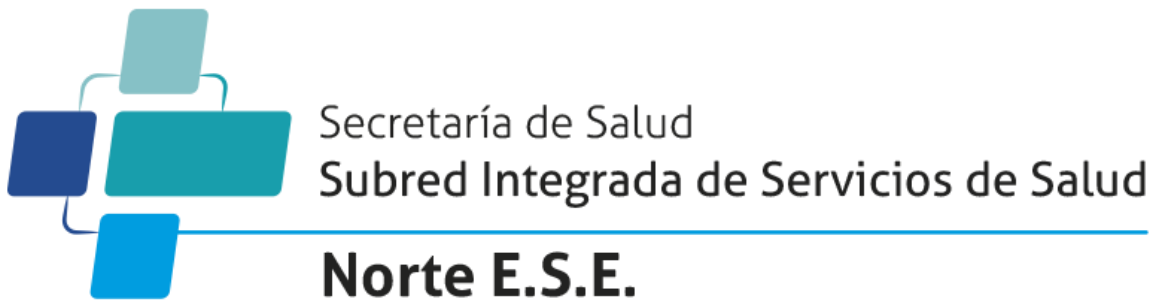


INFORME PORMENORIZADO SISTEMA DE CONTROL INTERNO

PERIODO REPORTADO: 12 DE MARZO DE 2018 A 11 DE JULIO DE 2018



BOGOTÁ, JULIO 12 DE 2018

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

AVANCES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

1. AMBIENTE DE CONTROL

- 1.1. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG.
- 1.2. APROBACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE AUDITORÍA INTERNA
- 1.3. COMPONENTE DE TALENTO HUMANO
 - 1.3.1. Capacitación
 - 1.3.2. Bienestar
 - 1.3.3. Nómina
 - 1.3.4. Calificación de los Servidores Públicos
- 1.4. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2018

2. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

- 2.1. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES PARA MITIGAR LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS
- 2.2. MAPA DE RIESGOS 2018

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

- 3.1. CONTROL AL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2018.
- 3.2. OPORTUNIDAD EN EL TRÁMITE DE LOS DERECHOS DE PETICIÓN Y OTRAS SOLICITUDES.
- 3.3. PAA - PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2018
- 3.4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- 4.1. RENDICIÓN DE CUENTAS:
- 4.2. INFORMACIÓN DOCUMENTAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO
- 4.3. PUBLICACIONES

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

- 5.1. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PREVISTAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO DERIVADO DE LA AUDITORÍA DE CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C.
- 5.2. PLANES DE MEJORAMIENTO CON LA VEEDURÍA DISTRICTAL
- 5.3. INFORME ANUAL DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2017
- 5.4. FURAG II
- 5.5. MONITOREO DE LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO ARTÍCULO 9 LEY 1474 DE 2011

**Jefe Oficina de
Control Interno**

**CARLOS
FERNANDO REY
RIVEROS**

**Período
evaluado**
:

Marzo 12 de 2018 a
Julio 11 de 2018

INTRODUCCIÓN

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011¹, corresponde a la Oficina de Control Interno elaborar, presentar y publicar un informe cuatrimestral pormenorizado del estado del sistema de control interno, para lo cual se acoge la nueva estructura del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecida en el Decreto 1499 de 2017², en el Marco General del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**, acorde con la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno establecidos en el Artículo 133 de la Ley 1753 de 2015³.

De acuerdo con lo anterior, el nuevo MECI está conformado de la siguiente manera:

Gráfica 1. Componentes del MECI



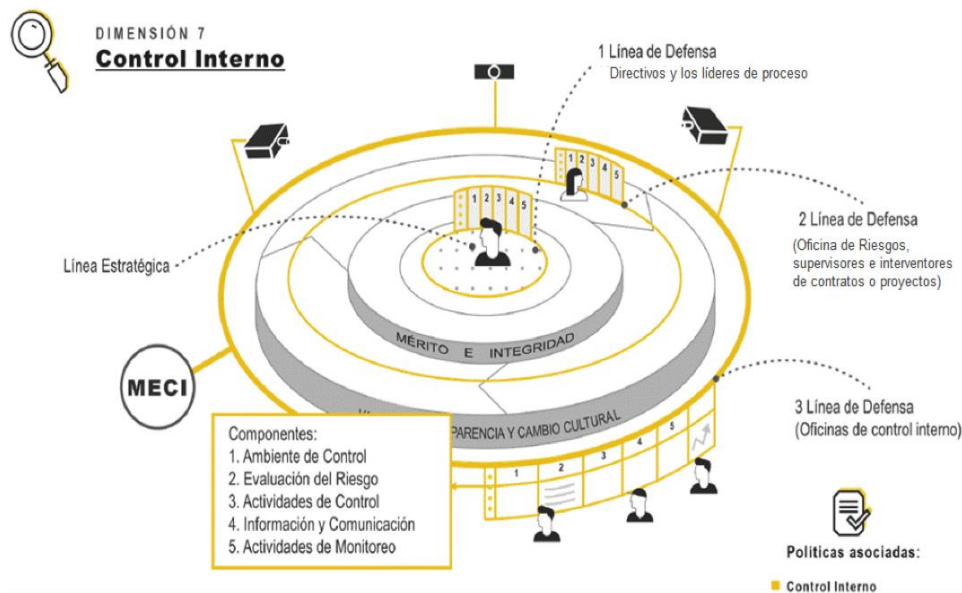
¹ Artículo 9°. "Reportes del responsable de control interno. ...El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave" de la Ley 1474 de 12-07-2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública"

² Decreto 1499 de 11-09-2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión"

Ley 1753 de 09-06-2015 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".

El desarrollo del Sistema de Control Interno bajo la estructura de las siete (7) dimensiones del MIPG contribuirá a cumplir los objetivos institucionales y fortalecer la cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua del mismo.

Figura 1. Estructura Dimensión 7- Control Interno



Fuente: Manual Operativo Sistema de Gestión MIPG

AVANCES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Los principales avances en el cuatrimestre informado en relación con el sistema de control interno, registran actividades en cada uno de los cinco (5) componentes del MECI y los mismos fueron objeto de verificación por parte de la Oficina de Control Interno, tal como se detalla a continuación para cada uno de los ambientes:

1.- AMBIENTE DE CONTROL.

1.1. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG.

Para la determinación de los avances en la implementación del MIPG, se adelantó reunión de seguimiento con la Oficina de Desarrollo Institucional, en el siguiente cuadro se presentan las actividades más relevantes relacionadas con la implementación del MIPG en la Subred Norte:

Aspectos solicitados MIPG	Avance reportado por la Oficina Desarrollo Institucional
<p>Avance de los diagnósticos, actividades y/o planes para la implementación del MIPG.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Subred Norte realizó los autodiagnósticos propuestos por la Función Pública: Gestión del talento humano, integridad, direccionamiento y planeación, plan anticorrupción, gestión presupuestal, gobierno digital, defensa jurídica, servicio al ciudadano, tramites, participación ciudadana, rendición de cuentas, seguimiento y evaluación de desempeño, gestión documental, transparencia y acceso a la información, y control interno. 2. En proceso el diligenciamiento del Autodiagnóstico de gestión del conocimiento e innovación, el cual fue remitido por el DAFP el pasado 28 de junio de 2018 3. Socialización de la estructura del MIPG, así como de las actividades realizadas para la implementación en comité directivo de la Subred celebrado el día 30 de abril de 2018 4. Asistencia a jornadas de sensibilización sobre el modelo, programadas por la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional de la Alcaldía Mayor y dictadas por el DAFP, así: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Socialización aspectos básicos del modelo ▪ Módulo 1: Direccionamiento estratégico y planeación ▪ Implementación código de integridad del servicio publico ▪ Módulo 2: Talento Humano ▪ Modulo 4: Gestión de resultado con valores 5. Mesas de trabajo sobre la implementación del Modelo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tema: Autodiagnósticos – mayo 08 de 2018 ▪ Tema: Políticas MIPG – junio 14 de 2018 6. Reuniones externas sobre el modelo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tema: Generalidades del modelo – SDS, junio 13 ▪ Tema: Institucionalidad – DAFP, junio 26

