



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

***INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA
DE CONTROL INTERNO***

JULIO – OCTUBRE 2018

***(En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de ley
1474 de 2011)***

SAN JUAN DE PASTO

NOVIEMBRE DE 2018

1

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





CONTENIDO

1. Seguimiento Implementación Dimensiones MIPG

1. Dimensión: Talento Humano
2. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación
3. Dimensión: Gestión con Valores para Resultados
4. Dimensión: Evaluación de Resultados
5. Dimensión: Información y Comunicación
6. Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación
7. Dimensión: Control Interno

2. Sistema de Control Interno MECI

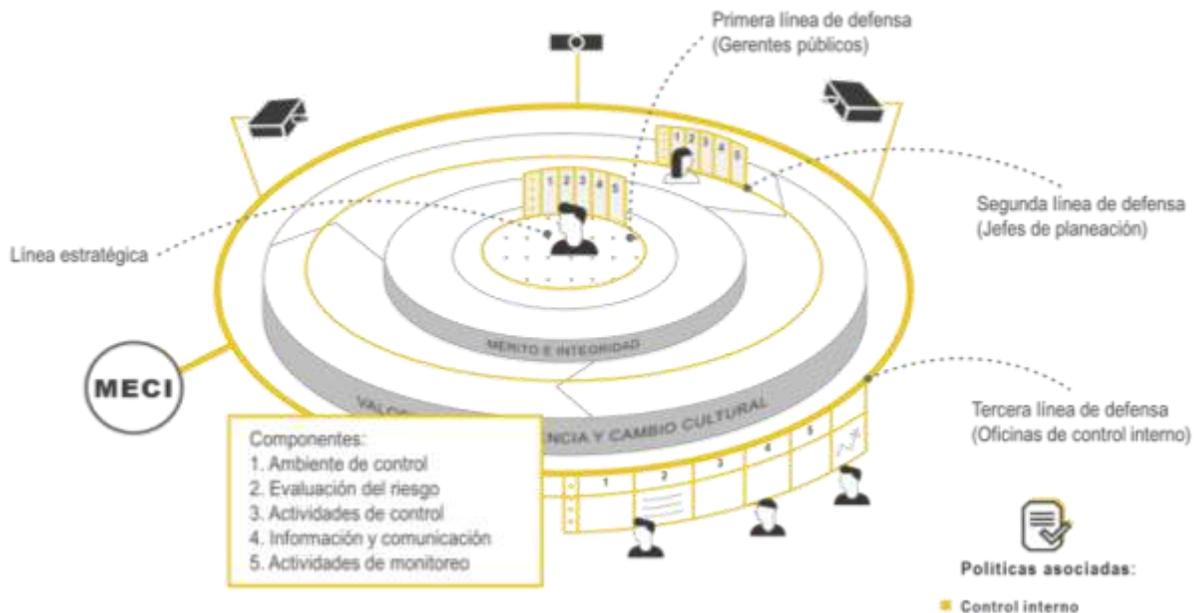
1. Componente: Ambiente de Control
2. Componente: Evaluación del Riesgo
3. Componente: Actividades de Control
4. Componente: Información y Comunicación
5. Componente: Actividades de Monitoreo



INTRODUCCION

El presente informe presenta la información relacionada con el estado del sistema de Control Interno de la Entidad correspondiente a los meses de Julio a Octubre del 2018, así mismo, comprende el seguimiento al proceso de transición para la actualización que adelanta la ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño, para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión; y se realiza el análisis de las 7 dimensiones frente a las brechas encontradas y el alcance del plan de implementación del MIPG.

DIMENSIÓN – CONTROL INTERNO



Fuente: Manual Operativo MIPG – versión publicada en Página web Función Pública.

Este informe pormenorizado se elabora con el fin de brindar recomendaciones para la mejora continua de la Entidad en el alcance y cumplimiento de su misión,



fortalecer la gestión de la entidad, mejorar el desempeño de los servidores públicos y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales; se continúa presentando bajo la estructura del Modelo MECI, enfocado en la dimensión de control interno dentro del MIPG, actualizado en un esquema de cinco componentes a saber:

1. Ambiente de Control
2. Evaluación del Riesgo
3. Actividades de Control
4. Información y Comunicación
5. Actividades de Monitoreo

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





1. Seguimiento Implementación Dimensiones MIPG

Como avance a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se cuenta con:

- ✓ Resolución 907 del 6 de abril de 2018. Por medio del cual se constituye el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del HUDN.

A la fecha de este informe el comité se ha reunido una vez el 18 de mayo, en esa reunión se socializo el informe FURAG 2017, se socializo el cronograma de implementación MIPG, y se fijaron fechas para la consolidación y entrega de los planes de acción.

- ✓ Resolución 1879 del 10 de julio de 2018, por medio de la cual se integra y establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Universitario Departamental de Nariño.
- ✓ Se encuentra en proceso de construcción el Estatuto de auditoria interna y Código de Ética del Auditor.
- ✓ A la fecha y según cronograma Diagnostico MIPG, cada responsable procedió a realizar los autodiagnósticos por cada dimensión los cuales serán base para los planes de acción.
- ✓ Se estructuró el siguiente Plan de implementación del MIPG:



CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION MIPG - HUDN 2018

ETAPA	NOMBRE	DESCRIPCION	RESPONSABLE	AÑO 2018													
				FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
1	COMPROMISO	Validacion de Plan de Accion Tecnico entre HUDN y DAFP	GERENCIA - DAFP	13													
		Elaboracion Planes de Accion Tecnicos PAT por cada politica MIPG para apoyo institucional	PLANEACION	20													
2	SENSIBILIZACION Y CAPACITACION	Capacitar en Política de Talento Humano, SUIT y Control Interno	DAFP		14	19	11										
		Sensibilizar y Capacitar al grupo de colaboradores del HUDN involucrados en generalidades de MIPG	DAFP			4											
		Curso de Fundamentacion en MIPG- 16 horas	ICONTEC					6									
3	FORMALIZACION	Crear Actos Administrativos de conformación de Comité de Gestión y Desempeño Institucional y conformacion de equipos MIPG	GERENCIA Y PLANEACION			6											
4	DESPLIEGUE	Realizar campaña de expectativa por correo, redes sociales y grupos de whatsapp	COMUNICACIONES					4 al 8									
5	DIAGNOSTICO	Aplicar listas de chequeo diagnóstico para conocer el estado del MIPG en el HUDN	LIDERES DE POLITICAS					21 al 31									
6	PRIORIZACION	Priorizar la implementacion de las politicas según resultado del diagnostico y FURAG 2017	LIDERES DE POLITICAS								13						
7	PLANEACION	Elaborar Planes de Accion para implementacion de cada politica	LIDERES DE POLITICAS								21 al 24						
8	VALIDACION	Validacion y aprobacion de planes de accion MIPG	COMITÉ DE GyD								29						
9	EJECUCION	Implementar las actividades definidas en los planes de accion	LIDERES DE POLITICAS									30					
10	SEGUIMIENTO Y EVALUACION	Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de metas de Plan de Accion y aplicar acciones de mejoramiento de acuerdo a resultados obtenidos	ASESOR DE PLANEACION											15	15	15	

Fuente: Oficina de Planeación HUDN.



En el anexo 1 se muestra nuevamente el análisis de aspectos generales frente a las dimensiones del MIPG en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

De acuerdo con el seguimiento realizado en este cuatrimestre a este programa de implementación, se tiene que se han establecido debidamente los autodiagnósticos, sin embargo, no se ha continuado con la implementación, y a la fecha no se han establecido formalmente los planes de acción que deberán aprobarse en el marco del comité Institucional de Gestión y Desempeño. Así mismo, se evidencia que el prenombrado comité no ha vuelto a reunirse y por lo tanto el cronograma de implementación se ha retrasado para esta entidad.

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



2. Sistema de Control Interno MECI

1. Componente: Ambiente de Control

Este componente se focaliza en el conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las entidades con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno, los cuales comprenden el compromiso de la Entidad con la integridad, así como la asignación de niveles de autoridad y responsabilidades en el desarrollo de la gestión y del talento humano.

En el Hospital Universitario Departamental de Nariño, se adelantó la estructuración del nuevo Código de Integridad para ello se integró un equipo de trabajo para definir los valores que harían parte de la entidad, se dejan los valores del código de integridad tales como honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia y se adiciona humanismo por el trabajo realizado, a la fecha la autoevaluación es del 45%. Posteriormente se presentará en comité Institucional de Gestión y Desempeño, para adoptar y socializar el Código de Integridad del HUDN, se ha planteado como plazo de ejecución hasta segundo semestre 2019, así las cosas, los valores que se adecuaron a la razón de ser del HUDN son los siguientes:





- ✓ HONESTIDAD: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- ✓ RESPETO: Reconozco, valor y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- ✓ COMPROMISO: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- ✓ DILIGENCIA: Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- ✓ JUSTICIA: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
- ✓ HUMANISMO: Reconozco la trascendencia del ser humano para buscar su bienestar.

Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación

Sobre el liderazgo y lineamientos de la Alta Dirección, en principio están dados en la planeación estratégica para la vigencia 2018, bajo la Dimensión del Planeación Estratégica, en este año se consolidó el Plan de Desarrollo Institucional 2018 a 2020 “**Juntos por la Excelencia**”, ubicado en el siguiente enlace:

<http://www.hosdenar.gov.co/index.php/transparencia/plan-de-desarrollo/>

9

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



De este plan de desarrollo vale la pena destacar la plataforma estratégica, que regirá los destinos de la entidad los siguientes años:

<p>Misión</p> <p>Brindar atención segura, de mediana y alta complejidad en salud, con calidad y humanización, promoviendo la investigación, la responsabilidad social y el cuidado del medio ambiente en beneficio de los usuarios y sus familias.</p> 	<p>Visión 2020</p> <p>Estar constituidos como un hospital de mediana y alta complejidad, universitario, investigativo, acreditado en salud, autosostenible y ambientalmente responsable, que brinde atención segura y humanizada a los usuarios y sus familias.</p> 
---	---

<p>Mega Visión</p> <p>En el año 2030 seremos una institución de alta complejidad, acreditada con excelencia, autosostenible, ambientalmente responsable, líder en investigación y gestión clínica a nivel nacional e internacional.</p>	
--	--

- Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia en el Gasto Publico

Al respecto la entidad con corte a septiembre presenta la siguiente información de la ejecución presupuestal tanto de ingresos como de gastos:

DETALLE	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDADO / EJECUTADO	%
INGRESOS	135.153.169.284	77.665.149.629	57.46
GASTOS	135.153.169.284	110.865.514.641	82.03

Fuente: Informe Seguimiento Ejecución Presupuestal OCI

En cuanto a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones se tiene la siguiente información:

MESES	INCLUIDO	NO INCLUIDO	% CUMPLIM. - INDICADOR
ENERO	2,448,545,345	-	100%
FEBRERO	300,083,229	7,535,650	97%
MARZO	226,362,072	16,999,524	92%
ABRIL	565,938,980	11,590,580	98%
MAYO	10,178,000	43,889,386	23%
JUNIO		21,335,570	100%
JULIO	16,535,050	3,973,000	76%
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
TOTAL	3,567,642,676	105,323,710	
Promedio	97%	3%	
TOTAL	3,672,966,385		

Se puede observar que de las compras incluidas en el plan se ha ejecutado con corte a julio del presente el 97%.



Dimensión de Gestión Estratégica del Talento Humano

La Gestión del Talento Humano se enfoca de forma estratégica hacia el logro de los objetivos de la Entidad, esta dimensión se enmarca en el desarrollo del proceso de Gestión del Talento Humano, el cual reporta para la vigencia 2018 la formulación de su Plan Institucional de Capacitación, programa de bienestar social, programa de seguridad y salud en el trabajo, evaluación de desempeño, medición de clima organizacional y cultura organizacional, entre otros, cuya construcción y desarrollo se hace a partir de un diagnóstico de necesidades e intereses de los servidores del HUDN.

- Plan Institucional de Capacitación

El Plan Institucional de Capacitaciones comprende el programa de capacitación externo con un rubro específico anual, y el Programa de capacitación Institucional que se realiza bajo la estrategia del Programa de Aprendizaje Institucional de los martes y sábados; con corte a octubre de 2018, presupuestalmente se tiene los siguientes avances:

Capacitaciones dictadas:	41	
Capacitaciones programadas:	54	
Porcentaje de Cumplimiento:		79%
Presupuesto ejecutado:	\$ 70.237.712	
Presupuesto asignado:	\$105.000.000	
Porcentaje de cumplimiento:		67%



En cuanto a los temas de capacitación que se han abordado la Oficina de Talento Humano reporta la siguiente información:

EJE DE ACREDITACION	CAPACITACIONES DICTADAS	TEMAS TRATADOS	ASISTENTES PROMEDIO POR EVENTO
ATENCION AL USUARIO	2	Deberes y Derechos proceso de peticiones, quejas y reclamos	113
GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	10	Socialización Guía de uso seguro de Medicamentos, Mision Medica, Seguridad Basada en el Comportamiento, Hemovigilancia, lavado de manos, seguridad paciente	159
GESTIÓN DEL RIESGO	10	Rutas y Reporte de Riesgo, Política y Matriz de Riesgo Anticorrupción, Manejo Seguro Sustancias Químicas	250
HUMANIZACION DE ATENCION EN SALUD	5	Humanización de atención en salud, Humanizando y Cuidando Nuestro Hospital. Competencias Comportamentales, Política de Humanizacion y codigo de integridad	194
PROCESO DE TRANSPORFACION CULTURAL PERMANENTE	9	Relaciones Interpersonales- Comunicación Acertiva, Programa Prepensionados, Constitución Política de Colombia, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Régimen de Empresas Sociales del Estado, Plan Decenal de Salud y Territorial, Ofimatica, Gestion Documental, Razonamiento Logico	300
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	3	Manejo del desfibrilador en pisos, Introducción de la tecnología, Elaboración de proyectos bajo la metodología MGA, Uso adecuado de Neuroimágenes, Asesoría en Matriz de Riesgo-RIESGOS CLINICOS	250
RESPONSABILIDAD SOCIAL	2	Programas Sociales con enfoque al Binomio Madre-Hijo, Un buen egreso de paciente es responsabilidad social, Segregación de Residuos Hospitalarios	198
TOTAL	41		

TEMA	FECHA	N° ASISTENTES
HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD	23 DE MAYO DE 2018	53
HUMANIZANDO Y CUIDANDO NUESTRO HOSPITAL	11 DE SEPTIEMBRE DE 2018	300
COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES	14 DE SEPTIEMBRE DE 2018	103
POLITICA DE HUMANIZACION Y CODIGO DE INTEGRIDAD	19 DE SEPTIEMBRE DE 2018	38
MODELO DE ATENCION HUDN (SIG-SUA), COMISION DE HUMANIZACION REINDUCCION	02, 03, 04 Y 05 DE OCTUBRE DE 2018	1418

Fuente: Informe de Gestión Oficina de Talento Humano

- Programa de Bienestar Social

La oficina de Talento Humano lidera el Programa de Bienestar Social el cual fue aprobado en sesión del 13 de marzo de 2018, y con corte a octubre presenta el siguiente balance:

PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL EJECUTADO A OCTUBRE 2018				
ACTIVIDAD	FECHA	VALOR	ASISTENTES	TERCEROS PARTICIPANTES
DIA DE LA MUJER	08 DE MARZO DE 2018	\$9.620.000	1000	40
REUNION DIA DEL TRABAJO	11 DE MAYO DE 2018	\$27.112.000	800	30
GIMNASIO- CONTRATACION CON BODYTECH Y COMFAMILIAR	MAYO	\$37.000.000	150	
PARTICIPACION DEPORTIVA- PARTICIPACION EN CAMPEONATO COMFAMILIAR,	MAYO	\$1.200.000	11	
COMPRA DE UNIFORMES EQUIPO BALONCESTO	JUNIO	\$2.700.000	54	
BENEFICIO SALUD, EDUCACION, MANTENIMIENTO VIVIENDA, RECREACION	AGOSTO DE 2018	499.790.043	500	
CAPACITACION PREPENSIONADOS	AGOSTO DE 2018	\$1.200.000	60	
NATACION - CONTRATO CON XILON CLUB	SEPTIEMBRE DE 2018	\$5.382.000	92	
VIAJES GRUPALES	SEPTIEMBRE DE 2018	\$44.800.000	448	
ENTREGA DE DULCES DIA DE LOS NIÑOS	30 DE OCTUBRE DE 2018	\$16.800.000	1200	60
TOTAL		\$645.604.043		
PRESUPUESTO EJECUTADO	645.604.043	52%		
	1.250.000.000			

