

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO: ACTUALIZACION MECI DECRETO 943 DE 2014 Y LEY 1474 DE 2011		
E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO- SANTANDER		
OBJETIVO GENERAL: Estado del MECI de conformidad con el decreto 943 de 2014		
OBJETIVOS ESPECIFICOS: Estado Actual de la implementación de conformidad con la herramienta MECI en la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro-Santander		
Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	SANDRA PATRICIA RANGEL GUERRERO LUDYN AMANDA MURILLO MORENO Asesor Externo	Periodo evaluado: Marzo 13 a julio 12 de 2015
		Fecha de elaboración: Marzo 10 de 2015

INTRODUCCION

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, puede ser adaptada a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

El MECI concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad, como responsables del control en el ejercicio de sus actividades; busca garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado; a su vez, persigue la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el quehacer institucional.

Con el propósito de seguir afianzando este objetivo en la administración pública se presenta la actualización del MECI que continúa sustentándose en los tres aspectos filosóficos esenciales en los que se ha venido fundamentando el Modelo, a saber: Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; pilares que siguen siendo la base para un control efectivo en la administración pública.

Carrera 16 Nro. 9-53 CONMUTADOR: 7274000 Socorro- Santander

De conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, el jefe de Control Interno de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro a continuación presenta el informe sobre el Estado del Control Interno en la Entidad, correspondiente al período Marzo a 12 de Julio 13 de 2015. El informe presenta fundamentalmente los resultados del seguimiento a los elementos que como producto del anterior informe se recomendó fueran fortalecidos y sobre algunos otros que se encontraron en avance.

ESTADO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO

A. ACTUALIZACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO (MECI) DE CONFORMIDAD AL DECRETO 943 DE 2014.

La E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán, actualizo el modelo estándar de control interno (MECI), mediante la resolución 173 del 03 de julio de 2014, dando cumplimiento al decreto 943 de mayo 21 de 2014, desarrollando las fases de conocimiento, diagnóstico, planeación de la actualización ejecución y seguimiento de conformidad con el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno Para el Estado Colombiano – MECI 2014.

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Este módulo se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración de Riesgos.

FORTALEZAS

1.1 Componente de Talento Humano:

Tiene como propósito establecer los elementos que le permiten a la Entidad crear una conciencia de control y un adecuado control a los lineamientos y actividades tendientes al desarrollo del talento humano. Dentro de este componente están los Acuerdos, compromisos y protocolos éticos; elemento que buscan establecer un estándar de conducta de los servidores al interior de la Entidad, al igual que el desarrollo del Talento Humano.

Es importante desatacar que el Talento Humano bajo la actualización del Modelo MECI pasó de ser un elemento a un **COMPONENTE** muy importante y se puede decir muy **ESTRATEGICO** dentro de la Entidad.

1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos

En el trabajo de campo realizado por la oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán se evidencio que los Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos, es un elemento que se encuentra documentado (Resolución 083 de 2009) la cual en cabeza del representante de la alta dirección y el equipo MECI se actualizo de conformidad con el Manual Técnico. Se realizan actividades que involucren la creatividad y compromiso de los servidores públicos, de tal manera que todos los integrantes de la organización se sientan parte de la identificación y definición de los lineamientos de carácter ético.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano

La oficina de talento humano está ejecutando las actividades programadas en el Plan Institucional de Formación y Capacitación formulado de acuerdo a las necesidades de los servidores públicos, Programas de Inducción y Re-inducción para todos los servidores de la entidad. Programa de Bienestar establecido. El manual de Funciones de la Entidad fue actualizado mediante Acuerdo de Junta Directiva Nro. 018, fecha de aprobación 18 de diciembre de 2014 como se mencionó en el informe anterior.

1.2. Componente de Direccionamiento Estratégico:

Dicho componente define la respuesta organizacional que debe seguir la Entidad para lograr sus objetivos institucionales, requiere de revisiones periódicas para ajustarlas a los cambios del entorno y al desarrollo de las funciones de la Entidad; establece su composición a través de cinco elementos: Planes, programas y proyectos; Modelo de Operación por procesos; Estructura Organizacional; Indicadores de Gestión y Políticas de Operación.

