



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

1.- PRESENTACIÓN

El presente informe muestra un análisis realizado al estado del Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., tomando como base los elementos constitutivos del Modelo Estándar de Control Interno y su complementariedad con otros sistemas de gestión, tales como el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, el Sistema de Gestión de la Calidad, entre otros.

Para el presente informe se toma como base la estructura actualizada del Modelo Estándar de Control Interno de acuerdo a lo establecido en el Decreto Nacional 943 de 2014. Es de anotar, que con la expedición del Acuerdo 641 de 2016 *"Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones"*, se produce la fusión de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, dentro de las cuales se encontraban los Hospitales de Tunal III Nivel, Meissen II Nivel ESE, Tunjuelito II Nivel, Usme I Nivel, Vista Hermosa I Nivel y Nazareth I nivel de atención, fusionados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. De igual forma, el Acuerdo 641 de 2016 establece en el artículo 3 lo siguiente: *"Con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado, se establece un periodo de transición de un año contado a partir de la expedición del presente Acuerdo."*, una vez finalizada la etapa de transición en la que se encontraba la entidad, la cual implicaba entre otras cosas la planificación e implementación del Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. En el presente informe se describen los hallazgos frente al monitoreo de la implementación, (designación de responsabilidades para el manejo del Sistema, adopción de políticas, metodologías de autoevaluación, etc)

De esta forma, y de acuerdo a lo contenido en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 *"Por la cual se dictan normas orientadoras fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública"*, se da cumplimiento al reporte del estado del Sistema de Control Interno y se contribuye al fortalecimiento de las políticas anticorrupción.

Adicionalmente, se cuenta con el Decreto 648 de 19 de abril del 2017 *"Por el cual se modifica y se adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública"*, en **Artículo 4º**. Adiciónese el Capítulo 1 del Título



21 del Decreto 1083 de 2015, con los siguientes artículos: “Artículo 2.2.21.1.4, Artículo 2.2.21.1.5, Artículo 2.2.21.1.6, Artículo 2.2.21.1.7, Artículo 5°, Artículo 6°. Todo el capítulo “CAPÍTULO 3 SISTEMA INSTITUCIONAL Y NACIONAL DE CONTROL INTERNO”.

Y de acuerdo a lo establecido en el decreto 215 de abril de 2017, “ Por el cual se definen criterios para la generación, presentación y seguimiento de reportes del Plan Anual de Auditorías, y se dictan otras disposiciones”.

2.- OBJETIVO

Dar a conocer a la ciudadanía el estado del Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, para el periodo comprendido entre Marzo 13 de 2017 a Julio 12 de 2017.

3.- METODOLOGÍA

De acuerdo al formato definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública se realiza la evaluación de los avances y dificultades por cada Módulo de Control y del Eje Transversal del Modelo Estándar de Control Interno. Teniendo en cuenta que en la actualidad las Unidades de Prestación de Servicios de Salud: Tunal, Meissen, Tunjuelito, Usme, Vista Hermosa y Nazareth, han culminado el periodo de transición para la fusión en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE dando cumplimiento al Acuerdo 641 del 2016.

Para la elaboración del presente informe se tuvieron en cuenta los siguientes documentos:

1. Los resultados de las Auditorías de Gestión, realizadas por las Oficinas de Control Interno entre marzo y junio de 2017.
2. Los resultados de los Informes de las evaluaciones puntuales e informes de Ley realizadas entre Marzo y Junio de 2017.
3. La ejecución del Programa Anual de Auditoria de la Oficina de Control Interno y/o Gestión Pública y Autocontrol, aprobado el 26 diciembre de 2016, mediante reunión del Comité Coordinador de Control Interno según consta en el acta No. 001-16.
4. Como marco de referencia para determinar el avance de este proceso, se tuvo en cuenta la información aportada por cada uno de los líderes de los procesos a quienes se les solicitó información a través de los oficios 140-097.098, 099, 100,101-17.