Fuente: Informe de Gestión Oficina de Talento Humano

- Clima y Cultura Organizacional

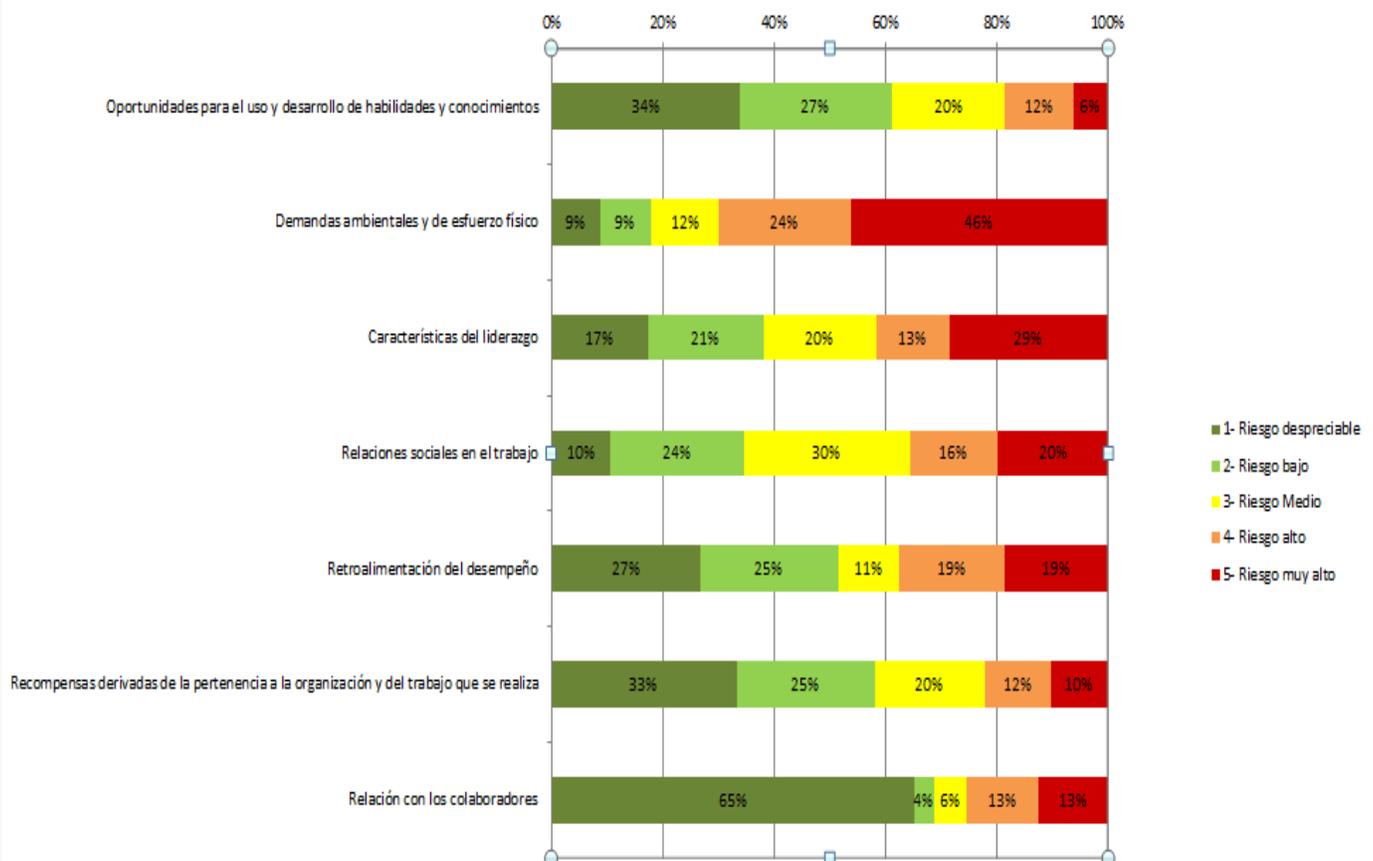
El objetivo de esta actividad es identificar los principales factores que influyen en el clima y la cultura organizacional del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. Se realizó la aplicación de un test al 73% (642) de los trabajadores de planta temporal y planta permanente del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

14

Para esta identificación de clima y cultura organizacional se priorizaron siete dimensiones:

- ✓ Retroalimentación del desempeño
- ✓ Características de liderazgo
- ✓ Relaciones sociales en el trabajo
- ✓ Relación con los colaboradores
- ✓ Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos
- ✓ Demandas ambientales y de esfuerzo físico
- ✓ Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza

Y se obtuvieron los siguientes resultados:



15

Juntos por la Excelencia



- Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP)

De acuerdo a lo establecido en el decreto unico que regula la Funcion Publica 1083 de 2015, las entidades publicas estan obligadas a registrar la informacion de sus servidores en el SIGEP; el cual tiene por objetivo registrar y almacenar información en temas de organización institucional y personal al servicio del Estado; facilitar los procesos, seguimiento y evaluación de la organización institucional y de los recursos humanos al interior de cada entidad, consolidando la información que sirva de soporte para la formulación de políticas y la toma de decisiones por parte del Gobierno Nacional; igualmente, permitir el ejercicio del control social, suministrando a los ciudadanos la información en la normatividad que rige a los órganos y a las entidades del Sector Público, en cuanto a su creación, estructura, plantas de personal, entre otros.

De acuerdo con lo anterior en la presente vigencia se adelanto la inclusion del personal vinculado bajo cualquier modalidad de contratacion en el mencionado sistema presentando a la fecha el siguiente estado:

SIGEP (Sistema de Información y Gestión del Empleo Público) DECRETO 1083 DE 2015. TÍTULO 17. Obligación de registrar y almacenar información en temas de organización institucional y personal al servicio del Estado			
	TOTAL CARGOS	HOJA VIDA VALIDADA SIGEP	%
CARGOS OCUPADOS EN PLANTA PERMANENTE Y TEMPORAL	919	774	84%
PERSONAL DE OPS	286	286	100%
	1205	1060	88%

Fuente: Informe de Gestión Oficina de Talento Humano

- Evaluación del Desempeño

La evaluación del desempeño que se realiza anualmente, presenta los siguientes resultados:



Total Personal Evaluado	139 (100%)
Colaboradores con Resultados "Sobresaliente"	77
Colaboradores con Resultados "Destacado"	43
Colaboradores con Resultados "Satisfactorio"	18
Colaboradores con Resultados "No Satisfactorio"	0
Renuncia	1

Fuente: Informe de Gestión Oficina de Talento Humano

De los resultados obtenidos se puede concluir que el 86% de los funcionarios evaluados obtuvieron una calificación sobresaliente o destacada, y el 13% satisfactoria.

- Inducción y reinducción

Se realizó jornadas de reinducción del 3 al 5 de octubre de 2018, abarcando los temas de: Dirección Estratégico, Sistema de Gestión del Riesgo, Modelo de Atención HUDN (SIG-SUA), Comisión de Humanización, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión de Talento Humano, clima y cultura organizacional, medición de fatiga, Emergencias y Desastres, Tecnovigilancia y Farmacovigilancia, Infecciones, Aislamientos e Higiene de Manos, Hemovigilancia y Reactivovigilancia, Programa de Atención Nutricional NUVE. Al respecto se presentan los siguientes resultados:

TIPO VINCULACION	ASITENCIA	TOTAL CARGOS OCUPADOS	PORCENTAJE ASISTENCIA
PERSONAL DE PLANTA PERMANENTE	190	350	45%
PERSONAL DE PLANTA PERMANENTE	401	565	71%
CONTRATISTAS POR PRESTACION DE SERVICIOS	115	230	50%
TERCEROS	97	160	60%
	803	1305	62%
ESTUDIANTES	615		

EVALUACIONES OBTENIDAS POSTEST
Funcionarios de Planta Permanente- 4.3.
Funcionarios Planta Temporal- 4.4.
Contratistas - 4.4

Fuente: Informe de Gestión Oficina de Talento Humano

- Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo
 - ✓ Se realiza la semana de seguridad y salud en el trabajo.
 - ✓ Capacitaciones en Riesgo Biológico
 - ✓ Intervenciones y capacitación en Riesgo Biomecánico.
 - ✓ Intervenciones y Capacitación en Riesgo Psicolaboral
 - ✓ Capacitación en emergencias, simulacro por sismo
 - ✓ Realizar exámenes ocupacionales periódicos, ingreso y retiro
 - ✓ Realizar toma de muestras para exámenes por exposición a radiaciones ionizantes
 - ✓ Realizar toma de muestras para exámenes por cumplimiento de norma equipo servicio farmacéutico.
 - ✓ Inspecciones asistenciales relacionadas al uso de elementos de protección individual

2. Componente: Evaluación del Riesgo

Desde la expedición del decreto 1499 de 2017, el HUDN como entidad pública ha iniciado con la revisión de sus procesos de planeación, gestión, evaluación, seguimiento, entre otros, a la luz del Marco General y del Manual Operativo del modelo MIPG. El modelo contempla el componente de Evaluación de Riesgos que se realizará a partir de las líneas de defensa que se establecen y se realizarán los seguimientos y verificaciones en el marco del comité Institucional de Control Interno y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del HUDN.

La oficina de Control Interno de Gestión de acuerdo con la política de Administración de Riesgos viene realizando seguimiento a los riesgos institucionales de manera semestral, para el primer semestre de 2018 se presentaron los siguientes resultados:

PROCESO	TOTAL RIESGOS POR PROCESO 2018
SOPORTE TERAPEUTICO	2
URGENCIAS	2
ATENCION AMBULATORIA - CONSULTA EXTERNA	1
QUIROFANO Y SALA DE PARTOS	1
APOYO DIAGNOSTICO	5
HOSPITALIZACION	3
SERVICIO FARMACEUTICO	6
GESTION DE LA INFORMACION	3
GESTION FINANCIERA	8
GESTION DE DOCENCIA E INVESTIGACION	2
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	3
GESTION DEL TALENTO HUMANO	5
ATENCION AL USUARIO	3
GESTION JURIDICA	6
GESTION ESTRATEGICA	2
GESTION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	2

GESTION DE CONTROL INTERNO Y DEL RIESGO	2
GESTION AMBIENTAL	4
TRANSVERSALES	13
TOTAL	73

En este seguimiento los líderes de los procesos de Sistema integrado de Gestión SIG, Talento Humano y Soporte terapéutico quitaron de la matriz de riesgo uno en cada proceso, por cuanto se encontraban en calificación bajo y hay suficiencia de controles; así mismo, en el proceso de talento humano se incluyó un riesgo nuevo y hubieron riesgos que cambiaron su calificación, así en apoyo diagnóstico pasaron 2 riesgos de medio a bajo y en el proceso de gestión del sistema integrado de gestión uno paso de alto a medio, al igual que en gestión financiera paso uno de alto a medio.