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

En la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán el elemento planes, programas y proyectos, esta constituidos con: Plan de Desarrollo (Plan de Gestión) de la Alta Dirección, planes operativos con cronogramas y responsables, fichas de indicadores para medir el avance de la planeación, procesos de seguimiento, cronogramas de los diferentes comités de trabajo, Planes Anuales mensualizados de caja (PAC) y la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas. En relación a la

plataforma estratégica la E.S.E actualmente adelanta actividades para actualizar la Visión, la Misión y objetivos Institucionales; una vez sean actualizados serán publicados en la pagina web para que los servidores públicos conozcan hacia donde va dirigida la entidad.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

La E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán cuenta con un Mapa de Procesos adoptado mediante la resolución 127 de 2011, evidenciándose la interrelación y articulación entre los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y seguimiento de la siguiente manera: Procesos Estratégicos (Gestión Gerencial), procesos Misionales (Servicios Ambulatorios, Urgencias, Salud Publica, Hospitalización, Cirugía, Apoyo Terapéutico y Diagnostico, Gestión Referencia y Contra referencia), Procesos de Apoyo (Gestión Compras, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Gestión Recursos Físicos, Gestión Tecnológica e Información, Gestión Talento Humano y Gestión de Atención del Usuario) y Procesos de Evaluación (Gestión de Calidad, gestión de Control Interno); El cual está publicado en la Intranet del hospital para que cada servidor público conozcan la forma en que funciona el hospital. Los procesos y procedimientos son revisados periódicamente por los líderes de los procesos y la oficina asesora de calidad, realizando los ajustes necesarios una vez son identificados; los cambios surtidos por los ajustes son nuevamente socializados a los líderes de procesos y publicados en la intranet del hospital.

En el proceso de seguimiento y evaluación la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán a través de la oficina de sistema de información y atención al usuario (SIAU) realiza en cuentas por servicios para medir la satisfacción de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud.

1.2.3 Estructura Organizacional.

A la fecha LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO cuenta con una estructura organizacional aprobada por Acuerdo de Junta Directiva y Adoptada mediante la Resolución 266 de 2011 la cual es comunicada a todo el personal con el ánimo de sensibilizar la relación de la estructura y los procesos de la entidad. La estructura organizacional ha permitido dar cumplimiento a su direccionamiento estratégico, estableciendo niveles de responsabilidad, a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación entre ciudadanos y servidores públicos. La estructura organizacional ha permitido dar cumplimiento a su direccionamiento estratégico, estableciendo niveles de responsabilidad, a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación entre ciudadanos y servidores públicos.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Dentro de los planes, programas y proyectos de la entidad, se construyen los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones para evitar desviaciones; de igual forma, permiten evaluar la gestión de la Entidad y observar la situación y tendencias de cambio, controlando el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y procesos de la Entidad; estos han sido trabajados en cumplimiento de la resolución 743 del 2013, resolución 710 del 2012, resolución 1416 circular única e informe 2193 de 2004.

1.2.5 Políticas de Operación

La E.S.E cuenta con Políticas de Operación, convirtiéndose en un elemento fundamental que facilita la ejecución de las operaciones internas a través de guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la E.S.E; definiendo límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de planes, programas, proyectos.

1.3. Componente de Administración del Riesgo:

Al ser un componente del Módulo de Control de Planeación y Gestión, faculta a la Entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Es importante señalar que un evento también puede representar una oportunidad de mejora para la Entidad.

Desde el punto de vista del control este ejercicio es muy importante y estratégico para la consecución de los propósitos trazados; por lo tanto la Entidad no solo los debe identificar sino que debe realizar el seguimiento periódico a los mismos con el fin de que la gestión del riesgo sea efectiva, evitando así las consecuencias negativas de su materialización.

Es importante señalar que los responsables de realizar la administración de los riesgos, son los líderes de los procesos, proyectos y/o programas con sus respectivos equipos de trabajo; la oficina de control interno podrá brindar apoyo en la metodología de administración del riesgo para su identificación a través de su rol de asesoría y acompañamiento y realizar la evaluación y seguimiento de los mapas de riesgos establecidos por la Entidad.

Este componente se estructura a través de los siguientes elementos de control:

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

A través de la resolución 121 de fecha 22 de abril la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán adopto la política de administración del riesgo para la vigencia 2015.

1.3.2 Identificación del riesgo

Actualmente los líderes de los procesos están realizando actividades de identificación y revisión de los riesgos ya identificados, en acatamiento a los lineamientos dados por la alta dirección, lo anterior teniendo en cuenta los cambios que se presentan al interior de la institución y su entorno.

Es pertinente precisar que los líderes de los procesos en las actividades de identificación y revisión los riesgos, tienen en cuenta los factores internos y externos del entorno: situaciones que pueden ser de carácter social, cultural, económico, político, ambiental y legal.

DEBILIDADES

1.1 Componente de Talento Humano:

Actualizar los formatos de conformidad a la normatividad que le aplique a la E.S.E en cuanto a los mecanismos de evaluación de desempeño.

