	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## INFORMES

### INFORME 08 - 19

#### 1. INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

**Marzo 12 de 2019 a Julio 11 de 2019**

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 fue adoptado mediante el Decreto No. 1599 de 2005, actualizado a través del Decreto 943 de Mayo 21 de 2014 y compilado por el Decreto 1083 de Mayo 26 de 2015, “Decreto único reglamentario del sector de función pública”, fue establecido en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito mediante el Acuerdo N° 019 del 23 de Diciembre de 2014 de la Junta Directiva definiendo su estructura conforme lo dispone el Manual Técnico.


#### 2. OBJETIVO GENERAL

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, artículo 9° Reportes del responsable de control interno, que establece: “(...) El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. (...)”.

En consecuencia se presenta a continuación el informe respectivo de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, correspondiente al periodo comprendido entre el **12 de Marzo de 2019 y el 11 de Julio de 2019**.

El Informe Pormenorizado de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se realiza tomando como principal fuente de información el aplicativo FURAG II, así como los reportes de avance suministrado por el Proceso de Planeación Operativa y las diferentes áreas responsables respecto de la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Este informe se acoge y se elabora de acuerdo con las instrucciones y metodologías propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en este periodo de transición.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

### 3. DESARROLLO DEL INFORME


La Ley 87 de 1993 define que el Control Interno es “El sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”.

De acuerdo a lo indicado por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, de conformidad con lo dispuesto en dicha norma, el Control Interno se expresará en las Entidades a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas Instituciones y se cumplirá en toda la escala de la estructura administrativa de las mismas, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de las regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal acorde con la normatividad vigente.

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, es una norma que a manera de instrumento, tiene el propósito de entregarle a las Entidades Públicas los elementos necesarios para construir y mejorar continuamente el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que proporciona una estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de las Entidades y aunque promueve una estructura uniforme, ésta puede ser completamente adaptada a las necesidades específicas de cada Entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran (DAFP 2014).

El MECI concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, que se dinamizan por la intervención de todos los servidores públicos pertenecientes o que se relacionan con la Entidad Pública, como responsables del control (Principio de Autocontrol) en el ejercicio de sus actividades y el cumplimiento de sus funciones. Así mismo busca 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 (Principios de Autogestión y Autorregulación).

La Ley 87 de 1993 plantea en su artículo 3º. que “en cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por el control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad; y corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, fortalecer y perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización”, lo que implica una responsabilidad directa por parte de la Alta Dirección de las entidades frente al mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema Único de Gestión se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

En conclusión, el Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y lo articula con el Sistema de Control Interno, siendo MIPG el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información.

Para la actualización de MIPG y su implementación, las entidades públicas tendrán como punto de partida los avances logrados en los anteriores sistemas de Desarrollo Administrativo y Gestión de la Calidad y con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI. Este tránsito será paulatino pero constante, apoyado por Función Pública y las demás entidades Líderes de Política, para lo cual se atenderán las etapas y actividades que se describen a continuación.

## I. INSTITUCIONALIDAD

Definición y/o actualización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno, vitales para iniciar el proceso de implementación del MIPG y del MECI, con los siguientes avances:

1. **Adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.**  
Resolución No. 075 de febrero 28 de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila”.
2. **Comité Institucional de Gestión y Desempeño.**  
Resolución No. 078 de Marzo 02 de 2018 “Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila”.
3. **Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.**  
Resolución No. 079 de Marzo 02 de 2018 “Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila”



**4. Reglamento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.**

Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, Resolución No. 0232 de Agosto 08 de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Reglamento del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control interno de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila”

**5. Estatuto de Auditoria Interna.**

Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, Resolución No. 0230 de Agosto 08 de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, departamento del Huila”.

**6. Código de Ética del Auditor Interno.**

Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, Resolución No. 0231 de Agosto 08 de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Código de Ética del Auditor Interno en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, departamento del Huila”.

**7. Política de Administración del Riesgo.**

Acta No. 02 de Diciembre 14 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control. Resolución No. 358 de Diciembre 29 de 2018 “Por medio de la cual se adopta y aprueba la Política de Administración del Riesgo de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila”.

**8. Reglamento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.**

Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Gestión y Desempeño. Resolución Gerencial No. 163 de Mayo 16 de 2018 “Por medio de la cual se establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila y se dictan otras disposiciones”.

**9. Autodiagnóstico**

Resolución Gerencial No. 163 de Mayo 16 de 2018 “Por medio de la cual se establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila y se dictan otras disposiciones” y asigna responsabilidades, las cuales se definen en los siguientes términos: **Artículo 4º. Equipos de trabajo temáticos:** Para la ejecución de las Dimensiones de Gestión y Desempeño Institucional previstas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las políticas enlistadas en el Decreto 1499 de 2017, se conformarán los siguientes equipos temáticos, los cuales serán los responsables de presentar propuestas y estrategias de operación para la implementación y sostenibilidad de las políticas y los componentes y requisitos del



modelo.”

## II. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

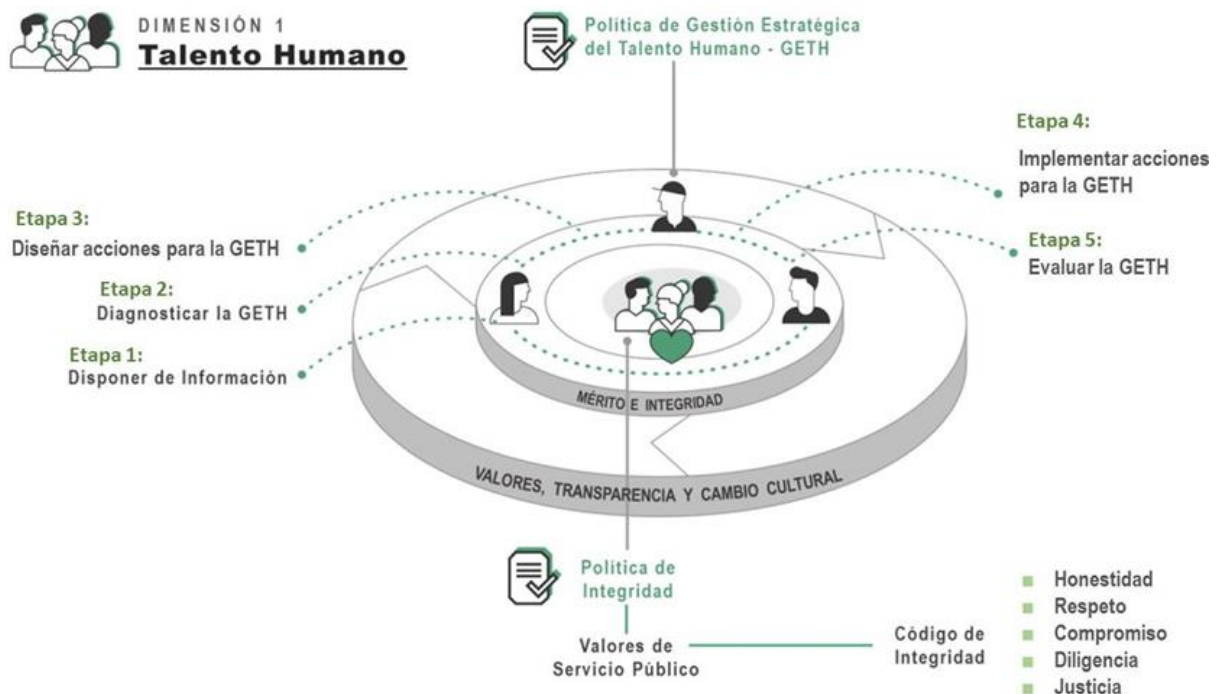
Respecto del avance en el diligenciamiento y apropiación de la herramienta autodiagnóstico podemos concluir lo siguiente:

### 1. DIMENSIÓN: TALENTO HUMANO

MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.

El propósito de la primera dimensión de MIPG -Talento Humano- es ofrecerle a una entidad pública las herramientas para gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro).

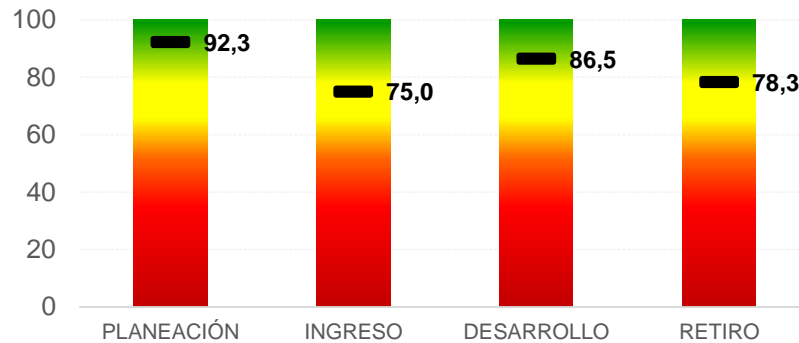
Con esta dimensión, y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir con el objetivo central de MIPG “Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas”.





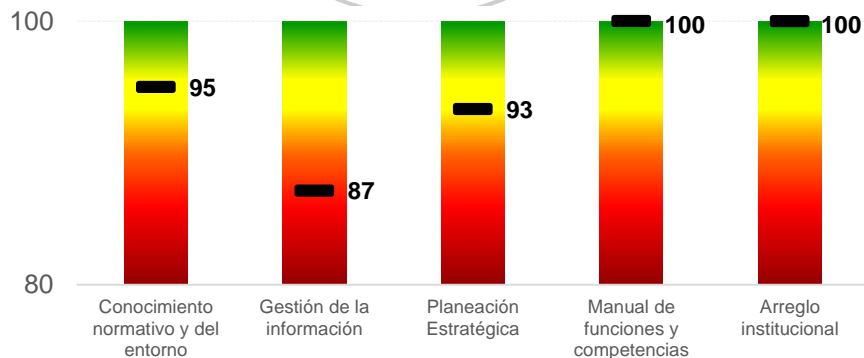
## Política de Talento Humano

El resultado del autodiagnóstico arrojó una calificación de **86.0** frente a **76.6** del período anterior, presentando la siguiente calificación por componente:



Planeación con **92.3** frente a **73.3** puntos del período anterior  
Ingreso con **75.0** frente a **59.5** puntos del período anterior  
Desarrollo con **86.5** frente a **65.7** puntos del período anterior  
Retiro con **78.3** frente a **56.7** puntos del período anterior

### Categorías del componente 1: Planeación

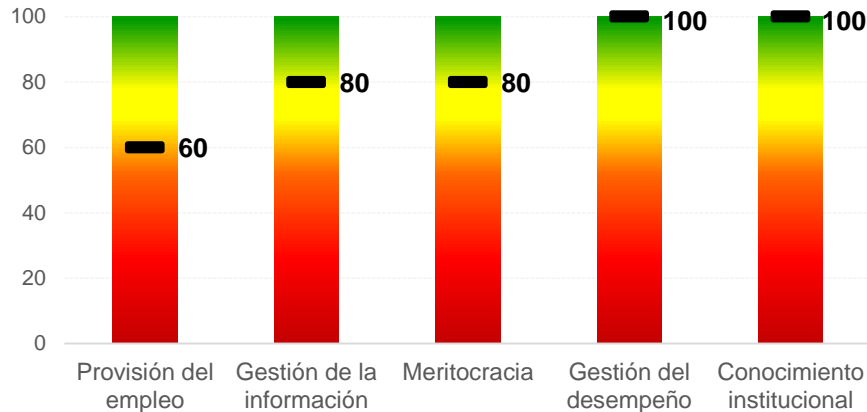


Componente	Anterior	Actual
Conocimiento normativo y del entorno	95.0	95
Gestión de la información	77.0	87
Planeación Estratégica	81.0	93
Manual de funciones y competencias	100	100
Arreglo Institucional	100	100



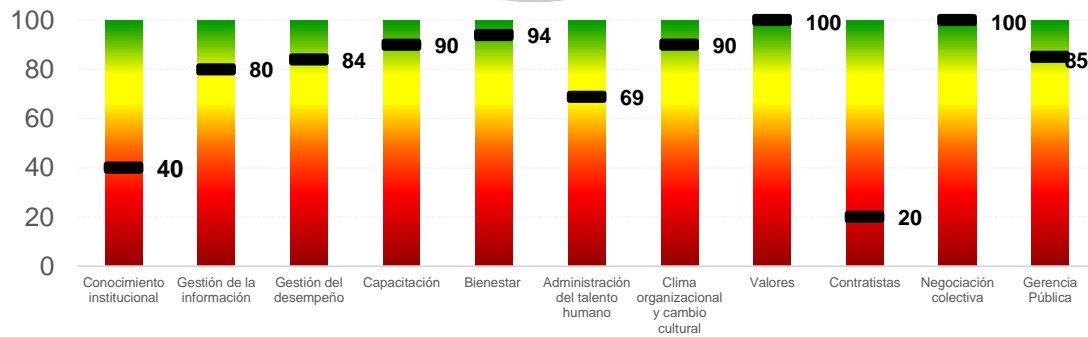


### Categorías del componente 2: Ingreso



Componente	Anterior	Actual
Provisión de empleo	35	60
Gestión de la Información	80	80
Meritocracia	80	80
Gestión del desempeño	0	100
Conocimiento institucional	90	100

### Categorías del componente 3: Desarrollo



Componente	Anterior	Actual
Conocimiento institucional	40	40
Gestión de la información	68	80
Gestión del desempeño	75	84
Capacitación	78	90
Bienestar	85	94
Administración del talento humano	61	69
Clima organizacional y cambio cultural	84	90
Valores	90	100
Contratistas	20	20
Negociación colectiva	100	100

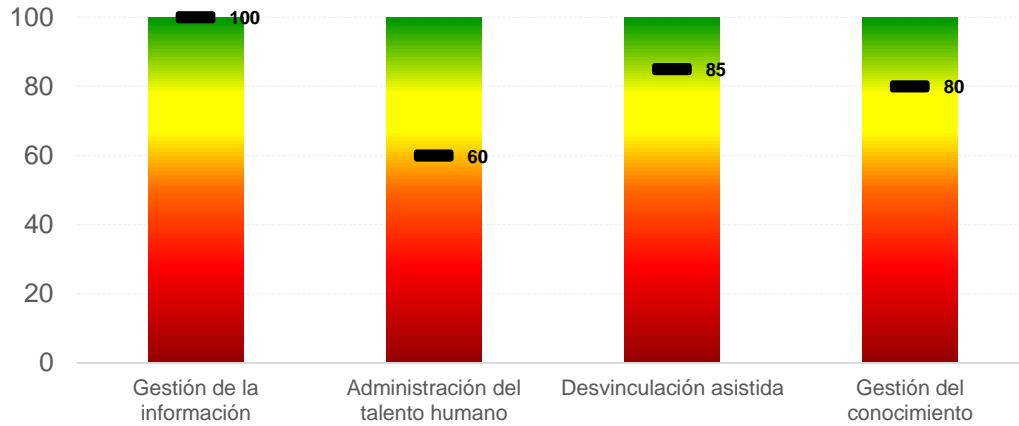


Gerencia pública

75

85

### Categorías del componente 5: Retiro



Componente	Anterior	Actual
Gestión de la información	80	100
Administración del talento humano	40	60
Desvinculación asistida	70	85
Gestión del conocimiento	60	80

Así mismo, la política de Gestión Estratégica del Talento Humano incluye las Rutas de Creación de Valor, como una herramienta conceptual y metodológica que permita priorizar las acciones previstas. Las Rutas son caminos que conducen a la creación de valor público a través del fortalecimiento del talento humano, y constituyen agrupaciones temáticas que, trabajadas en conjunto, permiten impactar en aspectos puntuales y producir resultados eficaces. Se puede plantear que una entidad que implemente acción efectiva en todas estas rutas habrá estructurado un proceso eficaz y efectivo de GETH.

En cuanto al resultado de la evaluación y estado de avance de la Gestión Estratégica del Talento humano referente a Ruta de Creación de Valor, tenemos el siguiente avance:

Actual			Anterior		
RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR			RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR		
RUTA DE LA FELICIDAD La felicidad nos hace productivos	84	Ruta para mejorar el entorno físico del trabajo para que todos se sientan a gusto en su puesto	76	Ruta para mejorar el entorno físico del trabajo para que todos se sientan a gusto en su puesto	80
		Ruta para facilitar que las personas tengan el tiempo suficiente para tener una vida equilibrada: trabajo, ocio, familia, estudio		78	
		Ruta para implementar incentivos basados en salario emocional		78	
		Ruta para generar innovación con pasión		70	
RUTA DEL CRECIMIENTO Liderando talento	89	Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento	78	Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento	80
		Ruta para implementar una cultura de liderazgo preocupado por el bienestar del talento a pesar de que está orientado al logro		77	
		Ruta para implementar un liderazgo basado en valores		81	
		Ruta de formación para capacitar servidores que saben lo que hacen		76	
RUTA DEL SERVICIO Al servicio de los ciudadanos	89	Ruta para implementar una cultura basada en el servicio	74	Ruta para implementar una cultura basada en el servicio	75
		Ruta para implementar una cultura basada en el logro y la generación de bienestar		72	
RUTA DE LA CALIDAD La cultura de hacer las cosas bien	88	Ruta para generar rutinas de trabajo basadas en "hacer siempre las cosas bien"	74	Ruta para generar rutinas de trabajo basadas en "hacer siempre las cosas bien"	73
		Ruta para generar una cultura de la calidad y la integridad		75	
RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS Conociendo el talento	83	Ruta para entender a las personas a través del uso de los datos	73	Ruta para entender a las personas a través del uso de los datos	73





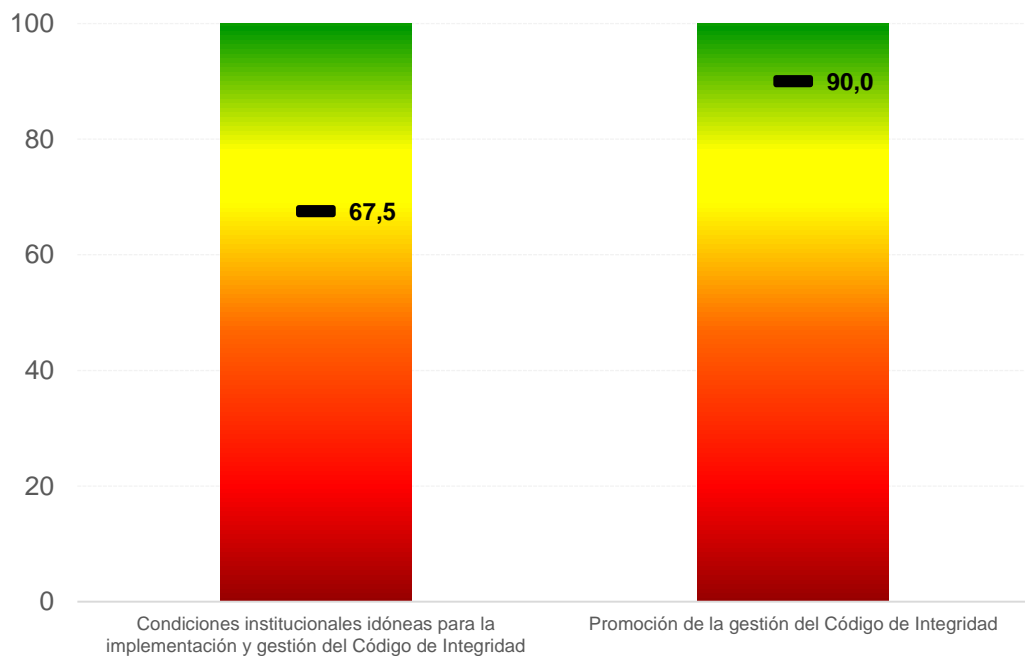
**Nota:** De conformidad en el Plan de Acción se tienen pendientes algunas actividades para completar el ciclo de las alternativas de mejora:

Recopilar información a través de mecanismo en Excel que contenga la caracterización del 100% del personal. Pendiente una parte del personal de nómina.

### Política de Integridad

Como se establece en la Dimensión de Direccionamiento Estratégico, la apuesta por la integridad pública consiste en la unión y coordinación de acciones que se desarrollan por parte de las entidades, los servidores y los ciudadanos.

El resultado del autodiagnóstico arrojó una calificación de **75.0** frente a **54.4** del periodo anterior, presentando la siguiente calificación por componente.

