

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 1 de 12
		200-1-1

205-28-06-2018-001

INFORME PORMENORIZADO ESTADO DEL CONTROL INTERNO PERIODO NOVIEMBRE DE 2017 A FEBRERO DE 2018



Fuente: Función Pública, 2017

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Manuela Beltrán del municipio de Socorro, presenta a continuación el informe de los avances en cada uno de los Módulos y Eje Transversal del Modelo Estándar de Control Interno MECI en articulación con el Modelo Integral de Planeación y de Gestión.

Durante el periodo de Noviembre de 2017 a Febrero de 2018 se realizaron las siguientes actividades en cumplimiento del Decreto 943 de 2014 por medio del cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno. – MECI, Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017 que actualizó el Modelo Integral de Planeación y Gestión para el orden nacional e hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales.

A partir de la expedición de la normativa contenida en el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán avanza en la instrumentalización, adecuación y ajustes para la completa y adecuada implementación del nuevo modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

NUEVA IMAGEN EN SALUD
Carrera 16 N°9-53 Conmutador (7) 7274000
Código Postal N° 683551
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro-Santander-Colombia

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 2 de 12
		200-1-1

Para la vigencia 2018, han sido ejes articuladores del plan acción institucional, las siete dimensiones operativas del MIPG, y el Plan de Desarrollo Institucional, impartándose claras directrices para su formulación, ejecución y reportes de seguimiento por parte de la Alta Gerencia con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno.

A través de la herramienta dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, se inició el ejercicio de auto diagnóstico del MIPG, la entidad durante el mes de marzo está dándole aplicación al auto diagnóstico y finalizando el mes se presentaran los resultados y las acciones de mejora a realizar en cada área.

La Alta Gerencia mediante Resolución No. 051 del 23 de febrero de 2018 creó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el cual será el encargado de orientar la implementación y la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. – MIPG en la entidad.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 3 de 12
		200-1-1

1. MODULO DE CONTROL PLANEACION Y GESTION

1.1. COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1 ACUERDOS Y COMPROMISOS O PROTOCOLOS ETICOS

La entidad en el mes de marzo inicio el proceso de socialización, interiorización e implementación del Código de Integridad del Servidor Público actividad que apoyo la oficina de control interno, se envió a través de la intranet y correos institucionales a todos los servidores públicos y colaboradores de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán el Código de Integridad.

Documento que el Departamento Administrativo de la Función Pública ha trabajado activamente bajo el propósito de crear un código de integridad lo suficientemente general y conciso para ser aplicable a todos los servidores de todas las entidades públicas de la rama ejecutiva, a partir de diferentes recomendaciones y experiencias recopiladas en diferentes contextos y actores.

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La planeación y programación formulada por el Proceso de Gestión del Talento Humano, continuó su desarrollo en el periodo evaluado.

Actualmente la entidad se encuentra en la construcción y formulación del Plan de Capacitación y Plan de Bienestar y Estímulos para la vigencia 2018, donde viene aplicando una encuesta que busca recoger las necesidades de los servidores públicos esta actividad la lidera Talento Humano.

El Jefe de Talento Humano junto con los líderes de procesos realizó la evaluación de desempeño del personal de Planta de la entidad.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.

1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

En el ejercicio de evaluación y seguimiento que se realiza anualmente por parte de los Jefes de Control Interno al cumplimiento de las metas y proyectos trazados en el Plan de Desarrollo Institucional.

La evaluación fue realizada con cada líder de proceso quien en sesión conjunta el 28 de diciembre de 2017, presentaron los resultados de ejecución de las metas a su cargo y socializaron las acciones que llevaron a cabo para obtener los resultados, e hicieron entrega del informe escrito con las evidencias al Profesional de Control Interno como soporte para el expediente de Evaluación de los POAI 2017.

La Evaluación se desarrollo en dos etapas se presentaron y evaluar las metas establecidas en los POAI con corte a 30 de junio, y los POAI con corte a 30 de diciembre.

Como resultado de la exposición y evaluación del primer semestre, se realizó la matriz de evaluación y ejecución.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 4 de 12
		200-1-1

Una vez finalizada las exposiciones de evaluación y ejecución se evidencio un Balance positivo para la institución, se presenta 73 metas para el primer semestre de las cuales:

Cantidad Metas	Porcentaje Alcanzado
51	100%
1	93%
1	91%
1	90%
1	82%
4	50%
14	0%

Obteniendo un promedio de ejecución para el primer semestre del 77%.

