
 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 1 DE 17

**INFORME EJECUTIVO DE LA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
ESE CAMU "IRIS LOPEZ DURAN"
SAN ANTERO - CORDOBA
ENERO A DICIEMBRE DE 2024**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

**DIANA MARCELA PADRÒN SANTAMARIA
JEFA DE CONTROL INTERNO**

SAN ANTERO - CÒRDOBA, ENERO DE 2025

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 2 DE 17

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Control Interno establecido en la E.S.E. Camú “Iris López Duran” del Municipio de San Antero, tiene como propósito fundamental lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de las entidades que conforman el Estado Colombiano y cualificar a los servidores públicos desarrollando sus competencias con el fin de acercarse al ciudadano y cumplir con los fines constitucionales para los que fueron creadas.

La Ley 87 de 1993, en su artículo 1, establece el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de organización adoptados por la entidad con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”.

Dando cumplimiento a los lineamientos señalados por el DAFP y los requerimientos señalados por la Contraloría General del Departamento de Córdoba se presenta el informe ejecutivo de control interno vigencia 2024, a través de la evaluación y seguimiento al sistema de control interno.

A continuación, se presenta informe ejecutivo, abordado desde la dimensión de control interno, el cual contiene los avances en la implementación del modelo integrado de planeación y gestión, acorde con la nueva estructura del MECI, alineadas a las buenas practicas referenciadas en cinco componentes: ambiente de control, administración de riesgos, actividades de control, información y comunicación y monitoreo; conforme a lo establecido en el modelo integrado de planeación y gestión –MIPG.

Según el artículo 4 del decreto 648 de 2017, el jefe de control interno debe de presentar un informe ejecutivo anual del estado de control interno.

El presente informe se elabora según las disposiciones señaladas por el DAFP, en el cual se deben considerar las 7 dimensiones de MIPG cuyos componentes asociados al control interno que son:

- 1) Ambiente de control.
- 2) Evaluación de riesgo.
- 3) Actividades de control.
- 4) Información y comunicación.
- 5) Actividades de Monitoreo.



NIT. 812002993-3

PROCESO: CONTROL INTERNO

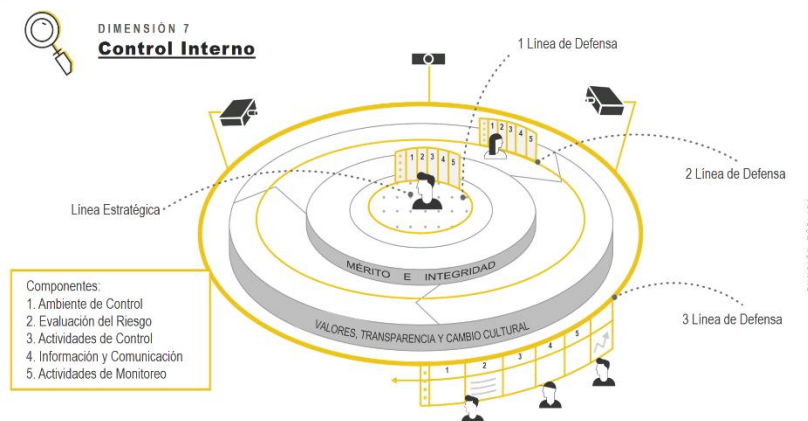
PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL


CODIGO:

VERSIÓN: 0.

FECHA: 25/05/2020.

PAGINA: 3 DE 17



 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 4 DE 17

INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2024


COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.

En la actualidad la ESE Camú como política de operación cuenta con los planes estratégicos de talento humano, plan anticorrupción, mapas de riesgos, plan de acción institucional, plan de adquisición, plan de capacitación, plan de inducción y reinducción, código de integridad y plan de bienestar e incentivos. La entidad viene ejecutando la mayoría de sus planes y viene adelantando las acciones contempladas en los mismos, fortaleciendo las políticas de operación por procesos, buscando mejorar sus condiciones de auto control, seguimiento y monitoreo de todas las áreas.