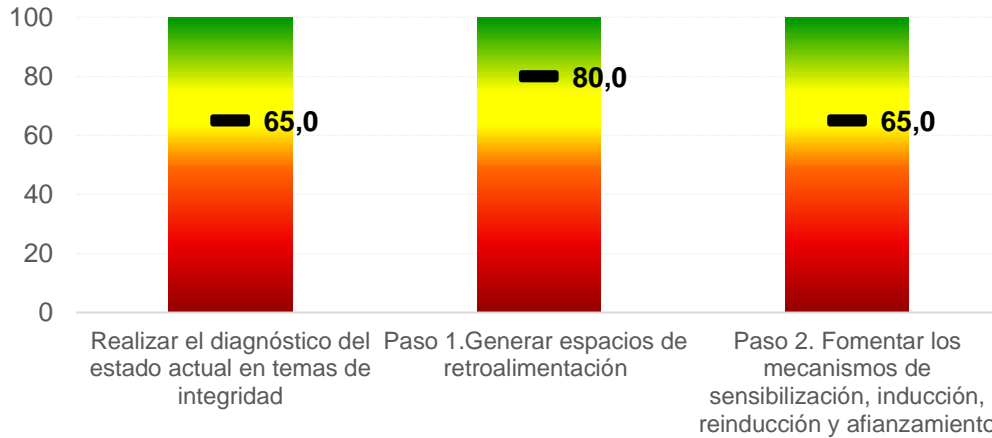


Componente	Anterior	Actual
Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del código de integridad	49.1	67.5
Promoción de la gestión del código de integridad	66	90

Respecto a la calificación por categoría, tenemos el siguiente resultado:

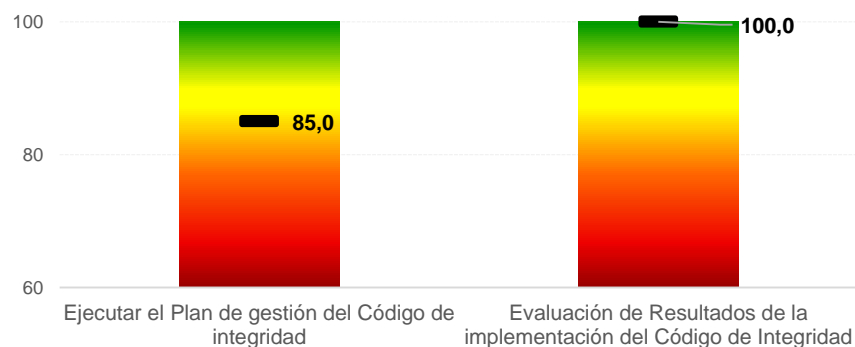


**Categorías del componente 1:**  
**Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad**




Componente	Anterior	Actual
Realizar el diagnóstico del estado actual en temas de integridad	50	65
Paso 1. Generar espacios de retroalimentación	50	80
Paso 2. Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento	48	65

**Categorías del componente 2**  
**Promoción de la gestión del Código de Integridad**



Componente	Anterior	Actual
Ejecutar el Plan de Gestión del Código de Integridad	70	85
Evaluación de resultados de la implementación del Código de Integridad	50	100

**Nota:** En el Plan de Acción no se generan alternativas de mejora.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## **2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN.**

### **2.1. Política de Direccionamiento y Planeación**

MIPG tiene como condición que las entidades tengan claro el horizonte a corto y mediano plazo que le permita definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, así como fortalecer su confianza y legitimidad. En torno a la satisfacción de las necesidades ciudadanas, las entidades focalizan sus procesos y el uso de sus recursos.

El propósito es permitirle a la Institución definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

Para el desarrollo de esta dimensión deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas de gestión y desempeño institucional:

- Planeación institucional
- Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
- Integridad
- Participación ciudadana en la gestión pública

El resultado del autodiagnóstico NO presenta avance y continua con la calificación de **83.8 / 100**.

La incidencia en su calificación obedece a la baja calificación en la Categoría de Identificación de los grupos de valor y sus necesidades con calificación de 76.9; y, Diagnóstico de capacidades y entornos con calificación de 77.

**Nota:** En el Plan de Acción no se generan alternativas de mejora.

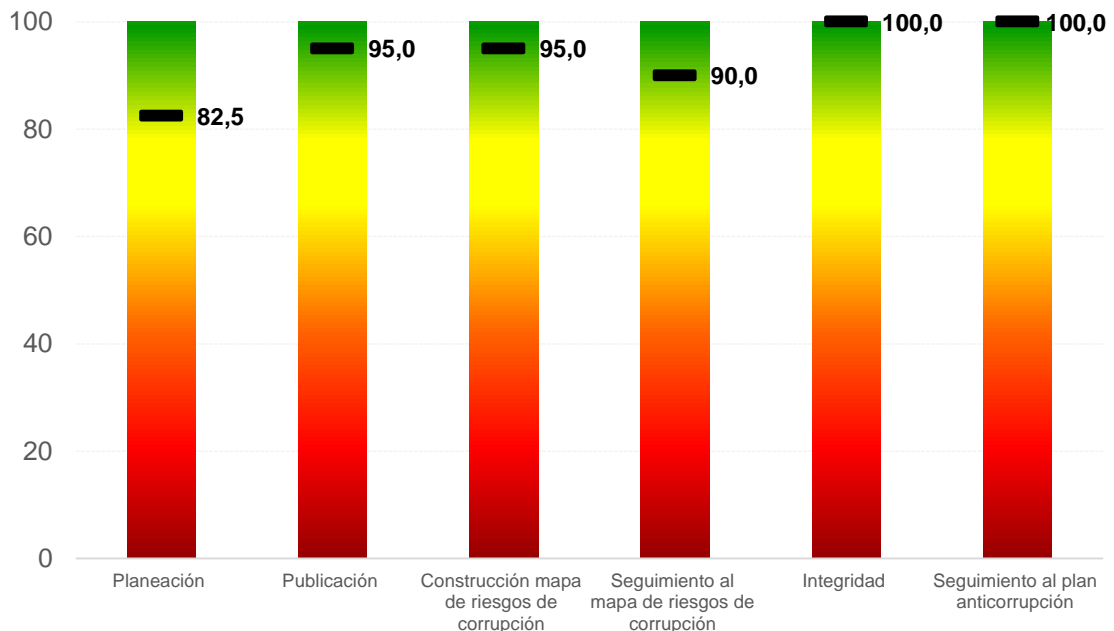
### **2.2. Política de Gestión Plan Anticorrupción**

Conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 del Estatuto Anticorrupción, cada entidad del orden nacional, departamental y municipal debe elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, que contempla, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.



El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano forma parte de la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que articula el quehacer de las entidades, mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en gestión institucional y sectorial.

El resultado del autodiagnóstico arrojó una calificación de 94, presentando la siguiente calificación por componente:




En el Plan de Acción se genera como alternativa de mejora tratar en el Comité Institucional de gestión y Desempeño la actualización del mapa de riesgos de corrupción, recientemente actualizado.

### **3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO.**

MIPG facilita que la gestión de las entidades esté orientada hacia el logro de resultados en el marco de la integridad. Para esto, pone en marcha los cursos de acción o trayectorias de implementación definidas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación y contando con el talento humano disponible en la entidad

Tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Para el desarrollo de esta dimensión deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas de gestión y desempeño institucional:

De la ventanilla hacia adentro:

- Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
- Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público
- Gobierno digital
- Seguridad digital
- Defensa jurídica
- Mejora normativa

Relación Estado Ciudadano:

- Racionalización de Trámites
- Participación ciudadana en la gestión pública
- Servicio al Ciudadano
- Gobierno Digital
- Integridad

La implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como de los resultados obtenidos por la entidad. Se trata de entender e interiorizar que todas las dimensiones de MIPG son piezas fundamentales e integrales en un proceso de análisis para el fortalecimiento organizacional.

Saber dónde se encuentra y para dónde va la entidad, y el sector, departamento o municipio al que pertenece, es tan relevante como saber qué insumos, procesos y actividades requiere para poder ejecutar lo planeado. De allí la importancia de definir, clara y abiertamente, cuáles son los resultados, que, como entidad, sector, departamento o municipio se desean conseguir en un periodo concreto, y poder expresarlos en términos de productos, efectos e impactos.

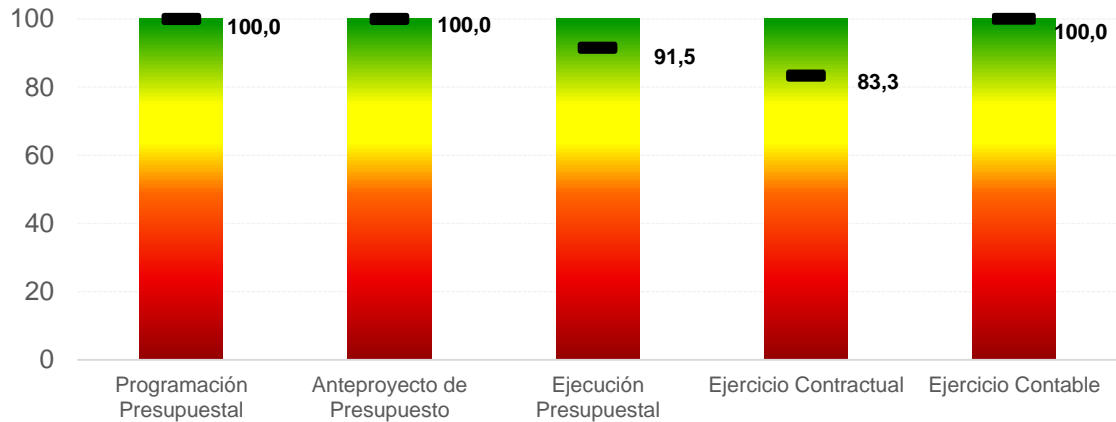
### **3.1. Política de Gestión Presupuestal.**

La planeación se define en consonancia con la programación presupuestal de la entidad; a su vez, el Marco de Gasto de Mediano Plazo -MGMP y el presupuesto anual permiten establecer los topes presupuestales de gasto público (agregados, por sector y entidad), de tal manera que la planeación estratégica debe ser presupuestalmente viable y sostenible.

Se presenta un avance significativo dado que la organización prepara mensualmente sus Estados Financieros y los publica en la web institucional. Esta labor se viene realizando desde el mes de Marzo.



El resultado del autodiagnóstico arroja una calificación de **95** frente a **94.5** reportado en el período anterior, presentando la siguiente calificación por categorías:



Componente	Anterior	Actual
Programación Presupuestal	100	100
Anteproyecto de Presupuesto	100	100
Ejecución Presupuestal	91.5	91.5
Ejercicio Contractual	88.3	83.3
Ejercicio Contable	98.6	100

La incidencia en su calificación se afecta por cuanto los lineamientos de la herramienta refiere preguntas que no se realizan en la Empresa, como por ejemplo “asociar todo compromiso presupuestal a una cuenta bancaria previamente registrada en Tesorería en el software que dispone la ESE”; y, “La entidad realiza compras a través de la tienda virtual del Estado Colombiano por Acuerdo Marco de Precios y en Grandes Superficies. SECOP”.

### 3.2. Política de Gobierno Digital

Gobierno Digital es la política de MIPG que busca promover el uso y aprovechamiento de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -TIC, para consolidar un Estado y ciudadanos competitivos, proactivos, e innovadores, que generen valor público en un entorno de confianza digital.

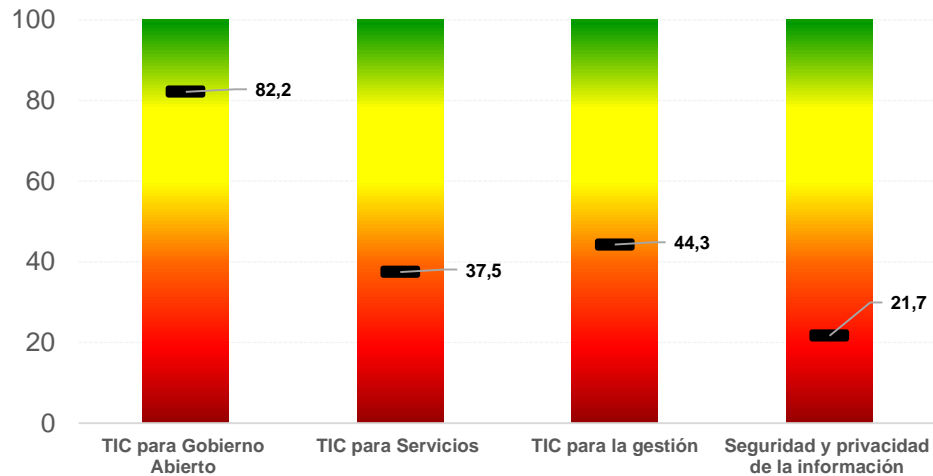
Esto significa, que a través del Gobierno Digital se busca que tanto el Estado como ciudadanos y diferentes actores de la sociedad, hagan uso de las TIC como herramientas que permiten optimizar la gestión de las entidades, interactuar de manera ágil y coordinada, trabajar conjuntamente en el diseño y desarrollo de políticas, normas, proyectos y servicios, y dar solución a problemáticas y necesidades de interés público.





No se presentan o reportan avances al momento de la evaluación.

El resultado del autodiagnóstico continua con la calificación de 46.4 / 100 frente a 37.1 / 100 del período pasado. presentando la siguiente calificación, por Categorías:



#### TIC para Gobierno Abierto con 82.2 puntos


- Indicadores de Proceso - Logro: Transparencia
- Indicadores de Proceso: Logro: Colaboración
- Indicadores de Proceso: Logro: Participación
- Indicadores de resultado: Componente TIC para Gobierno abierto

#### TIC para Servicios con 37.5 puntos

- Indicadores de Proceso. Logro: Servicios centrados en el usuario
- Indicadores de Proceso: Logro: Sistema integrado de PQRD
- "Indicadores de Proceso: Logro: Trámites y servicios en línea
- "Indicadores de Resultado: TIC para Servicios.

#### TIC para la Gestión con 44.3 puntos

- Indicadores de Proceso. Logro: Estrategia de TI
- Indicadores de Proceso. Logro: Gobierno de TI
- Indicadores de Proceso Logro: Información
- Indicadores de Proceso. Logro: Sistemas de Información
- Indicadores de Proceso Logro: Servicios Tecnológicos
- Indicador de Proceso. Logro: Uso y Apropiación
- Indicador de Proceso. Logro: Capacidades Institucionales
- Indicadores de resultado TIC para la Gestión

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

### **Seguridad y Privacidad de la Información con 21.7 puntos**

- Indicadores de Proceso. Logro: Definición del marco de seguridad y privacidad de la información y de los sistemas de información
- Indicadores de Proceso. Logro: Plan de seguridad y privacidad de la información y de los sistemas de información
- Indicadores de Proceso Logro: Monitoreo y mejoramiento continuo
- Indicadores de resultado Seguridad y Privacidad de la Información

En materia de Seguridad Digital, el Documento CONPES 3854 de 2016 incorpora la Política Nacional de Seguridad Digital coordinada por la Presidencia de la República, para orientar y dar los lineamientos respectivos a las entidades.

En el orden nacional, en los Comités Sectoriales de Gestión y Desempeño se darán las directrices para su implementación. Además, la articulación en materia de Seguridad Digital estará a cargo del enlace sectorial de seguridad digital quien será el encargado de rendir cuentas al Coordinador Nacional de Seguridad Digital acerca de la implementación de la Política Nacional de Seguridad Digital en el respectivo sector.

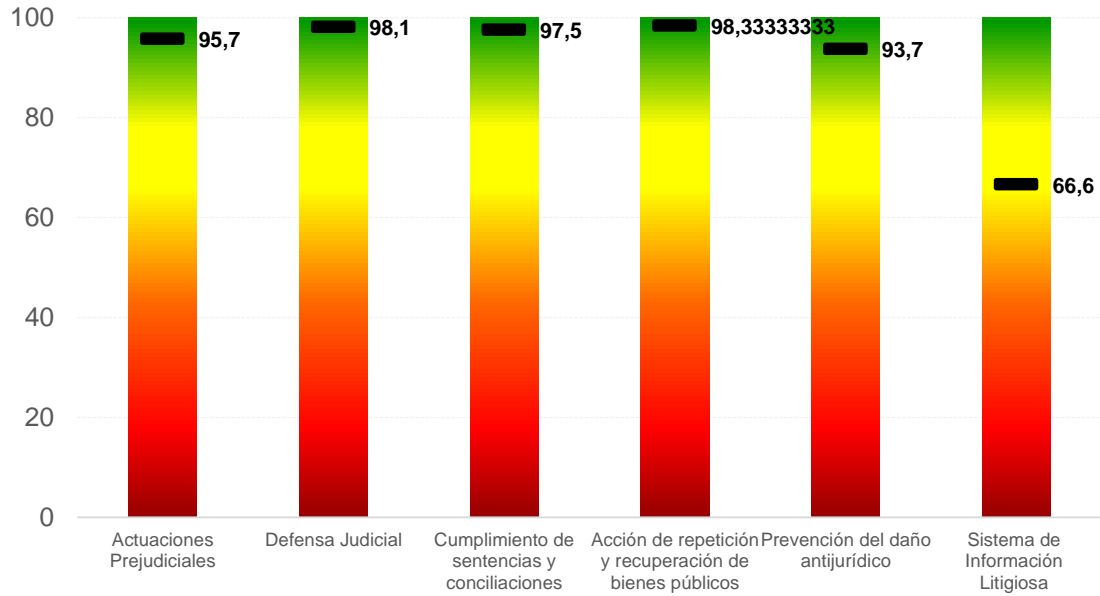
De otro lado, en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se debe articular los esfuerzos, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación de la política. Para ello, se debe designar un responsable de Seguridad Digital que también es el responsable de la Seguridad de la Información en la entidad, el cual debe pertenecer a un área que haga parte de la Alta Dirección. Para las entidades cabeza de sector, el Responsable de Seguridad Digital será el enlace sectorial de seguridad digital.

### **3.3. Política de Defensa Jurídica**

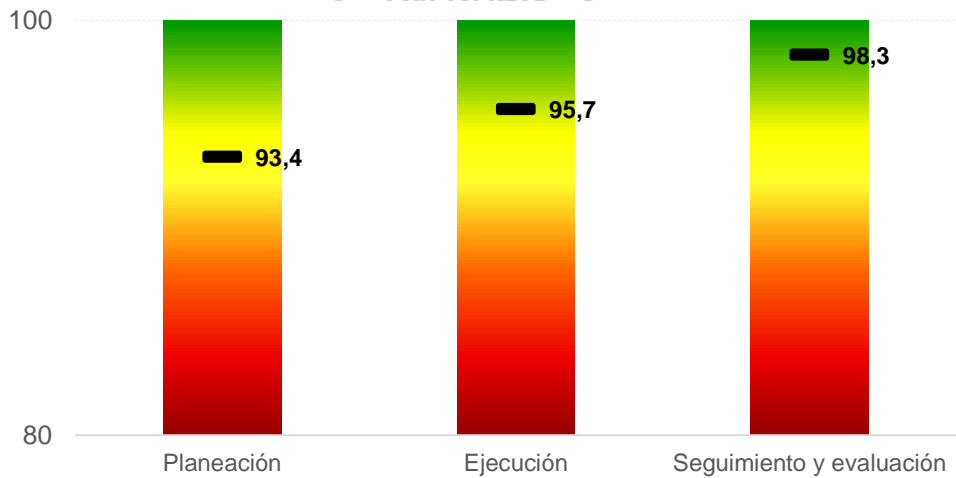
Todas las inquietudes que las entidades nacionales y territoriales tengan respecto a la implementación de esta política, podrán ser resueltas directamente por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado ANDJE0.

No se presentan o reportan avances al momento de la evaluación.