RIESGOS MEDIOS	RIESGOS BAJOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS MUY ALTOS
38	20	13	2



Como se puede observar en los gráficos anteriores en el HUDN, los riesgos más representativos de acuerdo a su número son los riesgos medios con un 52%, seguido de los riesgos bajos con un 27%, los riesgos altos con un 18% y finalmente los riesgos muy altos con un 3%.

Sin embargo, se establece especial atención a los 2 riesgos "muy altos" y 12 riesgos "Altos".

ANALISIS DE RIESGOS CRITICOS

RIESGOS CRITICOS SEGUIMIENTO 2018						
No.	Proceso	Riesgo	Calificación	Indicador	Meta	Seguimiento
1	Gestión Financiera	Deterioro del recaudo de cartera del HUDN. (Riesgo de Credito)	96 MUY ALTO	Recaudo Total	100% de la meta establecida anualmente	Primer semestre 2018: promedio recaudo de 85%
2	Gestión de Docencia e Investigación	Incumplimiento de requisitos para ser Hospital Universitario.	96 MUY ALTO	1. No. de grupos de investigación del Hospital 2. No. de Lineas de Investigación del Hospital	1 grupo formado. 3 lineas de investigación.	A partir del mes de Mayo de 2018 se está realizando el Diplomado de Investigación con la Universidad Cooperativa de Colombia. Hasta diciembre 5 de 2018 se tiene estructurado el plan hasta entrega de la propuesta para ejecutarla en primer semestre de 2019. Hasta el momento existen 6 propuestas de investigación. Del mismo modo se realizó un curso con el SENA sobre Herramientas metodológicas en investigación.
3	Urgencias	Inoportunidad en la atención en Urgencias.	72 ALTO	Consulta de triage: 20 minutos. Triage 1: Inmediato Triage 2: 30 Minutos Triage 3: 60 Minutos Triage Pertinente: 100%	1. Consulta de triage: 20 minutos. Triage 1: Inmediato Triage 2: 30 Minutos Triage 3: 35	INDICADOR PRIMER SEMESTRE 2018: 1. Consulta de triage: 19.5 minutos. Triage 1: Inmediato Triage 2: 22.5 minutos Triage 3: 25.3 Minutos

RIESGOS CRITICOS SEGUIMIENTO 2018

No.	Proceso	Riesgo	Calificación	Indicador	Meta	Seguimiento
4	Quirofano y Sala de Partos	Suspension de procedimientos quirurgicos hospitalarios y ambulatorios	54 ALTO	1. Oportunidad en la realizacion de cirugía. 2. Porcentaje de Cancelación de cirugía programada por causa institucional y no institucional 3. Lista de espera paciente programado.	1. 20 dias 2. 4% 3. 14 pacientes maximo	Se realiza seguimiento y medición de indicadores correspondientes encontrando: 1. Oportunidad en la realizacion de cirugía: 7.88 para el primer semestre y 7.20 para el segundo. 2. Porcentaje de Cancelación de cirugía programada por causa institucional y no institucional: se presenta el 3% en los dos semestres. 3. Lista de espera paciente programado: en el primer semestre se presentaron 8 pacientes y en el segundo 7, corresponden a usuarios vinculados a aseguradoras con las cuales se presentaron dificultades por procesos de contratación.
5	Hospitalización	Falta de disponibilidad de cama para el usuario que solicita ingreso.	72 ALTO	Oportunidad en la asignación de cama	30 Horas	Resultado promedio semestre: 26,16 segundo semestre:26 Total Año 2017: 26 pendiente confirmar ajustes para 2018
6	Hospitalización	Inoportunidad en dar respuesta a interconsultas	72 ALTO	Oportunidad en la respuesta a interconsulta: Hora de valoración medica - hora de solicitud de interconsulta	120 minutos	primer trimestre 110,64 promedio semestre; 101,74 SEGUNDO SEMESTRE: 99,5 PROMEDIO AÑO 101 pendiente confirmar ajustes para 2018
7	Gestión de la Información	Falla tecnológica y de redes	72 ALTO	1. Seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento 2. Porcentaje de Disponibilidad de red de datos.	90% 95%	1. Se cuenta con cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo, rack, armarios, servidores, UPS. 2. Para cada aplicación nueva que se desarrolla desde la oficina de sistemas se hace despliegue de capacitaciones en el uso, al igual que al personal
8	Gestión de la Información	Perdida total o parcial de Historias clínicas y documentacion	72 ALTO	1. Implementacion e implantacion del Software.OK 2. Entrega de indicadores para prestamo y devolucion de HC y Documentación.	1. Un software implementado. 2. % documentos prestados 3. porcentaje de documentos devueltos	Se desarrolló e implemento un aplicativo que permite al usuario interno realizar la solicitud de historias clínicas y documentos a través de sistema y al personal responsable gestionar dichas solicitudes y realizar el préstamo de las mismas. El aplicativo reporta en el primer
9	Gestión de la Información	Inapropiado almacenamiento y custodia de historias clínicas y documentacion	72 ALTO	Porcentaje de depuracion archivo clinico y archivo central	Para depurar existen 6000 cajas (100%) Meta año 2017 3000 cajas 50%	Se desarrolló e implemento un aplicativo que permite registrar las historias clínicas que ya han cumplido su tiempo de retención según la normatividad vigente y las cuales entran en proceso de depuración; en el software se registra el número de identificación, nombre, numero de

RIESGOS CRITICOS SEGUIMIENTO 2018							
No.	Proceso	Riesgo	Calificación		Indicador	Meta	Seguimiento
10	Gestión Ambiental	Inadecuado uso y disposición de los recursos naturales	54	ALTO	REDUCCION EN CONSUMO DE ENERGIA REDUCCION EN CONSUMO DE AGUA	3%	Gradualmente se ha cambiado el tipo de luminarias utilizadas en la institución así mismo con los aparatos sanitarios existentes dentro de la institución. Pendiente dato indicador
11	TRANSVERSAL TODOS LOS PROCESOS	Inseguridad de la información almacenada.	64	ALTO	POA 2017: Cumplimiento del Cronograma de copias de seguridad (Orlando Arroyo)	90%	2016: 88,2% 2017: 93,7% 2018: 93.5
12	TRANSVERSAL PROCESOS MISIONALES	Falta de apego o adherencia a guías y protocolos clínicos GPS (Guías de Práctica Clínica).	54	ALTO	% de apego a guías y protocolos (Ley 743)	100%	Auditoría Médica viene realizando auditoría retrospectiva de apego guías de atención médica a historias clínicas de los diferentes servicios de hospitalización urgencias y consulta externa, con una confiabilidad del 95% y margen de error del 5%, las cuales se realizaron semestralmente. En el año 2018 se evidencia una tendencia positiva con respecto al año 2017, mejorando el promedio de 91,8 al 94%.
13	TRANSVERSAL PROCESOS MISIONALES	Registro inadecuado e insuficiente de procedimientos en historia clínica	54	ALTO	Porcentaje de cumplimiento en registro de historia clínica.	90%	En el 2018 En todos los servicios se evidencio una tendencia positiva con respecto al año 2017, excepto en el servicio de pensión 5 piso donde paso de 95 a 90% y en ortopedia que bajo del 94 al 91%. En promedio se supero la meta establecida alcanzando el 96%, todos los servicios superaron la meta. Los principales hallazgos se relacionan con registro de interpretación de paraclínicos.
14	TRANSVERSAL PROCESOS MISIONALES	Fallas en la seguridad del paciente	64	ALTO	Porcentaje de Eventos adversos	<= 2%	Se adjunta información sobre eventos adversos en el primer semestre de 2018, reportan un total de 366 eventos adversos.. de acuerdo con las siguientes causas: 1. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD : 134 2. EN PROCEDIMIENTOS CLINICOS

Fuente: Informe de Seguimiento a Riesgos – Oficina de Control Interno de Gestión.



3. Componente: Actividades de Control

Conforme lo establece el MIPG, el HUDN cuenta con políticas de operación definidas e implementadas, las cuales contienen el manejo de los riesgos que eventualmente puedan afectar el logro de objetivos y el cumplimiento de la misión institucional, y en este sentido se tiene formulada específicamente una política de administración del riesgo formulada y actualizada en el año 2017, sin embargo, y a la luz de las nuevas directrices de MIPG, y teniendo en cuenta las líneas de defensa se deberá actualizar dicha política bajo la responsabilidad de la Oficina de Planeación.