Para la formulación de los planes de acción institucional, las entidades deben tomar en cuenta lo previsto en la ley 152 de 1994 y en el artículo 74 de la ley 1474 de 2011. En el que se establece que debe especificar en los objetivos las estrategias, los proyectos, las metas los responsables de los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión; así mismo como los relacionados con el componente misional como son los relacionados con los planes que trata el decreto 612 de 2018 la ESE tiene que publicar en su página WEB:

- Plan institucional de archivos pinar.
- Plan anual de adquisiciones.
- Plan anual de vacantes.
- Plan estratégico de recursos humano.
- Plan institucional de capacitación.
- Programa de inducción y reinducción.
- Plan de bienestar e incentivos institucionales.
- Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo.
- Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
- Plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones PETI.
- Plan de tratamiento de riesgo de seguridad y privacidad de la información.
- Mapas de riesgos.
- Plan de acción.

La entidad debe comenzar a realizar y ejecutar los planes de archivo (PINAR), plan anual de vacantes, plan de tratamiento de riesgo de seguridad y privacidad de la información, el PETI, debe realizar ajustes al plan anual de adquisiciones mínimo una vez al año y realizar su respectiva resolución que respalde la modificación.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 5 DE 17

La ESE debe realizar los ajustes necesarios al manual de funciones y competencias laborales, de acuerdo a los requerimientos de función pública ya que se encuentra desactualizado.

Dentro de las estructuras de planeación del talento humano, se encuentran el diseño de los siguientes elementos:

- Plan institucional de capacitación.
- Programa de evaluación del desempeño.
- Plan anual de incentivos.
- Plan anual de vacaciones.
- Plan estratégico del talento humano.
- Plan anual de vacantes.

La ESE viene ejecutando su plan estratégico de talento humano, plan de capacitación, programa de bienestar social e incentivos, plan anual de vacaciones, plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo.


Se recomienda que para la próxima vigencia elaboren y ejecuten su plan anual de vacantes y programa de evaluación del desempeño.

Se recomienda que se ejecute el programa de inducción y reinducción y se realicen las evaluaciones de desempeño laboral a los funcionarios de carrera administrativa ya que las del primer semestre de la vigencia 2024 no fueron realizadas.

La ESE conto con el código de ética y buen gobierno durante la vigencia 2024 lo socializaron con todos los funcionarios y facturadores de la entidad y realizaron la adherencia al mismo.

COMPONENTE EVALUACION DE RIESGOS.

En cuanto al componente de evaluación de riesgo, se empezó a implementar como herramienta importante dentro de los lineamientos de MIPG, y planeación estratégica, teniendo como fortaleza el trabajo en equipo con los jefes de procesos de la ESE, la entidad cuenta con un mapa de riesgos el cual es evaluado cada cuatrimestre por la jefa de control interno, en el cual para la vigencia 2024 se observó que los responsables adelantaron la mayoría de las acciones contempladas en los mapas de riesgos, en las auditorías realizadas se ha logrado identificar y realizar las respectivas recomendaciones para así mitigar los posibles riesgos. La entidad tiene debilidades en el proceso de identificación de riesgos los cuales se están revisando y analizando para convertirlos en fortalezas y así llevar el componente de evaluación del riesgo a un porcentaje de satisfacción, esto se logra

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 6 DE 17

trabajando de la mano con cada jefe de procesos, hacer seguimiento a los riesgos identificados y a los planes de mejoramiento que se dejan en cada área.

La entidad además conto con la política de administración de riesgo.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2024 se le realizó seguimiento de acuerdo a los lineamientos de la herramienta estratégica para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano elaborado por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el cual la entidad adelantó varias de las actividades contempladas, algunas no se lograron cumplir en su totalidad y algunas faltaron por iniciar a ejecutarse, por lo cual se les recomienda que para la vigencia 2025 avancen en la implementación y se logre ejecutar más porcentaje del cumplido para la vigencia 2024, pero cabe resaltar que el avance de estos se ubicó en **bueno** con un porcentaje de **80.6%**.

Dentro de las actividades que no se lograron ejecutar y avanzar son las políticas de racionalización de trámites y transparencia y acceso a la información, que vienen presentando los resultados más bajos.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.