El resultado del autodiagnóstico continua con una calificación de 91.1 / 100, presentando la siguiente calificación por componentes:

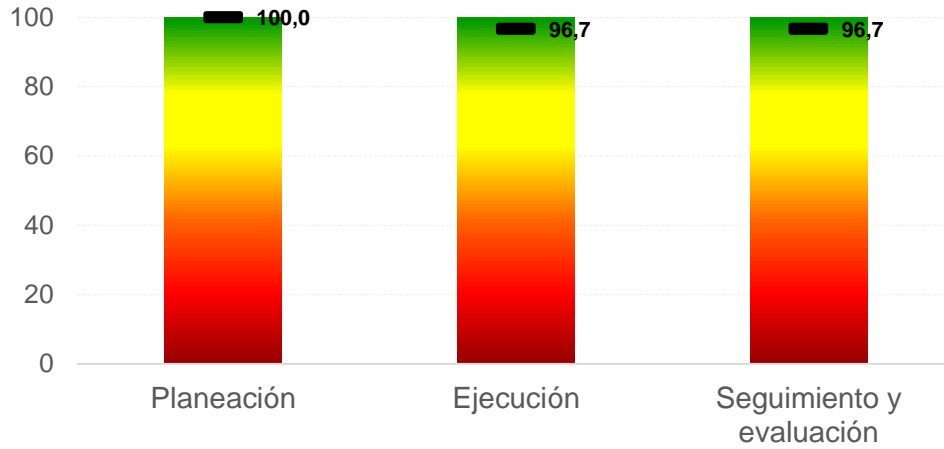


### Categorías del componente 1: Actuaciones Prejudiciales

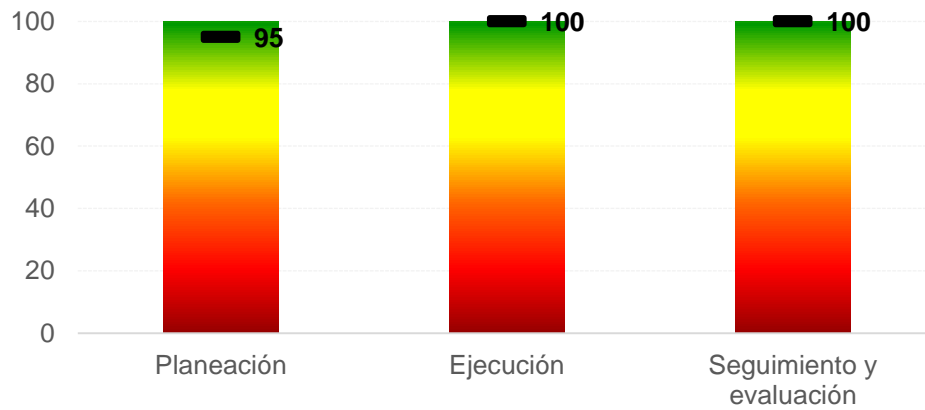




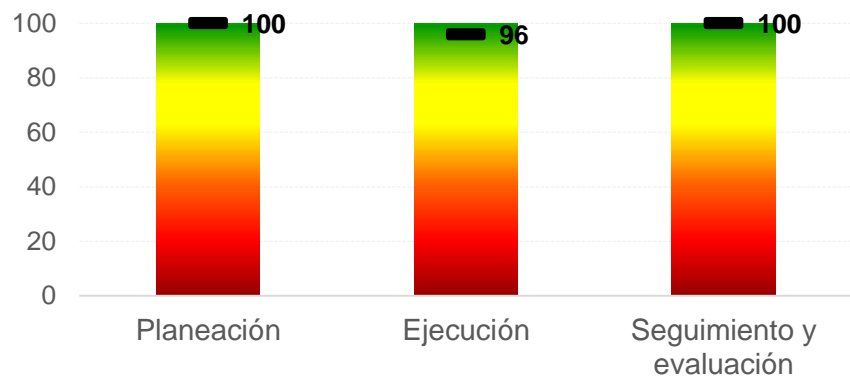
### Categorías del componente 2: Defensa judicial



### Categorías del componente 3: Cumplimiento de Sentencias y Conciliaciones

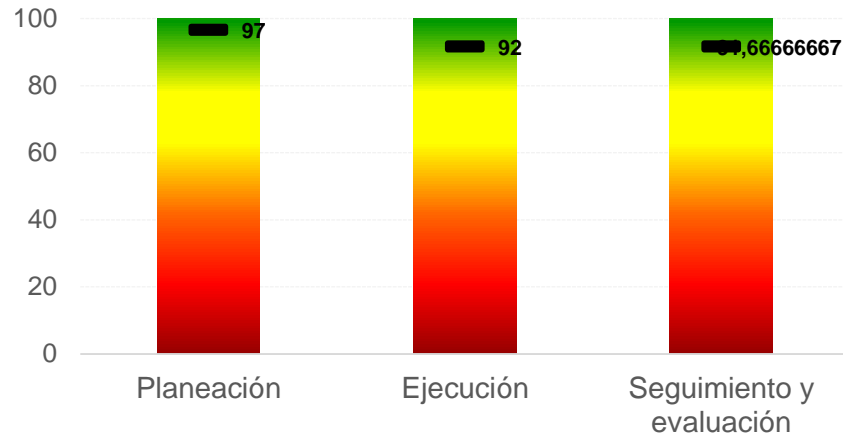


### Categorías del componente 4: Acción de Repetición y recuperación de bienes públicos

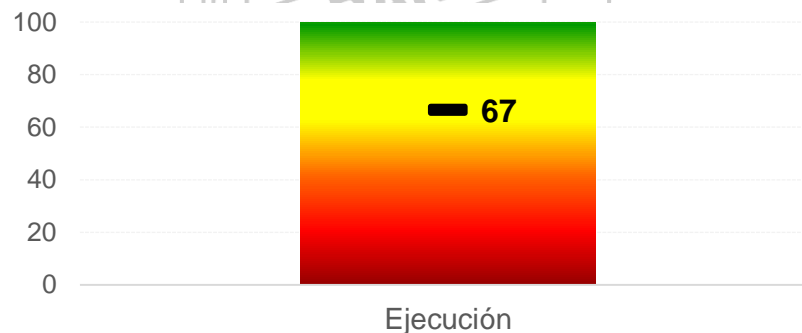




### Categorías del componente 5: Prevención del daño antijurídico



### Categorías del componente 6: Sistema de Información Litigiosa



**Nota:** Se ha diligenciado el Plan de Acción de Defensa Jurídica

### 3.4. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública

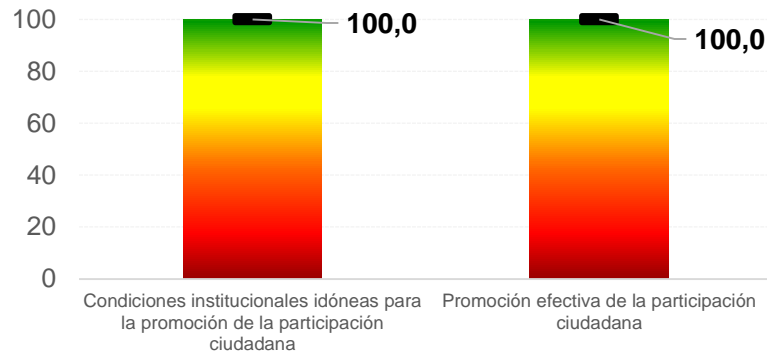
Las entidades deberán diseñar, mantener y mejorar espacios que garanticen la participación ciudadana en todo el ciclo de la gestión pública (diagnóstico, formulación, implementación, evaluación y seguimiento) en el marco de lo dispuesto en artículo 2 de la Ley 1757 de 2015; lo cual exige que, desde la dimensión de Dirección Estratégica y Planeación, se incluya de manera explícita la forma como se facilitará y promoverá la participación ciudadana.

Dentro de los espacios de participación se incluyen aquellos que faciliten el ejercicio del control social y la evaluación ciudadana, a través de procesos permanentes de rendición de cuentas que se deben garantizar durante todo el ciclo de la gestión pública



No se presentan variaciones en el periodo evaluado.

El resultado del autodiagnóstico continua con una calificación de 100 puntos frente a 95.5 / 100 reportado en el periodo anterior, presentando la siguiente calificación por Componentes:



De la misma manera se presenta la siguiente calificación por Categoría:

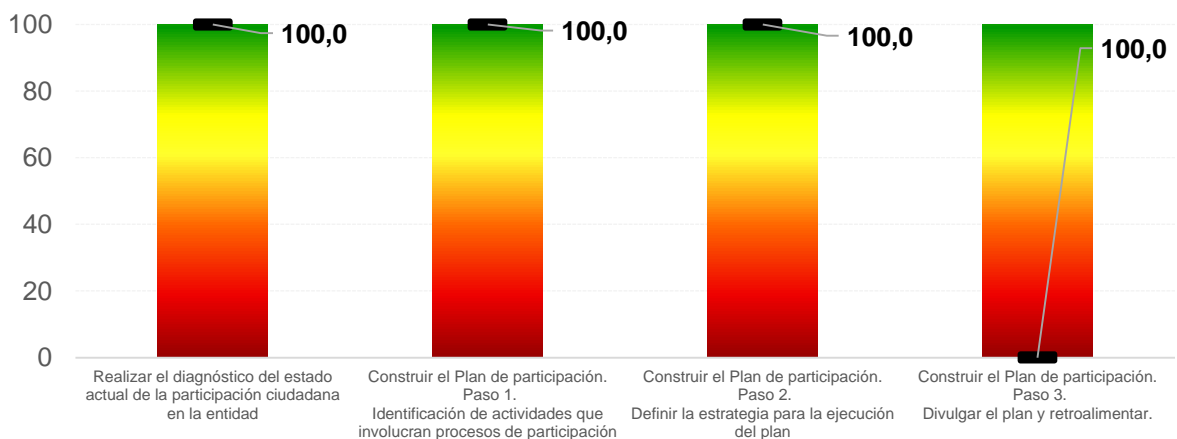
**Componente: Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana** en las siguientes categorías

Realizar el diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad

Construir el Plan de participación. Paso 1. Identificación de actividades que involucran procesos de participación

Construir el Plan de participación. Paso 2. Definir la estrategia para la ejecución del plan.

Construir el Plan de participación. Paso 3. Divulgar el plan y retroalimentar.



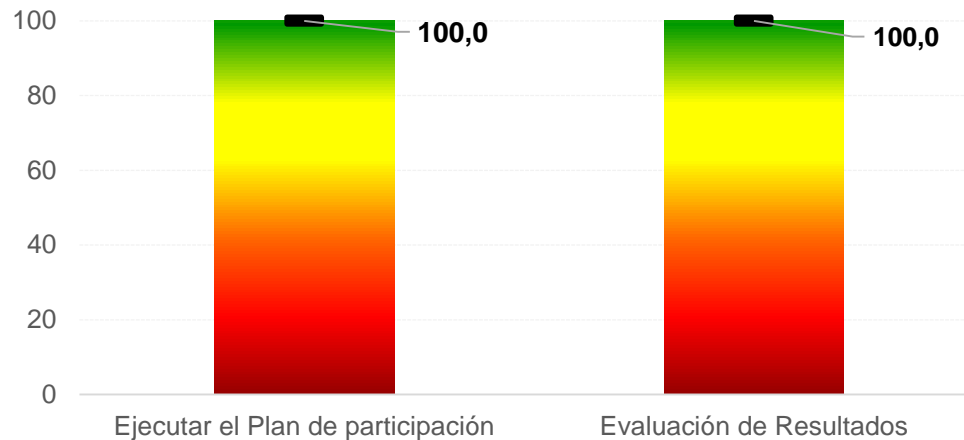
**Componente Promoción efectiva de la participación ciudadana**

Ejecutar el Plan de participación





### Evaluación de Resultados



### 3.5. Política Servicio al Ciudadano

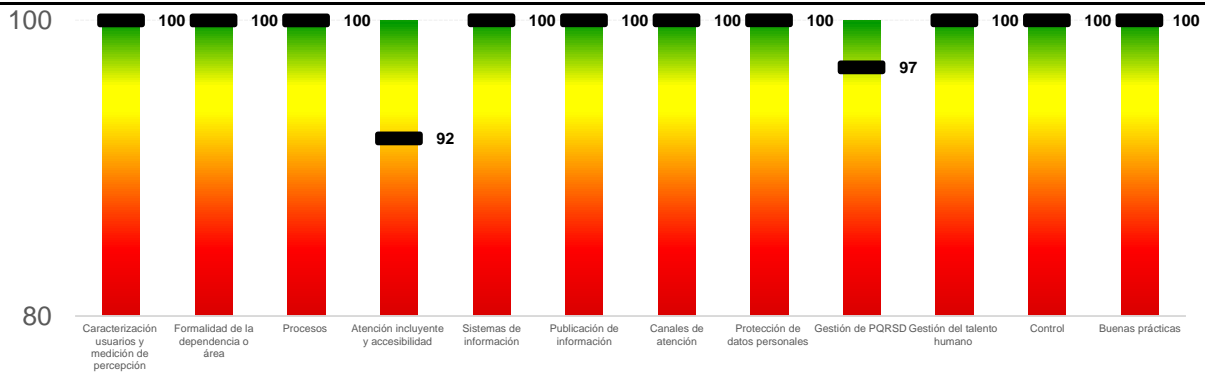
MIPG es un modelo orientado a resultados, por tanto, precisa que las entidades conozcan los derechos, necesidades y problemas de los ciudadanos, trabajen en torno a los resultados que los satisfacen y evalúen su satisfacción permanentemente. Esto se logra solo si se tiene al ciudadano como el referente para su gestión y como su punto de llegada, y a la ciudadanía organizada como participe en las fases de la gestión pública desde su formulación, ejecución y evaluación, según dispone la Ley 489 de 1998.

De igual manera, la Carta Iberoamericana de la Calidad hace un reconocimiento relevante al derecho de los ciudadanos a una gestión pública de calidad y su consecuente empoderamiento para exigir a las entidades la mejora continua en su propio beneficio (CLAD: 2008).

La política de servicio al ciudadano tiene como propósito facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos, mediante los servicios de la entidad, en todas sus sedes y a través de los distintos canales. El servicio al ciudadano se enmarca en los principios de información completa y clara, de igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, eficiencia, transparencia, consistencia, calidad y oportunidad, teniendo presente las necesidades, realidades y expectativas del ciudadano.

No se reporta avance en el periodo evaluado.

El resultado del autodiagnóstico continua con una calificación de 98.6 / 100 frente a 91.1 / 100 reportado en el periodo anterior presentando la siguiente calificación, por Categorías:



### Servicio al ciudadano:

Caracterización usuarios y medición de percepción con 100 puntos.

Formalidad de la dependencia o área con 100 puntos.

Procesos con 100 puntos.

Atención incluyente y accesibilidad con 92 puntos.

Sistemas de información con 100 puntos.

Publicación de información con 100 puntos.

Canales de atención con 100 puntos.

Protección de datos personales con 100 puntos.

Gestión de PQRSD con 97 puntos.

Gestión del talento humano con 100 puntos.

Control con 100 puntos.

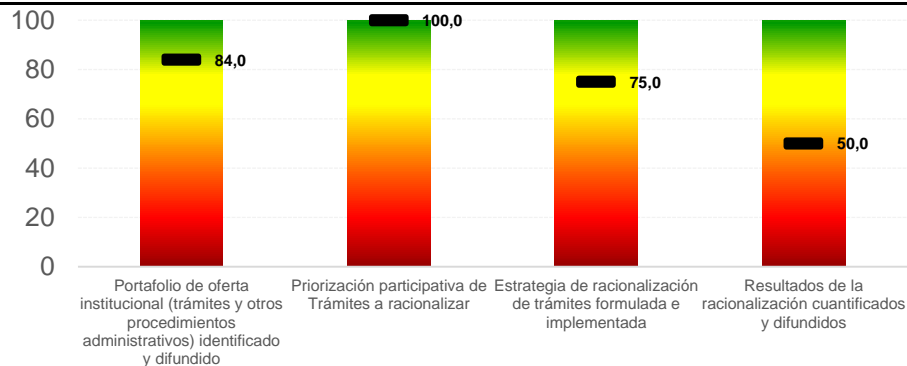
Buenas prácticas con 100 puntos.

### 3.6. Política de Racionalización de Trámites

Los trámites son los mecanismos a través de los cuales los ciudadanos, usuarios y grupos de valor acceden a sus derechos y cumplen con sus obligaciones. La política de Racionalización de Trámites está orientada a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos, para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos reduciendo costos, tiempos, documentos, procesos y pasos en su interacción con las entidades públicas.

El resultado del autodiagnóstico arrojó una calificación de **81.5** / 100 el cual se corrigió debido a que en el reporte anterior el responsable había calificado en el rango de 1 a 5 y no de 0 a 100 por cada actividad del componente o categoría.

La calificación por componente presenta el siguiente resultado:



#### 4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.


Tiene como propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad (i) saber permanentemente el estado de avance de su gestión, (ii) plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas, y (iii) al final del periodo, determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos.

MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados obtenidos

##### 4.1. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

Para facilitar el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, es importante tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación
- Revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades
- Evaluar el logro de los resultados
- Evaluar la gestión del riesgo en la entidad

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

- Evaluar la percepción de los grupos de valor
- Adelantar un ejercicio de autodiagnóstico
- Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación

No se presentan o reportan avances al momento de la evaluación

## **5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

MIPG define la Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.

Tiene como propósito garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

El desarrollo de esta dimensión, si bien implica interacción entre todas las Políticas de Gestión y Desempeño, concretamente deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas:

- Gestión documental
- Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

La entidad debe diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro de ella y en su entorno, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso, sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor. Para ello es necesario:

- Identificar y gestionar la información externa
- Identificar las fuentes de información externa
- Identificar y gestionar la información y comunicación interna

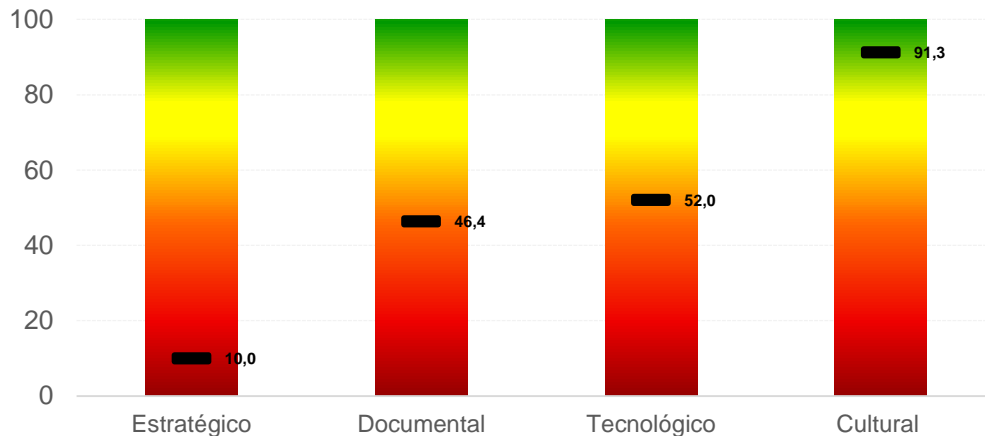
### **5.1. Gestión Documental**

Con esta política se busca mayor eficiencia administrativa en la política de la función archivística: gestión documental; la defensa de los derechos (de los ciudadanos, los servidores públicos y las entidades del Estado); la promoción de la transparencia y acceso a la información pública; la seguridad de la información y atención de contingencias; la participación de la ciudadanía en la gestión y a través del control social; el gobierno electrónico; así como la protección del patrimonio documental del país.



No se presentan avances en el periodo reportado.

El resultado del autodiagnóstico continua con una calificación de **38** frente a 37.6 reportado en el periodo anterior, presentando la siguiente calificación por categorías:



Estratégico con 10 puntos.  
Documental con 46.4 puntos.  
Tecnológico con 52 puntos.  
Cultural con 91.3 puntos.

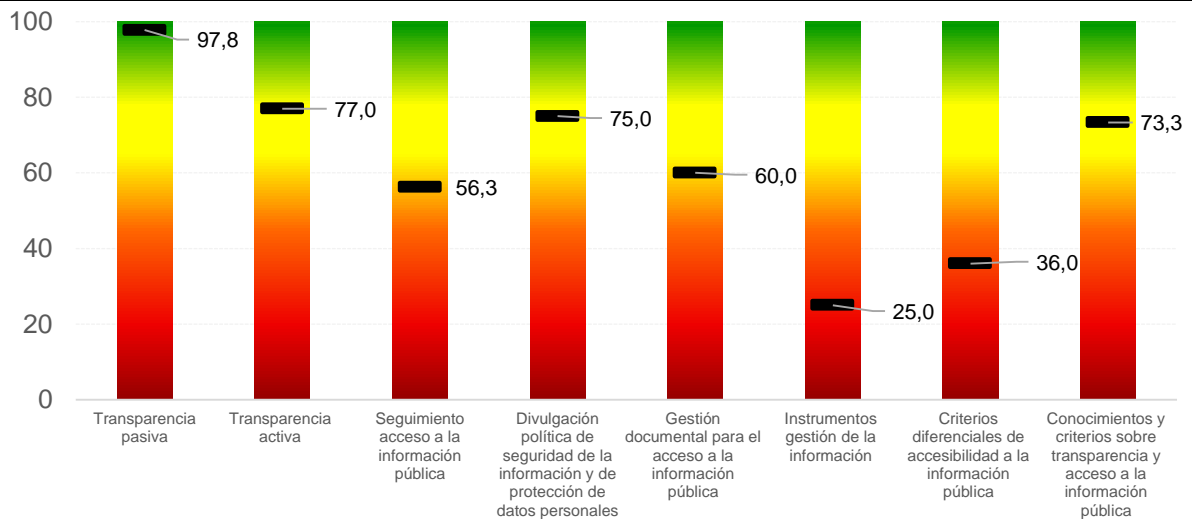


## 5.2. Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción.

Para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública las entidades tienen la obligación de divulgar activamente la información pública sin que medie solicitud alguna (transparencia activa); así mismo, tienen la obligación de responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a las solicitudes de acceso a la información pública (transparencia pasiva), lo que a su vez conlleva la obligación de producir o capturar dicha información.