Se anexa formato Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. - LEY 1474 DE 2011

ILDILBRANDO SUESCÚN BUSTOS
Elaborado por: Jefes de **CESAR AUGUSTO LUGO ARANA** Período evaluado:
Control Interno, **CONSUELO BERNAL PAREDES** Marzo 13 a Julio 12 de
o quien haga sus veces: **MÓNICA FERNÁNDEZ QUINTERO** 2017
CARLOS JULIO NIÑO ORJUELA

1. Módulo de Control de Planeación y Gestión
AVANCES

Una vez finalizada la etapa de transición, en la cual se encontraba la Entidad, según Acuerdo 641 de 2016, se presentan los siguientes avances en el periodo evaluado.

1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1. Acuerdos, compromisos y protocolos éticos.

Como componente ético la entidad elaboró el documento **CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO**, código DI-DE-PPP-01, con fecha 30 de junio del año en curso dicho documento fue elaborado por el área de calidad con la participación de los líderes de los procesos institucionales en mesas de trabajo como consta en las actas de fecha 5, 8 y 18 de junio del año en curso, el documento se encuentra en proceso de aprobación.

Evidencia

- 1 Actas de reunión de la construcción del código de ética y buen gobierno y la resolución de adopción.
- 2 Preliminar del Código de ética

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano

Mediante Acuerdo 011 del 05 de abril de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, se modifica la Planta de Personal, se adopta la escala salarial del acuerdo 199 de 2005 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y se dictan otras disposiciones.

Mediante Acuerdo 013 del 05 de abril de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, se establece el manual específico de funciones y competencias laborales de la Subred Sur ESE, para 1129 empleados resultado de la unificación y fusión de los Hospitales de Tunal III Nivel, Meissen II Nivel ESE, Tunjuelito II Nivel, Usme I Nivel, Vista Hermosa I

Handwritten signature or initials



Nivel y Nazareth | Nivel de Atención

Mediante Resolución 0342 del 30 de marzo de 2017, se adopta el Plan de Bienestar e Incentivos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Para la vigencia 2017. El cual fue elaborado por la Oficina de Talento Humano; teniendo en cuenta el resultado y el análisis de la información de la encuesta de necesidades y expectativas la cual fue diligenciada por 2227 funcionarios de las diferentes USS y de los aportes de la Comisión de Personal. Para el periodo evaluado se desarrollaron las siguientes actividades: deporte, sociales (día de las profesiones) e integración (día de los niños) y para el caso de incentivos están programados las actividades para el mes de julio y Diciembre del año en curso.

Así mismo, mediante la Resolución 0338 del 30 de marzo de 2017, se aprueba el Plan de Capacitación para la Subred Sur ESE vigencia 2017, el cual fue elaborado por la Oficina de Talento Humano con la participación de la Comisión de Personal y los colaboradores de la institución via virtual, la encuesta de necesidades y expectativas. Durante el periodo evaluado se han realizado las siguientes capacitaciones a los colaboradores con enfoque a: "Inducción General", "Desarrollo de Competencias Generales y Específicas, Adopción de Conocimientos", "Habilidades o Competencias para el Fortalecimiento del Desarrollo de la Actividad Específica" entre otros contemplados en el cronograma del Plan de Capacitación.

En cuanto a la inducción se capacitó al personal nuevo de planta y OPS, rurales y estudiantes así: En el mes de marzo se convocaron 100 personas y asistieron 93 para una cobertura de cumplimiento del 93%; para el mes de abril se convocaron 110 integrantes y asistieron 125 para una cobertura del 114%, para el mes de mayo se convocaron 90 integrantes y asistieron 76 para una cobertura del 84%, para el mes de junio se convocaron 110 integrantes y asistieron 146 para una cobertura del 132.7%; en los meses de marzo y mayo que no se cumplió la meta de asistencia debido a que las personas convocadas no asistieron a las jornadas de inducción aludiendo que no les concedieron los permisos para asistir a estas reuniones. Y en los meses de abril y de junio sobrepaso la meta de asistencia fue porque los que no asistieron en los meses de marzo y mayo se presentaron en las inducciones de abril y junio

Para convocar al personal a las inducciones la información se toma del listado que suministra contratación para los de OPS, Talento Humano para los de planta y Docencia para los estudiantes.

En el caso de la reinducción se dictó en marzo 27 del 2017, con una inscripción de 436 personas y asistentes de 425 para una cobertura de 97.5%.