Las actividades de control son definidas como acciones establecidas a través de las políticas y procedimientos que constituyen y garantizan que se lleven a cabo las instrucciones de la dirección para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Se adelanta la programación técnica para generar las evaluaciones respectivas y efectuar las publicaciones sobre el avance de la evaluación y monitoreo de la disminución de riesgos institucionales.

Auditorías internas.

La oficina de control interno de la entidad conto con plan de auditoria vigencia 2024, el cual fue aprobado por el comité institucional de coordinación de control interno, en el cual se debían ejecutar 05 auditorías, de estas se logró ejecutar 04 auditorías a las áreas de facturación, cartera y dos auditorías al área de contratación una a principio de años y una al final.

La auditoría al área de cuentas medicas no se logró ejecutar por falta de colaboración por la auditada.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 7 DE 17

De las cuatro auditorías realizadas en todas se levantó plan de mejoramiento interno y las áreas de facturación y cartera han presentado su primer avance semestral a los mismos.

Seguimiento a planes de mejoramientos suscritos con la Contraloría General del Departamento de Córdoba.

La oficina de Control Interno en la vigencia 2024, realizo seguimiento a través de sus informes de evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN con la Contraloría General Del Departamento de Córdoba, la entidad tiene los siguientes planes de mejoramiento abiertos.

- En la Auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad regular, vigencia fiscal 2021, la entidad cuenta con plan de mejoramiento en el cual tienen 03 hallazgos, dos en el área de contratación y uno en el área financiera. A la fecha el ente de control no ha enviado el porcentaje de avance al plan.
- Conto con dos planes de mejoramiento con la CGDC de la vigencia fiscal 2022 en los cuales dejaron 5 hallazgos en la auditoria de cumplimiento y en la de cuentas dejaron 2 hallazgos. Estos fueron cerrados en su totalidad en el mes de diciembre de 2024 por el ente de control.
- Cuenta con dos planes de mejoramiento con la CGDC de la vigencia fiscal 2023 en los cuales dejaron 8 hallazgos en la auditoria de cumplimiento y en la de cuentas dejaron 1 hallazgos. De estos se debe presentar el primer avance a más tardar el 18 de junio de 2025.


Seguimiento a planes de mejoramiento suscritos por los líderes de los procesos con la oficina de control interno.

Para la vigencia 2022 se suscribieron nueve (09) Planes de mejoramiento con los jefes de procesos de las áreas de contratación, almacén, tesorería, talento humano, SG-SST, SIAU, calidad y cartera, la debilidad que se tiene es la presentación de los avances a estos planes de mejoramiento por parte de los jefes de procesos.

De estos quedaron cerrados los planes con contratación que eran 02, almacén, tesorería, SG-SST, calidad y cartera.

Los planes de mejoramiento de SIAU y talento Humano se les realizo prórroga en tiempo para su cumplimiento ya que fue solicita por los jefes de área.

Para la vigencia 2023 se suscribieron seis (06) Planes de mejoramiento con los jefes de procesos de las áreas talento humano, SIAU, contratación, presupuesto, facturación y archivo.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 8 DE 17

De estos se ha logrado el cierre del plan de facturación, contratación y talento humano.

Se realizó prórroga en tiempo a los planes de archivo y SIAU, porque fueron solicitados por los jefes de área.

Y el de presupuesto que no han presentado el avance al mismo.

Para la vigencia 2024 se suscribieron cuatro (04) Planes de mejoramiento con los jefes de procesos de las áreas facturación, cartera y contratación que se realizaron dos auditorías y en ambas se levantó plan de mejoramiento.

Las áreas de facturación y cartera presentaron el primer avance al plan de mejoramiento.

Atención de visitas de los entes de control.

Entre las actividades o funciones que tiene la oficina de control interno están las de servir de canal de comunicación entre la entidad y los entes de control.

Durante la vigencia 2024 la jefa de control interno atendió las visitas de la CGDC en la auditoría anual de cumplimiento y revisión a la cuenta vigencia fiscal 2023, atendió en tres oportunidades a funcionarios de la Fiscalía, por temas de solicitud de necropsias de un ciudadano, por temas de cobros coactivos contra la EPS Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico y solicitud de documentos de los contratos suscritos entre esta entidad y CENCAS.


Informe de control interno contable.