No se reportan avances en el periodo evaluado

El resultado del autodiagnóstico continua con una calificación de 72.3 puntos, presentando la siguiente calificación por Categorías:



Transparencia pasiva 97.8 puntos, frente a 82 del pasado informe.

Transparencia activa 77 puntos, frente a 67 puntos del pasado informe.

Seguimiento acceso a la información pública 56.3 puntos, frente a 50 puntos del pasado informe.

Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales 75 puntos frente a 38 puntos del pasado informe.

Gestión documental para el acceso a la información pública continúa con 60 puntos.

Instrumentos gestión de la información continúa con 25 puntos.

Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública continúa con 36 puntos, frente a 20 puntos del pasado informe.

Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública 73.3 puntos, frente a 58 puntos del pasado informe.

## 6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

### 6.1. Gestión del Conocimiento y la Innovación.

La Gestión del Conocimiento y la Innovación fortalece de forma transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.

La sexta dimensión de MIPG -Gestión del Conocimiento y la Innovación- dinamiza el ciclo de política pública, facilita el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconecta el conocimiento entre los servidores y dependencias, y promueve buenas prácticas de gestión.





En el sector público se genera una cantidad importante de datos, información, ideas, investigaciones y experiencias que, en conjunto, se transforman en conocimiento

No se presentan o reportan avances al momento de la evaluación

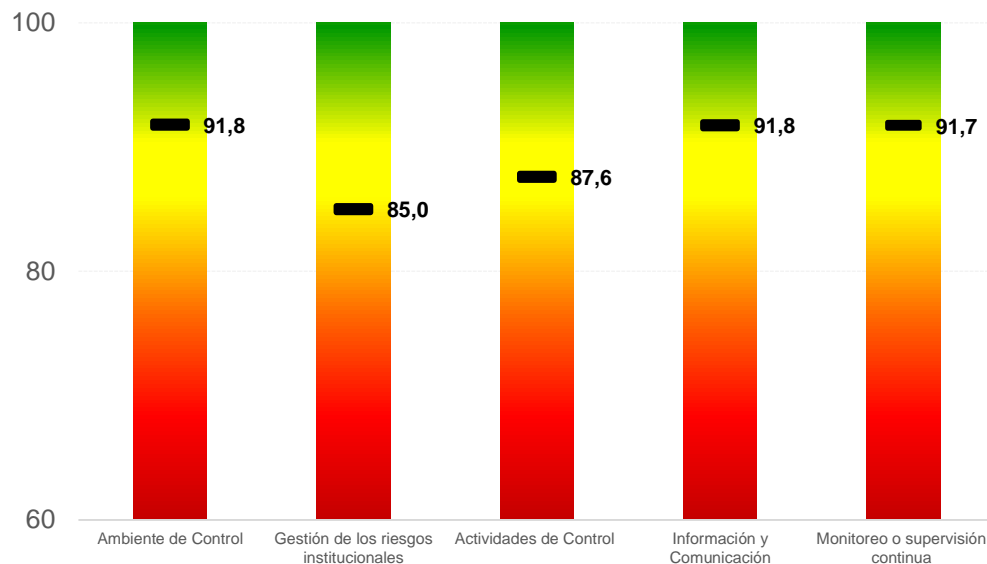
## 7. CONTROL INTERNO

### 7.1. CONTROL INTERNO

MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

La séptima dimensión de MIPG, el Control Interno<sup>9</sup>, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018). Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG y se desarrolla en detalle en este apartado del Manual Operativo.

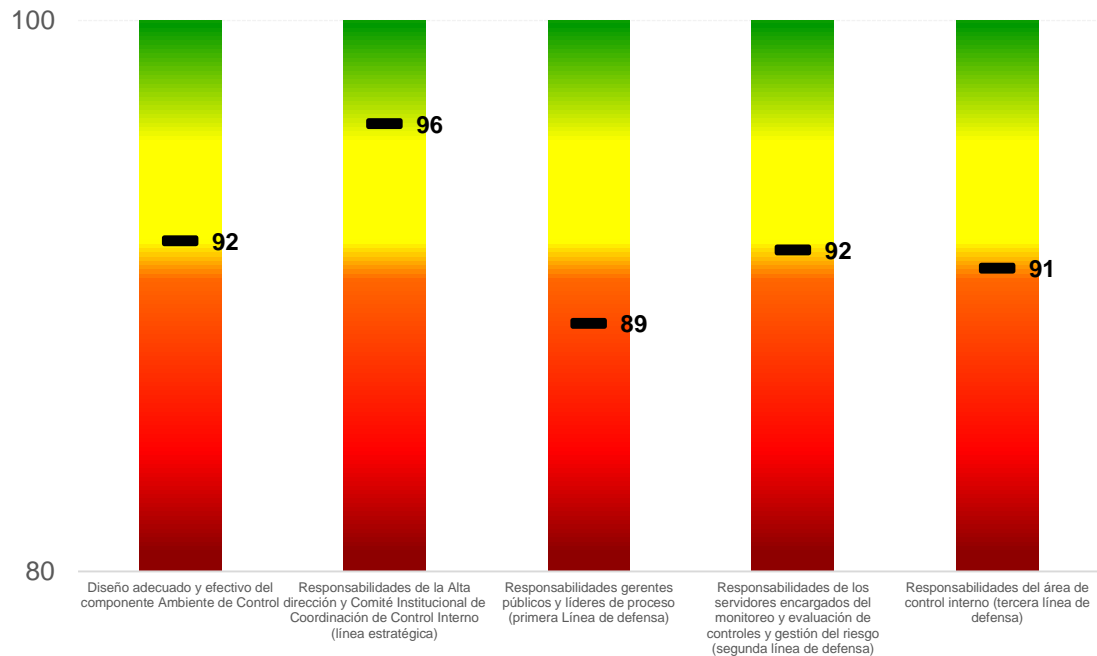
El resultado del autodiagnóstico arrojó una calificación de **89.4** puntos frente a **70.9** del periodo reportado en el informe anterior presentando la siguiente calificación por Componentes:



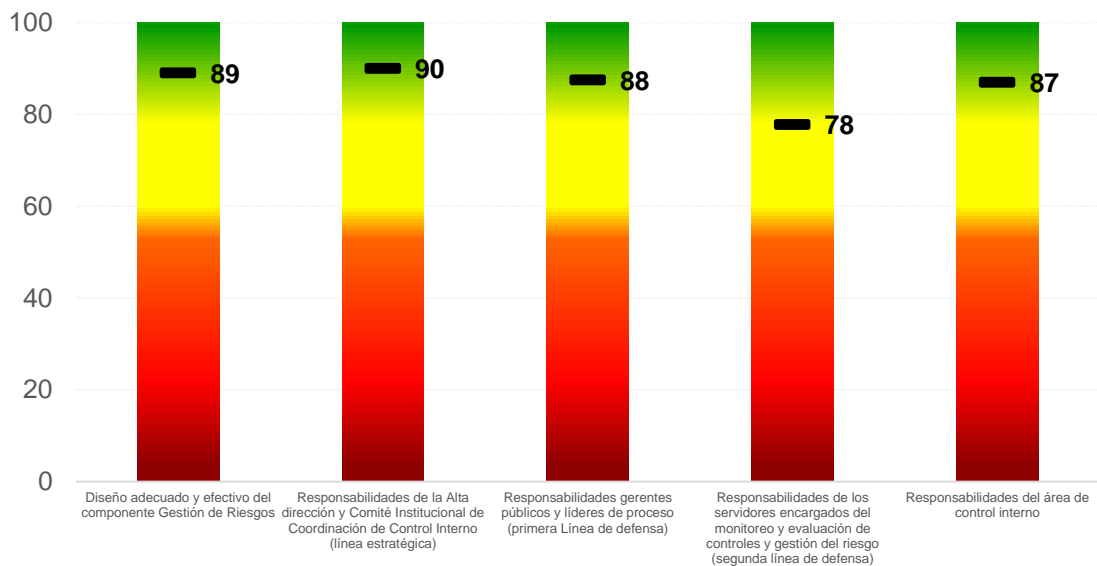


Se presenta la siguiente calificación por Categorías:

### Categorías del componente 1: Ambiente de Control

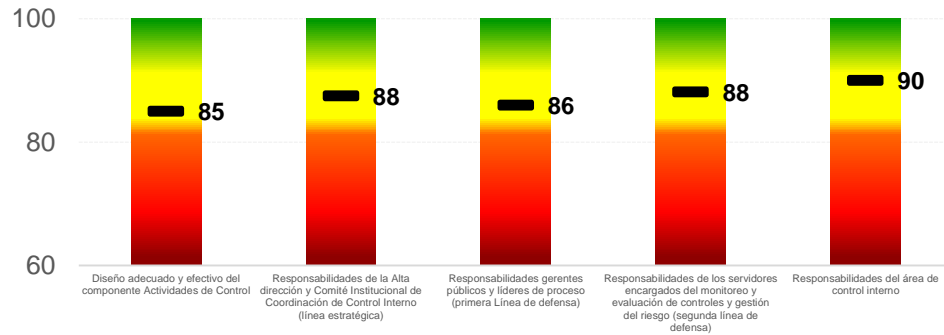


### Categorías del componente 2: Gestión de los Riesgos Institucionales

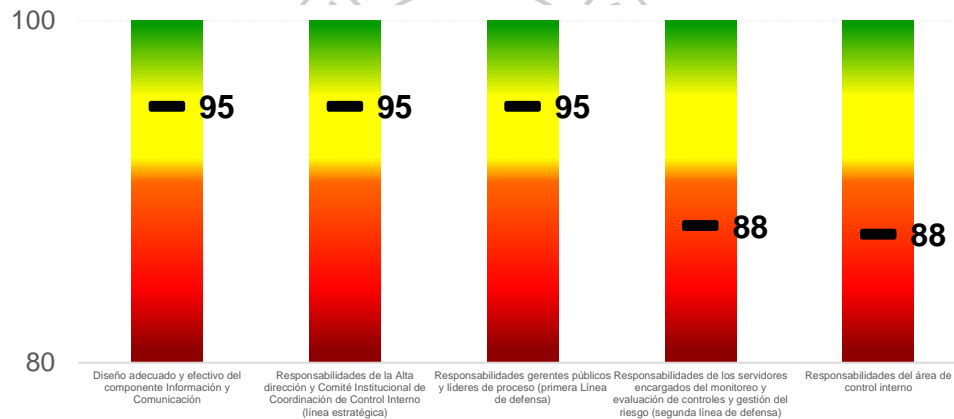




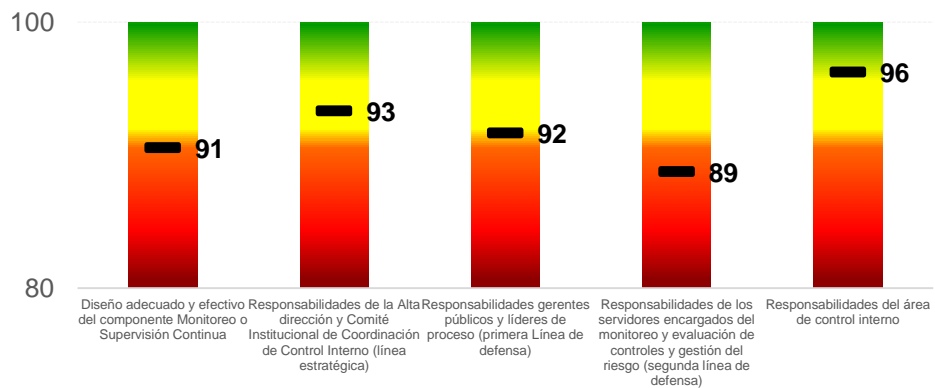
### Categorías del componente 3: Actividades de Control




### Categorías del componente 4: Información y Comunicación



### Categorías del componente 5: Monitoreo o Supervisión Continua



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Se desarrolla el proceso acompañamiento para la actualización e implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG teniendo como punto de partida los avances logrados en los anteriores sistemas de Desarrollo Administrativo y Gestión de la Calidad y con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, el cual se viene realizando de una manera gradual pero constante, apoyado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

### III. ENCUESTA FURAG 2018 - Decreto 2482 de 2012

El FURAG es el Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión en el cual se captura información sobre el cumplimiento de los objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (hoy alineado con el Modelo Estándar de Control Interno MECI) con el fin de recolectar la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades.

El Departamento Administrativo de la Función Pública tiene la administración del aplicativo y lleva a cabo el monitorio establecido por el Gobierno Nacional del avance en MIPG y MECI con una periodicidad anual.

De conformidad con lo definido en el Decreto 1499 de 2017 compilado en el Decreto Único1083 de 2015 y la Ley 87 de 1993, el FURAG mide la gestión y desempeño institucional en las entidades que están en el ámbito de aplicación:

- Del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG y
- Del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.


Quienes deben reportar son los jefes de planeación y de control interno o quienes hagan sus veces, de las entidades objeto de aplicación tanto de MIPG como de MECI.

En el nivel nacional se debe reportar la información relacionada con la implementación y resultados de las políticas de gestión y desempeño que hacen parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.

En tanto que a nivel territorial se reporta la información relacionada con el estado de avance y sobre la efectividad de los sistemas institucionales de control interno.

La información se debe reportar para:

1. Conocer el estado y los avances de la gestión, el desempeño y el Sistema de Control Interno institucional.
2. Identificar los aspectos susceptibles de mejora.
3. Sustentar los ejercicios de planeación institucional con base en los resultados de su gestión.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

4. Definir cursos de acción para la correcta transición o implementación del MIPG alineado con MECI.
5. Contar con insumos para la elaboración de los informes que se deberán entregar en el próximo proceso de empalme (orden territorial).

En este orden de ideas, el Departamento Administrativo de la Función Pública pone a disposición el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión FURAG el cual se encuentra disponible en el enlace <http://furag.funcionpublica.gov.co/hs/faces/FURAG2019> desde el 12 de febrero hasta el 15 de marzo de 2019, con fin de que registre la información para medición del Modelo Estándar de Control Interno MECI, vigencia 2018, corte a 31 de diciembre (artículo 2.2.23.3 Decreto del 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017).

Se asigna Usuario y Contraseña al Jefe de Control Interno y se indica podrá diligenciar la información que estime conveniente con el jefe de planeación de la entidad o con quien delegue el representante legal, a fin de garantizar una medición integral del MECI, así como para la medición de las políticas de gestión y desempeño institucional cuyo ámbito de aplicación rigen para su entidad.

Se dispone de un tiempo para organizar la información que debe suministrar y preparar las evidencias respectivas que se deben relacionar. Informa el DAFP que cada Formulario está diseñado para que solo se desplieguen preguntas que le aplican a la entidad de acuerdo con las disposiciones propias que rigen a cada una de las políticas de gestión y desempeño.


Por último se indica que los resultados de esta medición podrán ser tomados como insumo para la elaboración de los informes que se deberán entregar en el próximo proceso de empalme así como conocer los avances y aspectos susceptibles de mejora respecto a la gestión, el desempeño institucional y el estado de su sistema de control interno institucional.

### **Aspectos Generales**

Se muestran los resultados de la medición de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, llevada a cabo a través del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión FURAG.

La información producto del diligenciamiento del FURAG, se constituye en la línea base que permitirá avanzar en la implementación del MIPG y del MECI lo que permitirá orientar la gestión hacia resultados, enfocada al servicio ciudadano y sustentada en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, Ley 1955 de Mayo 25 de 2019, el cual propone 5 Puntos de Mejora en Desempeño a partir de la línea base entidades territorio dentro del marco de la estrategia de “Pacto por una gestión pública efectiva”.

El diligenciamiento de la encuesta FURAG II se realizó por parte de Planeación Operativa y el Asesor de control Interno, entre el 12 de febrero y 22 de marzo de 2019.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

La Dirección de Gestión y Desempeño del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP, orienta a las entidades en los siguientes términos:

1. Los resultados de desempeño institucional vigencia 2018 no son objeto de comparación con los resultados de desempeño 2017, debido a ajustes del instrumento y la metodología de medición.
2. Los resultados 2018 se constituyen en la línea base del presente cuatrienio. La meta en el PND es Mejorar en 10 puntos la medición en las entidades nacionales, y en 5 puntos, para las entidades territoriales.
3. El IDI está en una escala de 1 a 100; así mismo, los mínimos y máximos de cada índice están determinados por la complejidad de cada política evaluada.
4. El cambio de preguntas para siguientes mediciones no puede superar el 20% de las aplicadas en la presente medición, para cada indicador.

El Reporte Final de MIPG fue presentado por 143 entidades de la Rama Ejecutiva del Orden nacional con un 100% y 3.086 Entidades del Orden Territorial, equivalente al 97%. Se presentaron 32 Gobernaciones; 1.099 Alcaldías de las 1.101; y, 1.892 de las 1.953 Entidades Descentralizadas. El índice de Desempeño MIPG en Entidades de la Nación se determinó en 74.3 mientras que en las entidades del Territorio fue de 57.7.

En el Orden Nacional el Reporte Final MECI aplicado a un universo de 216 entidades, de las cuales 215 presentaron el reporte, llegando al 99%, y mostrando un Índice de Control interno fue de 72.8

En el Orden Territorial el Reporte Final MECI el universo fue de 5.892 Entidades de las cuales 4.897 reportaron, lo cual representa un 85%. Se evaluaron 32 Gobernaciones; 1.099 Alcaldías de las 1.101; 1.876 de 2.419 Entidades descentralizadas; 31 de 32 Asambleas; 894 de 1.101 Concejos; 65 Contralorías; 951 de 1.101 Personerías; y, 39 de 41 de otras entidades. El índice de Control interno fue de 47.7.


## 1. Interpretar los Resultados

Para la recolección de la información se utilizaron distintos cuestionarios de acuerdo con las características propias de cada entidad. Por lo tanto, las comparaciones, el ranking, sólo proceden dentro de los grupos par integrados por entidades de similares características.

Para interpretar los resultados, se debe tener en cuenta:

### Paso 1 – Consulta de Puntajes

1. Ingrese al reporte interactivo
2. Consulte

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

- a. Puntaje General de IDI;
  - b. Los puntajes por dimensión;
  - c. Los puntajes por política; o
  - d. Los puntajes de los índices desagregados
3. Selecciones los puntajes sobre los que desea hacer una validación

### **Paso 2 - Análisis de los Índices**

Para comprender el puntaje objetivo:

4. Descargue el formulario diligenciado aplicativo FURAG con su usuario y clave
5. Consulte las preguntas utilizadas por índice en el Micrositio MIPG – Resultados 2018 (Descargue el Excel)
6. Verifique sus respuestas en el formulario, frente a las preguntas del índice consultado

### **Paso 3 - Plan de Mejoramiento**

7. Partiendo de las respuestas que marcó en el formulario, podrá identificó los aspectos en los cuales debe emprender un Plan de Mejoramiento.
8. Formule un Plan de Mejoramiento

### **Paso 4 – Asesoráis del Líder de Política**

9. Consulte con el líder de política, si el plan de mejoramiento formulado, responde al requerimiento de la política.

Atendiendo éstos lineamientos, se logra el siguiente resultado:

#### **1.1. Encuesta FURAG 2018**

El Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión FURAG que se envió a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito solo contenía el componente MECI, el cual consta de 175 preguntas, de las cuales solo se evaluarían 134 en razón a que 41 son de carácter informativo.

Los aspectos a evaluar fueron los componentes del **Control Interno** con 53 preguntas de las cuales solo se calificaron 40, es decir el 75.47%; y, las **Políticas de Gestión y Desempeño Generales** que contenían 81 preguntas, de las cuales se evalúan tan solo 61, que corresponde al 75.31%.

El total acumulado corresponde a 134, de la cuales solo se evalúan 101 es decir el 75.37%, quedando sin evaluar un total de 33 preguntas.