Evidencias:

1. Acuerdo 010 del 05 de abril de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.



2. Acuerdo 011 del 05 de abril de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.
3. Acuerdo 013 del 05 de abril de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.
4. Resolución 0342 del 30 de marzo de 2017
5. Resolución 0338 del 30 de marzo de 2017
6. Listados de asistencia a inducción: Marzo (7 y 14), Abril (18 y 25), Mayo (9 y 23), Junio (13 y 30) realizadas por la Sub red Integrada de servicios de salud E.S.E.
7. Presentación de la inducción
8. Listado de asistencia reinducción del 27 de marzo.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1. Planes, Programas y Proyectos

En cuanto al Direccionamiento Estratégico se cuenta con el diseño y aprobación de la Plataforma Estratégica de la Subred Sur ESE, a través del Acuerdo 016 de 2016, expedido por la Junta Directiva de la Subred Sur ESE encontrándose en ella la Misión, Visión, Objetivos Institucionales, Principios y Valores que rigen el accionar de los funcionarios y colaboradores que hacen parte de la Subred.

La plataforma estratégica se encuentra publicada en la página web de la entidad, como medio de socialización para los funcionarios, colaboradores y grupos de interés en general.

Se cuenta con las actas de reunión No. 04 y 05 de fechas 24 de abril de 2017 y 5 de junio de 2017 respectivamente, de Comité Directivo en donde se socializa la plataforma estratégica con todo el grupo directivo, sin embargo en los listados de asistencia no se evidencia la firma de asistencia de todos los intervinientes en la reunión.

Así mismo, como estrategia de socialización de estos temas se contemplan en el plan de capacitación de la vigencia 2017, con el único objetivo de consolidar la adherencia al conocimiento institucional y la cultura organizacional, al personal que ingresa nuevo a la institución.

Se cuenta con un manual que contiene la metodología de la elaboración del POA el cual puede ser consultado en el software de KAWAK.

Así mismo, se tiene establecido un Plan de Acción y/o POA para la vigencia 2017, el cual se encuentra alineado con el Plan de Desarrollo Vigente, en este documento se definen las metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de la entidad y su evaluación se realiza a través de la herramienta Kawak.



Evidencias:

1. Pantallazo de la plataforma estratégica publicado en la página web.
2. Lista de asistencia a las inducciones de los meses de abril, mayo y junio de 2017.
3. Presentación de la inducción dictada durante estos meses.
4. Manual de la metodología para elaboración POA
5. Actas de Comité Directivo No. 4 y 5 de fechas 24 de abril de 2017 y 5 de junio de 2017 respectivamente.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

La Entidad cuenta con el Manual de Procesos y Procedimientos aprobado mediante el Acuerdo 12 del 05 de Abril de 2017. En el mencionado Acuerdo se adopta el enfoque basado en procesos, se aprueba el Mapa de Procesos y se aprueba la Metodología de identificación, diseño y ajuste de procedimientos, dándole la potestad de realizar los cambios pertinentes los cuales serán presentados a la Junta Directiva de la Subred una vez al año para su aprobación.

En el documento GI-CD-MA-01 V1 ítem 8.2 registra lo relacionado al Mapa de Procesos con el enfoque por procesos, definiendo su estructura y funciones para la subred; se identifica su diseño el cual no concuerda con el publicado en la herramienta kawak.

Se cuentan con algunos Manuales, procedimientos y formatos diseñados para 4 procesos de los 17 contenidos en el mapa de proceso así:

En el proceso: **Ejecución de alternativas para el cuidado de la salud**, se evidencian: 2 formatos, 10 procedimientos, 31 guías, 10 protocolos, 1 plan.

Gerencia de la información; 4 formatos, 1 plan y 7 procedimientos.

Gestión jurídica: 1 procedimiento.

Desarrollo institucional: 1 manual, 1 procedimiento.

De 17 procesos Los cuales se encuentran publicados en el software de Kawak mapa de procesos

Evidencias:

1. Pantallazo de mapa de procesos y documentos publicados en kawak
2. Acuerdo 012 del 05 de abril del 2017 expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

1.2.3. Estructura Organizacional

Mediante Acuerdo 010 del 05 de abril de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, por el cual se establece la estructura organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y se encuentra publicada en la página web de la subred para conocimiento de colaboradores y grupos de interés en general.