- Política Planeación Institucional

Igualmente, en desarrollo de los procesos y en general en la gestión cotidiana de la entidad, se atienden procedimientos y metodologías, que, junto con los lineamientos dispuestos desde la Oficina de Planeación de la Entidad, cuentan con controles definidos para la mitigación de los riesgos identificados. Los procesos y procedimientos en el HUDN cuentan con sus caracterizaciones y manuales documentales que se pueden encontrar en el siguiente enlace:

<http://hunired.hosdenar.gov.co/hunired2/>

El seguimiento a los controles definidos para cada proceso en la entidad se ha venido registrando en los Planes Operativos Anuales mediante el cual se reportan trimestralmente el seguimiento a los indicadores de cada proceso. A la fecha la oficina de Planeación no ha reportado el consolidado de resultados del POA, su compromiso para este seguimiento es presentar un avance de resultados para el 30 de noviembre.

- Política de Defensa Jurídica

Con ocasión de la Auditoria y seguimiento que la Oficina de Control Interno de Gestión realizó al comité de Conciliación, la Oficina Jurídica presentó Plan de

24

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





Acción, a fin de acatar las recomendaciones dadas con respecto a la actualización la Política de prevención del Daño Antijurídico y defensa judicial y el reglamento del comité conforme con lineamientos vigentes.

- Política de Gobierno Digital

En el Hospital Universitario Departamental de Nariño se desarrolló en el presente año el Plan Estratégico de Tecnologías de la información (PETI), proyectado a 3 años 2018- 2020, bajo los lineamientos de arquitectura empresarial de TI, estrategia de gobierno digital del Ministerio de Tecnologías de la Información y las comunicaciones y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión,

Este plan establece una guía para el desarrollo y la correcta administración de los recursos tecnológicos, infraestructura de datos, sistemas de información, servicios tecnológicos y comunicaciones del HUDN; el mismo se encuentra articulado al direccionamiento estratégico de la entidad establecido en el Plan de Desarrollo “Juntos por la excelencia” y sus objetivos estratégicos.

El PETI fue socializado en el mes de julio, sin embargo, y de acuerdo con el plan de despliegue del mismo, la Oficina de Control Interno estará realizando seguimiento a su ejecución y desarrollo.



Juntos por la Excelencia



El documento del PETI contempla un período de ejecución de los proyectos y actividades a tres años, estos además se encuentran dentro del mapa de ruta para ejecutarse en el corto mediano y largo plazo, dentro de las actividades más inmediatas y con el ánimo de activar la implementación del PETI se tiene con corte a octubre la ejecución de las siguientes actividades:

ACTIVIDADES A CORTO PLAZO PLANEADAS EN EL PETI	% EJECUCION	OBSERVACIONES
Adquisición de Access Point	80%	Se presenta estudio de mercado, ECO pero no se asignan recursos para la adquisición, se gestionará el año 2019
Adquisición de Tablet	19%	Se adquirieron 8 equipos tipo Tablet de los 42 requeridos
Construir el PETI	100%	El PETI se construyó y se socializó el 13 de julio de 2018, se encuentra publicado en la WEB y la intranet
Seguimiento al PETI	100%	Se han realizado las tareas de seguimiento y consolidación de las actividades y proyectos contemplados en el documento PETI
Actualizar los procesos del área de TI de acuerdo a lo sugerido por el modelo IT4+	70%	Se ha realizado el estudio de cada proceso con los integrantes del área de TI y se ha consolidado, al igual que los indicadores asociados, en el momento se está caracterizando el proceso y subprocesos en el formato establecido en la entidad
Crear el comité TIC adscrito al comité de archivo	100%	El comité TIC se conforma adscrito al comité de archivo, se sanciona mediante resolución 2118 del 31/07/2018
Validar y adoptar la estructura del área de TI propuesta en el PETI	100%	La estructura propuesta se aprobó para ser incluida en el documento PETI y con base en esa se está trabajando en la caracterización del proceso y subprocesos

ACTIVIDADES A CORTO PLAZO PLANEADAS EN EL PETI	% EJECUCION	OBSERVACIONES
Aprobación de la Política de Seguridad de la Información	100%	La declaración de la política de seguridad de la información se encuentra sancionada y adoptada mediante resolución 2119 del 31/07/2018, debidamente publicada en la WEB y la intranet
Implementar mejoras en el aplicativo de Mesa de Ayuda	50%	Las mejoras son tendientes a unificar el módulo de hojas de vida de equipos con el de mesa de ayuda para que la hoja de vida sea alimentada con los soportes que se brindan, pendiente unificar módulos
Desarrollo de aplicaciones para apoyar los procesos	100%	Las aplicaciones que se han proyectado para ejecutarse se han cumplido, esto es PRYGEA, Digiturnos, Partograma, Seguimiento a órdenes, homologador CUPS-SOAT, Depuración de documentos, Préstamo de documentos, Inventario Documental Aplicativos HUDN
Adquirir canal de internet de respaldo	80%	Se presenta estudio de mercado, ECO pero no se asignan recursos para la adquisición, se gestionará el año 2019
Contratar el soporte técnico del sistema DGH	100%	Soporte técnico contratado con SYAC
Adquirir insumos y componentes hardware para mantenimientos correctivos	50%	Se presenta estudio de mercado, ECO pero se asignan recursos para la adquisición de la mitad de los solicitado, continuar gestión el año 2019
Mantenimiento preventivo y correctivo de software y hardware, UPS, centros de cableado y otros	100%	A la fecha el cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de cómputo se ha cumplido sin novedades
Capacitación, entrenamiento y sensibilización para la incorporación de componentes TIC	100%	Dentro de la oficina de TI por cada aplicativo que se libera a producción y se realiza la respectiva capacitación en el uso
Mejorar la usabilidad de los sistemas de información institucionales, disminuyendo la resistencia de uso y agilizando la prestación del servicio	100%	Se brinda soporte técnico continuo a través de la mesa de ayuda a cada una de las aplicaciones liberadas y las adquiridas, haciendo énfasis en el correcto manejo

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

La Oficina de Control Interno realiza el seguimiento a la ejecución del Plan Anticorrupción vigencia 2018, con corte a 31 de agosto 2018 son objeto de revisión 62 actividades, a continuación se detalla la cantidad de actividades por componente programadas:

Actividades objeto de seguimiento con corte a 31 de agosto de 2018

COMPONENTE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Gestión del Riesgo Anticorrupción	7	1	14%	De acuerdo a lo establecido en el plan anticorrupción para el periodo evaluado se encontró: 3 actividades en ejecución y 2 sin ejecución.
Racionalización de trámites	7	0	0%	De acuerdo a lo establecido en el plan anticorrupción para el periodo evaluado se encontró: 4 actividades en ejecución y 3 sin ejecución.
Rendición de cuentas	14	7	50%	De acuerdo a lo establecido en el plan anticorrupción para el periodo evaluado se encontró: 4 en ejecución y 3 actividades sin ejecución.
Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano	16	3	19%	De acuerdo a lo establecido en el plan anticorrupción para el periodo evaluado se encontró: 9 actividades en ejecución y 4 actividades sin ejecución.
Mecanismos para mejorar la transparencia y el acceso a la información	18	0	0%	De acuerdo a lo establecido en el plan anticorrupción para el periodo evaluado se encontró: 15 actividades en ejecución, y 4 actividades sin ejecución.
Total Plan	62	11	18%	

Fuente: Informe de Seguimiento Plan Anticorrupción OCI 2018.



4. Componente: Información y Comunicación

El HUDN cuenta con distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web uno de los más importantes.

La disposición de los medios de comunicación para sus comunicaciones y espacios de información, va desde la intranet y página web institucional, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional, hasta los encuentros de cada viernes que se han denominado “Viernes de Calidad”, donde se dan a conocer aspectos relevantes en cuanto a los sistemas de gestión de la entidad, también se cuenta con boletines, mensajes a través del correo interno, comités, y disposiciones como reuniones internas de las áreas.

Igualmente la entidad cuenta con redes sociales, administradas por la Oficina de Planeación, entre otras: Twitter, Facebook, y YouTube. A través de estos medios permanentemente se publica información, sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes dependencias para el cumplimiento de la misión Institucional.

Se realizan las encuestas de satisfacción al usuario, de las cuales se realiza retroalimentación a las coordinaciones de los GIT, El porcentaje de satisfacción global del semestre enero - junio es del 94%, de acuerdo al anterior resultado nos damos cuenta que del 100% de usuarios que asisten a nuestra organización, 94% están satisfechos con la atención recibida.

La Oficina de Control Interno de Gestión, realizó la revisión al proceso de peticiones, quejas, reclamos correspondiente al primer semestre de la vigencia 2018, que lidera la oficina de Atención al Usuario del HUDN, quien clasifica los documentos radicados de acuerdo a su temática y mensualmente envía un consolidado de las estadísticas de recepción de PQRS a la Oficina de Control Interno de Gestión.