Se recomienda que el encargado de Talento Humano tome acciones para que se evidencie la existencia de los elementos que permiten gestionar de manera eficaz y eficiente el talento humano en la Entidad.

1.2. Componente de Direccionamiento Estratégico:

Los indicadores por proceso no se están elaborando en su totalidad; herramienta que debe ser socializada para que los líderes de los procesos generen los indicadores de cada proceso; de igual forma, es conveniente que los procedimientos, protocolos y guías se actualicen y se ajusten a las necesidades del hospital, actividad se debe ser realizada por los líderes de los procesos junto con su equipo de trabajo, ya que son ellos quienes conocen como se realizan las actividades y su secuencia y a su vez

estos procesos debe acomodarse a la realidad de la Institución, los cuales van a permitir gestionar de manera eficaz y eficiente la razón de ser de la Entidad.

1.3. Componente de Administración del Riesgo:

No se cuenta con el documento de análisis del riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización, documento dónde se evalúe si los controles para valorar los riesgos son adecuados o no, Documento en el cual se analizan los riesgos frente a los controles existentes para mitigar su impacto o su probabilidad de ocurrencia.

Se deben identificar controles correctivos y preventivos definidos para cada proceso o actividad para mitigar la probabilidad e impacto de los Riesgos

Es importante que desde la Dirección se incluya una periodicidad mínima trimestral para revisar los riesgos identificados, adicional a la que la Oficina de Control Interno realice como evaluador independiente.

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Este módulo incluye elementos que permiten valorar en forma permanente la efectividad del control interno de LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento. Los instrumentos y herramientas de gestión y de control requieren evaluación y seguimiento y en este sentido este módulo busca que la Entidad desarrolle mecanismos de medición. Este módulo se estructura bajo tres componentes:

FORTALEZAS

2.1. Componente de Autoevaluación Institucional:

El cual le permite a cada responsable de proceso, programa o proyecto y funcionarios, medir la efectividad de sus controles y los resultados de la gestión en tiempo real. La autoevaluación se convierte en un proceso periódico de seguimiento y verificación es decir se convierte en la Autoevaluación de control y gestión; algunas herramientas opcionales para desarrollar la Autoevaluación: enfoque de Taller, enfoque de

encuesta; Análisis de producción gerencial, el cual incluye informes de gestión, resultados de encuestas sobre percepción del cliente interno y externo, revisiones por la Dirección; los planes de mejoramiento o plan de manejo son diseñados, socializados y monitoreados. De otro lado la Entidad fortalece el proceso de autoevaluación a través de los elementos del MECI y sus informes anuales, al igual que identifica con objetividad los elementos que componen el Formato Único de Reporte de Avance de la Gestión.

La Oficina de Control Interno sigue adelantando sensibilizaciones en materia de Autocontrol a los funcionarios de LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN, en la ejecución del plan de auditorías, recomendando y enfatizando sobre la cultura del autocontrol en la ejecución de los procedimientos y demás actividades inmersas en ellos. Es muy importante que los líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo programen reuniones mensuales en donde se realicen ejercicios de autoevaluación, igualmente desde la Oficina de Control Interno, se hace necesaria la verificación de los mecanismos que la Entidad utiliza para las autoevaluaciones.

2.2. Componente de Auditoría interna:

Este componente busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en la Entidad, la oficina de control interno es la responsable de realizar la evaluación del sistema de control interno a través de su rol de evaluador independiente (Decreto 1537 de 2001), con criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

La herramienta que se emplea para el seguimiento al Sistema de Control Interno y sistema de gestión de la calidad es la Auditoría Interna, mediante la cual se auditan los procesos estratégicos, procesos misionales, procesos de apoyo, procesos de evaluación y control, los cuales permiten ejercer control permanente a la gestión administrativa.

La propuesta metodológica para ejecutar el proceso de auditoría interna, se establece partiendo de una programación general o Plan Anual de Auditorías, el cual fue aprobado en el Comité de Coordinación de Control Interno y dentro del cual están establecidas las Auditorías y seguimientos a realizar, que están acordes con las tareas establecidas en el Decreto 1537 de 2001; sobre la base de riesgos relevantes y de acuerdo con las prioridades del Comité de Control Interno o por solicitud de la Alta Dirección.

Se han auditado los procesos administrativos y operativos, sin contar por supuesto con las auditorías especiales y auditorías externas, de tal forma que este elemento cuenta con la experiencia profesional en cuanto a procesos estratégicos, de apoyo y de evaluación, con entrenamiento técnico y capacitación permanente; estudio y evaluación del sistema

de control interno, sistemas de gestión de la calidad; supervisión adecuada de las actividades por parte de los auditores.