En el mes de febrero del año 2024 se realizó el informe de control interno contable de la vigencia 2023, en la cual se le fueron formulando cada una de las preguntas al Contador de la entidad y con las evidencias presentadas y las revisiones realizadas por control interno dieron un resultado de 4.70, donde la calificación mayor era 5.00, lo cual muestra que la entidad en gran medida viene cumpliendo con los reportes, manuales y documentos que soportan el tema contable de la entidad.

Informe de austeridad del gasto.

Este informe es realizado trimestralmente por la oficina de control interno y es enviado a la gerente y colgado en la página web de la entidad.

Este informe se hace en base a las ejecuciones presupuestales de gastos de la vigencia anterior con la presente y se mira los incrementos que se han presentado

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 9 DE 17

o las deducciones en los rubros y se emite informe en el cual se dejan observaciones a fin de que la entidad comience a tomar los correctivos pertinentes.

Informe sobre los planes operativos de acción (POA) vigencia 2024.

Lo que realizo inicialmente la oficina de control interno fue dar a conocer estos planes a través de una socialización de los mismos a cada uno de los funcionarios que contaban con acciones, posteriormente en el mes de junio se realizó una primera revisión en cada puesto de trabajo verificando como iba el avance y se dejaron recomendaciones, en el mes de diciembre se realizó la revisión final y en esta se emitió informe y certificado de cumplimiento de los planes el cual cerro con un porcentaje de cumplimiento de 84.9%, con 96 acciones realizadas de 113 planteadas.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Gestión Documental.

Se requiere mejorar el área de archivo central de la ESE ya que no cuentan con espacio para almacenar los documentos, se requiere que la entidad adquiera stand, archivadores, cajas de archivo y espacio adecuado para la conservación, custodia y cumplimiento a lo consagrado en la ley general de archivos.

La entidad comience a tener los documentos escaneados.


Se requiere reunir a través del comité de gestión y desempeño o crear el comité de eliminación de archivos, para determinar que archivos no requiere la ESE para efectuar el inventario y darle de baja aplicando todos los protocolos señalados en la norma para tener más espacio en la oficina de archivo.

Se exhorta a que las oficinas cuenten con archivadores donde puedan tener organizado su archivo y que vayan realizando el proceso de entrega a archivo central para ir dando espacio al archivo en uso.

Que la entidad elabore su plan institucional de archivo (PINAR) y el mismo sea ejecutado y que comiencen aplicar la ley de archivo.

Se comiencen a implementar las tablas de retención en cada una de las dependencias de la ESE.

Que se capacite al personal de archivo y todos los servidores públicos y contratistas con respecto a la ley de archivo.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 10 DE 17

Seguimiento a los informes de ley que debe presentar la ESE.

A través de la oficina de Control Interno se ha fortalecido el reporte de los informes que debe presentar la entidad ya que ha inicio de años se oficia a todos los jefes de procesos encargados de realizar los reportes, se les indica la fecha de corte, reporte, periodicidad y donde deben realizarlo.

Posteriormente se les hace seguimiento solicitándoles los cargues de los informes con el fin de validar si los mismos fueron realizados dentro de los términos establecidos para cada informe.

Posteriormente en las reuniones de comité de gestión y desempeño y de control interno se socializan los reportes a fin de que quien no este enviado los informes en los términos señalados realice los correctivos pertinentes.

Asistencia a los comités institucionales.

La jefa de control interno viene asistiendo a todos los comités que es invitada con voz, pero sin voto, en estos comités aprovecha los espacios para socializar cada uno de los seguimientos acordes a dicho comité con el fin de tomar las mejoras a las que haya lugar, de que los jefes de procesos manifiesten porque se están presentando las fallas evidencias y a partir de esto comenzar a implementar cambios para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas de la entidad.

A la vez se manifiesta los logros, avances y alcances que ha tenido la entidad.


En la vigencia 2024 asistió a los comités de coordinación institucional de coordinación de control interno, comité de gestión y desempeño, comité de PQRSYD y comité de empalme.

En cada uno de estos comités siempre se ha manifestado la importancia y el deber de invitar a todos los comités de la entidad a control interno con el fin de participar en estos con voz, pero sin voto, para dar sus aportes en cada uno de los temas que son de seguimiento y control por parte de esta oficina.