Las metas contempladas para la adquisición de equipos y la puesta en marcha del Servicio de Cuidado Intermedio Neonatal, no se pudieron llevar a cabo durante el primer semestre por la falta de recursos económicos, y que revisada la proyección financiera para la vigencia estas adquisiciones deberán ser reprogramadas.

RESULTADOS EVALUACION DEL SEGUNDO SEMESTRE

Como resultado de la exposición y evaluación del segundo semestre, se realizó la matriz de evaluación y ejecución se presenta 41 metas para el segundo semestre de las cuales:

Cantidad Metas	Porcentaje Alcanzado
33	100%
1	93%
2	89%
1	88%
1	70%
1	65%
2	50%

Obteniendo un promedio de ejecución para el segundo semestre del 95%. Esto teniendo en cuenta que 33 de las metas alcanzaron un cumplimiento del 100%,

En el mes de febrero de la vigencia 2018 los líderes de procesos formularon en reunión gerencial los Planes Operativo Anuales de Inversión de las metas trazadas en el Plan de Desarrollo y de Gestión para la vigencia 2018 los cuales están pendientes para aprobación por parte de la Gerencia.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 5 de 12
		200-1-1

En materia de Rendición de Cuentas la entidad realizó Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2017, el día 23 de febrero de 2018 en el Auditorio de la Entidad, se contó con la asistencia de veedores del sector salud, presidentes de Juntas de Acción Comunal y representantes del Concejo Municipal y comunidad en general.

La Audiencia de Rendición de Cuentas, fue presidida por el Doctor Ariel Alfonso Jiménez Escobar Gerente de la Entidad.

El Gerente de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, presentó los resultados obtenidos en el periodo de enero a diciembre de 2017, y presentó la proyección en inversiones para el año 2018.

Concluida la audiencia, abrió un espacio para dar respuesta a las inquietudes y preguntas presentadas por los ciudadanos antes de la audiencia y durante la audiencia. Todas las preguntas e inquietudes fueron resueltas por los directivos de la Entidad en la reunión.

El informe y presentación de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, se encuentran publicadas en la página web institucional.

1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS.

El Mapa de Procesos fue ajustado y aprobado en comité de Calidad el día 27 de marzo de 2017, adoptándose la Segunda Versión del Mapa de Procesos, creado para el mejoramiento de la institución, el desarrollo de los servidores públicos y la participación ciudadana. Esta nueva versión contribuye a la mejora continua de los procesos y la prestación de servicios con calidad.

En los procesos de inducción han socializado a los trabajadores de la entidad (Servidores Públicos y contratista) el Nuevo Mapa de Procesos.

El Mapa de Procesos fue retroalimentado a través de la Intranet, y Gestión Documental a todos los funcionarios, contratistas y colaboradores de la entidad. Estrategia que fue liderada por el Líder de Proceso de la Oficina de Calidad.

La oficina de calidad durante el período ha estado liderando con los líderes de los procesos la actualización y ajustes al manual de procesos.

1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad, lo que permite dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con la misión y su función constitucional y legal.

La organización cuenta con una estructura organizacional establecida mediante Resolución No. 266 de septiembre 1 de 2011.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 6 de 12
		200-1-1

Se recomienda revisar, evaluar y ajustar la estructura actual y socializarla a todos los servidores públicos de la entidad, al igual que ser publicada en los medios de comunicación que se disponen para tal fin.

Se recomienda que para la vigencia 2018 se elabore el documento que describa la estructura de la organización, que especifique las líneas de autoridad y toda aquella comunicación formal en la entidad.

1.2.4 INDICADORES DE GESTION

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

La entidad formuló indicadores en el Plan de Desarrollo y Gestión para la vigencia 2016-2020, con base en la estructura del plan.

La entidad establece que todas las áreas y procesos deberán identificar, y controlar y reportar oportunamente las desviaciones de la gestión y de sus proyectos a través del cumplimiento de los indicadores, el seguimiento y evaluación respectiva, correspondiente al control, y estos serán evaluados semestralmente por la Alta Dirección.

En el mes de febrero de la vigencia 2018 los líderes de procesos formularon los Planes Operativos Anuales de Inversión de las metas trazadas en el Plan de Desarrollo y de Gestión para la vigencia 2018.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

La ESE mediante Resolución No. 048 del 24 de febrero de 2017 adoptó las políticas y los lineamientos para la Administración del riesgo, aprobó el mapa de riesgos institucional.

Con respecto a la política de riesgos es reconocida y aplicada por los procesos, se cuenta con mapas de riesgos de procesos.

En el mes de octubre y la primera semana del mes de noviembre se socializaron por procesos con sus correspondientes líderes los Mapas de Riesgos ajustados, actividad que fue liderada por la oficina de Calidad con el acompañamiento de la Asesora de Control Interno y reposan los registros de asistencia en el archivo de la oficina de calidad.

