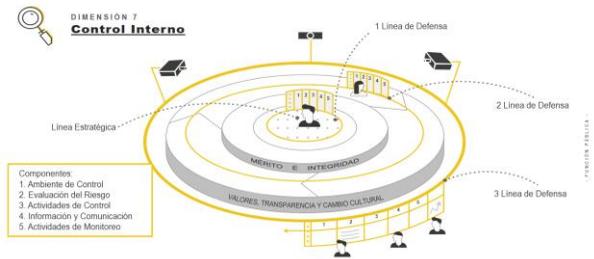


| | |
|-----------------------|----------------------------|
| Nombre de la Entidad: | ESE METROSALUD |
| Período Evaluado: | 1 enero a 30 junio de 2021 |



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

60%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

| | | |
|--|-------------------|--|
| <p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p> | <p>En proceso</p> | <p>La implementación de la última versión del Modelo Integrado de Planeación, MIPG, de acuerdo al Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG - Versión 4 - Marzo 2021, requiere que la Entidad desarrolle unos mecanismos y estrategias efectivas para lograr el cumplimiento esperado y realmente evidencie el aporte de valor a los usuarios y demás partes interesadas. De acuerdo a la revisión realizada se evidencia que el sistema de control interno de la ESE presenta un funcionamiento adecuado en sus cinco componentes pero requiere mejoras en sus mecanismos de implementación, seguimiento, evidencia de su eficacia y efectividad frente a los requerimientos aplicables aportando al fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. La estructura del MIPG (Comités Institucionales de Gestión y Desempeño y la continuidad del Coordinador de Control Interno) es indispensable fortalecerlos como responsables directos del Sistema Integrado de Gestión Organizacional (SIGO) desde el diseño hasta su evaluación y toma de acciones de mejora. La capacitación en el MIPG de los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño y Coordinador de Control Interno es prioritaria dado el cambio del equipo directivo de la Entidad y que con la contingencia de la emergencia sanitaria se ha ido aplazando, lo anterior con el fin de lograr una orientación estratégica, seguimiento y control de las 7 dimensiones del modelo. El resultado global de la evaluación no muestra mejoramientos significativos, se presenta una disminución de 1 punto frente a los periodos anteriores; el componente de Evaluación de Riesgos obtuvo un incremento de 7 puntos, el que tiene menor desarrollo fue el de Información y Comunicación.</p> |
| <p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p> | <p>Si</p> | <p>La efectividad del sistema de control interno no es uniforme en todos sus componentes por lo tanto se hace importante y prioritario retomar los roles asignados a las diferentes instancias, siguiendo el esquema de las líneas de defensa en su diseño, los mecanismos de socialización, implementación y evaluación en toda la ESE para evidenciar su desarrollo y los resultados esperados. El establecimiento de estrategias conjuntas entre los diferentes procesos responsables de la aplicación de las políticas establecidas en MIPG, favorecen el cumplimiento a los requerimientos establecidos. Se considera que no hay evidencias significativas de la efectividad y eficacia de su implementación, a pesar de las mejoras parciales en algunos componentes.</p> |
| <p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):</p> | <p>Si</p> | <p>El diseño del esquema de las líneas de defensa establecidas en el MIPG se encuentran estructuradas en la ESE Metrosalud en forma parcial en las diferentes instancias de la organización, pero no es uniforme ni sistemática su implementación, adicional no es plenamente conocidas las responsabilidades dentro del sistema por el personal de cada área, dependencia y/ o proceso a pesar de las acciones realizadas por la Oficina Asesora de Planeación Organizacional y la Oficina de Control Interno y Evaluación.</p> |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando ? | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas | Nivel de Cumplimiento o componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior | Avance final del componente |
|-----------------------|--|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------|
| Ambiente de control | Si | 60% | <p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño e implementación de la Política y Código de Integridad, 2. Reactivación del equipo de integridad, retomando la actualización de los comportamientos deseados y no deseados de los servidores frente a los valores, formulación de plan de trabajo para el segundo semestre, incluyendo el manejo de los conflictos de interés. 3. Diseño de los mecanismos para la prevención del uso inadecuado de la información privilegiada, principalmente los datos personales del usuario. 4. Diseño de la estructura de flujos de información para la toma de decisiones. 5. Evaluación de la planeación estratégica de la entidad trimestralmente. 6. Instancias de análisis de los estados financieros por la alta Dirección. 7. Planeación y aprobación de las evaluaciones internas. 8. Mecanismos de comunicación de los resultados de las evaluaciones internas y externas al sistema integrado de gestión organizacional. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No implementación del requisito definido por el MIPG para el manejo de conflictos de interés. 2. El esquema de líneas de defensa de acuerdo a los lineamientos del MIPG en el nivel operativo como en la primera línea. 3. Los mecanismos de seguimiento y evaluación a los elementos de los componentes del modelo por parte de la alta dirección representada principalmente por los comités institucionales de Gestión y Desempeño y Coordinador de Control Interno. 4. La implementación parcial de los mecanismos de evaluación y control de acuerdo al esquema de líneas de defensa. | 60% | | 0% |
| Evaluación de riesgos | Si | 66% | <p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura para la gestión de riesgos acorde a los lineamientos del MIPG y la guía de la función pública V5. 2. Estructura para la gestión de los riesgos de corrupción y SARLAFT. 3. Se inició actualización del modelo de gestión de riesgos de acuerdo con la Guía V5 de la Función Pública. 4. Diseño e implementación de los mecanismos para la evaluación de los riesgos y controles por parte de la oficina asesora de planeación y desarrollo organizacional y la oficina de control interno y evaluación. 5. Actualización de la Política de riesgos cumpliendo los parámetros del MIPG y los lineamientos de la Función Pública. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No apropiación por parte del nivel operativo (1° línea de defensa) en la gestión de sus riesgos, dependiendo para ello de la Oficina de Planeación. 2. La identificación de la materialización de los riesgos tiene un mecanismo de reporte pero no se realiza gestión de estos sino que se tiene como reporte estadístico. 3. La incorporación de la cultura de enfoque de riesgo en cada una de las actividades de la Entidad no está estandarizada ni es sistemática. 4. En el diseño de la política de gestión de riesgo no se incluyen todos los elementos pedidos por el MIPG. 5. No se ha implementado por los líderes de los procesos el monitoreo continuo de los riesgos y controles, lo cual debe puntualizarse en el diseño del programa para la gestión de riesgos. | 59% | | 7% |