El consolidado se muestra así:



CONSOLIDADO EVALUACION FURAG 2018					
# Preg	POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	Formuladas	Evaluadas	No Evaluadas	% Evaluado
<b>1, MECI</b>					
1 a 15	Ambientes de Control	15	5	10	33,33
16 a 23	Evaluación del Riesgo	8	8	0	100,00
24 a 29	Actividades de Control	6	6	0	100,00
30 a 39	Información y Comunicación	10	10	0	100,00
40 a 53	Actividades de Monitoreo	14	11	3	78,57
	<b>Parcial</b>	<b>53</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>75,47</b>
<b>2, Políticas de Gestión y Desempeño Generales</b>					
54 a 56	Planeación Institucional	3	3	0	100,00
57 a 57	Gestión Presupuestal	1	1	0	100,00
58 a 69	Gestión Estratégica del Talento Humano	12	7	5	58,33
70 a 74	Integridad	5	5	0	100,00
75 a 77	Fortalecimiento Institucional	3	3	0	100,00
78 a 91	Gobierno Digital	14	14	0	100,00
92 a 104	Transparencia, Acceso a la Información y	13	10	3	76,92
105 a 115	Servicio al Ciudadano	11	9	2	81,82
116 a 125	Participación Ciudadana	10	4	6	40,00
126 a 127	Seguimiento y Evaluación	2	2	0	100,00
128 a 129	Gestión de la Información y Comunicació	2	2	0	100,00
130 a 131	Gestión Documental	2	0	2	0,00
132 a 134	Gestión del Conocimiento y la Innovación	3	1	2	33,33
	<b>Parcial</b>	<b>81</b>	<b>61</b>	<b>20</b>	<b>75,31</b>
	<b>Subtotal</b>	<b>134</b>	<b>101</b>	<b>33</b>	<b>75,37</b>
<b>3. Informativas</b>					
135 a 160	Gestión Estratégica del Talento Humano	26	0	26	0,00
161 a 169	Fortalecimiento Institucional	9	0	9	0,00
170 a 175	Equidad de la mujer	6	0	6	0,00
	<b>Parcial</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>41</b>	<b>0,00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>101</b>	<b>74</b>	<b>57,71</b>

## 1.2. Preguntas que no están en el formulario y se evaluaron FURAG 2018

Una vez descargado el Formulario diligenciado en el aplicativo FURAG y al compararlo con las preguntas utilizadas, las cuales se descargaron del Micrositio MIPG – Resultados 2018 (Descargue el Excel), se logró verificar que existen preguntas en el Formato Excel que no están en el formulario descargado del aplicativo FURAG

### Actividades de control efectivas

#### 1. Las acciones de racionalización de trámites /otros procedimientos administrativos implementadas por la entidad han permitido:

- Reducir los pasos de los trámites /otros procedimientos administrativos
- Reducir los costos de los trámites /otros procedimientos administrativos
- Reducir los requisitos de los trámites /otros procedimientos administrativos
- Que los grupos de valor conozcan los beneficios que obtuvieron por efecto de la





racionalización

- e. Reducir los tiempos de respuesta de los trámites/otros procedimientos administrativos.
- f. Disminuir la presencia del ciudadano en las ventanillas de la entidad haciendo uso de medios tecnológicos
- g. Aumentar los mecanismos y controles para evitar posibles riesgos de corrupción.
- h. Ninguna de las anteriores

### Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora

#### 2. Los líderes de procesos, programas o proyectos, (o en su defecto el representante legal) realizan las siguientes actividades de monitoreo:

- a. Seguimiento a los de los problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales (riesgos) y controles de sus procesos, programas o proyectos a cargo
- b. Identifica deficiencias en los controles y propone los ajustes necesarios
- c. No realiza actividades de monitoreo

### Ambiente propicio para el ejercicio del control

#### 3. Para el manejo de los problemas que afectan el cumplimiento de las metas u objetivos institucionales (riesgos), el representante legal y su equipo directivo:

- a. Define espacios de reunión para conocerlos y proponer acciones para su solución
- b. Cada líder del equipo autónomamente toma las acciones para solucionarlos
- c. Los problemas se materializan y no se toman acciones
- d. Solamente hasta que un organismo de control actúa se definen acciones de mejora

### Línea Estratégica

#### 4. El manejo de los problemas que afectan el cumplimiento de las metas u objetivos institucionales (riesgos) ha permitido que la entidad:

- a. Analice sus procesos y defina cuáles son esos problemas (riesgos) que se pueden llegar a presentar
- b. Tome acciones para prevenirlos
- c. Realice acciones para controlar sus riesgos
- d. Defina los responsables de hacer seguimiento
- e. Identifique y documente todos sus problemas (riesgos)
- f. Analice la posibilidad de apoyo del comité departamental o municipal de auditoría correspondiente
- g. No se hace manejo a los problemas que afectan el cumplimiento de las metas u objetivos

#### 5. La gestión para el manejo de los problemas que afectan el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales (riesgos) ha permitido:

- a. Evitar que los problemas (riesgos) obstaculicen el cumplimiento de los objetivos
- b. Controlar los puntos críticos en los procesos
- c. Diseñar acciones adecuadas para controlar los problemas que afectan el



- cumplimiento de las metas y objetivos institucionales (riesgos)
- d. Ejecutar las acciones de acuerdo a como se diseñaron previamente
  - e. No se gestionan los problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales (riesgos)

### Primera Línea de Defensa

- 6. Los líderes de procesos, programas o proyectos (o en su defecto el representante legal) de la entidad, en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno, verifican:**
  - a. Que se produzca la información requerida para el cumplimiento de las funciones y cumplimiento de objetivos institucionales
  - b. Que se cuente con la información necesaria para el seguimiento al cumplimiento de los objetivos de la entidad
  - c. Ninguna de las anteriores
- 7. Para el manejo de los problemas que afectan el cumplimiento de las metas u objetivos institucionales (riesgos), el representante legal y su equipo directivo:**
  - a. Define espacios de reunión para conocerlos y proponer acciones para su solución
  - b. Cada líder del equipo autónomamente toma las acciones para solucionarlos
  - c. Los problemas se materializan y no se toman acciones
  - d. Solamente hasta que un organismo de control actúa se definen acciones de mejor
- 8. Los líderes de procesos, programas o proyectos, (o en su defecto el representante legal) de la entidad realizan:**
  - a. Actividades (controles) para dar tratamiento a los problemas identificados (riesgo)
  - b. Actividades para controlar los cambios (contexto) que puedan afectar el cumplimiento de las funciones
  - c. La documentación de los problemas (mapa de riesgos) y el manejo que la entidad le ha dado incluyendo aquellos que conllevan posibles actos de corrupción
  - d. Seguimiento a los problemas (riesgos) y soluciones (controles) dadas a los mismos y las mejoras a que haya lugar
  - e. No realiza ninguna actividad.

### Segunda Línea de Defensa

- 9. Las acciones de racionalización de trámites /otros procedimientos administrativos implementadas por la entidad han permitido:**
  - a. Reducir los pasos de los trámites /otros procedimientos administrativos
  - b. Reducir los costos de los trámites /otros procedimientos administrativos
  - c. Reducir los requisitos de los trámites /otros procedimientos administrativos
  - d. Que los grupos de valor conozcan los beneficios que obtuvieron por efecto de la racionalización
  - e. Reducir los tiempos de respuesta de los trámites/otros procedimientos administrativos.
  - f. Disminuir la presencia del ciudadano en las ventanillas de la entidad haciendo uso de



medios tecnológicos

- g. Aumentar los mecanismos y controles para evitar posibles riesgos de corrupción.
- h. Ninguna de las anteriores

### 1.3. Propuesta Metodológica Grupos Par - Orden Territorial

Los grupos par son una propuesta metodológica que tiene como finalidad identificar grupos homogéneos de entidades territoriales, considerando sus características particulares. Se estructuran considerando dos criterios:

- 1. Tipologías municipales
- 2. Naturaleza jurídica

Esta clasificación tiene la finalidad de realizar análisis comparativos que faciliten su evaluación objetiva en el avance de las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional. Dentro de cada grupo par, los resultados numéricos de las entidades se ordenan y dividen en quintiles (cinco categorías cada una con el mismo número de entidades, equivalente al 20% del total de entidades).

Para la clasificación de las entidades en los grupos par se tomó como referencias como insumo las tipologías municipales y departamentales establecidas por el Departamento Nacional de Planeación<sup>1</sup>, que clasifica a los municipios por entornos de desarrollo en 3 categorías: a) Robusto; b) Intermedio y c) Temprano, a su vez los ordena en 7 tipologías que reúnen características relativamente homogéneas.

Tabla 1. Tipologías municipales DNP Tipología	Número de municipios	Entorno de desarrollo
A	6	Robusto
B	63	
C	158	Intermedi o
D	261	
E	293	
F	209	Temprano
G	111	
<b>Total</b>	<b>1101</b>	

Es importante aclarar que si bien la clasificación por tipologías del DNP corresponde a



municipios y no entidades propiamente, para la medición del FURAG se utiliza el supuesto de que todas las entidades de un municipio tienen la misma tipología.

De este ejercicio resultaron 64 grupos par.

Tabla 2. Distribución de entidades por grupo par y tipologías

No.	TIPO ENTIDAD	A	B	C	D	E	F	G	Total general
1	Alcaldías	6	63	158	261	293	209	111	1.101
2	Asambleas	6	10	10	4	2			32
3	Concejos	6	63	158	261	293	209	111	1.101
4	Contralorías	12	29	17	5	2			65
5	Gobernaciones	6	10	10	4	2			32
6	Personerías	6	63	158	261	293	209	111	1.101
7	Distrito capital	54							54
8	Empresas de servicios públicos	42	94	122	141	133	68	28	628
9	Empresas sociales del estado	24	73	131	165	156	92	39	680
10	Otras entidades sector salud	10	28	26	64	79	80	36	323
11	Entidades de bienestar social	6	8	3	2	2	1		22
12	Entidades sector educación	20	14	11	3	3			51
13	Entidades sector deporte, cultura y turismo	37	85	84	49	39	16	8	318
14	Entidades sector ambiente y saneamiento	8	3	2					13
15	Entidades sector vivienda	8	27	13	9	6	2		65
16	Entidades de financiamiento, promoción, fomento y desarrollo	34	34	20	10	5	1	1	105
17	Entidades sector transporte y movilidad	16	31	25	16	6	3		97
18	Asociación entidades territoriales	11	5	5	2				23
19	Empresas industriales y comerciales y sociedades públicas	22	25	9	8	2			66
20	Centros provinciales de gestión agroempresarial	0	4	7	1	4	1		17
21	Seguridad y convivencia	7	2	1					10
22	Otros sin resultado	2		2	1	1	1		7
<b>TOTAL</b>									<b>5.911</b>

Fuente: elaboración propia


### 1.3.1. Composición de los grupos par

Las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación del MIPG o MECI en el orden territorial, reciben la misma tipología que obtuvo el municipio en el que se encuentran localizadas. Para el ejercicio del FURAG, sólo se tienen en cuenta las tipologías municipales y se agrega el Distrito Capital (originalmente clasificado por el DNP en las tipologías departamentales).

Para efectos de la interpretación de resultados del FURAG II – vigencia 2018, a continuación se describen los entornos de desarrollo, posteriormente se describen los 22 tipos de entidad con sus respectivos sus grupos par y las tipologías asignadas.

#### 1.3. 1.1. Entornos de desarrollo y Tipologías

##### a. Entorno de desarrollo robusto: Tipologías A – B.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Estos municipios cuentan con alta participación en la economía nacional y concentran gran parte de la población urbana del país. Adicionalmente tienen una alta conectividad con otras regiones del país y con el exterior, lo que les permite operar como polo de desarrollo. Su calidad de vida registra mediciones que están generalmente por encima de los promedios nacionales mientras que la situación de seguridad está influenciada principalmente por acciones relacionadas con delincuencia común.

#### **b. Entorno de desarrollo intermedio: Tipologías C – D – E**

En general, son ciudades intermedias con relevancia en la economía departamental, principalmente, capitales departamentales y municipios que históricamente han operado como centralidad regional. Su calidad de vida presenta mediciones modestas concentrando el grupo de municipios que generan brechas en indicadores sociales. La institucionalidad local requiere esfuerzos principalmente en la capacidad de atracción de inversiones y de generación de recursos propios.

##### **1.3.1.2. Tipos de entidad y Grupos par**

1.3.1.2.1. Tipo de entidad 1 - Alcaldía:

1.3.1.2.2. Tipo de entidad 2 - Asambleas:

1.3.1.2.3. Tipo de entidad 3 - Concejos:

1.3.1.2.4. Tipo de entidad 4 - Contralorías

1.3.1.2.5. Tipo de entidad 5 - Gobernaciones

1.3.1.2.6. Tipo de entidad - Personerías

1.3.1.2.7. Tipo de entidad 7- Distrito Capital

1.3.1.2.8. Tipo de entidad 8 - Empresas de servicios públicos

##### **1.3.1.2.9. Tipo de entidad 9 - Empresas Sociales del Estado**

Las Empresas Sociales del Estado están encargadas de la prestación de servicios de salud por parte del Estado. Son entidades descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos.

Estas entidades están clasificadas en seis grupos par, según las tipologías municipales así:

Grupo par 30: ESE - Tipología A y B

Grupo par 31: ESE - Tipología C

Grupo par 32: ESE - Tipología D

Grupo par 33: ESE - Tipología E

Grupo par 34: ESE - Tipología F

Grupo par 35: ESE - Tipología G

1.3.1.2.10. Tipo de entidad 10 - Otras entidades del sector salud

Este grupo está compuesto por entidades prestadoras de servicios de salud o afines diferentes a las E.S.E, tales como E.P.S., I.P.S., centros de salud, asociaciones, clínicas, Unidades Administrativas Especiales, Direcciones seccionales o territoriales entre otras.

Estas entidades están clasificadas en seis grupos par, según las tipologías municipales así:



Grupo par 36: Otras entidades sector salud - Tipología A y B  
 Grupo par 37: Otras entidades sector salud - Tipología C  
 Grupo par 38: Otras entidades sector salud - Tipología D  
 Grupo par 39: Otras entidades sector salud - Tipología E  
 Grupo par 40: Otras entidades sector salud - Tipología F  
 Grupo par 41: Otras entidades sector salud - Tipología G

- 1.3.1.2.11. Tipo de entidad 11 - Bienestar social
- 1.3.1.2.12. Tipo de entidad 12 - Sector educación
- 1.3.1.2.13. Tipo de entidad 13 - Sector deporte, cultura y turismo
- 1.3.1.2.14. Tipo de entidad 14 - Sector ambiente y saneamiento
- 1.3.1.2.15. Tipo de entidad 15 - Sector vivienda
- 1.3.1.2.16. Tipo de entidad 16 - Financiamiento, promoción, fomento y desarrollo – tipología A – B – C y demás
- 1.3.1.2.17. Tipo de entidad 17 - Sector transporte y movilidad - tipología A – B – C y demás
- 1.3.1.2.18. Tipo de entidad 18 - Asociación entidades territoriales
- 1.3.1.2.19. Tipo de entidad 19 - Empresas industriales y comerciales y sociedades públicas
- 1.3.1.2.20. Tipo de entidad 20 - Centros provinciales de gestión agroempresarial
- 1.3.2.2.21 Tipo de entidad 21 - Seguridad y convivencia
- 1.3.2.2.22. Tipo de entidad - Otros sin resultado

En la recolección de información se utilizaron distintos cuestionarios de acuerdo con las características propias de cada entidad, por lo tanto, las comparaciones y ranking solo proceden dentro de los grupos par integrados por entidades similares.

Consultados los Grupos Par, de acuerdo a la anterior clasificación que aplicara el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se ubica en los siguientes Grupos Par:

#### GRUPO PAR - DEPARTAMENTO DEL HUILA

GRUPO PAR - DEPARTAMENTO DEL HUILA				Puntaje por entidad	Quintil Grupo Par	Promedio Grupo Par	Máximo Grupo Par	Mínimo Grupo Par
CódigoSige	Entidad	Tipo de Informe	Municipio	D7: Control Interno	D7: Control Interno	D7: Control Interno	D7: Control Interno	POLITICA 16: Control Interno
3066	HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS - SAN AGUSTIN	MECI	San Agustín	71,2	5	55	84	25
3325	HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO -BARAYA	MECI	Baraya	69,8	5	55	84	25
3191	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS - PALERMO	MECI	Palermo	60,7	4	55	84	25
3373	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO - PITALITO	MECI	Pitalito	59,9	4	55	84	25
3502	HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	MECI	Guadalupe	55,6	3	55	84	25
3383	HOSPITAL DIVINO NIÑO - RIVERA	MECI	Rivera	54,6	3	55	84	25
3626	HOSPITAL SANTA TERESA - TESALIA	MECI	Tesalia	54,0	3	55	84	25
3123	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA	MECI	Iquira	50,5	2	55	84	25
3402	HOSPITAL GIGANTE	MECI	Gigante	45,7	1	55	84	25
3368	HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA	MECI	Villavieja	42,5	1	55	84	25