El Líder de Proceso de Gestión de Calidad en el período por áreas y procesos, viene realizado la evaluación de los mapas de riesgos aprobados, los cuales fueron contruidos con cada líder de proceso.

Durante la primera semana del mes de enero de 2018 se realizó seguimiento a las actividades del Plan Anticorrupción para la vigencia 2017 correspondientes al último período de evaluación. Los líderes responsables de cada meta entregaron informes con evidencias de avance y cumplimiento a las metas trazadas en cada uno de los componentes.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 7 de 12
		200-1-1

Se público en la página web institucional el último informe de seguimiento de la vigencia en el mes de enero de 2018.

En el período comprendido entre el 15 al 29 de enero se apoyó las actividades para la elaboración, formulación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos Anticorrupción vigencia 2018. Documento que se encuentra publicado en la página web institucional y que fue enviado por la intranet y correos institucionales para ser socializado a todo el personal de la institución.

2. MODULO DE CONTROL EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad siempre requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad.

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Este componente se ha venido fortaleciendo al interior de la entidad mediante la cultura de la autoevaluación y el autocontrol al interior de los procesos, en cada una de las reuniones que se realizan.

Uno de los pilares del Modelo Estándar de Control interno al interior de la entidad debe ser el autocontrol, entendido como la capacidad que tiene cada servidor público para detectar las desviaciones en su trabajo y realizar los correctivos necesarios; en tal virtud, la autoevaluación, como herramienta complementaria al autocontrol se convierte en un instrumento básico para la mejora continua de la entidad.

El 04 de septiembre de la vigencia 2017 se realizó la segunda sesión de Comité de Control Interno donde se presento por parte de la oficina de Control interno el informe final de las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

En la primera semana del mes de abril se realizara la primera sesión del Comité Institucional de Control Interno vigencia 2018 y se presentaran los resultados del período septiembre a diciembre 2017 y la formulación del Plan de Acción para la vigencia 2018.

- **Informe Ejecutivo Anual, del Modelo Estándar de Control Interno MECI - Evaluación del Sistema de Control Interno vigencia 2016**

La Evaluación del Sistema de Control Interno se soporta en la valoración y medición del desarrollo armónico y sistémico de cada uno de los subsistemas que los componen. En esta evaluación, se agrupan los objetivos, características y elementos del Sistema de Control Interno definidos legalmente, de tal manera que su conocimiento contribuye a definir el estado actual de la implementación del sistema y a desarrollar estrategias para su fortalecimiento.

Para el caso de la ESE, la Evaluación se realizó a todos los procesos definidos a partir de la herramienta tecnológica diseñada por el DAFP a través del aplicativo FURAG.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 8 de 12
		200-1-1

El informe Ejecutivo fue reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 del Decreto 1083 de 2015, fue modificado por el Decreto 1499 de 2017, razón por la cual fue rendido a través del aplicativo FURAG en el mes de octubre ya que este se convirtió en una dimensión del Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG.

En consecuencia de lo anterior el DAFP dispuso que para el reporte de febrero de cada vigencia este año no se debería presentar el informe, teniendo en cuenta que entre el 17 de octubre y el 24 de noviembre se presentó la evaluación, que la evidencia requerida por los organismos de control con relación al informe es la certificación de presentación del reporte emitida por el FURAG, certificación que reposa en la oficina de control interno de la ESE.

- **Informe de Control Interno Contable**

El Control Interno Contable es un proceso que se hace en la ESE HRMB, con el fin de lograr la existencia y efectividad de los procedimientos de control y verificación de las actividades propias del proceso contable, que garantice razonablemente que la información financiera, económica, social y ambiental cumpla con las características cualitativas de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de que trata el Régimen de contabilidad Pública.

Se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa en la plataforma del chip de la Contaduría General de la Nacional en los formatos dispuestos por esta, teniendo en cuenta como fuente de información los estados contables, soportados en los libros auxiliares contables, los registros contables y presupuestales, la evaluación rendida por la líder del proceso de contabilidad.

Para la vigencia 2017 se obtuvo una calificación al Control Interno Contable sobre 4,75 ubicando al proceso en un Nivel Satisfactorio. De igual forma se realizó la evaluación cualitativa en la cual se registraron las fortalezas, debilidades, avances obtenidos respecto de las evaluaciones y recomendaciones realizadas. El resultado del informe es comunicado a la Alta Dirección con el fin de tomar en cuenta las recomendaciones y mejorar los aspectos sobre los cuales se obtuvo una baja calificación.