| | | | | | | |
|----------------------------|----|-----|--|-----|--|------|
| Actividades de control | Si | 54% | <p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización de la documentación de los procesos permanentemente en el software Almera de acuerdo a las novedades que se presentan a nivel institucional. 2. Actualización de los controles en el mapa de riesgos de cada proceso en el software Almera, así como el seguimiento en el aplicativo a los planes de intervención. 3. Se plantea como proyecto del Plan de desarrollo institucional en la iniciativa de fortalecimiento del sistema de gestión, implementar para la ESE un modelo que integre los sistemas de gestión de forma articulada y que permita alcanzar niveles superiores de desempeño y una cultura del mejoramiento continuo, aplicando las mejores prácticas de gestión en Metrosalud. 4. La oficina de Control Interno a través de las auditorías verifica la implementación de los procesos, procedimientos, gestión de riesgos y controles, así como la evaluación de los indicadores de gestión. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La integración de los sistemas de gestión implementados en la entidad no se encuentra alineada con el enfoque por procesos de acuerdo a la guía de la Función Pública y armonizado con el plan de desarrollo institucional 2021 -2025. 2. La evaluación y el seguimiento a la eficacia de los controles no es consistente, ni se aplica de manera permanente en los diferentes niveles de la ESE. 3. La evaluación de los controles sobre los servicios tercerizados y su integración en los mecanismos definidos en la Entidad no se cumple, al igual que la evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo. 4. En la formulación de planes de acción de talento humano con actividades programadas para el análisis de la capacidad y carga laboral que identifiquen dificultades en la segregación de funciones y los riesgos que se pueden presentar. 5. Frente a la evaluación de la gestión de tecnologías de la información con el fin de verificar la efectividad de los controles, no se ha realizado en la institución ya que no se cuenta con personal de la Oficina de Control Interno con las competencias para esta evaluación, se recomienda la contratación de un experto externo en el tema o una entidad asociada al conglomerado de la Alcaldía de Medellín. | 54% | | 0% |
| Información y comunicación | Si | 50% | <p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contar a nivel institucional con sistemas de información y un equipo de trabajo que garantizan la oportunidad, confiabilidad de los datos y su procesamiento para la toma de decisiones en todos los niveles de la ESE. 2. El fortalecimiento del módulo de Inteligencia de negocios (cubos), los cuales permiten en tiempo real conocer de acuerdo a las necesidades información clave de la ESE y de todos sus procesos. 3. Se cuenta con múltiples canales de comunicación tanto internos como externos lo cual favorece la oportunidad y calidad de los contenidos, así como de un equipo de trabajo que es referente institucional en los temas de comunicación. 4. El link de transparencia de la página web institucional y el cumplimiento con el reporte de la matriz ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la Información), para el período 2020 arroja un nivel de cumplimiento en el autodiagnóstico del 97/100 puntos. 5. Evaluación periódica de la percepción de la satisfacción del usuario por cada una de las sedes, global por bimestre y acumulado, así como su publicación en la página web. 6. Entrada en operación de la línea ética institucional como canal para la denuncia de posibles situaciones irregulares en la ESE. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La cultura del cuidado de la información y los mecanismos de control para garantizar su custodia, no se tiene completamente incorporada en todos los niveles de la organización, ni se evidencia despliegues a nivel institucional. 2. El proceso de comunicación no es evidente en la estructura por procesos ni en el organigrama que se actualizó recientemente siendo junto con el sistema de información una de las dimensiones transversales en el MIPG la cual da los lineamientos para el sistema de gestión. 3. La comunicación al no estar caracterizada como proceso no cuenta con mapa de riesgos y controles que permitan identificar situaciones que puedan llegar a afectar el cumplimiento de sus objetivos ni controles para mitigarla. 4. En el proceso de Gestión Documental y los mecanismos de flujo de la correspondencia, específicamente en la gestión de los derechos de petición se presentan deficiencias en la oportunidad a la respuesta de dichos requerimientos. 5. Al seguimiento y actualización a la Matriz de Necesidades de Información Institucional por proceso, así como a su ingreso para la operación en el aplicativo Almera. 6. En la caracterización de los usuarios y demás partes interesadas de la entidad de manera que aporte información valiosa para la planeación de los servicios y la identificación de posibles riesgos que puedan llegar a afectarlos. | 61% | | -11% |

