



E.S.E. CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.

INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL

INTERNO

Periodo Evaluado 01 de Noviembre a 31 de Diciembre de 2019

Decreto 2106 de 2019

Artículo 156

INFORME DE EVALUACION INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO		
Asesor de Control Interno, o quien haga sus veces:	Juan Carlos Cárcamo García Asesor	Período evaluado: Nov-Dic/2019
		Fecha de elaboración: 09/01/2020

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

1. INTRODUCCIÓN

En atención al Artículo 156 del Decreto 2106 del 22 de noviembre de 2019 "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública" y de la Circular externa No. 100-006 del 19 de diciembre de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública —DAFP; la Oficina de Control Interno de la Ese Clínica Maternidad presenta el INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO correspondiente al periodo 1° de noviembre al 31 de diciembre de 2019. La Oficina Asesora de Control Interno y Gestión estructuró el presente informe de acuerdo con las siete (7) dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG, los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno, las 17 políticas públicas y las tres (3) líneas de defensa; y teniendo como insumo principal los avances y evidencias presentadas por los diferentes procesos de la estructura orgánica de la Ese Clínica Maternidad Rafael Calvo.

La evaluación se realiza de manera transversal conforme a la séptima dimensión de MIPG y en cumplimiento de las competencias legales y constitucionales de las Oficinas de Control Interno establecidas en la Ley 80 de 1993, Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017, Decreto 1499 de 2017, Decreto 612 de 2018, Decreto 1299 de 2018, Decreto 338 de 2019 y demás normas concordantes. Finalmente, el informe sintetiza el contenido del avance del Sistema de Control Interno y cierra con algunas conclusiones y recomendaciones pertinentes para la comprensión y mejora del desempeño del Sistema de Control Interno de la Entidad. Igualmente, este informe será llevado al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Ese Clínica para su socialización y se envía a la alta dirección para su información y demás fines pertinentes.



2. OBJETIVO DEL INFORME

El presente informe tiene por objetivo realizar la evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno de la ESE Clínica Maternidad en el periodo correspondiente del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, con base en los avances realizados por cada uno de los procesos (dependencias y responsables de cada proceso) para que sirva como herramienta en la toma de decisiones sobre los asuntos relacionados con la gestión y con el Sistema de Control Interno de la Entidad.

3. ALCANCE DEL INFORME

El informe cuatrimestral se basa en la estructura del Sistema de Control Interno, tal como se reglamenta desde el Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017. Conforme al Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, las Oficinas de Control Interno deben realizar un informe pormenorizado con periodicidad cuatrimestral. Con el fin de normalizar la periodicidad semestral de dicho informe, reglamentado en el Decreto 2106 de 2019, el DAFP publicó la Circular externa N° 100-006 del 19 de diciembre de 2019, ordenando realizar un informe por el periodo faltante, esto es, de Noviembre 1 al 31 de Diciembre de 2019.

4. MARCO NORMATIVO

Constitución Política de 1991 • Ley 80 de 1993 • Ley 87 de 1993 • Ley 1474 de 2011 • Decreto 1083 de 2015 • Decreto 648 de 2017 • Decreto 1499 DE 2017 • Decreto 612 de 2018 • Decreto 1299 de 2018, • Decreto 338 de 2019 • Circular Externa del DAFP No. 100-006 de 2019.

5. DESARROLLO DEL INFORME

De acuerdo con la Circular Externa No. 100-006 de 2019 del DAFP, se establece que con ocasión del Decreto 2106 de 2019 "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública", en su Artículo 156, se establece que el Informe Pormenorizado que las Oficinas de Control Interno se venían presentando con periodicidad cuatrimestral debe migrar a periodicidad semestral. Para nivelar dicha periodicidad, el informe correspondiente a los meses de noviembre y diciembre de 2019 debe realizarse con la misma estructura del informe pormenorizado tradicional, es decir, con la estructura del MECI en sus cinco (5) componentes y conforme a MIPG. En consecuencia, la estructura del informe se presenta con 5 componentes basado en el Manual Operativo del Sistema de Gestión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en su séptima dimensión (MECI) y sus componentes que son: 1. Ambiente de control. 2. Gestión de los riesgos institucionales 3. Actividades de control. 4. Información y Comunicación 5. Monitoreo o supervisión continua.