#### GRUPO PAR - REGION CENTRO





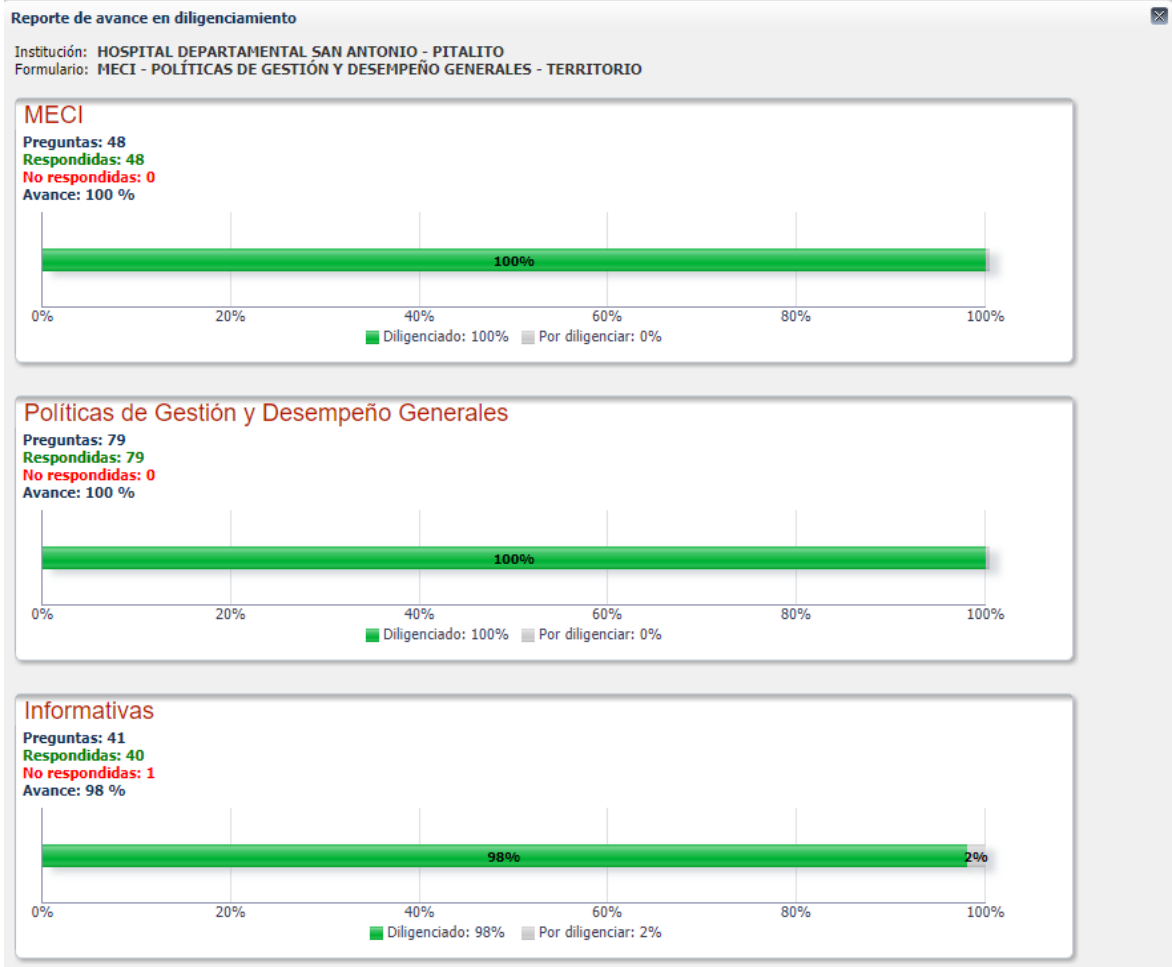
GRUPO PAR - REGION CENTRO					Puntaje por entidad	Quintil Grupo Par	Promedio Grupo Par	Máximo Grupo Par	Mínimo Grupo Par
CódigoSigeap	Entidad	Tipo de Informe	Departamento	Municipio	D7: Control Interno	D7: Control Interno	POLÍTICA 16: Control Interno	D7: Control Interno	POLÍTICA 16: Control Interno
3061	HOSPITAL SAN ANTONIO - NATAGAIMA	MECI	Tolima	Natagaima	83,5	5	55	84	25
4430	HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA	MECI	Cundinamarca	Sasaima	71,4	5	55	84	25
3066	HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS - SAN AGUSTIN	MECI	Huila	San Agustín	71,2	5	55	84	25
3325	HOSPITAL TULIA DURAN DE BORRERO -BARAYA	MECI	Huila	Baraya	69,8	5	55	84	25
3178	HOSPITAL SAN CARLOS - SALDAÑA	MECI	Tolima	Saldaña	68,4	5	55	84	25
3246	HOSPITAL SAN RAFAEL - CAQUEZA	MECI	Cundinamarca	Caqueza	66,5	5	55	84	25
8294	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA DE FLANDES	MECI	Tolima	Flandes	65,8	5	55	84	25
2853	HOSPITAL SAN JOSE DE GUACHETA	MECI	Cundinamarca	Guachetá	65,3	5	55	84	25
3099	HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ -PUERTO BOYACA	MECI	Boyacá	Puerto Boyacá	65,1	5	55	84	25
2860	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCÓN, CUNDINAMARCA	MECI	Cundinamarca	Nemocón	64,7	5	55	84	25
3387	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE CHAPARRAL	MECI	Tolima	Chaparral	64,7	5	55	84	25
3388	HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL DE LÉRIDA	MECI	Tolima	Lérida	61,8	4	55	84	25
3390	HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO	MECI	Tolima	Libano	61,4	4	55	84	25
3191	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS - PALERMO	MECI	Huila	Palermo	60,7	4	55	84	25
3293	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -SAN JUAN DE RIOSECO	MECI	Cundinamarca	San Juan De Rio Seco	60,1	4	55	84	25
3373	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO - PITALITO	MECI	Huila	Pitalito	59,9	4	55	84	25
3129	HOSPITAL NELSON RESTREPO MARTINEZ - GUAYABAL	MECI	Tolima	Armero	59,9	4	55	84	25
3187	HOSPITAL SAN FRANCISCO - GACHETA	MECI	Cundinamarca	Gachetá	59,0	4	55	84	25
3575	HOSPITAL SAN ISIDRO DE ALPUJARRA	MECI	Tolima	Alpujarra	56,7	3	55	84	25
3624	HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACÁ	MECI	Boyacá	Samacá	56,5	3	55	84	25
3502	HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	MECI	Huila	Guadalupe	55,6	3	55	84	25
2819	HOSPITAL ABACÚ CALDERON	MECI	Cundinamarca	Carmen De Carupa	54,7	3	55	84	25
3383	HOSPITAL DIVINO NIÑO - RIVERA	MECI	Huila	Rivera	54,6	3	55	84	25
3275	HOSPITAL SAN VICENTE - RAMIRIQUI	MECI	Boyacá	Ramiriquí	54,6	3	55	84	25
3626	HOSPITAL SANTA TERESA - TESALIA	MECI	Huila	Tesalia	54,0	3	55	84	25
3197	HOSPITAL SAN JOSE - MARIQUITA	MECI	Tolima	Mariquita	53,5	3	55	84	25
3557	HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE SOCHA	MECI	Boyacá	Socha	51,6	2	55	84	25
4426	HOSPITAL SAN ANTONIO -SOATA	MECI	Boyacá	Soatá	51,3	2	55	84	25
3123	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA	MECI	Huila	Iquira	50,5	2	55	84	25
3283	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FRESNO	MECI	Tolima	Fresno	50,1	2	55	84	25
3386	HOSPITAL REINA SOFIA DE ESPAÑA DE LÉRIDA	MECI	Tolima	Lérida	49,5	2	55	84	25
2954	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SUESCA	MECI	Cundinamarca	Suesca	49,0	2	55	84	25
3402	HOSPITAL GIGANTE	MECI	Huila	Gigante	45,7	1	55	84	25
3565	HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA	MECI	Cundinamarca	Anolaima	42,7	1	55	84	25
3368	HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA	MECI	Huila	Villavieja	42,5	1	55	84	25
3310	HOSPITAL SANTA LUCIA -CAJAMARCA	MECI	Tolima	Cajamarca	40,8	1	55	84	25
3491	HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA - TOCAIMA	MECI	Cundinamarca	Tocaima	31,2	1	55	84	25

Y existen los grupos Par a nivel de País el cual se podrá consulta en la web de la Función pública.

#### 1.4. Resultado Encuesta FURAG en Línea vs Encuesta Evaluada

Este cruce permite determinar aquellos aspectos de mejora en cada uno de los temas evaluados, teniendo en cuenta aquellas respuestas negativas o contestadas con la opción “parcialmente”, lo que le permitirá definir acciones de mejora concretas acorde con los resultados obtenidos.

El reporte de avance en el diligenciamiento, consultada la página web del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, en la cual se diligencio la Encuesta FURAG 2018, es el siguiente:




Como se observa en el MECI se evaluaron y respondieron 48 preguntas para un avance del 100%; en Políticas de Gestión y Desempeño Generales se evaluaron y respondieron 79 preguntas para un avance del 100%; y, en Informativas se Evaluaron 41 y se respondieron 40 para un avance del 98%. Se indica que las preguntas informativas NO son objeto de Evaluación o Calificación.

En archivo adjunto, se muestra el resultado de comparar el Formulario diligenciado en el aplicativo FURAG (con usuario y clave) y las Preguntas utilizadas por índice (Micrositio MIPG – Resultados 2018 – Archivo Excel).

Este ejercicio permite comparar nuestras respuestas en el formulario, frente a las preguntas del índice consultado y a partir de ahí implementar un plan de mejora.



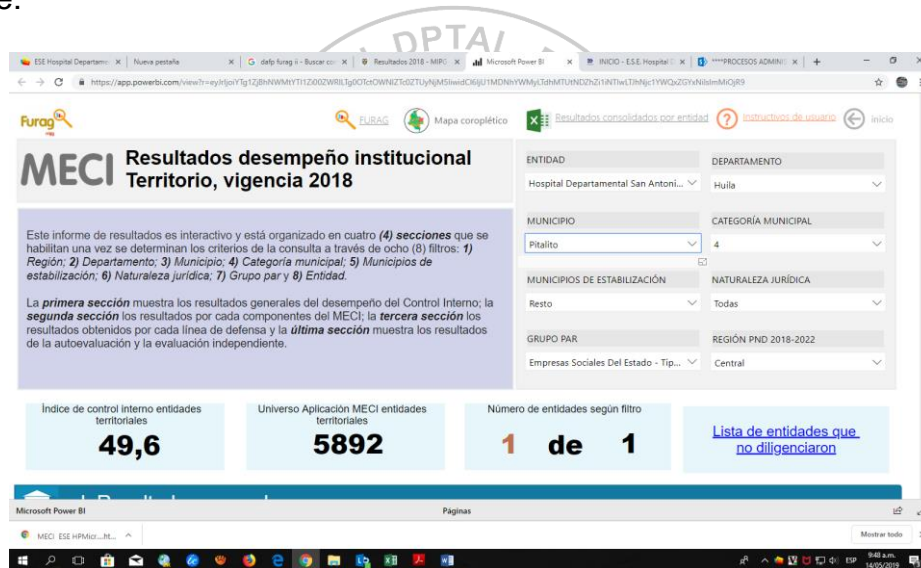
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## 2. MECI – RESULTADOS DESEMPEÑO INSTITUCIONAL TERRITORIO

Para las entidades descentralizadas como Empresas Sociales del Estado, Empresas de Servicios Públicos y otros Establecimientos Públicos descentralizados departamentales y municipales, a los cuales se les asignó 1 usuario al Jefe de Control Interno o quien hace sus veces, sus resultados están dados a través de 10 índices que incluyen la política de control interno, teniendo en cuenta la extensión del formulario aplicado a este tipo de entidades, por lo que **no se calculó el índice de Desempeño Institucional IDI**.

### 2.1. Resultado Institucional

De acuerdo a la Información reportada por la entidad bajo la estructura del formulario FURAG II asignado, el resultado de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito es el siguiente:




**Índice de Control Interno:** este índice mide la capacidad institucional de la entidad al contar con una serie de elementos clave de la gestión, cuyos controles asociados son evaluados de forma permanente, con niveles de autoridad y responsabilidad definidos a través de las líneas de defensa, orientados a la prevención, control y gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora continua.

**Número de entidades Territorio:** indica la relación entre el número de entidades del Orden Territorial que reportaron información a través del FURAG (numerador) y el total de entidades del Orden Territorial (denominador).

**Número de entidades según Filtro:** indica el número de entidades sobre las cuales está realizando la consulta, teniendo en cuenta que los filtros de la primera sección permiten realizar consultas sobre una o varias entidades al mismo tiempo. (Filtros por Departamento y Municipios).

**Lista de entidades que no diligenciaron:** cuando se pulsa clic sobre el enlace de la caja de texto,



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

El número indica el resultado de todo el grupo par en su conjunto (señalado en color naranja). Se obtiene del producto de sumar los resultados del índice de Control Interno de las entidades del grupo par al que pertenece la entidad consultada y dividirlo por el número total de entidades del mismo grupo.

**Puntaje consultado:** Es el resultado que obtuvo la entidad consultada frente a la medición del índice de Control Interno a nivel general. (Señalado en color azul)

**Gráfico ranking (quintil):** el quintil es una medida de ubicación que le permitirá a la entidad conocer que tan lejos está del puntaje máximo obtenido dentro del grupo par. Una entidad con buen desempeño estará ubicada en los quintiles más altos (4 y 5), mientras que una entidad con bajo desempeño se ubicará en los quintiles más bajos (1, 2 y 3).

**Quintil 1** ubicado entre los números 0 y 1 de la gráfica: la consulta hace parte del 20% de entidades con los puntajes en el desempeño del Control Interno más bajos de su grupo par.

**Quintil 2** ubicado entre los rangos 1 y 2: la consulta hace parte del 20% de entidades que está por encima del 20% de entidades con menores puntajes y por debajo del 60% de entidades con mejores puntajes de desempeño del Control Interno de su grupo par.

**Quintil 3** ubicado entre los rangos 2 y 3: la consulta hace parte del 20% de entidades que está por encima del 40% de entidades con menores puntajes y por debajo del 40% de entidades con mejores puntajes de desempeño del Control Interno de su grupo par.

**Quintil 4** ubicado entre los rangos 3 y 4: la consulta hace parte del 20% de entidades que está por encima del 60% de entidades con menores puntajes y por debajo del 20% de entidades con mejores puntajes de desempeño del Control Interno de su grupo par.

**Quintil 5** ubicado entre los rangos 4 y 5: la consulta hace parte del 20% de entidades con los mejores puntajes de desempeño del Control Interno de su grupo par.

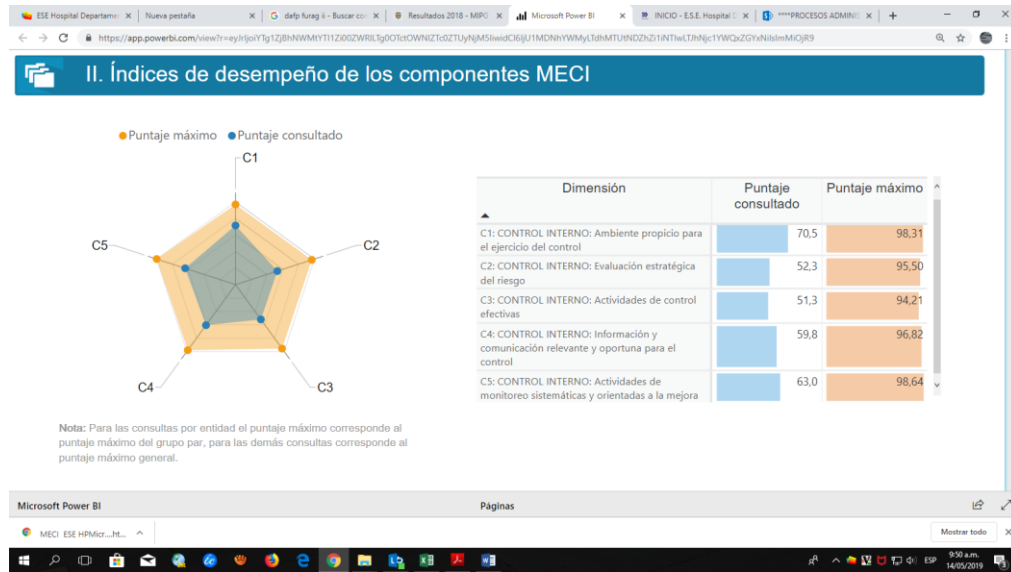
Nota: la información de este gráfico es válida **únicamente** para consultas de solo una entidad

### 2.3. Componentes MECI

En esta sección se podrán consultar los puntajes obtenidos en cada uno de los componentes del MECI, a saber:

- Ambiente control
- Evaluación del riesgo
- Actividades de control
- Información y comunicación
- Actividades de monitoreo

La sección de Componentes MECI, está compuesta por una (1) gráfica y una (1) tabla resumen. El gráfico compara el resultado de la entidad consultada frente al resultado del grupo de las entidades del Orden Nacional por cada uno de los componentes, finalmente la tabla al costado derecho de esta gráfica es un resumen de los resultados de la gráfica.



**Gráfico Radar:** este gráfico muestra el puntaje que obtuvo la entidad consultada por cada uno de los cinco (5) componentes del MECI y lo compara con el puntaje máximo del grupo de entidades del Orden Territorial

Para la entidad consultada se muestra el resultado en color azul y el grupo de entidades del Orden Nacional aparece en color naranja. Cada punta del radar representa un componente. La punta más próxima al exterior indica que el puntaje de ese componente es superior respecto de los otros y la punta más próxima al interior indica que el puntaje de ese componente es inferior respecto de los otros.

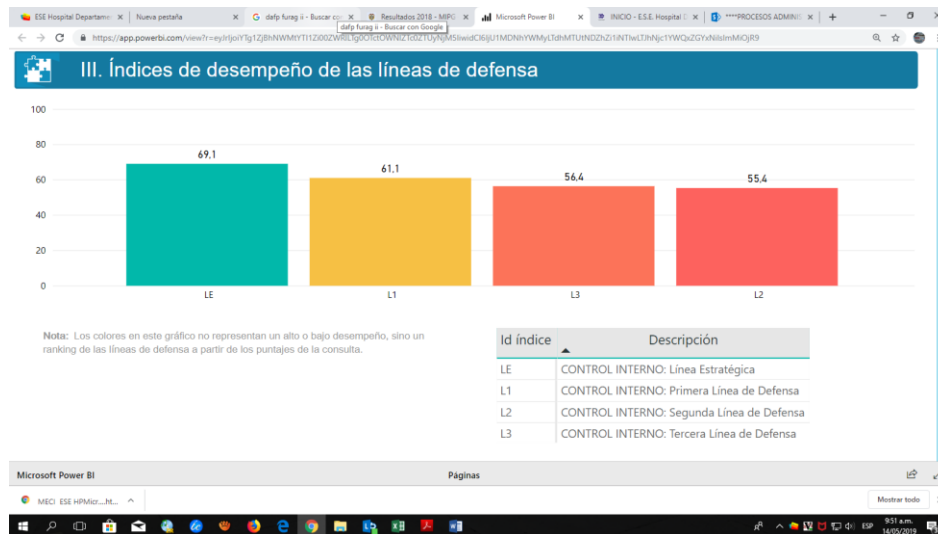
Cuando se acerca el mouse a cada punta, se desagrega la información de la identificación del componente y el puntaje obtenido en este.

**Tabla de apoyo:** esta tabla resume los resultados del gráfico radar, ordenando la información desde el componente 1: Ambiente control, hasta el componente 5: Actividades de monitoreo, mostrando el puntaje máximo del grupo de entidades del Orden Territorial y el puntaje obtenido por la entidad consultada. (Respetando los colores del gráfico radar).

La tabla permite evidenciar con cifras la distancia que hay entre el puntaje obtenido por la entidad y el puntaje máximo obtenido por las entidades del grupo del Orden Territorial.

## 2.4. Líneas De Defensa

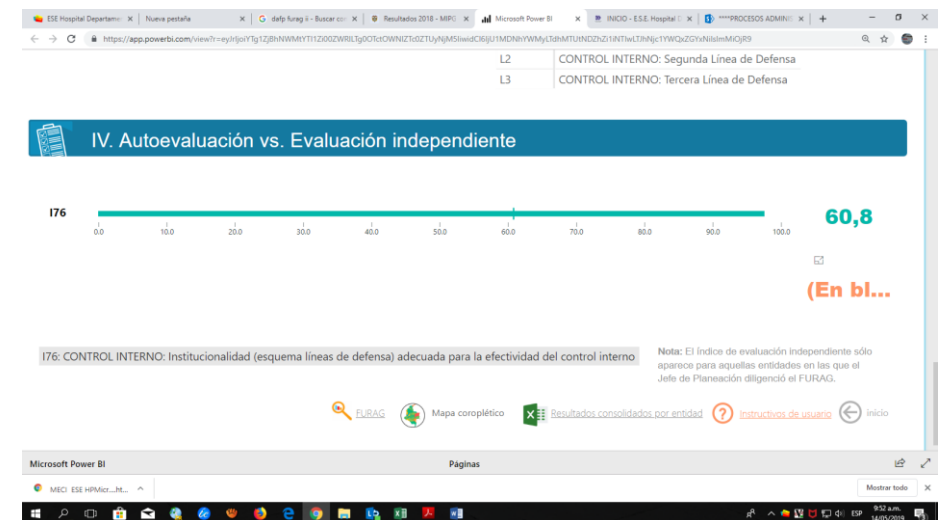
Esta sección está compuesta por un gráfico de barras que ordena las Líneas de Defensa, de acuerdo al puntaje obtenido en cada una de ellas de manera descendente. El eje X ubica a las Líneas de defensa y el eje Y clasifica las Líneas de defensa según el puntaje entre un valor de 0 a 100.




Esto quiere decir que la primera barra (de color azul) representará la Línea de defensa que obtuvo el mayor puntaje, mientras que la última gráfica (de color rojo) representará la Línea de defensa que obtuvo el menor puntaje, esto no implica que el puntaje obtenido por cada Línea de defensa sea bueno o malo. Los colores permiten identificar en que Líneas de defensa la entidad tiene mayores avances y en cuales debe priorizar acciones de mejora. Cada barra en la parte superior muestra el puntaje obtenido por Línea de defensa.

## 2.5. Autoevaluación Vs Evaluación Independiente

Esta sección se compone de un gráfico de bala que indica el resultado que obtuvo la entidad mediante la evaluación independiente que lidera el Jefe de Control Interno de la entidad o quien haga sus veces y la compara con el resultado de la autoevaluación a cargo de los responsables de los procesos, programas y/o proyectos o segunda línea de defensa de la Entidad.



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Nota: Este gráfico sólo se habilita para las entidades de la Rama Ejecutiva del Orden Territorial que hacen parte del ámbito de aplicación del MIPG.

Las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación del MIPG y donde el Jefe de Planeación no diligenció el FURAG sólo se habilitará la gráfica de la evaluación independiente.

Aquellas entidades en las que sólo implementan MECI de acuerdo con la Ley 87 de 1993, sólo se habilitará la gráfica de la evaluación independiente.