Una vez realiza la revisión y gestión del proceso durante el primer semestre de 2018, por parte de la oficina de Control Interno, se observa un acumulado de 362 documentos radicados, así:



TOTAL DOCUMENTOS RADICADOS EN EL SEMESTRE		
DOCUMENTOS RECIBIDOS	CANTIDAD	%
FELICITACIONES	199	55
QUEJAS	103	28
SUGERENCIAS	60	17
TOTAL	362	100



Fuente: Informe PQRSF OCI con Información en Físico reportada por Atención al Usuario

Encontrándose que el mayor porcentaje se refleja en las felicitaciones con un 55%, seguidamente las quejas en un 28% y las sugerencias en un 17%; sin embargo, y a la luz de las diferencias que se presentan en los informes de atención al usuario y la OCI en lo que respecta al número de sugerencias y felicitaciones se recomienda unificar información.



5. Componente: Actividades de Monitoreo

El Modelo MIPG sugiere las autoevaluaciones y/o evaluaciones independientes continuas, para la verificación de los componentes del Sistema de Control Interno y su adecuada operación, lo mismo que para valorar la efectividad del control interno de la Entidad, el avance en logro de metas y nivel de ejecución de los planes, proyectos y programas, entre otros.

Estas acciones se pueden dar en el día a día del proceder institucional, y a través de autoevaluación y auditorias independientes por parte de la Oficina de Control Interno.

Para el periodo evaluación y con corte a octubre del presente y conforme con el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno se realizaron las siguientes actividades:

AUDITORIAS

1. Seguimiento y Auditoria al Comité de Conciliación del HUDN, informe presentado a Gerencia el 1 de octubre de 2018.
2. Seguimiento/Auditoria Procesos Disciplinarios, informe presentado el 14 de noviembre.

INFORMES DE GESTION Y DE LEY

3. Informe Pormenorizado del Estado del Sistema De Control Interno periodo Julio – Octubre 2018 (actual). El informe respectivo se encuentra en el siguiente link.
http://www.hosdenar.gov.co/dependencias/control_interno/index.php/evaluacion-cuatrimstral-pormenorizada-del-sistema-de-control-interno/

31

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





4. Seguimiento y Evaluación Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano periodo mayo - agosto de 2018. El informe respectivo se encuentra en el siguiente link.
http://www.hosdenar.gov.co/dependencias/control_interno/wp-content/uploads/2018/09/Informe_Seguimiento_Plan_Anticorrupcion_Atencion_Ciudadano_30_AGOSTO_2018.pdf
5. Seguimiento y Evaluación Austeridad del Gasto (periodo julio – septiembre 2018). El informe respectivo se encuentra en el siguiente link.
http://www.hosdenar.gov.co/dependencias/control_interno/index.php/informe-de-austeridad-y-eficiencia-del-gasto-publico/
6. Seguimiento a PQRSF. El informe respectivo se encuentra en el siguiente link:
http://www.hosdenar.gov.co/dependencias/control_interno/wp-content/uploads/2018/10/INFORME-PQRS-PRIMER-SEMESTRE-DE-2018.pdf

SEGUIMIENTOS

7. Seguimiento trimestral - vigilancia y control a los planes de mejora de las auditorías externas de la Contraloría
8. Seguimiento trimestral - vigilancia y control a los planes de mejora de las auditorías externas de la Supersalud

Los anteriores seguimientos se resumen en el siguiente cuadro de control:

Juntos por la Excelencia



**Seguimiento Planes de Mejora Oficina de Control Interno de Gestión
Hospital Universitario Departamental de Nariño**

No.	Tipo de Auditoría	Entidad Auditora	Fecha Auditoría	Responsables	No. de Hallazgos	Fecha de Reporte	Periodicidad del Seguimiento	Observaciones Generales	Observaciones de Seguimiento
1	Auditoría Regular Vigencia 2012	Contraloría Departamental de Nariño	Año 2016	Subgerencia Administrativa y Financier, Talento Humano, Oficina Jurídica, Servicio Farmaceutico, Recursos Fisicos, Hospitalización, Consulta Externa, Apoyo Logistico, Gestion de la Información, Presupuesto, Tesoreria, Calidad, Cartera.	35	30 de marzo de 2017	Trimestral (Resolucion Organica 001 de 20 de febrero de 2009 - 10 dias habiles del mes siguiente al periodo que corresponda)	Los Informes de seguimiento se reportan a traves de la Plataforma SIA: Primer seguimiento julio 2017 (primeros 10 dias), segundo seguimiento octubre de 2017, tercer seguimiento enero de 2018, cuarto seguimiento abril de 2018, quinto seguimiento julio de 2018	Pendiente de cumplimiento 2 actividades de mejora - Porcentaje de avance: 97%
2	Auditoría Regular Vigencia 2014	Contraloría Departamental de Nariño	Año 2016	Subgerencia Administrativa y Financier, Talento Humano, Oficina Jurídica, Servicio Farmaceutico, Recursos Fisicos, Hospitalización, Consulta Externa, Apoyo Logistico, Gestion de la Información, Presupuesto, Tesoreria, Calidad, Cartera.	12	30 de marzo de 2017	Trimestral (Resolucion Organica 001 de 20 de febrero de 2009 - 10 dias habiles del mes siguiente al periodo que corresponda)	Los Informes de seguimiento se reportan a traves de la Plataforma SIA: Primer seguimiento julio 2017 (primeros 10 dias), segundo seguimiento octubre de 2017, tercer seguimiento enero de 2018, cuarto seguimiento abril de 2018, quinto seguimiento julio de 2018.	Pendiente Modificacion del Manual de Contratación aunado al Departamento de Contratación.
3	Auditoría Regular Vigencia 2015	Contraloría Departamental de Nariño	Año 2016	Subgerencia Administrativa y Financier, Talento Humano, Oficina Jurídica, Servicio Farmaceutico, Recursos Fisicos, Hospitalización, Consulta Externa, Apoyo Logistico, Gestion de la Información, Presupuesto, Tesoreria, Calidad, Cartera.	10	30 de marzo de 2017	Trimestral (Resolucion Organica 001 de 20 de febrero de 2009 - 10 dias habiles del mes siguiente al periodo que corresponda)	Los Informes de seguimiento se reportan a traves de la Plataforma SIA: Primer seguimiento julio 2017 (primeros 10 dias), segundo seguimiento octubre de 2017, tercer seguimiento enero de 2018, cuarto seguimiento abril de 2018, quinto seguimiento julio de 2018	Plan de Mejora Cerrado
4	Auditoria Supersalud	Superintendencia Delegada para la Supervisión	6-9 de diciembre de 2016	Oficina de Calidad. Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerente de Prestación de Servicios, Coordinación Facturación Oficina Jurídica, Planeación, Gestión Financiera, Presupuesto, contabilidad, Facturación, Sistemas, Urgencias, Seguridad del Paciente Vigilancia Epidemiológica, Recursos Fisicos, Atención al Usuario servicio Farmacéutico	28	11 de abril de 2017	Trimestral	Los informes de seguimiento se realizan en formato de la Supersalud, y se envia por correo certificado con las respectivas evidencias a la ciudad de Bogota. Se realizaron en total 4 seguimientos	Plan de Mejora Cerrado (Se envió el ultimo seguimiento con cierre definitivo el 23 de abril de 2018)
5	Visita Inspectiva	Superintendencia Nacional de Salud	19-23 de junio del 2017	Gerente Subgerentes Y Coordinadores: Clara Caicedo, Dalila Burbano, Jorge Bautista, Viviana Diaz, Roberto Yanez, Alfonso Hidalgo, Dalila Burbano, Elizabeth Llanos, Byron Riascos, Luis Mueses, Aleyda Chavez, Adriana Enriquez, Janeth Hurtado, Nohora Espinosa, Andres Delgado, Myriam Freyre, Maria Llanos	42	23 de noviembre de 2017	Trimestral	Los informes de seguimiento se realizan en formato de la Supersalud, y se envia por correo certificado con las respectivas evidencias a la ciudad de Bogota. Primer seguimiento corte 23 de febrero se envió el 9 de marzo; segundo seguimietno sorte 23 de mayo, tercer seguimiento corte 23 de agosto...	La procuraduría pidió soportes de gestion el 31 de agosto de 2018
6	Auditoria Gubernamental con enfoque integral - Modalidad Regular Vigencia 2016	Contraloría Departamental de Nariño	Año 2017	Oficina Juridica, Calidad, Talento Humano, Recursos Financieros, Subgerencia Administrativa, Gestion de la Información.. Diferentes areas	37	22 de febrero de 2018	Trimestral	Los Informes de seguimiento se reportan a traves de la Plataforma SIA: Primer seguimiento corte 22 de mayo vence 5 de junio; segundo seguimiento corte 22 de agosto vence 5 de septiembre; tercer seguimiento corte 22 noviembre	Primer seguimiento: Total hallazgos 37, hallazgos cerrados 13, hallazgos en ejecucion 24, % de cumplimiento total 35%. Segundo seguimiento; hallazgos cerrados 17, % de cumplimiento 73%