Es importante resaltar, que mediante el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG, el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP dispuso evaluar la gestión de



la Entidad vigencia 2019 en el mes de diciembre. Las Oficinas Asesora de Planeación y de Control Interno, con la información enviada por todos los procesos; realizamos el diligenciamiento de esta herramienta de medición cuyos resultados se conocerán en el primer trimestre de 2020.

5.1 INSTITUCIONALIDAD DEL MIPG

- Mediante Resolución No. 689 del 2017, se adoptó el Sistema Institucional de Control Interno y se modificó el Comité de Coordinación de Control Interno, creándose el Comité institucional de Coordinación de Control Interno en la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.
- En Febrero de 2018, mediante resolución No 090 de 2018, se adoptó el estatuto interno de auditoría y el código de ética de la actividad de auditoria interna para la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.
- En el mes de Abril de 2018, mediante resolución No 186 de 2018, se creó el Comité institucional de Gestión y Desempeño de la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.

5.2 ACTIVIDADES PARA LA ACTUALIZACION DEL MECI ALINEADO CON EL MIPG

Dentro del período evaluado la entidad ha avanzado en su vinculación e implementación del SIGEP, con el propósito de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2017 sobre esta materia y fortalecer los controles tecnológicos en la entidad, así como la publicidad y disponibilidad de la información relacionada con el Talento Humano con el que desarrolla sus actividades.

Como parte del proceso para realizar la transición entre el MECI que conocía la entidad y lo que incluye la actualización efectuada a través del MIPG, se remitieron formatos e instructivos de Autodiagnóstico desarrollados por el DAFP a cada líder de proceso, por cada dimensión del modelo, con el propósito de establecer las brechas y efectuar los ajustes a que haya lugar, a través de la herramienta de Plan de Acción incorporada al formato. Se encuentra aún pendiente la consolidación y evaluación de la información.

5.3 COMPONENTES DEL MECI

Acciones realizadas para implementar y fortalecer el sistema de control interno.

5.3.1 Componente Ambiente de Control

Avances:

- Existe un mayor acompañamiento por parte de la Alta Dirección para el ejercicio de Control Interno, con miras a ejercer un mayor control y asegurar un ambiente de control institucional; se ha reactivado el comité de MIPG en busca de mejorar y hacer efectivo los puntos de control de los procesos institucionales, se están programando reuniones mensuales con los líderes de los procesos con el fin de analizar el desarrollo de estos y la efectividad de los controles.



- Se encuentran creado el comité institucional de coordinación de control Interno.
- Se encuentra creado el comité Institucional de gestión y desempeño.
- Se cuenta con Manual de Funciones.
- Se socializó el manual MIPG V2, diagnóstico y funciones del CICCI y del Comité de Gestión y Desempeño Institucional.
- Se adelantó vinculación de la entidad al SIGEP.
- Se adoptó el procedimiento interno disciplinario.
- Se establecieron las líneas y remiten herramientas para realizar el Autodiagnósticos por área.
- Sobre la Gestión del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2019, se informa que se realizó el tercer seguimiento, verificación y elaboración del informe respectivo al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2019 -PAAC, con su consecuente publicación en la página web de la entidad en el mes de enero de 2020 y correspondiente a los avances con corte a 31 de diciembre de 2019.

Recomendaciones:

- Fortalecer los procesos de difusión de los compromisos éticos de la entidad (código de ética y buen gobierno) y adelantar el proceso de formulación y construcción participativa del Código de integridad.
- Programar reuniones mensuales con los líderes de los procesos de MIPG con el fin de analizar el desarrollo de estos y la efectividad de los controles.
- Garantizar mayores espacios de interacción con el personal para el desarrollo de las actividades de capacitación y fomento de la Cultura del Control y ejercicios de Autoevaluación y Autocontrol.
- Debe formularse el Plan Estratégico de Talento Humano Institucional.
- Realizar la revisión de los comités obligatorios por mandato legal, de tal manera que los demás sean integrados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante acto administrativo.
- Se requiere reforzar el empleo de herramientas tecnológicas en los procesos de inducción y re-inducción, dada su necesidad de realización periódica.
- Fortalecer los procesos relacionados con la implementación del SST en la entidad.
- Se deben culminar los procesos en curso en materia de evaluación del desempeño y clima laboral del personal, de igual forma revisar las políticas y aplicación en materia de bienestar e incentivos, así como las herramientas para la evaluación del personal en provisionalidad.
- Realizar oportunamente la calificación y evaluación del desempeño laboral de los servidores públicos de carrera administrativa. Así mismo, realizar oportunamente la