| | | | | | | |
|-----------|----|-----|---|-----|--|-----|
| Monitoreo | Si | 68% | <p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización de los Procedimientos del proceso de Gestion de la Evaluacion desde la planeación general de las evaluaciones hasta la autoevaluación. 2. Formulación y publicación del Plan General de Evaluaciones en el aplicativo ALMERA, el cual incluye las auditorias realizadas en la ESE tanto de Control Interno, la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y la Subgerencia Red de Servicios. 3. Ejercicio de autoevaluación del proceso de Gestion de la Evaluación en la tercera linea (Oficina de Control Interno y Evaluación) anualmente, implementando las mejoras al proceso. 4. Cumplimiento a del plan general de evaluaciones en un 100% durante la vigencia. 5. Para la formulación del Plan General de Evaluaciones vigencia 2021 se aplico la metodologia definida por la Funcion Publica para la priorizacion de las unidades auditables con enfoque de riesgo y la construccion del mapa de aseguramiento. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplimiento en la formulacion y al seguimiento de los planes de mejoramiento por parte de los auditados de acuerdo al Modelo de Mejoramiento institucional. 2. Implementación de la mejora institucional y cierre al ciclo de mejoramiento a partir de las evaluaciones realizadas por entes de control y otras entidades independientes externas. 3. La implementación de politicas de operación para identificar y reportar fallas en el sistema de control interno se limita a las evaluaciones de la oficina de planeación y Desarrollo Organizacional y de Control Interno, no se ha incorporado a nivel institucional las responsabilidades de la primera linea de defensa. 4. El seguimiento a las acciones correctivas y su impacto en el mejoramiento institucional no se encuentran establecidas de forma sistematica dentro de las funciones del comite Coordinador de Control Interno. 5. La gestion de las expresiones de los usuarios mediante los informes de PQRSD solo se limita a la correccion y cierre de los eventos sin hacer un analisis a profundidad de las causas de la recurrencia de los hallazgos, ademas que la tendencia en las causas de insatisfacion permanece en los diferentes periodos, sin plantear planes de mejoramiento efectivos. | 71% | | -3% |
|-----------|----|-----|---|-----|--|-----|