9. Seguimientos Planes de Mejora Internos: los siguientes son los planes de mejora internos que se encuentran en ejecución y son objeto de seguimiento:

Seguimiento Planes de Mejora Internos Oficina de Control Interno de Gestión Hospital Universitario Departamental de Nariño								
No.	Tipo de Auditoría	Auditor Responsable	Fecha Auditoría	Responsable Plan	No. de Hallazgos - Oportunidades de mejora	Fecha de Reporte Plan de Mejora	Periodicidad del Seguimiento	Observaciones Generales
1	Auditoría Interna - Subproceso SUMINISTROS	Omaira Liliana Tipas	2017	Maria Elizabeth Llanos	5	6 de agosto de 2018	Semestral	El Plan de Mejora se establecio hasta diciembre de 2018, en el segundo semestre de 2018 diciembre, se realizará el seguimiento para su cierre definitivo.
2	Auditoría Interna - CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Omaira Liliana Tipas	abr-18	Viviana Diaz	3	1 Mayo de 2018	Semestral	El Plan de Mejora se establecio hasta diciembre de 2018, en el segundo semestre de 2018 diciembre, se realizará el seguimiento para su cierre definitivo.
3	Auditoría Interna - Subproceso SISTEMAS	Omaira Liliana Tipas	may-18	Roberto Yanez - William Solarte Hector Erazo	8	16 de agosto de 2018	Semestral	El Plan de Mejora se establecio hasta noviembre de 2018, en el segundo semestre de 2018 diciembre, se realizará el seguimiento para su cierre definitivo.

10. Seguimiento Ley de Transparencia, el siguiente es el link del HUDN, donde se verifica el contenido de información de acuerdo con lo establecido en Ley de Transparencia.

<http://www.hosdenar.gov.co/index.php/transparencia/#1529619451720-3a488949-49aa>

11. Seguimiento a la ejecución Presupuestal, con corte a septiembre, informe enviado a la alta dirección para la toma de decisiones.

12. Seguimiento y evaluación Comités Institucionales. Informe presentado con corte a agosto, a Gerencia y como soporte de plan de mejora para evaluación de Icontec, Acreditación en Salud.

13. Arqueo: caja menor, caja principal y cajas auxiliares de facturación, en el mes de agosto.

Así mismo y por solicitud de la Gerencia, las subgerencias u otras coordinaciones la Oficina de Control Interno por fuera de su Plan de Trabajo 2018, ha realizado en el periodo otros seguimientos, cuyas resultas han sido remitidas a otros entes de control como la Oficina de Control Interno Disciplinario, la Fiscalía, la Contraloría y la Procuraduría. Estos seguimientos se resumen en el siguiente cuadro de control:

No.	FECHA DE SOLICITUD Y MEDIO DE SOLICITUD	SEGUIMIENTO Y/O INVESTIGACION SOLICITADO POR (NOMBRE, CARGO Y DEPENDENCIA)	ACTIVIDAD A INVESTIGAR	PRINCIPALES DIFICULTADES PRESENTADAS	AUDITOR RESPONSABLE	RESULTADO GENERAL DEL SEGUIMIENTO	FECHA DEL INFORME FINAL	OBSERVACIONES
1	Mayo de 2018	Jefe Oficina Jurídica	Caso paciente errores en la identificación, abandonado social	Indebida identificación Ips remitente abandonado social Sin recursos para su	Omaira Liliانا Tipas	Se realiza valoración de historia y antecedentes del	08/06/2018	Se remite informe a Oficina Jurídica para su conocimiento
2	febrero de 2018	Gerencia	Contrato 120-SAF-496-2014 Neonatos	Vulneración del principio de planeación: es deber de la entidad contratante de realizar estudios previos	Omaira Liliانا Tipas	1. Falencias en la supervisión e interventora del contrato.	24 de febrero de 2018	Se remite informes y seguimiento a Gerencia.
4	Mayo de 2018	Talento Humano	Revisión de documentos presentados para acceder al beneficio de los Componentes de	debilidades en la revisión de documentos en el primer filtro: Oficina de Talento Humano.	Omaira Liliانا Tipas	Oficio remisorio con las eventualidades encontradas.	29 de junio de 2018	Se entrega oficio con información a Recursos Humanos, para el trámite pertinente
6	13 junio de 2018 (Omaira 5 sept 2018)	Subgerencia Administrativa y Financiera	Daño Camioneta HUDN	Afectación de bienes HUDN. Responsabilidades disciplinarias	Omaira Liliانا Tipas	Se establecen acciones a seguir cuando se presenten daños en bienes públicos.		Se remite informe a Subgerencia, copia gerencia y Control Interno Disciplinario: Función de advertencia: La entidad debe estudiar de manera perentoria la posibilidad de establecer un
8	26 de junio de 2018 (omaira 5 de sept de 2018)	Subgerencia de Prestación de Servicios	Queja por trato Jefe Fabiola Zambrano	Vulneración código de ética.	Omaira Liliانا Tipas	Se archiva diligencias de control interno, dado que el asunto	10 de septiembre de 2018, según comunicación del profesional	queja tratada en comité de convivencia y conciliación laboral
9	8 de agosto de 2018	Gerencia	Seguimiento Reconstrucción de Expediente contractual contrato No. 121-RHU-0122 2016	Perdida de documentos etapa precontractual y contractual.	Omaira Liliانا Tipas	Según oficio I-8502 del 3 de octubre de 2018, el profesional	3 de octubre de 2018	Se remite expediente contractual reconstruido a la oficina de Talento Humano para su custodia.

No.	FECHA DE SOLICITUD Y MEDIO DE SOLICITUD	SEGUIMIENTO Y/O INVESTIGACION SOLICITADO POR (NOMBRE, CARGO Y DEPENDENCIA)	ACTIVIDAD A INVESTIGAR	PRINCIPALES DIFICULTADES PRESENTADAS	AUDITOR RESPONSABLE	RESULTADO GENERAL DEL SEGUIMIENTO	FECHA DEL INFORME FINAL	OBSERVACIONES
10	19 de septiembre de 2018 (omaira 1 de octubre)	Recursos Fisicos	Daño tarjeta electronica cama electrica	Responsabilidades disciplinarias. Afectacion de bienes y patrimonio publico	Omaira Liliana Tipas	Se establecen acciones a seguir cuando se presenten daños en bienes publicos.	16 de octubre	Se remite informe a Subgerencia, copia gerencia y Control Interno Disciplinario: Funcion de advertencia: La entidad debe estudiar de manera perentoria la se remite informes a Oficina Juridica para lo de su competencia.
11	24 de septiembre de 2018 (Omaira 1 de octubre)	Oficina Juridica	Perdida de Muestras victima delitos de acceso carnal violento (Fiscalia)	Materialización Riesgo de perdida de muestras. Responsabilidades disciplinarias	Omaira Liliana Tipas	Se establece responsabilidad por parte de las jefes encargadas de la	12 de octubre	Fiscalia 21 seccional proceso 20180240210462
13	Investigacion Material de Osteosintesis	Junta Directiva	Investigación material de osteosintesis, Posible favorecimiento a proveedores y reutilización	Direccionamiento de Formulas.	Arnulfo Belalcazar	Direccionamiento de Formulas	oct-18	Fiscalia 21 seccional proceso 20180240210462
14	Solicitud simple de oferta No. RHU.SP.084-2018-Adquisición a julio	Gerencia	Solicitud simple de oferta No. RHU.SP.084-2018-Adquisición a título de Compraventa dotación	Presunto cambio de folio y la no apertura de un sobre	Arnulfo Belalcazar	Posible favorecimiento de Un Proveedor	jul-18	Fiscalia 21 seccional proceso 20180240210462
15	Julio	Mario Fernando Bravo, Subgerente Administrativo y	Seguimiento a ingresos abiertos correspondiente al primer semestre de 2018	Ninguna	Ayda Delgado G	Se logro reducir los ingresos abiertos de fechas atrasadas y comprometer a los	jul-18	Se realizara seguimiento a los facturadores con mayor numero de ingresos abiertos, se logra la generación de facturas
16	Septiembre	Mario Fernando Bravo, Subgerente Administrativo y	Seguimiento y verificación de ingresos abiertos, responsables Pedro Dorado, Diego Camacho, Rolando	Se realiza el seguimiento estaba pendiente un ingreso abierto que presentaba problema en cuanto al	Ayda Delgado G	Satisfactorio	nov-01	Se verifica que se cerraron los 19 ingresos abiertos y se generaron las facturas correspondientes.
17	Septiembre	Mario Fernando Bravo, Subgerente Administrativo y	Seguimiento a sonsumos mensuales de la facturación de Colombia Telecomunicaciones	Ninguna	Ayda Delgado G	Satisfactorio	oct-18	Se envia informe a Subgerencia y se recomienda a Gestión de la Información solicitar las facturas del los ultimos tres mese, con sus
18	Octubre	Jaime Arteaga Coral, Gerente	Presuntos comentarios mal intencionados con respecto al HUDN ESE, realizados por un funcionario a través de	Ninguna	Ayda Delgado G	Satisfactorio	oct-26	Se envia documentación original a Control Interno Disciplinario, por ser un asunto de su competencia
19	1 de agosto de 2018	Arnulfo Belalcazar Perez Asesor Control Interno de Gestion	Procedimiento de Incapacidades	Existe diferencia entre la información de incapacidades de la Oficina de Talento Humano y la Oficina de Seguridad y Salud	Maribel Benavides Contratista CIG	Documentar y mantener una relación de todo el proceso de recepción,	11 de septiembre de 2018	Realizar seguimiento al cumplimiento de las seis (6) recomendaciones presentadas en el informe

Las actividades de evaluación y sus resultados, lo mismo que las recomendaciones que de estos ejercicios resultan, tienen mérito en la medida en que sean tomados como base para ajuste de desviaciones detectadas, y acciones de permanente mejora.

**ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
ASESOR OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Elaboró: Omaira Liliana Tipas C.
– Profesional Universitario OCI



Análisis de aspectos generales frente a las dimensiones del MIGP

DIMENSION	DIMENSION TALENTO HUMANO	DIMENSION DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	DIMENSION GESTION POR VALORES PARA EL RESULTADO	DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS	DIMENSION INFORMACION Y COMUNICACIÓN	DIMENSION GESTION DEL CONOCIMIENTO	DIMENSION CONTROL INTERNO
Responsables Asignados	Profesional Especializado Talento Humano Profesional Especializado Gestión de la Información	Asesor de Planeación Profesional Especializado gestión Financiera	Asesor de Calidad Profesional Especializado Gestión de la Información Profesional Especializado Atención al Usuario Aseso Jurídico	Asesor de Planeación	Profesional Especializado Gestión de la Información	Profesional Especializado Talento Humano	Gerencia, Subgerencias Oficina de Planeación Líderes de proceso Asesor Control Interno
Autodiagnóstico Inicial y análisis para proyección del Plan de Implementación.	Calificación FURAG: 75.0 Se diligenció la matriz de autodiagnóstico Gestión Estratégica del Talento Humano: donde se obtuvo una calificación de 69,2, fue enviada a la DAFP. Pendiente: Autodiagnóstico Política de Integridad.	Calificación FURAG: 68.6 *Autodiagnóstico de gestión política direccionamiento y planeación 83.4 *Autodiagnóstico Gestión Presupostal:88.2	Calificación FURAG: 65.4 *Autodiagnóstico: Calificación 47.7 en participación ciudadana. *Autodiagnóstico de Gestión documental Calificación 56.3	Calificación FURAG: 77.1 *Autodiagnóstico de gestión de la rendición de cuentas 88.8. *Autodiagnóstico política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional 88.0.	Calificación FURAG: 67.3 *Autodiagnóstico de transparencia y accesos a la información pública enviado el 31 de Mayo de 2018 Calificación 66.6 Autodiagnóstico de Gobierno Digital enviado el 31 de Mayo de 2018 Calificación 26.6	Calificación FURAG: 68.1	Calificación FURAG: 70.8 Autodiagnóstico Presentado el 30 de mayo de 2018 Calificación Total: 78.3
Principales Fortalezas Encontradas	Los componentes de ingreso y desarrollo del talento humano	Plan de desarrollo construido y aprobado. Procedimientos definidos. Calificado con 3.8 en evaluación de acreditación de ICONTEC.	*Se cuenta con grupos de participación ciudadana como asociación de usuarios y el grupo de IAMI La interacción de los representantes de	POA, gestión de indicadores, tablero de mando y migración a TIC's adelantada con eficiencia.	Los requisitos de ley de transparencia están publicados en su mayoría. Link de transparencia habilitado y funcionando. Documento PETI formulado y alineado con		Estructura, procesos, autoridad y responsabilidad definidas para el logro de los objetivos de la entidad; evaluación de





			<p>asociación de usuarios ante la Junta Directiva del HUDN (se cuenta con 2 integrantes de asociación de usuarios que participan en la junta directiva). * Comité de archivo conformado. Conservación de documentos. Política cero papel. Facilidad para consultar en archivo central y clínico. Plan Institucional de Archivo (PINAR) formulado.</p>		<p>la estrategia gobierno digital. Esquema de publicación de información en construcción. Política de seguridad de la información definida y socializada en las inducciones.</p>	<p>desempeño, Procesos de auditoría interna estandarizados, Plan Anual de Auditoría, Seguimiento a la Gestión de Riesgos Administrativos.</p>
<p>Principales Debilidades</p>	<p>el tema de planeación y retiro del talento humano tiene oportunidades de mejora</p>	<p>Pendiente mayor divulgación. Mayor inclusión y participación de partes interesadas.</p>	<p>* Que la participación ciudadana no se articula con todas las dependencias o áreas del HUDN. No se cuenta con política de participación ciudadana No existe un plan de participación ciudadana. Los canales de comunicación no son los más adecuados para los ciudadanos La participación ciudadana es una actividad ad honorem por lo tanto es difícil la</p>	<p>Baja inclusión de terceros. Desapego en oportunidad. Resistencia a la migración a TIC's.</p>	<p>Dificultad para ubicar los contenidos en la página web. Baja apropiación de la estrategia gobierno digital. Inventario de trámites y servicios sin elaborar. Trámites y servicios sin cargar en el SUIT. Acuerdos de confidencialidad en el manejo de la información sin firmar por la totalidad de los funcionarios.</p>	<p>Responsabilidad de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa); Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica); Desactualización del código de Ética; Seguimiento a Riesgos de</p>





			<p>motivación de los participantes. La parte misional del HUDN no se articula con la participación ciudadana. No se cuenta con recursos de destinación específica para participación ciudadana. * Carencia de inventario documental. Parametrización de tablas de control de acceso. Bajo nivel de expedientes electrónicos. Espacio físico para almacenamiento de archivo deficiente.</p>			<p>contratación por supervisores e interventores; Acciones preventivas para los riesgos por los líderes de proceso, tener en cuenta la autoevaluación de los líderes de proceso en la planeación institucional; falta de un equipo de apoyo de auditoría; Debilidad en el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias; Establecer y mantener un sistema de monitoreo de hallazgos y recomendaciones.</p>
Cronograma para la Implementación	La implementación va hasta 31 de diciembre de 2018	El PDI tiene vigencia hasta marzo de 2020. La implementación MIPG requiere avances hasta 31/12/2018.	Año 2019 Espacio para el archivo asociado al proyecto de construcción de la nueva sede administrativa Plan de aseguramiento documental Formulación y ejecución del Sistema Integrado de	La implementación MIPG requiere avances hasta 31/12/2018.	Hasta el 31 de diciembre de 2018 se tendrá publicado lo de ley de transparencia actualizado y la política gobierno digital apropiada e implementada en un 50% Trámites en el SUIT cargados a 31 de diciembre de 2018	A partir del proceso de autodiagnóstico se iniciara el proceso de transición e implementación hasta febrero de 2019.





			<p>Conservación Plan interno de capacitaciones</p>		<p>Primer trimestre de 2019 implementada en su totalidad la estrategia gobierno digital.</p>	
<p>Planes de Mejoramiento para la Implementación</p>	<p>Se cuenta con un plan de mejora que contempla la planeación estratégica del talento humano: Plan de bienestar e incentivos. Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional, con las actividades: 1. Revisión y ajuste de plan de bienestar social para implementación de incentivos 2. Solicitud de apoyo del DAFP 3. Ejecutar el plan de acción de Clima organizacional 4. Realizar seguimiento a actividades realizadas 5. Evaluar la eficacia del plan de acción y Cambio organizacional y cultura organizacional que contempla 1. Validar el instrumento de medición de cultura organizacional a con el DAFP. 2. Aplicar la herramienta de valoración de cultura</p>	<p>Alinearse al Cronograma de implementación de MIPG.</p>	<p>De acuerdo al autodiagnóstico se realiza plan de mejoramiento para la implementación</p>	<p>* Alinearse al Cronograma de implementación de MIPG. * Elaboración de las TRD y aprobarlas por el Comité Departamental de Archivo.</p>	<p>Tener en cuenta la construcción del esquema de publicación. Inventario de trámites y servicios en general. Seguimiento al desarrollo de actividades contempladas en el PETI</p>	<p>Si, para complementación con autodiagnóstico, (se recomienda revisar nuevamente el autodiagnóstico). Se presentara según cronograma de implementación general de MIPG</p>

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
 Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
 www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





organizacional que contenga el aspecto de cambio organizacional
 3. Tabular la información respectiva.
 4. Hacer informe de resultados. 5. Generar el plan de acción

% Avances acorde al cronograma	40%	50%	15% Gestión documental 50%	50%	Ley de transparencia 60% Gobierno Digital 20%		20%
---------------------------------------	-----	-----	-------------------------------	-----	--	--	-----

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
 Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
 www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co