La Oficina de Control Interno reitera al apoyo de la Alta Dirección en el fortalecimiento de la Auditoría Interna, a través del refuerzo en el equipo de trabajo y de esta manera tener un mejor alcance que incluya todas las actividades establecidas en las normas y el cumplimiento de los proyectos relevantes en la gestión institucional.

2.3. Componente Plan de Mejoramiento:

El Plan de mejoramiento es el instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se emprenden para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto con los resultados, 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.

Este plan integra las acciones de mejoramiento que busca fortalecer el desempeño, misión y objetivos institucionales teniendo en cuenta entre otros aspectos, los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas, así como las evaluaciones de la Oficina de Control Interno en el seno de Auditorías independientes, seguimientos y auditorías de calidad.

En el componente de planes de mejoramiento se trabaja recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del componente de Auditoría Interna y de las observaciones de órganos externos. Igualmente existe un seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno a las acciones definidas en dichos planes. En la Entidad existe plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría departamental de Santander, el cual ya se presentó el último avance en los plazos establecidos, cumpliendo al 100% de las actividades planteadas las y plan de mejoramiento suscrito con el Archivo General de la Nación, al cual se le ha venido haciendo seguimiento y algunas de las acciones ya se han cumplido. Igualmente se han establecidos planes de mejoramiento individual como resultado de las auditorías internas.

DEBILIDAD

2.2. Componente de Auditoría interna:

El componente de auditoría interna debe ser fortalecido ya que el Alcance de las Auditorías y seguimientos en el área asistencial es de poco alcance dada la limitación que existe del recurso humano en la Oficina de Control Interno en cuanto a estos

procesos ya que no se cuenta con un profesional de la salud que audite los procesos misionales.

2.3. Componente Plan de Mejoramiento

Se requiere fortalecer la identificación de acciones preventivas a implementar en materia de riesgos por procesos, y definir el alcance de las acciones, metas, asignación de los responsables y de los recursos requeridos, el tiempo de ejecución y las acciones de seguimiento necesarias para verificar por parte de la Oficina de Control Interno y su cumplimiento.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

La Información y comunicación tiene una dimensión estratégica por cuanto vincula a la Entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas. Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices, y mecanismos de captura, procesamiento y generación de datos al interior y entorno de la Entidad, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados y de las mejoras en la gestión administrativa orientada a satisfacer las necesidades específicas de la ciudadanía y de las partes interesadas y en este sentido mejorar la transparencia frente a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas a la comunidad.

FORTALEZAS

3.1 Información y Comunicación Externa

Para obtener los beneficios proporcionados por la Información y Comunicación ha sido necesario identificar: información y comunicación externa, la cual proviene o es generada por el cliente o usuario externo, a través de la cual la Entidad tiene contacto directo con la ciudadanía, proveedores, los contratistas, las Entidades Reguladoras, las fuentes de financiación y otros organismos; o en contacto indirecto pero que afecta su desempeño, como el ambiente político, las tendencias sociales, las variables económicas, el avance tecnológico, entre otros.

Éste elemento debe garantizar que efectivamente la interacción de la Entidad con las partes interesadas y la ciudadanía estén enfocadas a la construcción de lo público y a la generación de confianza, mediante la definición de políticas de comunicación, participación ciudadana, de comunicación de gestión y resultados y la formulación de parámetros que orienten el manejo de la información.

La principal fuente de Información Externa es la ciudadanía y las partes interesadas, por consiguiente, debe ser observada de manera permanente con el fin de reducir los riesgos y optimizar la efectividad de las operaciones.

La E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN a la fecha cuenta con la identificación clara de las fuentes de información externa a través del buzón de sugerencias, peticiones y reclamos (PQRS) que realizan los usuarios, oficina SIAU, encuesta de satisfacción al usuario o cliente externo, cuenta con un mecanismo de Rendición de Cuentas donde se comunica la información sobre la gestión, programas, proyectos de alto impacto para la Entidad y por supuesto para la población beneficiada a nivel interno y externo. Igualmente LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN cuenta con procesos y actividades de gestión documental de acuerdo con la Ley 594 de 2000, cartelera Institucional, página web y alta voz.

3.2 Información y comunicación Interna

Es el conjunto de datos que se originan del ejercicio de la función de la Entidad y se difunden en su interior, para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la Entidad.

Para el óptimo funcionamiento de este eje, debe garantizarse su registro y/o divulgación oportuna, exacta y confiable, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones, soportar la toma de decisiones y permitir a los funcionarios un conocimiento más preciso y exacto de la Entidad.

