permitan establecer la última versión y los cambios a los mismos.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Elaboro:</b><br>Asesor MECI<br>Nombre | <b>Reviso:</b><br>Jaime González Silva<br>Nombre | <b>Aprobó:</b><br>Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011          | Fecha: 01 de Septiembre de 2011                  | Fecha: 01 de Septiembre de 2011                      |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación de Norte de Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b><br><b>FORMATO DE INFORMES</b> |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00   | Página 5 de 11 |  |

- ⊕ Avance poco significativo en la ejecución de las actividades que hacen parte de cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.



| N° de actividades programadas | N° actividades completas | N° de actividades en desarrollo | N° de actividades sin avance |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 54                            | 9                        | 13                              | 32                           |



- ⊕ A pesar de haber dado inicio al levantamiento de los Mapas de Riesgos de Gestión por proceso no se logró culminar el mismo con todos los procesos de apoyo y no se han dado avances adicionales con los procesos estratégicos y misionales.
- ⊕ Sesiones de los Comités, en especial de la parte administrativa conforme la periodicidad establecida en la planeación inicial para la reunión de los mismos.
- ⊕ Nombramiento del Gerente de la entidad en propiedad.

### Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento


- ⊕ Se dio continuidad a la ejecución del Programa Anual de Auditoria interna correspondiente a la vigencia 2016, a partir del cual se han llevado a cabo las siguientes acciones:
  - ✓ Auditoria Proceso Gestión Documental - Finalizada.
  - ✓ Auditoria Proceso Cartera – Finalizada.
  - ✓ Auditoria Proceso Compras y Contratación – Finalizada.
  - ✓ Auditoria Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – En proceso.
- ⊕ Se han generado los informes pormenorizados de Control Interno en acatamiento a los dispuesto en la ley 1474 de 2011, los cuales se han venido publicando en la página web institucional.

| Elaboro:                        | Reviso:                         | Aprobó:                            |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 6 de 11 |  |

-  Se llevó a cabo seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos y presentados a la Contraloría General del Departamento y a la Superintendencia Nacional de Salud.
-  A su vez se llevó a cabo seguimiento algunos de los Planes de Mejoramiento que han sido generados para procesos institucionales.

### Dificultades

-  Los avances respecto a las acciones plasmadas en los planes de mejoramiento suscritos con entes externos no reflejan el porcentaje que deberían cumplir a las fechas de seguimiento.

- Plan de Mejoramiento Contraloría General del Departamento:

El Plan de Mejoramiento generado a partir de la Auditoria correspondiente a la vigencia 2014 se pondera con un cumplimiento del 44% aproximadamente.

| N° de acciones establecidas | N° acciones con cumplimiento | N° de acciones incompletas | N° de acciones sin cumplimiento | N° de acciones que no aplican |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 26                          | 4                            | 14                         | 7                               | 1                             |



- Plan de Mejoramiento Superintendencia Nacional de Salud.

El Plan de Mejoramiento generado de la visita practicada por la SNS al servicio de Urgencias de la ESE en la vigencia 2014 se pondera en un cumplimiento del 49%.

| N° de acciones establecidas | N° acciones completas | N° de acciones en desarrollo | N° de acciones atrasadas | N° de acciones no iniciadas |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 45                          | 16                    | 6                            | 22                       | 1                           |

- Plan de Mejoramiento Superintendencia Nacional de Salud.

| Elaboro:                        | Reviso:                         | Aprobó:                            |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b><br><br><b>FORMATO DE INFORMES</b> |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00   | Página 7 de 11 |  |

El primer Plan de Mejoramiento generado de la visita practicada por la SNS al SIAU en la vigencia 2016 se pondera en un cumplimiento del 58%.

| Nº de acciones establecidas | Nº acciones completas | Nº de acciones en desarrollo | Nº de acciones atrasadas | Nº de acciones no iniciadas |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 13                          | 4                     | 0                            | 6                        | 3                           |