concertación de compromisos laborales, tanto de los servidores públicos nombrados provisionalmente y los inscritos en carrera administrativa.

- Deben establecerse líneas de reporte y análisis en materia contable, financiera, presupuestal, contractual, entre otros, para que de forma periódica se rindan a la alta dirección datos y hechos que le permitan tomar decisiones informadas y a tiempo sobre el desarrollo y gestión de la entidad.

5.3.2 Componente Evaluación del Riesgo

Avances

Para la ejecución de este componente el área de calidad, ha venido implementando la inclusión del componente dentro de las actualizaciones de caracterización de los procesos institucionales, principalmente en los de carácter asistencial. Sin embargo, este proceso aún no se ha concluido, porque es de desarrollo continuo, por lo que su consolidación y evaluación está pendiente.

- Se cuenta con Mapa de Riesgos Institucional por procesos y mapa de riesgos de corrupción.
- Se cuenta con Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC formulado y se adelantan revisiones y seguimientos del mismo por parte de la Oficina Asesora de Control Interno durante la vigencia 2019 y para la vigencia 2020.

Recomendaciones:

- Adelantar la revisión y aprobación de la actualización de la política de administración y gestión del riesgo.
- Culminar los procesos de actualización de procesos relacionados con este componente y efectuar la consolidación y evaluación de los mapas, ya que solo se evaluó el mapa de anticorrupción los demás siguen igual de cara a su actualización y publicación.
- Actualizar el mapa de riesgos con la inclusión de los riesgos identificados por los dueños y responsables de proceso, con base en el análisis del contexto presente de la ESE CMRC.
- Garantizar mayores espacios de interacción con el personal para el desarrollo de las actividades de capacitación y fomento de la Cultura del Control, identificación y gestión de riesgos.

5.3.3 Componente Actividades de Control

Avances

La ESE CMRC, a través de los diferentes Comités, realiza controles permanentes a las actividades que se llevan a cabo en cada una de las dependencias y procesos, con el objetivo de hacer seguimiento y mitigar los riesgos.

- Se cuenta con herramientas de planeación actualizadas Plan de Gestión, Plan de Acción, Plan de Desarrollo.



- Se cuenta con Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC formulado y se adelantan revisiones y seguimientos del mismo por parte de la Oficina de Control Interno.
- Se han propuesto algunos cambios en el mapa de proceso de la entidad, lo que ha demandado la actualización en la caracterización y documentación de los procesos (Estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación), los cuales aún están en trámite.
- Se realizan seguimientos e informes de Austeridad en el Gasto Público trimestralmente por parte de la Oficina de Control Interno.
- Se realizan seguimientos a las PQRSF radicadas en la entidad y se rinde un informe semestralmente a la alta dirección.
- Se realizan seguimientos a los comités institucionales.
- Se realizan recomendaciones para el avance en la ejecución de las acciones para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- Se realiza y ejecuta el plan de auditoría por cada vigencia.

Recomendaciones:

- Culminar la actualización del mapa y caracterización de los procesos y procedimientos institucionales, garantizando la inclusión de los aspectos relacionados con la gestión del riesgo y controles.
- Garantizar la implementación del sistema en la entidad (MECI/MIPG), promoviendo la realización del autodiagnóstico de las dimensiones operativas del modelo.
- Revisar y actualizar los trámites, actualizando los responsables de su gestión oportunamente en el SUIT.
- Es importante reforzar las tareas en el empleo de herramientas tecnológicas en los procesos de inducción y re-inducción, dada su necesidad de realización periódica.
- Revisar y actualizar las políticas institucionales acorde con las políticas de gestión y desempeño institucional de MIPG para cada una de las siete (7) dimensiones operativas: 1) Talento humano, 2) Direccionamiento estratégico, 3) Gestión con valores para el resultado, 4) Evaluación de resultados, 5) Información y comunicación, 6) Gestión del conocimiento y la innovación, y 7) Control interno.
- Dinamizar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