Es importante fomentar en los servidores un sentido de pertenencia, una cultura organizacional en torno a una gestión ética, eficiente y eficaz que proyecte su compromiso con la rectitud y la transparencia, como gestores y ejecutores de lo público, contribuyendo al fortalecimiento continuo del clima laboral.

En cuanto a las fuentes internas de información, la E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRA cuenta con la página INTRANET donde se encuentran documentados los manuales, guías, protocolos y procedimientos; documentos de fácil acceso para los servidores de la institución; se ha venido actualizando y perfeccionando la página WEB de la Entidad, correos electrónicos institucionales, sistema de información GISOFT, manual de comunicaciones adoptado mediante la resolución 150 de 2011, gestión documental, historia clínica sistematizada. Mediante acto administrativo se reglamentó la unidad de archivo y correspondencia y se establecen pautas para el manejo de las comunicaciones oficiales (Ventanilla Única) la cual ya está en funcionamiento.

LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN adopto las tablas de retención documental mediante la resolución 319 de 2013 pero a la fecha se están ajustando a los lineamientos del archivo departamental.

3.3 Sistemas de Información Y comunicación

A partir de las políticas fijadas en materia de Información y Comunicación, la Entidad ha establecido mecanismos internos y externos para recopilar y socializar la información generada. La E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN establece directrices claras para el manejo documental entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario o grupo de interés; se cuenta con la página WEB Y INTRANET. Se cuenta con el software STORE 2.0 para el manejo de los recursos físicos, con el software financiero GD y SICOSALUD y se cuenta con software de inventarios, almacén y gestión documental.

CONCLUSIÓN

LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN teniendo como parámetro lo establecido en el Decreto 943 de 2014 tiene implementado el MECI aproximadamente en un 85% debiendo fortalecer los elementos: desarrollo del Talento Humano, Planes, Programas y Proyectos, Modelo de operación por Proceso, Políticas de Operación, indicadores de gestión, componente administración del riesgo, Eje Transversal: Información y Comunicación.

RECOMENDACIONES

1. Continuar fortaleciendo cada uno de los componentes y elementos que conforman la estructura del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI – 2014 al interior de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán.
2. Se recomienda que el encargado de Talento Humano tome acciones para que se evidencie la existencia de los elementos que permiten gestionar de manera eficaz y eficiente el talento humano en la Entidad. A su cargo deberían estar el diseño, ejecución, evaluación y seguimiento a los mismos, lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades que tienen otros servidores en la entidad como el Representante Legal y los líderes de los procesos.
3. Es necesario que los procesos y procedimientos sean revisados periódicamente por parte de sus responsables, y que los ajustes que se realicen sean dados a conocer de manera oportuna a los servidores públicos. Es importante que se

- verifique que los medios por los cuales se comunican los cambios garanticen el conocimiento de los mismos.
- 4.
 5. Al momento de definir los indicadores de los procesos, es importante recordar que el objetivo básico de los mismos es que permitan generar información oportuna y confiable para la toma de decisiones; así mismo, debe tenerse en cuenta que no es deseable que se tengan indicadores para todas las actividades de la entidad, sino para aquellas que realmente generen un valor.
 6. La E.S.E debe asegurar que los servidores públicos conozcan las políticas de administración del riesgo, para tal efecto puede valerse de la inducción y reinducción o cualquier mecanismo de comunicación por medio del cual se logre presentar lo que la dirección espera que se realice para mitigar los riesgos.
 7. Se deben realizar actividades para concientizar a los servidores públicos de la importancia de mantener actualizados los riesgos de los procesos, programas y/o proyectos institucionales, ya que si bien el responsable de la identificación y actualización de los riesgos es el líder del proceso, los miembros del equipo de trabajo son quienes en la práctica conocen que actividades están mayormente expuestas al mismo.
 8. La Oficina de Control Interno recomienda a la alta dirección que se continúe con las reuniones de Comité técnico integrado por todos los líderes de procesos, con el fin de que se apropien de los conceptos, metodología del MECI en el que se concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad, como responsables del control en el ejercicio de sus actividades; buscando garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado; a su vez, persigue la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el quehacer institucional y sean partícipes del cumplimiento de la norma sobre la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el estado colombiano MECI- 2014 en la E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN.



Original Firmado

SANDRA PATRICIA RANGEL GUERRERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica-Con Funciones de Jefe de Control Interno

Original Firmado

LUDYN AMANDA MURILLO MORENO
Proyecto y Elaboro
Contratista Asesor Externo Apoyo Integral CTA