- Los avances respecto a las acciones plasmadas en los planes de mejoramiento por proceso no reflejan el porcentaje que deberían cumplir a las fechas de seguimiento o no se reporta la información correspondiente.



| Plan de Mejoramiento     | % de cumplimiento |
|--------------------------|-------------------|
| Proceso Suministros      | 26                |
| Proceso Tesorería        | 0                 |
| Control Interno Contable | 0                 |
| Proceso Cartera          | 40                |

- No se encuentran establecidos formalmente en la entidad Planes de Mejoramiento Individual, que permitan mejorar el desempeño de los funcionarios y de allí el de las áreas en las cuales se desempeñan.
- No se han definido lineamientos que permitan llevar a cabo de manera periódica ejercicios de autoevaluación de la gestión y el control, y posterior a ello se tomen las acciones necesarias para corregir las desviaciones que puedan llegar a ser detectadas.

### Eje Transversal Información y Comunicación

- A través del SIAU se ha dado continuidad a la recepción y trámite a las quejas, reclamos y/o sugerencias que son presentadas en la entidad.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Elaboro:</b><br>Asesor MECI<br>Nombre | <b>Reviso:</b><br>Jaime González Silva<br>Nombre | <b>Aprobó:</b><br>Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011          | Fecha: 01 de Septiembre de 2011                  | Fecha: 01 de Septiembre de 2011                      |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 8 de 11 |  |



- Se enlazaron a la página web de la entidad en el link de Transparencia – Tramites y Servicios, los seis trámites que tiene registrados la entidad en la página del Sivirtual [www.sivirtual.gov.co](http://www.sivirtual.gov.co).

## Dificultades







- Aunque se realizaron acciones encaminadas al levantamiento de las TRD - Tablas de Retención documental, no se ha logrado revisar, ajustar y llevar a cabo el trámite de aprobación de las mismas, por tanto no se lleva una adecuada organización de los archivos de gestión y de las transferencias documentales en la entidad.
- No se han dado avances respecto a la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea, así como con la ley de transparencia en relación a la publicación de información de interés ciudadano y con ello facilitar el proceso de Comunicación externa de la entidad para con sus partes interesadas.
- Aun no se ha formulado y adoptado Política de Comunicación, que coadyuve con la mejora de los procesos de comunicación que se llevan a cabo en la entidad tanto al interior como al exterior de la misma. Tampoco se cuenta con un Plan de Comunicación que permita con la aplicación de la Política llevar a cabo acciones efectivas en relación a la comunicación y la información que debe darse a conocer a las partes interesadas.
- Centralizar la información referente al direccionamiento, clasificación, trámite, seguimiento y respuesta final de las quejas, reclamos y peticiones que son interpuestas en la entidad.
- No llevar a cabo audiencia pública de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2015.

|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Elaboro:</b>                 | <b>Reviso:</b>                  | <b>Aprobó:</b>                     |
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |





|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 9 de 11 |  |








### Recomendaciones

-  Para la formulación del Plan Institucional de Capacitación correspondiente a la vigencia 2017, tener en cuenta aspectos relacionados con las directrices del Plan Nacional de formación y capacitación, hacía que funcionarios en específico van dirigidas las capacitaciones, indicadores de medición, entre otros.
  
-  Revisar nuevamente el Mapa de Procesos de la entidad y ajustar el mismo al marco normativo y los mismos requerimientos de cada uno de los procesos. A su vez llevar a cabo la socialización de estos con el personal de la entidad.
  
-  Generar, actualizar, revisar y/o ajustar los indicadores de los procesos identificados en el Mapa de Procesos de la entidad y realizar mediciones a los mismos.
  
-  Dar continuidad en los procesos de apoyo con el proceso de identificación, análisis y valoración de los riesgos de los diferentes procesos (incluyendo posibles riesgos de corrupción), para levantar los Mapas de Riesgos por proceso y con ello contar con los insumos necesarios para el Mapa de Riesgos Institucional, que permita identificar los mayores riesgos a los que se encuentra expuesta la entidad y que puedan afectar el cumplimiento de su misión y objetivos, a su vez dar inicio a la aplicación de la metodología en los procesos Misionales y estratégicos.
  