Evidencias:

Actas del 18 de mayo, 05 de junio, 07 de junio, 08 de junio, 30 de junio del 2017.

1.2.5. Indicadores de Gestión

La institución cuenta con los indicadores establecidos en la resolución 1552 de 2013, los cuales son reportados por el Sistema de Información de la Entidad en los tiempos de ley.

Se definieron 49 indicadores para medir la Gestión Estratégica y se encuentran aprobados mediante Acuerdo 016 de 2016, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. De esta forma, se definió el Plan de Acción para la vigencia 2017 que registra las actividades a realizar durante la misma vigencia, para dar cumplimiento a los objetivos propuestos. El seguimiento de este plan de acción así como de otras actividades administrativas es realizado a través del Software Kawak.

Evidencias:

1. Acuerdo 011 del 29 de julio de 2016, expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.
2. POA vigencia 2017.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, cuenta con Manual para la Administración del Riesgo, el cual contempla las Políticas, metodología, objetivos del sistema entre otros, para el manejo y Administración del Riesgo, documento que fue adoptado por el Sistema de Gestión de la Calidad y aprobado por el comité de Riesgos conformado y reglamentado mediante la Resolución 162 del 14 de febrero de 2017.

1.3.2. Identificación del Riesgo

Con respecto a la Matriz de Riesgos de la Subred Sur o avances realizados durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 2017, en el primer ciclo se consolidaron en una matriz donde se identificaron, se valoró su impacto y probabilidad, y se presenta el riesgo residual para cada uno de ellos. En el segundo ciclo, se fortalecerán y/o crearán controles.



1.3.3. *Análisis y Valoración del Riesgo*

Se cuenta con una matriz de riesgos en etapa de identificación para 12 procesos.

Evidencias:

1. Consolidado en Excel mapa de riesgos.

ASPECTOS POR MEJORAR

Una vez revisada la evidencia documental aportada se encuentran los siguientes aspectos a fortalecer y mejorar los cuales de no realizarse intervención a los mismos podrían llevar al no cumplimiento de algunos objetivos institucionales y afectaciones al Desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

1.1. **COMPONENTE TALENTO HUMANO**

1.1.1. *Acuerdos, compromisos y protocolos éticos*

El documento de código de ética no ha sido aprobado por cuanto no contiene las firmas de elaboración, revisión y aprobación en el mismo, como se evidencia en el documento que se encuentra publicado en el software de Kawak y tampoco se encuentra adoptado por parte de la gerencia mediante acto administrativo, no permitiendo que sea socializado al personal de la subred; teniendo en cuenta lo contenido en el procedimiento "Metodología de Identificación, Diseño y Ajuste de Procedimientos GI-GDO-PR-01 V1"; "ítem 6 Aprobar el documento Una vez convalidado el documento se devuelve al jefe de oficina o director de servicios con la firma del responsable de control documental para la recolección de firmas en elaboró, revisó y aprobó".

1.1.2. *Desarrollo del Talento Humano*

Se evidencian dificultades en la Evaluación del Desempeño de algunos colaboradores, ya que no existe claridad frente a los responsables de realizar la evaluación. Con respecto a la suscripción de los Acuerdos de Gestión, la Entidad no tiene claridad frente a la suscripción y seguimiento de los mismos, tal y como se evidencia mediante oficio TH 1437 – 2017 del 20 de junio de 2017 en donde al respecto indican: "Es responsabilidad de la Dirección de Talento Humano capacitar al personal responsable de suscribir los Acuerdos de Gestión vigencia 2017. Sin embargo, es importante aclarar que la Oficina de Desarrollo Institucional se encarga de hacer seguimiento y dar cumplimiento a la generación de estos documentos". Sin embargo pese a lo anterior la Oficina de Desarrollo Institucional a través del oficio DI – 867-2017 de Julio 06 de 2017 informa que:

Handwritten signature and initials.