#### IV. PLANES INSTITUCIONALES

El Decreto 612 de Abril 04 de 2018 “Por el cual se fijan las directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al PLAN DE ACCION por parte de las Entidades del Estado”, define en el artículo 2.2.22.3.14., que de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se integraran al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, y se deberán publicar en la respectiva página web institucional, a más tardar el **31 de enero de cada año**,

Los planes institucionales y estratégicos se relacionan a continuación:

No	Plan (12)	Entidad líder (6)	Política (8)
1	Plan Institucional de Archivos - PINAR	Archivo General de la Nación - AGN	Gestión Documental
2	Plan Anual de Adquisiciones	Colombia Compra Eficiente - CCE	Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público
3	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Secretaría de Transparencia	1. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, 2. Servicio al ciudadano, 3. Participación ciudadana en la gestión pública, 4. Racionalización de trámites
4	Planes de Incentivos Institucionales	Función Pública	Talento Humano
5	Plan de Previsión de Recursos Humanos	Función Pública	Talento Humano
6	Plan Institucional de Capacitación – PIC	Función Pública	Talento Humano
7	Plan Estratégico de Talento Humano	Función Pública	Talento Humano
8	Plan Anual de Vacantes	Función Pública	Talento Humano
9	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Ministerio de Trabajo	Talento Humano
10	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Gobierno Digital (antes Gobierno en Línea)
11	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Gobierno Digital (antes Gobierno en Línea)
12	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Gobierno Digital (antes Gobierno en Línea)



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito publicó el Plan de Acción 2019 y en cumplimiento del Decreto No. 612 de 04 de abril de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública en concordancia con el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, da a conocer a los Servidores y Comunidad en General, la integración de los Planes Institucionales, a los cuales se puede acceder en la web institucional a través del link <https://hospitalpitalito.gov.co/trasparencia/planeacion/plan-de-accion/115-integracion-de-los-planes-institucionales-y-estrategicos-al-plan-de-accion-2019#> dichos planes son:

- Plan Anual de Adquisiciones
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Planes de Incentivos Institucionales
- Plan de Previsión de Recursos Humanos
- Plan Institucional de Capacitación – PIC
- Plan Estratégico de Talento Humano
- Plan Anual de Vacantes
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Se evidencia que aún falta por publicar los planes institucionales relacionados con:

- Plan Institucional de Archivos PINAR


Lo anterior permitirá a la institución optimizar las gestiones en los diferentes procesos y avanzar en los componentes de MIPG – Modelo Integrado de Planeación y Gestión -, con la finalidad de promover recursos, productos y servicios que satisfagan las necesidades de nuestros usuarios y población en general.

## 1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

El Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, está dotado de unos instrumentos de evaluación que actúan como validadores tanto internos como externos de su eficacia, eficiencia y efectividad.

La ESE se mantiene inmersa en un sistema de permanente evaluación, control y seguimiento derivado del ámbito interno y externo. Si bien los resultados de la aplicación de estos instrumentos siguen dejando ver debilidades y aspectos por mejorar, la Institución sigue mostrando su apertura y compromiso con el mejoramiento continuo.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

En cumplimiento al Decreto 1499 de 2017 y atendiendo instrucciones del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP respecto de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) se evidencia que la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Pitalito Huila viene desarrollando dos instrumentos: i). El Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG II; y, ii). La herramienta de autodiagnóstico.

El Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG 2018 se diligencio y subió a plataforma en Marzo 14 de 2018, los resultados ya fueron reportados a la Alta Dirección a partir de un análisis de la oficina de control interno y se compila, de la misma manera, en el presente informe.

Se han presentado avances importantes tendiente a la definición y/o actualización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno, vitales para iniciar el proceso de implementación del MIPG y del MECI.


Respecto a la Política de **Gestión Presupuestal**, la evaluación del autodiagnóstico arroja una calificación de **95** frente a **94.5** reportado en el período anterior. La incidencia en su calificación se afecta por cuanto los lineamientos de la herramienta refiere preguntas que no se realizan en la Empresa, como por ejemplo “asociar todo compromiso presupuestal a una cuenta bancaria previamente registrada en Tesorería en el software que dispone la ESE”; y, “La entidad realiza compras a través de la tienda virtual del Estado Colombiano por Acuerdo Marco de Precios y en Grandes Superficies. SECOP”.

Respecto a la **EVALUACIÓN DE RESULTADOS** en especial lo referente a la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional es importante resaltar que se facilita el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, ya que se cuenta con los siguientes lineamientos:

- Planeación Operativa es el área responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación.
- Los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades fueron revisados y actualizados.
- Se evalúa el logro de los resultados.
- Se evalúa la gestión del riesgo en la entidad

La Dimensión de Control Interno, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018) y en el periodo evaluado presenta un avance significativo, producto de las directrices de la Alta Dirección y la implementación de acciones tendientes a la actualización de los mapas de riesgos con el equipo de apoyo en temas de acreditación y construidos sobre la base de la Política de Administración de riesgo (Actualizada y adoptada en diciembre de 2018). El resultado del autodiagnóstico arrojó una calificación de 89.4 puntos frente a 70.9 del periodo reportado en el informe del período anterior.



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Conforme al resultado de la evaluación desarrollada a través del aplicativo FURAG II y lo reportado en el Autodiagnóstico MIPG Dimensión 7, se presenta un gran avance.

Los resultados consolidados y comparados son los siguientes:

COMPONENTE	MIPG	FURAG
Ambiente control	91.8	70.5
Evaluación del riesgo	85.0	52.3
Actividades de control	87.6	51.3
Información y comunicación	91.8	59.8
Actividades de monitoreo	91.7	63.0


Respecto de los PLANES DE ACCION INSTITUCIONAL la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, da cumplimiento del Decreto No. 612 de 04 de abril de 2018, expedido por El Departamento Administrativo de La Función Pública; y en concordancia con el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 da a conocer a los Servidores y Comunidad en General a través de la web institucional.

## RECOMENDACIONES

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, es una norma que a manera de instrumento, tiene el propósito de entregarle a las Entidades Públicas los elementos necesarios para construir y mejorar continuamente el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que proporciona una estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de las Entidades y aunque promueve una estructura uniforme, ésta puede ser completamente adaptada a las necesidades específicas de cada Entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran (DAFP 2014).

El MECI concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, que se dinamizan por la intervención de todos los servidores públicos pertenecientes o que se relacionan con la Entidad Pública, como responsables del control (Principio de Autocontrol) en el ejercicio de sus actividades y el cumplimiento de sus funciones. Así mismo busca 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 (Principios de Autogestión y Autorregulación).

La Ley 87 de 1993 plantea en su artículo 3º. que “en cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por el control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad; y corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, fortalecer y

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización”, lo que implica una responsabilidad directa por parte de la Alta Dirección de las entidades frente al mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno.

El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y lo articula con el Sistema de Control Interno, siendo MIPG el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información.

En este orden de ideas, realizada la verificación y análisis de los elementos del sistema de control interno y las acciones emprendidas por los servidores, se presentan las siguientes recomendaciones de mejora:

### **MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG**

Respecto al diligenciamiento de las herramientas Autodiagnósticos, se recomienda:

#### **1. DIMENSIÓN: TALENTO HUMANO**

##### **Gestión del Talento Humano**

Continuar con la recopilación de la información con el fin de obtener la caracterización del 100% del personal vinculado a la ESE hospital Departamental San Antonio de Pitalito.


Continuar con la actualización de la información en el SIGEP

Realizar el diligenciamiento del **Plan de Acción** con el fin de definir las “**Alternativas de Mejora**” tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Planeación (92.3); Ingreso (75.0); Desarrollo (86.5); y, Retiro (78.3).

##### **Política de Integridad**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “**Alternativas de Mejora**” tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del código de integridad (67.5); y, Promoción de la gestión del código de integridad (90)

Continuar intensificando acciones frente a la implementación y socialización del Código de Integridad en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito de conformidad con lo establecido en el Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG, la Caja de Herramientas expedidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, las estrategias que viene desarrollando la Institución y las iniciativas de los Gestores de Integridad, articulando las acciones con el Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## **2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN.**

### **2.1. Direccionamiento y Planeación**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “Alternativas de Mejora” tendiente a lograr el 100% en sus componentes, y en concreto en las categorías de: Identificación de los grupos de valor y sus necesidades (76.9); y, Diagnóstico de capacidades y entornos (77).

### **2.2. Política de Gestión Plan Anticorrupción**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “**Alternativas de Mejora**” tendiente a lograr el 100% en los componentes de desarrollando acciones como: Tratar en el Comité Institucional de gestión y Desempeño la actualización del mapa de riesgos de corrupción;

Realizar seguimiento al Mapa de Riesgos por parte de los encargados de los procesos.

## **3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO.**

### **3.1. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público**

Disponer de las evidencias que demuestran y soportan la calificación del autodiagnóstico, para cuando se les requiere por algún ente de control.

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “Alternativas de Mejora” tendiente a lograr el 100% iniciando con la analizar y definir la posibilidad para cumplir con las actividades de gestión: “Todo compromiso presupuestal tiene asociada una cuenta bancaria previamente registrada en Tesorería en el software que dispone la Empresa Social Del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”; y, “La entidad realiza compras a través de la tienda virtual del Estado Colombiano por Acuerdo Marco de Precios y en Grandes Superficies. SECOP”.

### **3.2. Política de Gobierno Digital.**


Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “**Alternativas de Mejora**” tendiente a lograr el 100% en los componentes de: TIC para Gobierno Abierto (82.2); TIC para Servicios (37.5); TIC para la Gestión (44.3); y, Seguridad y Privacidad de la Información (21.7).

Actualizar el MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, ya que la última versión corresponde a la aprobada por el Comité de Control Interno y Calidad según Acta No. 004 del 30 de julio de 2013.

Actualizar la POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ya que la última fue adoptada mediante Resolución No. 052 de Febrero de 2017 teniendo en cuenta que las Políticas de Seguridad del Sistema General de Seguridad de la Información (SGSI) se deberán Integrar en un solo documento, como Sistema de Seguridad del Sistema General de Seguridad de la Información (SGSI).

### **3.3. Política de Defensa Jurídica**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “Alternativas de

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Mejora” tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Prevención del daño antijurídico (93.7); y, Sistema de información litigiosa (66.6) teniendo en cuenta que el Sistema Único de información Litigiosa del Estado eKOGU está creado para las entidades públicas del orden nacional (Decreto Ley 4085 de 2011 y Decreto 1069 de 2015)

### **3.4. Política Servicio al Ciudadano.**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “Alternativas de Mejora” tendiente a lograr el 100% en las categorías:

#### **Categoría Atención incluyente y accesibilidad**

- Mantener actualizada la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos.
- Continuar con la implementación de acciones garantizando una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades, así como acceso a información en la página web institucional.
- Definir en el plan de desarrollo o plan institucional, acciones para garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece.

#### **Categoría Gestión de PQRSD.**

- Documentar el mecanismos para dar prioridad a peticiones relacionadas con: El reconocimiento de un derecho fundamental; Peticiones presentadas por menores de edad; y, Peticiones presentadas por periodistas.
- Ofrecer la posibilidad de realizar peticiones, quejas, reclamos y denuncias a través de dispositivos móviles.
- Mantener actualizado el reglamento de peticiones, quejas y reclamos, lineamientos para la atención y gestión de peticiones verbales en lenguas nativas, de acuerdo con el Decreto No. 1166 de 2016.

### **3.5. Política de Racionalización de Trámites**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “Alternativas de Mejora” tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Portafolio de oferta institucional – trámites y otros procedimientos administrativos – identificado y difundido (84); Estrategia de racionalización de trámites formulados e implementados (76); y, Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos (60).

Desarrollar acciones concretas frente a:

#### **Construir el inventario de trámites y otros procedimientos administrativos**


- Revisar la información que está cargada en el SUIT para identificar si los trámites y otros procedimientos que se encuentran registrados siguen siendo vigentes para la entidad.

#### **Difundir información de oferta institucional de trámites y otros**

- Difundir información sobre la oferta institucional de trámites y otros procedimientos en lenguaje claro y de forma permanente a los usuarios de los trámites teniendo en cuenta la caracterización.

#### **Implementar acciones de racionalización administrativas**

- Implementar mejoras en los procesos que soportan la entrega de productos y/o servicios,

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta la entidad y los resultados de la consulta ciudadana, los asociados a los trámites y otros procedimientos administrativos; Y, Ampliar cobertura y accesibilidad de los canales de servicio para la prestación de los trámites0

**Implementar acciones de racionalización que incorporen el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones**

- Implementar mejoras tecnológicas en la prestación del trámite
- Garantizar accesibilidad y usabilidad de los trámites en línea
- Implementar herramientas o mecanismos para compartir información entre sistemas de información o entre entidades

**Cuantificar el impacto de las acciones de racionalización para divulgarlos a la ciudadanía**

- Diligenciar datos de operación de los trámites y otros procedimientos en el SUI
- Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos
- Medir y evaluar la disminución de tramitadores y/o terceros que se benefician de los usuarios del trámite.
- Medir y evaluar la disminución de las actuaciones de corrupción que se puedan estar presentando.
- Realizar campañas de difusión sobre los beneficios que obtienen los usuarios con las mejoras realizadas al(os) trámite(s)

**Realizar campañas de apropiación de las mejoras internas y externas**

- Realizar campañas de difusión y estrategias que busquen la apropiación de las mejoras de los trámites en los servidores públicos de la entidad responsables de su implementación
- Realizar campañas de difusión y apropiación de las mejoras de los trámites para los usuarios

**3.6. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública**


Mantener actualizadas las bases de datos o registros de los grupos de ciudadanos, usuarios, o grupos de interés.

Fortalecer la estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.

Continuar la documentación y definir una estrategia de comunicación (interna y externa) en la Construcción del Plan de participación que permita informar sobre la actividad participativa, desde su inicio, ejecución y desarrollo (Manual de comunicaciones).

Continuar con el diseño, documentar e implementar el plan de participación dirigido a los ciudadanos, usuarios y/o grupos de valor caracterizados definiendo los recursos, alianzas, convenios y presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover la participación ciudadana.



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

#### **4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

##### **4.1. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “**Alternativas de Mejora**” tendiente a lograr el 100% en los categorías de: Evaluar la percepción de los grupos de valor; y, Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación

#### **5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

##### **5.1. Gestión Documental**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “**Alternativas de Mejora**” tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Estratégico (10); Documental (46.4); Tecnológico (52); y, Cultural (91.3).

Para lo anterior, se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

##### **Dominio Estratégico.**

Comprende la formulación de la política, la planeación estratégica de la gestión documental y la administración de archivos, el control la evaluación y seguimiento, en la definición y articulación de los lineamientos e instrumentos en esta materia, para lo cual se debe:

- Formular la Política de Gestión Documental
- Elaborar el Diagnóstico Integral de Archivos
- Elaborar y adoptar el Plan institucional de archivos – PINAR
- Elaborar, aprobar, implementar y publicar el Programa de Gestión Documental - PGD,
- Elaborar, aprobar, tramitar la convalidación, implementación y publicación de la Tabla de Retención Documental - TRD.

##### **Dominio Documental**


Comprende los procesos de la gestión documental en todos sus formatos o soportes, creados o recibidos en el ejercicio de las actividades, para lo cual se debe:

Definir organización de Fondo Acumulado

- Elaborar y publicar el Cuadro de Clasificación Documental CCD
- Actualizar las Tablas de Retención Documental
- Realizar el Inventario de la documentación de los archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental - FUID:
- Realizar el Inventario de la documentación del archivo central en el Formato Único de Inventario Documental - FUID:
- Realizar Inventario de documentos de Derechos Humanos o Derecho Internacional Humanitario no susceptible de eliminación
- Documentar el Procedimientos de disposición final de documentos
- Elaborar, aprobar, implementar y publicar el documento Sistema Integrado de Conservación - SIC
- Conservación de documentos en soporte físico

##### **Dominio Tecnológico**

Comprende la administración electrónica de documentos, la seguridad de la información y la interoperabilidad en cumplimiento de las políticas y lineamientos de la gestión documental y

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

administración de archivos, para lo cual debe:

- Clasificar la información y establecer las categorías de derechos y restricciones de acceso a los documentos electrónicos.
- Parametrizar las Tablas de control de acceso
- Implementar los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, disponibilidad, preservación y metadatos de los documentos electrónicos de archivo en el Sistema de Gestión de Documento Electrónico.
- Documentar el proceso de Expedientes electrónicos

### **Dominio Cultural**

Comprende aspectos relacionados con la interiorización de una cultura archivística por el posicionamiento de la gestión documental que aporta a la optimización de la eficiencia y desarrollo organizacional y cultural de la entidad y la comunidad de la cual hace parte, mediante la gestión del conocimiento, gestión del cambio, la participación ciudadana, la protección del medio ambiente y la difusión.

En este sentido se debe fortalecer e implementar:

- Actividades para alinear la gestión documental a la política ambiental
- Facilidad de acceso y consulta de la información de archivo
- Sensibilización y capacitación funcionarios sobre archivos
- Gestión documental alineada con las políticas y lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad implementada en la Entidad

### **5.2. Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “Alternativas de Mejora” tendiente a lograr el 100% en las categorías: Transparencia activa (77); Seguimiento acceso a la información pública (56.3); Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales (75); Gestión documental para el acceso a la información pública (60); Instrumentos gestión de la información (25); Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública (36); Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública (73.3).

Sobre la base del Autodiagnóstico se recomienda realizar actividades a los líderes de procesos o coordinadores de área, conforme el siguiente detalle:

### **Servicio de Información y Atención al Usuario**

- Frente a la Categoría de “Transparencia Pasiva” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:  
La entidad conoce el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa.  
La entidad conoce el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada.
- Frente a la Categoría de “Transparencia Activa” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:  
La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información el Plan de Atención al ciudadano.



La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información las respuestas de la entidad a las solicitudes de información

- Frente a la Categoría de “Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:  
La organización caracteriza a los ciudadanos que son usuarios de sus bienes y servicios con el fin de ajustar y adaptar sus procesos de acuerdo a sus necesidades.  
La organización ha dispuesto sus canales de comunicación de acuerdo a las necesidades de los ciudadanos que son usuarios de sus bienes y servicios, en particular para aquellos que son víctimas de la violencia, personas con discapacidad o personas pertenecientes a comunidades indígenas que no hablan español


#### **Proceso Planeación Operativa.**

- Frente a la Categoría de “Transparencia Activa” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:  
Los directivos de la entidad tienen en cuenta las necesidades de los ciudadanos usuarios de la entidad para la toma de decisiones.  
La organización genera alianzas con ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil.  
La organización desarrolla actividades y espacios de participación ciudadana de forma frecuente y dinámica.  
Los ciudadanos participan en la formulación de los planes, proyectos o programas de la entidad.  
La entidad permite que todos sus trámites sean realizados por medios electrónicos.  
La entidad tiene una buena imagen entre la ciudadanía.  
La entidad construye a su interior el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de manera participativa, es decir, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de sus funcionarios.  
La entidad implementa el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de forma efectiva a su quehacer diario.  
La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los informes de empalme.  
La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la oferta de la entidad (Programas, servicios, trámites)

#### **Talento Humano.**

- Frente a la Categoría de “Transparencia Activa” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:  
La entidad ha implementado estrategias pedagógicas y comunicativas para reforzar el significado que tiene para los servidores el ejercicio de la función pública y su responsabilidad con la ciudadanía.  
Hay una transferencia efectiva de conocimientos entre las personas que dejan sus cargos y las nuevas que llegan a desempeñarlos.  
Los funcionarios al interior de la entidad consideran la transparencia y el acceso a la información como una herramienta fundamental para mejorar la democracia, la rendición de cuentas, prevenir la corrupción y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.  
La entidad ha capacitado a sus funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014.



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información las ofertas de empleo de la entidad.

La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información el directorio con los cargos, hojas de vida e información de contacto de funcionarios y contratistas.

La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información de las escalas salariales de funcionarios y contratistas.

### **Sistemas de Información.**

- Frente a la Categoría de “Transparencia Activa” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información las resoluciones, circulares u otro tipo de actos administrativos expedidos por la Entidad.

La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los costos de la reproducción de la información (Ej. Costo de fotocopias o de CDs., etc.)

- Frente a la Categoría de “Seguimiento acceso a la información pública” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

La entidad cuenta con una encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información en su sitio Web oficial

- Frente a la Categoría de “Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

La entidad tiene la política de seguridad de la información publicada en la sección de Transparencia y acceso a la información de su sitio Web oficial.

La entidad tiene una política de protección de datos personales publicada en la sección de Transparencia y acceso a la información de su sitio Web oficial.

- Frente a la Categoría de “Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

La Entidad cuenta con recursos en su página web para permitir el acceso a la información a la población con discapacidad (ej. videos con lenguaje de señas o con subtítulos)

### **Subgerencia Administrativa y Financiera.**

- Frente a la Categoría de “Gestión documental para el acceso a la información pública” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

La documentación de los procesos dentro de la entidad facilita el trabajo de sus funcionarios.


El conocimiento de los servidores de la organización adquirido a través de su experiencia es identificado, analizado, clasificado, documentado y difundido.

La información necesaria para la operación de la entidad está organizada y sistematizada.

La información que maneja la entidad es clara, confiable, es de fácil consulta y se actualiza de manera constante.