Transparencia y Acceso a la Información.

La ESE Camú viene publicando información para los grupos de interés en su página web.

Se recomienda que comiencen a publicar toda la información que por ley le corresponde a la entidad, ya que se realizó el diligenciamiento de la matriz ITA ante la Procuraduría General y se observó que la entidad tiene información que no viene publicando y que por ley le corresponde, ya que obtuvo un puntaje de 30 sobre 100.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 11 DE 17

Es necesario aumentar el nivel de conectividad para cumplir los propósitos de gobierno digital del ministerio de las TICS y continuar avanza en dicha política.

Que la entidad asigne recursos para el tema de tecnologías porque se logra observar que no se avanzado en esta política por temas financieros.

Gestión De Riesgo Institucionales.

La ESE cuenta con los mapas de riesgos y se les realiza su respectivo seguimiento cada cuatro meses por la jefa de control interno.

Sistema De Información.

En el área de sistema no cuentan con plan estratégico de tecnología y comunicación PETI, plan de tratamiento de riesgo de seguridad y privacidad de la información y plan de mantenimiento preventivo, por lo cual la entidad debe comenzar a realizar e implementar los mismos, se debe comenzar adquirir los elementos que requiere para el mantenimiento y uso normal de sus equipos.

Desarrollo Tecnológico.

Redes:

Las redes de la ESE se encuentra funcionando, pero por el tiempo de uso se necesitan mejorarlas para que no ocurran caídas en los sistemas.

Telefonía:


La ESE cuenta con líneas telefonías móviles, para el normal funcionamiento de la entidad.

La ESE debe adquirir la línea gratuita las 24 horas, los siete días de la semana para el área de SIAU.

Derechos De Autor De Software:

Se presentó el informe de derechos de autor de software, en el mes de marzo del 2024 en las fechas estipuladas dando cumplimiento con el decreto 103 de enero del 2015.

En este informe se ha dejado la observación de que la entidad debe adquirir las licencias para todos los computadores ya que actualmente ninguno de estos cuenta con la misma.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 12 DE 17

Seguimiento a la plataforma SUIT.

Durante la vigencia 2024 la jefa de control interno realizo seguimiento cuatrimestralmente a la plataforma SUIT, en la cual la entidad tenía como tramite a mejorar el tiempo de triage el cual se encontraba en 30 minutos a pasar a -25 minutos, mejora que ya viene siendo implementada en la entidad.

La entidad no ha seguido colgados los tramites que realiza en esta plataforma, al igual que no se ha revisado el inventario de los mismos, por lo cual se debe para la vigencia 2025 plantearse objetivos con respecto a este tema y señalar responsable para el cumplimiento de los mismos y así lograr avanzar.

Comunicación Interna:

Información a la comunidad en general, usuarios, funcionarios de la ese se les informa por medio de correos electrónicos, pagina web, oficios y grupos de WhatsApp.


SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO.

Tramites De PQRSYD.

PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2024:

El informe correspondiente a este periodo, fue analizado y realizado entre el Representante del Comité de Usuarios, la Trabajadora Social de la Entidad y la jefa de Control Interno, como principales actores de este proceso y en el cual se describen las siguientes acciones:

Nº de Quejas Recibidas en la Vigencia	14
Nº de Quejas Trasladas a Otras Entidades por no Competencia	0
Nº de Quejas de Competencia de la Entidad	14
Nº de Quejas con Respuesta de Trámite	14
Nº de Quejas con Respuesta de Fondo	14
Nº de Quejas Trasladas a Control Interno Disciplinario	0
Nº de Peticiones Recibidas en la Vigencia	16
Nº de Peticiones Atendidas con Respuesta de Trámite	16
Nº Promedio de Días Utilizados para Dar Respuesta de Tramite de las Peticiones – se hace aclaración que de las 16 peticiones recibidas la entidad dio trámite extemporáneo fuera de los términos a 15.	15
Nº de Actividades de Formación, Capacitación y Sensibilización Realizadas	92
Nº de Ciudadanos Capacitados	295

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 13 DE 17

La entidad debe comenzar a responder sus PQRSYD dentro de los términos estipulados por la ley y en caso tal de no poder dar respuesta en los términos, porque no se cuenta con la información pedir tiempo al solicitante, pero siempre garantizando su derecho fundamental a la respuesta a sus peticiones dentro de los términos señalados.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.

IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION.

La entidad debe entrar a fortalecer el proceso de evaluación, seguimiento y monitoreo para permitirle a la gerencia de la ESE, hacer evaluaciones basadas en estadísticas e indicadores de gestión. La oficina de control interno a través del MIPG.

A. MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECÍ.

A continuación, se muestra el desempeño institucional resultado del diligenciamiento del formato único de reporte y avance a la gestión FURAG, en el modelo estándar de control interno MECI para la vigencia 2023, que fue presentado en el mes de abril de 2024, en el cual la entidad aumento su resultado en comparación con la vigencia anterior.

Con respecto a MIPG la entidad bajo su resultado con relación a la vigencia anterior y dentro de las políticas que evidencian los puntajes más bajos están las política de tecnología y comunicación, innovación, integridad, racionalización de trámites y gestión documental.

Los resultados de la gestión institucional del componente MECI está conformado por tres sesiones que a continuación describo.

RESULTADOS GENERALES.

Teniendo en cuenta que el objetivo del MECI es fortalecer las entidades públicas para que en su interior cuenten con mecanismos preventivos que permitan proporcionar una seguridad razonable acerca del logro de las metas y objetivos institucionales trazados por la dirección, de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes; se evidencia que la gestión de la entidad se encuentra por debajo del promedio grupal territorial que se encuentra en un 66.0% de gestión y el resultado de la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN en un 65.9% y en comparación con la vigencia pasada que fue de 48.1% ascendiendo 17.8% cómo se evidencia en las siguientes gráficas.

Se recuerda que la comparación con la vigencia anterior es informativa.



NIT. 812002993-3

PROCESO: CONTROL INTERNO

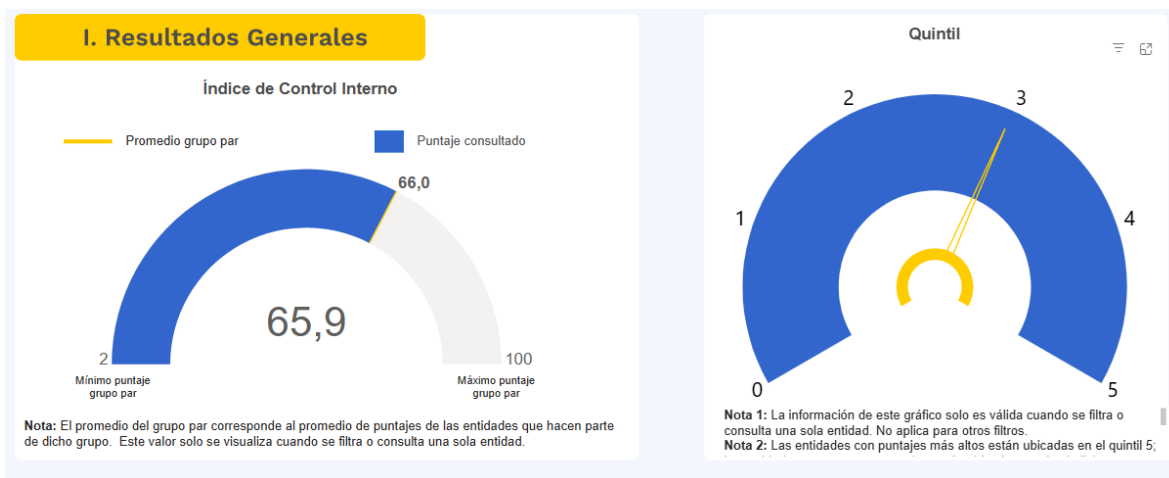
PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL

CODIGO:

VERSIÓN: 0.

FECHA: 25/05/2020.

PAGINA: 14 DE 17



INDICES DE DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES MECI.