5.3.4 Componente Información y Comunicación

Avances

- Respecto a este componente MECI, se cuenta con página web, página Facebook, correo interno, planta PBX, extensiones telefónicas y herramientas tecnológicas que permiten el desarrollo de este componente.
- Se adelantan las rendiciones de cuenta a la comunidad y se publica información de interés significativo para el acceso de los usuarios.

- En materia de contratación se observa el compromiso y cumplimiento de la respectiva publicación en la plataforma SIA Observa de la Información correspondiente a todos los documentos generados con ocasión al expediente contractual, subidos en tiempo real. Al igual que en la plataforma SECOP I, en los cuales se debe evitar errores en la información y cumplir a cabalidad con el principio de publicidad en tiempo legal.
- Igualmente, para el seguimiento de PQRSF se realizaron las verificaciones pertinentes y se generó el segundo informe de seguimiento a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y derechos de petición recibidas en la oficina de atención al Usuario de la Clínica, Período comprendido del 1 Julio a 30 de noviembre de 2019 publicado en la página web de la entidad.
- A pesar de las dificultades económicas que atraviesa la entidad la oficina de comunicaciones y prensa, viene realizando un proceso de fortalecimiento que permite mantener informada a la comunidad en general a través de boletines informativos, videos institucionales, campañas radiales, redes sociales, entrevistas sobre los distintos temas y programas que adelanta la entidad al igual que mediante comunicados de prensa.

Recomendaciones:

- Es necesario fortalecer los procesos relacionados con los procesos TIC, la reactivación del Comité GEL (Comité de Gestión en Línea) o su ajuste, revisión del PESI (Plan Estratégico de Seguridad y la Información), y formulación del PETIC (Plan Estratégico de los Sistemas de Información) y la estandarización de los trámites y su acceso a usuarios a través de herramientas tecnológicas.
- Actualmente la Alta Dirección suscribió contrato para la actualización de la página web de la ESE CMRC con el objetivo de actualizar su contenido, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014, para lo cual es necesario fortalecer las acciones del comité GEL.
- Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de la entidad y el empleo de herramientas tecnológicas en los procesos de inducción y re-inducción, dada su necesidad de realización periódica.
- Se detectan aún fallas en el sistema de información SIOS que demandan la actualización de algunos de sus componentes.
- Se hace necesario fortalecer y garantizar el cumplimiento de los procesos y normas archivísticas en la entidad (En especial la formulación, aprobación, adopción e implementación de instrumentos archivísticos). Se suscribió y adopto el PINAR y se presentó ante el Consejo Departamental de Archivo la TRD, se programó nueva fecha para llevar a cabo la nueva mesa de trabajo de las observaciones hechas a dicho proceso.
- En esta materia la entidad se debe además garantizar la organización e inventario de sus fondos acumulados, así como espacio locativo o virtual para su archivo central.



- Establecer, con apoyo de las TIC una herramienta de visualización sobre el avance y resultados de la gestión, incluyendo KPIs o Cuadro de mando con acceso a la comunidad.
- Se debe fortalecer el componente de protección de datos y seguridad informática en la entidad.
- Debe garantizarse la oportunidad en las respuestas a peticiones, en cumplimiento de la Ley 1755 de 2015.
- Debe fortalecerse el acceso en todo momento y en cada una de las sedes de la entidad en la que se presten servicios, bien de manera directa o indirecta. En especial por vías telefónicas y/o web.