2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

Este componente busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

El 16 de marzo de 2017 la oficina de Control Interno presentó ante el Comité de Coordinación de Control Interno el Plan Anual de Auditorías Internas el cual fue aprobado.

El Plan de Auditorías aprobado y ejecutado para la vigencia 2017 conto con un total de 6 Auditorías en la parte Administrativo y asistencial.

Se realizó la evaluación y seguimiento a los procesos dando cumplimiento al programa de auditorías vigencia 2017, lo que permite conocer el estado y avances del SCI, producto de estas se han generaran informes finales de auditoría que llevaron a la formulación en algunos procesos de Planes de Mejoramiento, que permitan el mejoramiento continuo al interior de la entidad.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 9 de 12
		200-1-1

Durante el proceso auditor se dio a conocer a los líderes de procesos las debilidades encontradas y las recomendaciones de las acciones correctivas a realizar.

Los informes finales no fueron socializados en la vigencia 2017 en algunos procesos, los cuales se han socializado durante el primer trimestre de la vigencia 2018, para dar inicio a la formulación de los planes de mejoramiento donde se requieran.

Se realizó el seguimiento a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan y al Mapa de Riesgos Anticorrupción, dando cumplimiento a las fechas establecidas, para lo cual se exigió las evidencias de las acciones implementadas por cada líder de proceso. Los informes respectivos fueron presentados a la Gerencia y se encuentran publicados en la página web institucional.

En cumplimiento de los Decretos Nacionales 1737 de 1998 y 984 del 2012 la Oficina de Control Interno ha rendido los informes trimestrales al Representante Legal de Austeridad en el gasto, y publicados en la página web institucional, con relación a los gastos de Materiales y Suministros, Mantenimiento y Reparación, Impresos y Publicaciones, Viáticos y Gastos de Viaje, Gastos de Movilización, Seguros, Servicios Públicos, Telecomunicaciones.

Realizando las recomendaciones que permitan alcanzar el grado de cumplimiento de las disposiciones contenidas en los Decretos reglamentarios, y los objetivos de la ESE.

Seguimiento a los contratos publicados en la plataforma de Colombia Compra Eficiente, se realizó seguimiento en el mes de diciembre de 2017, para verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de publicación.

La ESE HRMB a través del Líder de Proceso de Gestión Jurídica, ha venido realizando el cargue de la información contractual en el portal, evidenciándose el cargue de los procesos contractuales, sin embargo se recomendó que esta tarea se lleve a cabo en los tiempos establecidos por la norma y en el manual de contratación de la Entidad.

2.3 COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Los Planes de mejoramiento se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de los procesos, como resultado de la Autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

De acuerdo al Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Santander, en visitas efectuadas, con el fin de realizar el proceso de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial para la vigencias 2015.

Producto de esta Auditoría, se formularon acciones de mejora y metas orientadas a solucionar dificultades comunicadas durante el proceso auditor.

Es así como el Plan contiene acciones de mejora pertinentes para el cumplimiento de los objetivos de la Entidad, el cual fue evaluado trimestralmente por la Oficina de Control Interno y enviados los

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 10 de 12
		200-1-1

reportes a la contraloría, realizando el cargue del formato de Avance de Plan de Mejoramiento en la plataforma de Gestión Transparente, al culminar la vigencia 2017 se realizó la verificación del cumplimiento de los compromisos adquiridos en los 12 hallazgos, alcanzando a 30 de diciembre de la vigencia 2017 el cumplimiento del 100% de los acciones de mejora en 10 hallazgos y 2 hallazgos por encima del 80% de su cumplimiento, informe de avanece final que fue subido a la plataforma de SIA Contraloría en el mes de enero de 2018.

El Plan de mejoramiento suscrito con la SUPERSALUD, en visita efectuada, con el fin de realizar el proceso de Auditoría para las vigencias 2014 y primer semestre de 2015.

Producto de esta Auditoría, se formularon acciones de mejora y metas orientadas a solucionar dificultades comunicadas durante el proceso auditor. Es así como el Plan contiene acciones de mejora pertinentes para el cumplimiento de los objetivos de la Entidad, el cual fue evaluado trimestralmente por la Oficina de Control Interno, y enviados los reportes a la SUPERSALUD.

De igual forma se realizaron ajustes al Plan de Mejoramiento suscrito con el Archivo General de la Nación teniendo en cuenta los avances realizados y el cumplimiento de las metas. Siendo aceptado en el mes de octubre un nuevo plan por parte del archivo general con vigencia hasta el 30 de diciembre de 2019

3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACIÓN

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

La entidad cuenta con un Manual y Política de Comunicaciones actualizados en el mes de diciembre de la vigencia 2017, el cual fue publicado en la página web institucional. Se recomienda su revisión y actualización para la vigencia 2018.