En aras de hacer de la entidad una de las más competitivas del sector salud de la región, se ha enfatizado en el mejoramiento continuo de los principios rectores del modelo estándar de control interno MECI, con el fin de brindar un excelente servicio a los usuarios que requieran los servicios de la entidad, los cuales se relacionan a continuación:

Autocontrol: Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función.


Autogestión: Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

Autorregulación: Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

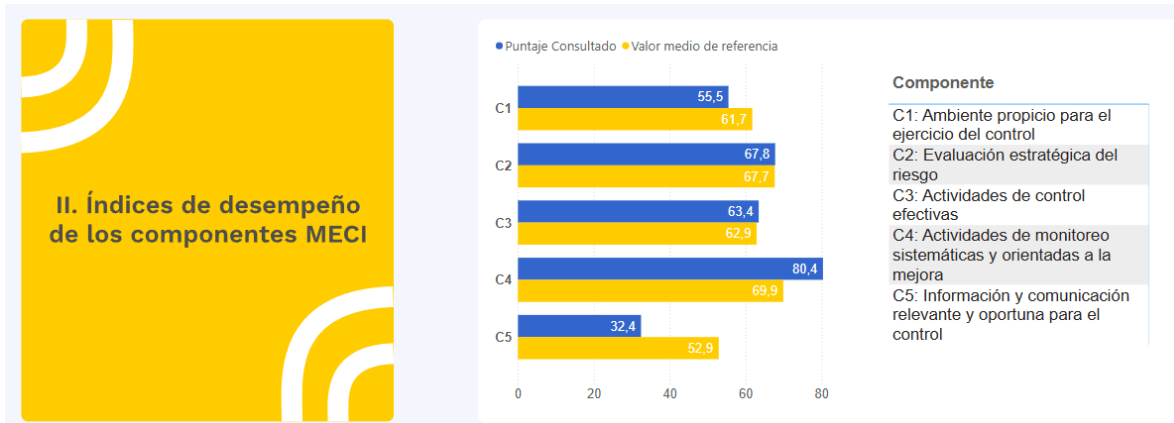
Resultados que permiten asegurar de una manera razonable que los componentes y elementos que permiten que la planeación y ejecución de las actividades de la entidad tendrán los controles necesarios para la ejecución de las dimensiones del control interno, como se evidencia en los gráficos, donde la ESE ha mostrado gran interés en el cumplimiento de sus objetivos en crear un ambiente propicio para el ejercicio del control, la evaluación estratégica del riesgo, la realización de actividades de control efectivas, y las actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la

San Antero - Córdoba, Carretera Troncal Vía Coveñas teléfono: 8110334 Celular: 3205717012

Email: ociesecamusanantero@gmail.com - www.esecamuirislopezduran.gov

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 15 DE 17


mejora y seguir cada día mejorando e implementando las estrategias de control en la entidad.

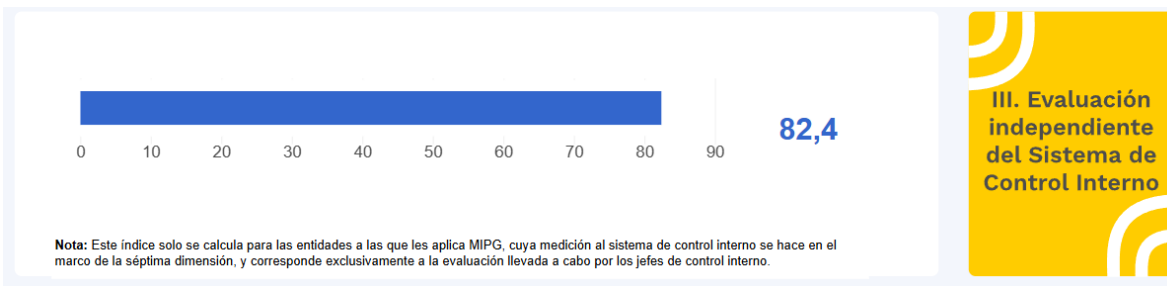


EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

La autoevaluación se convierte en un proceso periódico en el cual participan los funcionarios que dirigen y ejecutan los procesos , programas y proyectos según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación y toma como base los criterios de evaluación, componentes que permiten cada responsable medir la efectividad de sus controles y los resultados de gestión en tiempo real ,verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos previsto por la entidad.