-  Cumplir con el cronograma establecidos para las sesiones de los diferentes comités, en pro que cumplan su función de instancias asesoras y de direccionamiento dentro de la entidad.
  
-  Realizar seguimiento por parte de los responsables y dar cumplimiento a las acciones plasmadas en los diferentes planes de mejoramiento que sean formulados en la entidad, en procura de subsanar las causas que dieron origen a los hallazgos, falencias y/o debilidades detectadas y con ello se propenda por



|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Elaboro:</b>                 | <b>Reviso:</b>                  | <b>Aprobó:</b>                     |
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |

|  |  |                 |  |
|--|--|-----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                 |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                 |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 10 de 11 |  |



la mejora en los procesos y/o actividades hacia las cuales se dirijan las acciones.

-  Llevar a cabo las acciones que permitan establecer planes de mejoramiento individual a partir de los resultados obtenidos en la evaluación de desempeño de los funcionarios.
-  Definir y aplicar lineamientos que permitan llevar a cabo de manera periódica ejercicios de autoevaluación de la gestión y el control, aplicando correctivos en caso de detectar desviaciones.
-  Formular la Política de Comunicación, socializar y adoptar la misma, en pro de mejorar los procesos de comunicación que se llevan a cabo en la entidad tanto al interior como al exterior de la misma. A su vez generar Plan de Comunicación que permita con la ejecución de la Política llevar a cabo acciones efectivas en relación a la comunicación y la información que debe darse a conocer al interior y exterior de la entidad.
-  Realizar seguimiento a los canales de comunicación que son utilizados para transmitir la información tanto al interior como al exterior de la entidad, que permita identificar posibles fallas y establecer correctivos, en pro de mejorar la efectividad de los mismos.
-  Revisar, ajustar y llevar a cabo el trámite correspondiente para la aprobación y adopción de las Tablas de Retención Documental – TRD, para que de esta forma se pueda llevar a cabo una adecuada gestión de los documentos de archivo que son generados en la entidad en el desarrollo de sus funciones, teniendo en cuenta para ello el trámite se debe surtir para el efecto.
-  Generar, socializar y dar aplicación a los documentos que orienten la Gestión Documental de la entidad, entre otros: Política, PINAR, Plan de Gestión Documental.
-  Formular Plan de Acción para la implementación de la Estrategia de Gobierno en línea y dar ejecutar el mismo teniendo en cuenta los requerimientos de la

|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Elaboro:</b>                 | <b>Revisó:</b>                  | <b>Aprobó:</b>                     |
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |

|  |  |                 |  |
|--|--|-----------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS<br/>PAMPLONA</b> |                 |  |
|  | <b>FORMATO DE INFORMES</b>                           |                 |  |
|  | Código: FCIG-01 v.00                                 | Página 11 de 11 |  |

estrategia en cada uno de sus componentes y los porcentajes de implementación que debieron darse durante las vigencias 2015 y 2016, así mismo lo relacionado con la aplicación de la ley de transparencia y cada uno de sus requerimientos.

-  Establecer procedimientos y acciones que fortalezcan la recepción, direccionamiento, trámite y seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de información y/o denuncias que son interpuestas en la entidad, permitiendo su trazabilidad.
  
-  Planear y llevar a cabo ejercicios de rendición de cuentas, en pro de garantizar las formas de control social y participación ciudadana en la gestión de la entidad.

Pamplona, 10 de noviembre de 2016.

**MARGY SUAREZ ACEVEDO**

Profesional Especializado Control Interno  
(Original firmado)

|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Elaboro:</b>                 | <b>Reviso:</b>                  | <b>Aprobó:</b>                     |
| Asesor MECI<br>Nombre           | Jaime González Silva<br>Nombre  | Maribel Trujillo Botello<br>Nombre |
| Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011 | Fecha: 01 de Septiembre de 2011    |