"Teniendo en cuenta que el área responsable de la suscripción de los Acuerdos de Gestión es la Dirección de Talento Humano, se remitió solicitud escrita a fin de que desde dicha área sean proporcionados los soportes requeridos". No obstante lo anterior no fueron allegados los Acuerdos de Gestión suscritos ni con su respectivo seguimiento; al respecto las Oficinas de Control Interno recomiendan tener en cuenta lo descrito en el Decreto 1227/2005 en sus artículos del 102 al 108 en el cual describe que los Acuerdos de Gestión son suscritos entre el respectivo gerente público y su superior jerárquico, que las Oficinas de Planeación deberán prestar el apoyo requerido en el proceso de concertación de los Acuerdos y que el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces será el responsable de suministrar los instrumentos adoptados para la concertación y formalización de los acuerdos de gestión.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1. Políticas de Operación

Las Políticas de Operación para el proceso de funcionamiento como subred No están aprobadas para su ejecución permitiendo que no se tengan claridad en la actuación de los responsables de los procesos.

Falta de capacitación y socialización para el uso y acceso adecuado de la herramienta informática kawak a todos los colaboradores de la Entidad.

1.2.2. Modelo de operación por procesos

A pesar que la institución cuenta con el mapa de procesos se encuentra en el software Kawak, se evidencia que no están todos los documentos allí publicados por procesos; y los que están publicados no todos registran firmas de aprobación. Permitiendo que los procesos generen inseguridad en el desarrollo de sus actividades.

El manual de procesos y procedimientos no ha sido socializado como lo pide el MECI.

No fue posible verificar la información sobre las caracterizaciones para el periodo evaluado, en razón a que no se obtuvo respuesta a la solicitud de información realizada a través del oficio 140-100-17 del 12 de junio de 2017.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1. Identificación del Riesgo

A la fecha no se cuenta con la identificación documentada y publicada de los riesgos a los que está expuesta la entidad así como tampoco los riesgos generales de la gestión de la Subred.



1.3.2. *Análisis y Valoración del Riesgo*

Al solo contar con riesgos identificados para 12 procesos, la entidad no cuenta con su respectivo análisis, valoración y monitoreo.

Con ocasión de las charlas de fomento de la cultura del control que se realizaron durante el mes de junio y julio se evidenció que procesos como: Comunicaciones, Control Interno Disciplinario, Dirección Administrativa, los procesos misionales, Desarrollo Institucional, Jurídica; no cuentan con el mapa de riesgos actualizado, no realizan seguimiento y monitoreo a los controles y por lo tanto no tienen documentado si los riesgos han sido materializados.

2. Módulo de Evaluación y Seguimiento AVANCES

Teniendo en cuenta lo descrito en los apartados anteriores y que la Subred Sur ESE terminó su proceso de fusión establecido mediante Acuerdo Distrital 641 de 2016, a continuación se presentan los avances más significativos presentados por la entidad para el Módulo de Evaluación y Seguimiento.

2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.2. COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

2.2.1. *Auditoria Interna*

La entidad cuenta con el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno debidamente formalizado mediante la Resolución N°1015 del 22 de diciembre de 2016 y en operación.

La entidad cuenta con un Programa Anual de Auditorias Unificado y aprobado por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno de la subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., según acta 001 del 26 de diciembre de 2016; a su vez se establece actividades independientes para cada una de las unidades, dentro del mismo programa y cumplimiento de ejecución de las mismas en las fecha establecidas en él.

De conformidad con el Programa de auditorias se ha dado cumplimiento a las auditorias, informes de ley, actividades de seguimiento y fomento de la cultura a saber:



Cumplimiento al PAA	
Nombre	Mes
Informe sobre las quejas, sugerencias y reclamos	Enero
Evaluación institucional por dependencias	Enero
Seguimiento Plan Anticorrupción	Ene- May
Informe austeridad en el gasto	Ene- May
Informe de Defensa Jurídica	Febrero
Informe ejecutivo anual de Control Interno	Febrero
Informe control interno contable	Febrero
Avance de la implementación y sostenibilidad del SIG	Febrero
Informe Cuenta Anual Contraloría	Febrero
Informe pormenorizado de control interno	Mar- Jul
Publicación tips autocontrol	mar-jun
Informe derechos de autor software	Marzo
Auditoria a Salas de Cirugía y Partos USS Tunjuelito	Marzo
Seguimiento al cumplimiento de la Ley 1712	Marzo
Informe Directiva 003	Mayo
Auditorías a proceso Servicios Ambulatorios	Junio

Evidencias

1. Resolución 1015 de 2016
2. Programa Anual de Auditorías vigencia 2017
3. Acta 001 de 2016
4. Informes publicados en la página web

2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1. Plan de Mejoramiento

Las unidades de servicios de salud, cuentan con los respectivos Planes de Mejoramiento producto de las Auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno formulados y con los seguimientos actualizados.