Teniendo en cuenta lo anterior los resultados obtenidos por la ESE en el reporte de FURAG de la vigencia 2023 podemos evidenciar los avances que la entidad ha tenido en la implementación de medidas de autoevaluación y que se debe continuar trabajando para buscar aumentar estos puntajes los cuales se ven reflejados si se busca el desarrollo eficiente de las actividades propias de la ESE en la prestación de los servicios de salud con calidad – humanizada y un adecuado autocontrol en cada una de las áreas, ya que cada uno de los funcionarios y contratistas desde sus roles somos control interno. El resultado de la entidad es del 82.4% por lo cual debemos seguir trabajando para mejorar los esquemas de defensa y así lograr tener un adecuado y efectivo control interno.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 16 DE 17



CONCLUSIONES RESULTADOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI PARA LA VIGENCIA 2023.

Se destacan ciertas debilidades que son materia de mejoramiento para la entidad, debido a que todos los procesos no son efectivos en su totalidad y se deben implementar estrategias correctivas que apunten al logro de los objetivos institucionales, es importante resaltar que estas actividades son realizadas por personas que por omisión o no adherencia a los protocolos de la entidad generan fallas en la continuidad de los procesos, pero a pesar de todo esto se nota el compromiso que la ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN tiene en la implementación de políticas que ayuden a mejorar la prestación de los servicios.

La entidad debe comenzar a realizar y ejecutar los planes institucionales que no ha comenzado a implementar, como lo son el PETI, plan de tratamiento de riesgo de seguridad y privacidad de la información, PINAR, plan anual de vacantes y el programa de inducción y reinducción que se ejecute en la ESE.


Se debe trabajar en la identificación de riesgos por parte de cada jefe de proceso ya que la entidad cuenta con esta debilidad.

Se debe mejorar en el autocontrol y autoevaluación por parte de todos los funcionarios de la entidad.

La entidad debe avanzar en la implementación de las políticas de las TICS y adquirir todos los elementos que requiere para el normal funcionamiento y mantenimiento de las mismas.

Los funcionarios y contratistas a los cuales se les deje plan de mejoramiento interno estar atentos a la presentación de los avances y no esperar hasta que desde la oficina de control interno los requieran.

Que la entidad comience a plasmarse objetivos para avanzar en la implementación del SUIT, se revise el inventario de trámites, se carguen todos a esta plataforma y se ejecute el plan de trabajo señalado para la mejorar del trámite.

 NIT. 812002993-3	PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO:
	PROCEDIMIENTO: EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 0.
		FECHA: 25/05/2020.
		PAGINA: 17 DE 17

Se debe seguir avanzando en las políticas de racionalización de trámites, tecnología y comunicación, innovación, integridad y gestión documental ya que el resultado de estas fueron las más bajas.

Que para la vigencia 2025 la entidad elabore e implemente el PINAR, las tablas de retenciones, realicen capacitaciones a funcionarios y contratistas en este tema y se avance en todos los componentes de la política de gestión documental.

Que se comiencen a tomar medidas efectivas y se reflejen en las ejecuciones presupuestales una reducción significativa de los gastos de la entidad para poder realizar cierres sin déficit presupuestal y salir del riesgo financiero en el cual se encuentra la ESE.

Que los jefes de procesos cuando se realicen las auditorías ya sea internas o externas entreguen la información solicitada dentro de los plazos establecidos en las auditorías y sea logre realizar la auditoría de forma eficaz y sin inconvenientes para lograr abarcar los objetivos planteados dentro de estas auditorías.

Que los jefes de procesos responsables de cargues de informes los envíen dentro de los plazos señalados.

Que se realice actualización al Manual de Funciones y Competencias Laborales de la entidad ya que se encuentra desactualizado.

Que se realicen los acuerdos de compromisos entre los trabajadores de carrera administrativa y las evaluaciones en los términos establecidos por SIMO.

Que se trabaje para mejorar el tiempo de respuesta de los Derechos de Peticiones radicados en la ESE.

ORIGINAL FIRMADO.

DIANA MARCELA PADRÓN SANTAMARIA.

Jefa de Control Interno.