La entidad cuenta con formato institucional de procedimientos frente a la recepción y tramites de quejas, reclamos, sugerencias, peticiones y felicitaciones, información y atención al usuario y reglamento.

En la institución se encuentran ubicados once (11) buzones con la papelería requerida, distribuidos en las diferentes áreas de atención al usuario, y un buzón en el nodo del municipio del Hato y otro en el nodo del municipio del Palmar.

De acuerdo a lo acordado en el Comité de Ética el procedimiento se da apertura de buzones con periodicidad de cada 8 días con la participación de un miembro de la asociación de usuarios.

La Oficina de Atención al Usuario en conjunto con el Coordinador de Sistemas Integrados de Calidad realizaron la actualización del Manual de procesos y procedimientos del SIAU, el cual aprobado en Comité de Calidad y socializado en el Comité de Ética.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 11 de 12
		200-1-1

La coordinadora del SIAU durante el período presento al Comité de Ética las peticiones, quejas y reclamos recibidos y el informe del trámite dado.

De igual forma presento en la audiencia pública de rendición de cuentas del mes de febrero de 2018 el informe correspondiente a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones que se recibieron durante la vigencia 2017.

En la entidad se realiza el proceso de socialización de los derechos y deberes de los usuarios permanentemente.

Comunicación Pública: Comunicación organizacional, comunicación informativa, medios de comunicación.

La comunicación interna también se ha fortalecido optimizando en los procesos el uso de los canales de comunicación correos electrónicos institucionales, carteleras, intranet, teléfono fijo, celular, entre otros.

La entidad creo la ventanilla única, se recomienda fortalecer y actualizar el proceso con los elementos y herramientas requeridas para el desarrollo de las labores que se llevan a cabo que permitan optimizar el servicio.

La entidad cuenta con Tablas de Retención Documental aprobadas por el Comité de Archivo de la entidad según Resolución No. 319 de 21 de octubre de 2013, donde se adoptan e implementan las Tablas de Retención Documental de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

El Archivo Departamental convalido las Tablas de Retención Documental de la entidad.

El líder del proceso de Gestión Documental ha venido realizando el proceso de socialización y manejo de Tablas de Retención Documental al interior de los procesos y capacitación sobre el proceso de gestión documental y en temas como la organización de los archivos de gestión en cada área de la entidad.

4. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La entidad cumple de forma estructurada con la aplicación del Modelo de Control Interno y su articulación con el Modelo Integral de Planeación y Gestión, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos.

La política de riesgos es reconocida y aplicada por los procesos, se cuenta con mapas de riesgos institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos, se ha realizado proceso de actualización para fortalecer los controles al interior de cada proceso, y se realizó retroalimentación y socialización con los líderes de los procesos.

La Alta Dirección está comprometida a desarrollar la nueva labor de liderazgo en Articulación e implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 12 de 12
		200-1-1

5. RECOMENDACIONES GENERALES

Se recomienda que los líderes de los procesos o responsables de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento, hagan seguimiento permanente al cumplimiento de las mismas.

Se recomienda fortalecer el monitoreo y seguimiento al mapa de riesgos por procesos e institucional, por cada líder de proceso, y realizar socialización al interior de cada área.

Se recomienda continuar con el proceso de inscripción y racionalización de trámites en el SUIT y la publicación de los mismos en la página web institucional.

Se recomienda fortalecer la operatividad del Equipo MECl y su articulación con el Modelo Integral de Planeación y Gestión

Se recomienda continuar con el proceso de auto diagnóstico del MIPG y a partir de los resultados realizar las adecuaciones y ajustes para su implementación con el liderazgo de la oficina de Planeación o quien haga sus veces.

Se recomienda continuar con la socialización del MIPG a todos los servidores públicos de la entidad, a fin de asegurar la responsabilidad de las tres líneas de defensa.

Se recomienda continuar con la socialización e implementación y apropiación del código de integridad del servidor público.

Se recomienda continuar con el fortalecimiento de la cultura de implementación de la Ley General de Archivos al interior de la entidad, continuar con las actividades de capacitación a los servidores públicos sobre el manejo de las Tablas de Retención Documental, y los estándares mínimos para el manejo de los archivos de Gestión al interior de cada área o proceso.

(ORIGINAL FIRMADO)
MARIBEL ARGUELLO CALA
Asesor Control Interno
Contratista