Así mismo desde la Oficina de Desarrollo institucional de la Subred Sur ESE se adelanta el proceso de consolidación, revisión, seguimiento y cierre de todos los Planes de Mejoramiento de la subred bajo el software kawak y acompañamiento en el proceso de levantamiento de los mismos.

Evidencias

1. Actas de seguimiento y/o formato del plan de mejoramiento
2. Procedimiento de planes de mejoramiento en el aplicativo de kawak.

Handwritten signature or initials



ASPECTOS POR MEJORAR

2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1. Autoevaluación del Control y Gestión

La Entidad no cuenta con una metodología debidamente documentada, estandarizada y sistemática para adelantar un proceso de Autoevaluación del Control y Gestión de la Subred Sur ESE, de acuerdo a los criterios contenidos en el Modelo Estándar de Control Interno.

3. Eje Transversal de Información y Comunicación

AVANCES

3.1. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

La entidad cuenta con mecanismos para identificar la información externa, tales como los buzones de quejas y reclamos de manera física y por página web así como el Sistema SDQS.

Se cuenta con un proceso de Gestión de Archivo, el cual tiene establecido procedimientos (recepción y radicación documental GI-PR-08 V1, Consulta y préstamo de documentos GI-PR-07V1, Tránsito de documentos GI-PR-05 V1, Eliminación de documentos GI-PR-04 V1) para el manejo de la información física que reposa en el archivo central de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se dispone de un espacio físico para el traslado de los documentos que reposan en cada uno de los archivos centrales de las Unidades de Servicios de Salud, con el fin de salvaguardar la custodia y almacenamiento de los archivos centrales.

Igualmente Gestión documental presenta un informe ejecutivo del Estado del archivo central donde contiene la siguiente información: Programación de traslados y unificación de archivos centrales, Ejecución de cronograma de traslados para el periodo evaluado, Resultados obtenidos de los traslados documentales, Consulta y Préstamo de Documentos, Etiquetado de unidades documentales y unidades de conservación e Inventarios documentales en su estado natural; permitiendo evidenciar que la gestión de la documentación de las diferentes USS se está gestionando para su respectiva centralización para así poder garantizar su custodia, organización, control y seguridad de la información.

En cuanto a la correspondencia de la Entidad, se cuenta con los procedimientos: Radicación de documentos de salida correspondencia externa e interna GI-PR-01 V1, Recepción y Distribución de Comunicaciones Oficiales Externas Recibidas GI-PR-02 V1 y Recepción y Distribución de Comunicaciones Externas Recibidas GI-



PR-03 V1: Con el objetivo de gestionar la documentación para cumplir con los tiempos de movilidad por las sedes de la subred, cumplir con los tiempos de respuesta y evitar pérdida de información.

3.2. **Sistemas de Información y Comunicación**

A partir del 1 de Agosto de 2016, todas las Unidades que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE cuentan con el Sistema de Información Dinámica Gerencial, el cual se ha venido implementando de forma paulatina en cada uno de los servicios tanto asistenciales como administrativos de la Entidad.

Se cuenta con el inventario tanto de Software como de Hardware de cada USS y con el Plan de Mantenimiento.

Se cuenta con la Ventanilla única de Correspondencia en la sede administrativa

Se cuenta con una matriz consolidada con las normas que aplican a la entidad y con el procedimiento Normograma GJ-PR-01 V1 el cual se encuentra publicado en kawak .

Se cuenta con cuentas de correo institucional para todos los procesos los cuales son entregados para su manejo en forma personalizada por Sistemas.

Se cuenta con un directorio de equipo Directivo y funcionarios por Sedes.