- Frente a la Categoría de “Instrumentos gestión de la información” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

La entidad ha construido, implementado y aprobado por medio de acto administrativo el Índice de Información Reservada y Clasificada de la entidad

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

La entidad ha publicado el Índice de Información Reservada y Clasificada en la sección de Transparencia y acceso a la información pública de su sitio Web oficial

La entidad ha construido, implementado y aprobado por medio de acto administrativo el Esquema de Publicación de la entidad

La entidad ha construido, implementado y aprobado por medio de acto administrativo el Registro de Activos de Información de la entidad

La entidad ha publicado el Registro de Activos de Información de la entidad en la sección de Transparencia y acceso a la información pública de su sitio Web oficial

- Frente a la Categoría de “Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

La Entidad traduce los documentos de interés público a lenguas de comunidades indígenas presentes en el país

- Frente a la Categoría de “Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública” evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

Los funcionarios de la entidad conocen la Ley de Transparencia y acceso a la información pública.

Los funcionarios conocen la existencia de la Secretaría de Transparencia

## **6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN**

### **6.1. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN.**

Diligenciar el Autodiagnóstico. No se presenta o reporta avance al momento de la evaluación.

## **7. CONTROL INTERNO**

### **7.1. Control Interno**

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las “Alternativas de Mejora” tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Ambiente de control (91.8); Gestión de los riesgos institucionales (85); Actividades de Control (87.6); Información y comunicación (91.8); y, Monitoreo o supervisión continua (91.7).

**Se sugieren actividades puntuales, frente a la Categoría de “Seguimiento acceso a la información pública” respecto de evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:**


La entidad hace seguimiento a su gestión en el tema de transparencia y acceso a la información pública a través de indicadores que son medidos periódicamente.

Dentro de las mediciones que lleva a cabo la entidad se tiene en cuenta si su gestión ayudó a resolver los problemas y necesidades de sus usuarios.

**Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).**

Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia.

Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.

**Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).**

Recopilar información y comunicarla de manera resumida a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos.

En términos generales, frente a MIPG, se debe continuar con jornadas de trabajo con los jefes de áreas y/o coordinadores de procesos en la tarea de socialización de las herramientas y dar a conocer el alcance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, así como dar a conocer el rol que cada persona debe asumir en torno a las líneas de defensa para el autocontrol y la gestión del riesgo.

**FORMULARIO ÚNICO REPORTE DE AVANCES DE LA GESTIÓN - FURAG**

En consideración a que los resultados generados en la medición constituyen la línea base a tener en cuenta para avanzar en la implementación del MIPG y MECI orientando la gestión hacia los resultados, se proponen los siguientes aspectos a mejorar:

**1. MECI**

**1.1. Ambiente de Control - Evidencias**

**1. En la entidad, cuáles de los siguientes aspectos evidencian el compromiso de la alta dirección con la integridad y valores del servicio público:**

e. Como resultado de la evaluación de clima laboral, se toman las medidas para su mejora.

**7. Para la identificación de riesgos relacionados con fraude y corrupción, la entidad:**

- a. Analiza las diferentes formas de fraude y corrupción que pueden presentarse.
- b. Analiza factores como presiones internas o externas que puedan derivar en actos de corrupción.

**8. Los líderes de procesos, programas o proyectos efectúan las siguientes actividades:**

- a. Analiza cambios significativos del entorno (interno o externo) informados por parte de la línea estratégica.
- b. Determina las causas del riesgo teniendo en cuenta el análisis del contexto interno y externo de la entidad.
- d. Evalúa el riesgo en los procesos, proyectos y programas a su cargo.
- h. Realiza el seguimiento a los riesgos y lo documenta.
- i. Gestiona los riesgos teniendo en cuenta la política de administración del riesgo definida para la entidad.



**11. La alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno:**

b. Ha definido un mecanismo o líneas de reporte (fuentes de información internas) que le permitan evaluar de manera.

**1.2. Evaluación del Riesgo - Evidencias**

**16. ¿En la entidad, los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos realizan actividades de verificación a la gestión del riesgo?.**

c. No

**17. En la entidad, las actividades de verificación de la gestión del riesgo han permitido:**

a. Evidenciar que los riesgos identificados afecten realmente lo previsto en la planeación institucional.

b. El monitoreo y evaluación de la exposición al riesgo relacionado con tecnología nueva y emergente.

c. El monitoreo y evaluación del plan de tratamiento a los riesgos identificados.

d. La identificación de los cambios significativos en el entorno que pueden afectar la efectividad del sistema de control interno.

e. No hace verificación a la gestión del riesgo.

**18. El jefe de control interno o quien haga sus veces, efectúa las siguientes actividades:**

b. Identifica y alerta al comité de coordinación de control interno de posibles cambios que pueden afectar la evaluación y tratamiento del riesgo.

c. Evalúa y alerta oportunamente sobre cambios que afecten la exposición de la entidad a los riesgos de corrupción y fraude.

d. Evalúa las actividades adelantadas por la segunda línea de defensa frente a la gestión del riesgo específicamente frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo.

**21. La oficina de planeación o quien haga sus veces ¿consolida y hace seguimiento a los mapas de riesgo establecidos por los gerentes públicos y los líderes de los procesos?**

b. Parcialmente, y cuenta con las evidencias: Consolida los mapas de riesgo definidos para cada proceso.

**22. A partir de la política de administración del riesgo, los líderes de los procesos, programas o proyectos:**


a. Identifican los factores de riesgo de los procesos, programas o proyectos a su cargo.

b. Identifican los riesgos claves que afectan el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

c. Identifican los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción.

e. Determinan la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, sus consecuencias e impactos (riesgo inherente).

f. Establecen las acciones para mejorar los controles existentes o crear nuevos controles.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

**23. El monitoreo efectuado por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno a la gestión del riesgo ha generado:**

c. Alertas sobre e incumplimiento de la política de administración del riesgo.

### **1.3. Actividades de Control - Evidencias**

**24. El jefe de control interno o quien haga sus veces en el marco de su rol de evaluación y de seguimiento y, en desarrollo del plan anual de auditoría basado en riesgos, realiza las siguientes actividades:**

b. Evalúa la efectividad de los controles, a partir del resultado del análisis del diseño, ejecución y la no materialización de los riesgos y, genera los informes ante las instancias correspondientes (primera, segunda, y línea estratégica).

d. Evalúa en coordinación con la segunda línea de defensa la efectividad de los controles.

**25. Los líderes de procesos, programas o proyectos diseñan los controles a los riesgos teniendo en cuenta los siguientes requisitos:**

a. Un responsable de realizar la actividad de control.

b. Una periodicidad para su ejecución.

c. Un propósito del control.

d. Una descripción de cómo se realiza la actividad de control.

e. Una descripción del manejo frente a observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.

f. Una evidencia de la ejecución del control.

g. No cumple con los elementos para un adecuado diseño del control.

h. No se han diseñado controles

**26. Los responsables designados para el seguimiento y monitoreo de los riesgos de la entidad:**

a. Verifican que la ejecución de los controles corresponda al diseño de estos.

b. Verifican si la implementación de los controles ha evitado la materialización de riesgos.

c. Proponen acciones preventivas.

d. Documentan las acciones de seguimiento y monitoreo del riesgo.

**27. Los controles establecidos en los mapas de riesgos le han permitido a la entidad mitigar la materialización de riesgos:**

a. De corrupción.

b. Judiciales.

c. Contractuales.

d. Financieros.

e. Administrativos.

f. De seguridad y privacidad de la información.

g. Legales o de cumplimiento.

h. De imagen o confianza.

i. Asociados a la prestación del servicio o atención al ciudadano.

j. Operativos.



**28. La gestión del riesgo efectuada en la entidad ha permitido:**

- b. Controlar los puntos críticos de éxito.
- c. Diseñar controles adecuados.
- d. Ejecutar los controles de acuerdo a su diseño.

**29. Los mapas de riesgos de la entidad:**

- c. Cuentan con el monitoreo o seguimiento de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo.
- d. Se actualiza de acuerdo con los resultados del monitoreo o seguimiento.
- e. Se divulga oportunamente su actualización.
- f. No cuenta con mapa de riesgos.

**1.4. Información y Comunicación - Evidencias**

**31. Los líderes de procesos, programas o proyectos, en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno:**

- a. Cumplen con las políticas y lineamientos para generar y comunicar la información que facilite las acciones de control en la entidad.
- b. Comunican la información relevante de manera oportuna, confiable y segura

**32. Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos, en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno:**

- a. Verifican que la información del SCI sea accesible, clara, oportuna, confiable, integra y segura.

**35. La entidad cuenta con una estrategia de comunicación adecuada y efectiva que permite:**

- c. Tomar decisiones oportunas y soportadas en evidencias.

**37. Los líderes de proceso, proyectos o programas (o en su defecto el representante legal) en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno:**

- b. Informan a todas las personas su cargo sus responsabilidades de control interno y verifican su cumplimiento.

**38. Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno:**

- a. Recopila información del sistema de control interno y la comunica a la primera y la tercera línea de defensa.
- b. Analiza costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sea proporcional y apoye el logro de los objetivos.





**39. El jefe de control interno, en materia de información y comunicación clave para el sistema de control interno.**

- a. Evalúa periódicamente la confiabilidad, disponibilidad, integridad y seguridad de la información de la entidad y recomienda según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y salvaguardas.
- b. Informa las posibles exposiciones a riesgos asociados a la información y las desviaciones a los lineamientos establecidos por la alta dirección

**1.5. Actividades de Monitoreo - Evidencias**

**41. Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos verifican:**

- a. La exposición al riesgo, acorde con los lineamientos de la política institucional.

**43. El jefe de control interno o quien haga sus veces elabora el plan anual de auditoría con base en:**

- a. Los riesgos identificados en la entidad.
- e. Los procesos que no han sido auditados.

**45. El representante legal de la entidad:**

- a. Verifica que las acciones de mejora respondan a las observaciones de los entes de control y los seguimientos efectuados por la entidad.
- b. Verifica que las acciones de mejora se realicen por parte de los responsables en el tiempo programado.
- c. Verifica que las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de los resultados.

**51. Los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos realiza las siguientes actividades de monitoreo:**

- a. Evaluaciones para monitorear el estado de los componentes del sistema de control interno.
- b. Informa sobre deficiencias de los controles a las instancias correspondientes.


**2. POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO GENERALES**

**2. 1. Planeación Institucional – Evidencias**

**56. El plan de acción anual institucional de la entidad:**

- e. Contempla tiempos de ejecución de las actividades.
- f. Identifica recursos (financieros, humanos, físicos, tecnológicos) asignados para lograr los objetivos definidos.
- j. Identifica los mecanismos a través de los cuales se facilita y promueve la participación de las personas en los asuntos de su competencia



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## 2. 2. Gestión Presupuestal – Evidencias

**57. ¿La entidad utiliza la Tienda Virtual del Estado Colombiano para hacer compras de los bienes y servicios de características técnicas uniformes disponibles en la plataforma?**

c. No

## 2. 3. Gestión Estratégica del Talento Humano – Evidencias

**62. La planta de personal de la entidad (o documento que contempla los empleos de la entidad)**

b. Establece los empleos suficientes para cumplir con los planes y proyectos.

## 2. 4. Integridad – Evidencias

**71. La entidad mejora la implementación del Código de Integridad a partir de:**

- a. El análisis de la apropiación del Código por parte de los servidores
- b. Las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores

## 2. 6. Gobierno Digital – Evidencias

**78. Con respecto a los datos abiertos indique**

- c. ¿Cuántos de los conjuntos de datos abiertos fueron publicados, están actualizados y fueron difundidos?
- d. ¿Cuántas aplicaciones se desarrollaron a partir de los conjuntos de datos abiertos?
- e. ¿Cuántas publicaciones (papers, artículos, noticias, libros, etc.) hicieron uso de los conjuntos de datos abiertos?

**79. Señale los aspectos incorporados en el esquema de gobierno de tecnologías de la información (TI) de la entidad:**


d. Estructura organizacional del área de TI.

**80. Para la optimización de las compras de tecnologías de información (TI), la entidad:**

- b. Utilizó mecanismos o contratos de agregación de demanda para bienes y servicios de TI.
- c. Aplicó metodologías, casos de negocio y criterios documentados para la selección y/o evaluación de soluciones de TI.
- d. Ninguna de las anteriores.
- e. No tiene conocimiento sobre mecanismos de optimización de compras de tecnologías de información (TI)

**81. Frente a la calidad de los componentes de información, la entidad:**

- a. Hizo la medición de la calidad de la información
- b. Definió y documentó un plan de calidad de la información

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

- c. Implementó exitosamente un plan de calidad de la información
- d. Realizó seguimiento e implementó los controles de calidad o acciones de mejora sobre los componentes de información
- e. Definió mecanismos o canales para el uso y aprovechamiento de la información por parte de los grupos de interés.
- f. Fomentó el uso y aprovechamiento de los componentes de información por parte de los grupos de interés.

**82. Frente a la planeación y gestión de los sistemas de información, la entidad**

- b. Definió e implementó una metodología de referencia para el desarrollo de software o sistemas de información.
- c. Incluyó características en sus sistemas de información que permitan la apertura de sus datos de forma automática y segura.
- d. Documentó o actualizó la arquitectura de sistemas de información o de soluciones de toda la entidad.
- e. Incorporó dentro de los contratos de desarrollo de sus sistemas de información, cláusulas que obliguen a realizar transferencia de derechos de autor a su favor.
- g. Cuenta con la documentación técnica y funcional debidamente actualizada, para cada uno de los sistemas de información.

**83. Con respecto a la operación de los servicios tecnológicos, la entidad:**

- b. Documentó e implementó un plan de continuidad de los servicios tecnológicos mediante pruebas y verificaciones acordes a las necesidades de la organización.
- c. Implementó mecanismos de disponibilidad de los servicios tecnológicos de tal forma que se asegure el cumplimiento de los ANS establecidos.
- d. Realiza monitoreo del consumo de recursos asociados a los servicios tecnológicos.
- e. Implementó controles de seguridad digital para los servicios tecnológicos.
- f. Gestionó y documentó los riesgos asociados a su infraestructura tecnológica y servicios tecnológicos.

**86. ¿La entidad realiza gestión de riesgos de seguridad de la información?**


- a. Los gestiona y cuenta con un plan de tratamiento de riesgos

**87. ¿La entidad implementó el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información?**

- a. Sí, ya lo implementó y cuenta con las evidencias:
- b. Está en proceso de implementarlo.

**88. ¿La entidad ha definido indicadores de gestión para la seguridad de la información?**

- a. Si, y cuenta con las evidencias:
- b. Se encuentra en proceso de definición de los indicadores

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

**89. ¿La entidad definió un plan de seguimiento y evaluación a la implementación de seguridad de la información?**

- a. Si, y cuenta con las evidencias:
- b. Está en proceso de construcción y cuenta con las evidencias
- c. No**

**91. ¿La entidad definió un plan de mejoramiento continuo de seguridad de la información?**

- a. Si, y cuenta con las evidencias:
- b. Está en proceso de construcción y cuenta con las evidencias
- c. No**

**2. 7. Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción – Evidencias**

**93. ¿Cuáles mecanismos utiliza la entidad para dar a conocer los lineamientos establecidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a sus grupos de valor y a la ciudadanía?**

- e. Megáfono

**98. Los riesgos de corrupción materializados se pusieron en conocimiento de las siguientes autoridades:**

- a. Fiscalía.
- b. Contraloría.
- c. Procuraduría.
- d. Control Interno Disciplinario.
- e. Otra autoridad.
- f. Ninguna de las anteriores.
- g. No se han materializado riesgos.**

**99. Los controles definidos por la entidad para mitigar los riesgos de corrupción incluyen:**

- e. Manejo de las desviaciones del control.
- f. Evidencia del control.
- g. Nombre del control.
- h. No se han definido controles.

**100. ¿La entidad ajustó el mapa de riesgos de corrupción por la materialización de estos?**

- a. Si, y cuenta con las evidencias:
- b. No**

**103. La publicación de la información permite que la entidad:**

- c. Mejore los datos publicados a través de la atención de requerimientos de sus grupos de valor.**



**104. La entidad pública en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web oficial:**

- b. Localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención al público.
- j. Políticas y lineamientos o manuales
- m. Plan de gasto público
- o. Mecanismos para la participación de los ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés en la formulación de políticas
- q. Entes de control que vigilan la entidad
- r. Planes de mejoramiento (de organismos de control, internos y derivados de ejercicios de rendición de cuentas
- v. La totalidad de los trámites que ofrece al ciudadano
- w. Registro de Activos de Información
- x. Índice de Información Clasificada y Reservada
- y. Esquema de publicación de información
- z. Programa de Gestión Documental
- aa. Tablas de Retención Documental
- ab. Políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales
- ac. Información sobre los grupos étnicos en el territorio
- ad. Respuestas de la entidad a las solicitudes de información
- ae. Directorio de agremiaciones, asociaciones, entidades del sector, grupos étnicos y otros grupos de interés
- af. Calendario de actividades
- ah. Ofertas de empleo
- aj. Preguntas y respuestas frecuentes.

**2. 8. Servicio al Ciudadano – Evidencias**

**107. ¿Cuáles de los siguientes indicadores de medición y seguimiento del desempeño son calculados y utilizados por la entidad en el marco de su política de servicio al ciudadano?**

- b. Indicadores que midan las características y preferencias de los ciudadanos.
- e. Indicadores que midan el uso de canales.

**108. La entidad cuenta con:**

- a. Personal que acredite las competencias establecidas en el Decreto 815 de 2018, relacionadas con la orientación al usuario y al ciudadano y en la Resolución 667 de 2018 (catálogo de competencias).
- b. Incentivos especiales para el personal de servicio al ciudadano, de acuerdo con lo previsto en el marco normativo vigente (Decreto 1567 de 1998, Ley 909 de 2004, Decreto 894 de 2017 y los que reglamentan sistemas propios de carrera administrativa)

**110. La entidad cuenta con una estrategia para interactuar de manera virtual con los ciudadanos a través de:**

- c. Aplicaciones móviles



## 2. 9. Participación ciudadana – Evidencias

**117. La entidad retroalimentó a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación a través de los siguientes medios:**

b. Comunicación directa a los grupos de valor que participaron

**120. Para divulgar la información en el proceso de rendición de cuentas la entidad utilizó los siguientes medios:**

a. Mensajes de texto

d. Televisión

h. Aplicación móvil

i. Boletines impresos

l. Centros de documentación

**121. Seleccione los temas sobre los cuáles la entidad divulga información en el proceso de rendición de cuentas:**

b. Trámites

c. Espacios de participación en línea

d. Espacios de participación presenciales

g. Conjuntos de datos abiertos disponibles

i. Enfoque de derechos humanos en la rendición de cuentas

**112. Seleccione las acciones de diálogo implementadas por la entidad para la rendición de cuentas:**

b. Foros virtuales

e. Audiencias públicas participativas virtuales

f. Observatorios ciudadanos

g. Tiendas temáticas o sectoriales

h. Mesas de diálogo regionales o temáticas

i. Reuniones zonales

j. Asambleas comunitarias

k. Blogs


l. Teleconferencias interactivas

## 2. 10 Seguimiento y Evaluación – Evidencias

**126. Los indicadores utilizados por la entidad para hacer seguimiento y evaluación de su gestión:**

d. Pueden ser consultados de manera oportuna por los servidores de la entidad

## 2. 11 Gestión de la Información y Comunicación – Evidencias

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

**128. Para la gestión de la información, la entidad:**

- c. Recolecta de manera sistemática la información necesaria y relevante para la toma de decisiones
- d. Identifica los flujos de la información (vertical, horizontal, hacia afuera de la entidad, entre otros)
- g. Identifica y mantiene condiciones de uso de la información.
- h. No cuenta con un proceso para la gestión de la comunicación

**129. Existe un proceso documentado e implementado para el procesamiento y análisis de la información que incluya:**

- a. Mecanismos de transmisión de los datos
- e. Evaluación de la calidad de los datos

**2. 12 Gestión Documental – Evidencias**

**133. ¿Qué acciones desarrolla la entidad para conservar el conocimiento de los servidores públicos?**

- f. Gestiona los riesgos y controles relacionados con la fuga de capital intelectual

El Departamento Administrativo de la Función Pública advierte que para la evaluación del próximo año, se estima una variable no superior al 20% respecto de las preguntas formuladas en el 2018.

**PLANES DE ACCION INSTITUCIONAL**

Emprender acciones tendientes a la consolidación y publicación de los siguientes planes institucionales relacionados con:

- PINAR Plan de Previsión de Recursos Humanos

**3. RELACIÓN DE ANEXOS (Físicos y/o Digitalizados)**

Las evidencias sobre los avances se hallan en copia magnética y física en la oficina de Planeación Operativa, Coordinadores de Áreas o Líderes de Procesos y en la oficina de Control Interno.

  
**LUIS FRANCISCO ROJAS CSTILLO**  
 Asesor Oficina de Control Interno