5.3.5 Componente Actividades de Monitoreo

Avances

- La entidad cuenta con herramientas para el seguimiento de los planes institucionales (plan indicativo), Plan de Acción, Plan de gestión y evaluación de POA por procesos. De igual forma para el seguimiento de los Planes de mejoramiento Institucionales y por procesos.
- Se realizó seguimiento al Plan de acción de control interno y al Plan de Auditorias aprobado de la vigencia.
- Se cuenta con Estatuto de auditoria y código de ética de auditor interno aprobado.
- Se efectúa y reporta oportunamente la evaluación del control interno contable.
- Se realizan seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos con los entes de control.
- Se realizan seguimientos por parte del comité ambiental a este componente.
- Se adelantan evaluación independiente del SCI.
- Se está adelantando cumpliendo con los términos legales la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero de la ESE CMRC.

Recomendaciones

- Deben fortalecerse las competencias en la organización para la formulación de los planes de mejoramiento como resultado de los procesos de evaluación en la entidad.
- Deben revisarse y estandarizarse los indicadores institucionales por proceso.
- Deben analizarse las evaluaciones de gestión del riesgo.
- Se deben garantizar mayores espacios de interacción con el personal para el desarrollo de las actividades de capacitación y fomento de la Cultura del Control y ejercicios de Autoevaluación y Autocontrol.
- Se deben asignar mediante acto administrativo las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI - MIPG.



6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Pese a que tanto el comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) y el comité de Gestión y desempeño se encuentran creados y actualizados en la entidad, se han presentado obstáculos en la continuidad de designación de roles y responsabilidades y a los problemas financieros que afronta la entidad, aspecto que ha prevalecido y postergado la ejecución de las acciones de algunas mejoras detectadas, es sin lugar a dudas la problemática más notoria

Frente a esta situación, el principal reto en materia de Control Interno se enfoca en impulsar y restituir la dinámica de trabajo del comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y garantizar desde la alta dirección el apoyo necesario para retomar y culminar las actividades de autodiagnóstico y formulación de Planes de acción, con el objetivo de alcanzar una variación positiva al cierre de la nueva vigencia.

Para ello resulta imprescindible establecer claramente (se recomienda vía acto administrativo), por parte de la alta dirección, la designación y alcance de roles y responsabilidades, en especial los relacionados con la segunda línea de defensa (servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo), los cuales ejercen multiplicidad de tareas distintas, que impide o dilata la ejecución adecuada de estas funciones.

Pese a que actualmente la entidad cuenta con un asesor de planeación se hace necesario establecer funciones o responsabilidades concretas en esta materia, de manera explícita y directa, con el propósito de garantizar el desarrollo de los elementos del Sistema en este componente en las dimensiones operativas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) diseñadas por la Función Pública.

Por otra parte se exhorta a tener en cuenta las observaciones plasmadas en los diferentes informes de auditorías, solicitudes y recomendaciones del área de Control Interno, realizadas con el fin de verificar que se estén tomando las acciones respectivas con el fin de mitigar las mismas.

La alta dirección debe asegurar la ejecución de las actividades y el cumplimiento de los compromisos adquiridos, y tener en cuenta las recomendaciones brindadas desde control interno como apoyo a la gestión, para el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos desde cada programa, plan o proyecto institucional.

Es importante utilizar los estados financieros de la entidad como herramienta para la toma de decisiones por parte de la alta dirección, ya que no se puede desconocer los sacrificios que implica recuperar la entidad de la crisis financiera en la que se encuentra y ajustar cada decisión que comprometa presupuesto al Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, que sigue ahora como la hoja de ruta de la clínica.

Finalmente, la situación de iliquidez de la entidad, ha afectado o incidido en el desarrollo de actividades en los diferentes procesos, en especial aquellos que involucran y requieren de la



participación y compromiso del recurso humano, independiente a su vinculación a los procesos, en las diferentes actividades y planes. Por ello, pese a constituir una actividad específica, por su impacto, se debe continuar fortaleciendo los procesos de saneamiento de cartera y continuar con la operatividad del comité de sostenibilidad contable.

Por último se reitera la necesidad de fortalecer la estrategia para la sensibilización y empoderamiento del proceso de acreditación, así como el Plan de Trabajo de Acreditación con los distintos Grupos Primarios de Autoevaluación, con el fin de lograr la meta prevista en el Plan de Desarrollo Institucional en esta materia.

JUAN CARLOS CARCAMO GARCIA
ASESOR DE CONTROL INTERNO
ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.
(ORIGINAL FIRMADO)