Evidencias

1. Matriz del normograma
2. Procedimiento Normograma GJ-PR-01 V1
3. Pantallazo de la publicación kawak
4. Inventario de Software y Hardware

ASPECTOS POR MEJORAR

3.1. **Información y Comunicación Interna y Externa**

No se cuenta con apoyo de recepción de correspondencia en los 9 puntos de Atención al ciudadano por lo que pueda generar riesgo de respuesta en términos de ley, pérdida de información y del flujo de información.

A pesar que se cuenta con los procedimientos para correspondencia, no son claros los que están aprobados y vigentes para el proceso de correspondencia, en respuesta a la solicitud 140-099-17 ya que en oficio registra la misma información de los procedimientos al que se encuentra publicado en KAWAK y en el CD registra los procedimientos: DE-CRP-PR-01 Recepción distribución,



comunicaciones externas recibidas y DE-CRP-PR-02 Recepción y radicación documental. Esta dualidad de información genera posibles riesgos de confusión en la aplicación de los mismos en el proceso de correspondencia e igualmente en la generación del presente informe.

No se cuenta con Tablas de Retención Documental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., aprobadas por el Consejo Distrital de Archivo, lo que conlleva a que no haya una estandarización de los archivos de gestión, central e histórico de la entidad e igualmente el Plan de trabajo entregado en el cronograma no clarifica fecha de inicio ni fecha de terminación aunque registre el tiempo en que duraran las actividades a ejecutar (ejemplo en el hacer registra) :

Elaboración del cuadro de caracterización documental	1 mes
------------------------------------------------------	-------

Los Procedimientos mencionados no aportan las actas de socialización de los mismos generando así incumplimiento en la aplicación de las actividades y procesos.

No hay una fuente interna de información sistematizada y de fácil acceso que permita consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.

A la fecha no se cuenta con una Política de Comunicaciones, la cual debe contener como mínimo: matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc; de conformidad con el MECI.

Estado general del Sistema de Control Interno

Es pertinente indicar que el Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se encuentra en un proceso de estructuración de los elementos que hacen parte del Modelo Estándar de Control Interno, con una notoria debilidad en la implementación de algunos elementos que son importantes para el cumplimiento de los objetivos institucionales, Políticas, Acuerdos de Gestión, Código de Ética, Caracterizaciones, Mapa de Riesgos, Control Documental (Manuales, Procedimientos, Formatos, Guías, etc.). Tablas de retención documental y con ello la implementación de controles al interior de los procesos, durante el periodo evaluado.

Recomendaciones

De acuerdo con la evaluación realizada por las Oficinas de Control Interno que hacen parte de la Subred Sur, se evidencia que la entidad ha venido implementando el Sistema de Control Interno de manera adecuada, sin embargo y de acuerdo a los aspectos por mejorar observados en el presente informe, se recomienda:

Handwritten signature or initials in the bottom right corner.



- De conformidad con las instancias de participación que propone el manual técnico del Modelo Estándar de Control Interno, es conveniente que en la Subred Sur exista representante de la Alta Dirección y un equipo MECI que operativicen las directrices dadas por la Alta Dirección en relación con la mejora continua del Sistema de Control Interno.
- Gestionar la aprobación, implementación, socialización, evaluación y/o seguimiento de los aspectos a mejorar entre otros las Políticas, Acuerdos de Gestión, Código de Ética, Caracterizaciones, Mapa de Riesgos, Control Documental (Manuales, Procedimientos, Formatos, Guías, etc.), Tablas de retención documental, con el fin de que se terminen de estructurar los elementos que hacen parte del MECI de la Entidad y contribuir con el mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Es necesario prestar especial atención a los componentes y elementos del Módulo de Planeación y Gestión, ya que de su correcta estructuración dependerá el éxito en el mantenimiento y continuidad del modelo.

MONICA FERNANDEZ QUINTERO
Jefe Oficina de Control Interno USS Meissen
Jefe (E) Oficina de Control Interno USS Nazareth

CESAR AUGUSTO LUGO ARANA
Jefe Oficina Gestión Pública y Autocontrol USS Tunjuelito

CONSUELO BERNAL PAREDES
Jefe Oficina Gestión Pública y Autocontrol USS Usme

ILDIBRANDO SUESCUN BUSTOS
Jefe Oficina de Control Interno Organizacional USS Tunal