<p>Avance de las acciones realizadas para la actualización del MECI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La entidad demuestra su compromiso con la integridad y socializa regularmente los principios y valores a través del boletín Subred Norte al día (julio 06, mayo 15) y otros canales institucionales. ▪ Se realizó comité institucional de coordinación de control interno el 31 de enero, y comité extraordinario el 30 de abril para aprobación de instrumentos de auditoría ▪ A través del POA se realiza seguimiento mensual y evaluación trimestral de las metas y objetivos institucionales. ▪ Se realizaron evaluaciones de desempeño con corte a 31 de enero y concertación de objetivos. ▪ La Subred cuenta con su mapa de riesgos de gestión y corrupción, a través del cual se realiza seguimiento periódico a los diferentes controles y actividades. Para la vigencia actual se realizó revisión y ajustes de los riesgos. ▪ Constantemente se socializa y aplica la política de gestión del riesgo en todos los procesos, proyectos y programas. ▪ Se dio inicio a la revisión y ajuste de las políticas institucionales versus las políticas de MIPG
<p>Avances de las acciones para la definición y/o actualización de la institucionalidad en la SUBRED</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Subred Norte realizó reunión de acompañamiento con el DAFP sobre el componente de institucionalidad 2. Se realizó inventario de Comités de la Subred Norte 3. Se verificó vigencia de dichos comités 4. Se proyecto borrador del acto administrativo para la conformación del comité institucional de gestión y desempeño.

1.2. CICCI - COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

Para asegurar un efectivo y adecuado monitoreo del control interno se conformó el **“CICCI - COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO”**, mediante la Resolución 136 de 2018 expedida por la Gerencia, con el objeto de *“servir como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno de la entidad”*, con lo cual se demuestra el compromiso, liderazgo de la alta dirección.

El CICCI - Comité Institucional de Coordinación de Control Interno quedó integrado así:

1. El Gerente, quien lo presidirá.
2. Subgerente Corporativo.
3. Subgerente de Prestación de Servicios de Salud
4. Director Financiero
5. Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional
6. Jefe de la Oficina Asesora Jurídica.
7. Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario
8. Jefe de Oficina de Control Interno

Las actuales funciones del Comité, son:

1. Recomendar pautas para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno, de conformidad con las normas vigentes y las características propias de la entidad.
2. Estudiar y revisar la evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos del organismo o entidad, dentro de los planes y políticas sectoriales y recomendar los correctivos necesarios.
3. Asesorar a la Gerencia en la definición de planes estratégicos y en la evaluación del estado de cumplimiento de las metas y objetivos allí propuestos.
4. Recomendar prioridades para la adopción, adaptación, adecuado funcionamiento y optimización de los sistemas de información gerencial, estadística, financiera, de planeación y de evaluación de procesos, así como para la utilización de indicadores de gestión generales y por áreas.
5. Estudiar y revisar la evaluación al cumplimiento de los planes, sistemas de control y seguridad interna y los resultados obtenidos por las dependencias del organismo o entidad.
6. Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a cada una de las dependencias del organismo o entidad.
7. Coordinar con las dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, el mejor cumplimiento de sus funciones y actividades.
8. Presentar a consideración de la Gerente propuestas de modificación a las normas sobre control interno vigentes.
9. Estudiar y revisar la evaluación del Sistema de Control Interno.
10. Aprobar el plan de acción propuesto por el equipo MECI para la implementación y fortalecimiento del modelo.
11. Aprobar el Programa Anual de Auditorías presentado por la Oficina de Control Interno.
12. Recomendar acciones de mejora para la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema.
13. Propender por una adecuada implementación del procedimiento de control interno para todos los riesgos significativos, independientemente de su naturaleza (operativos, de cumplimiento, financieros, fiscales).

1.3. INSTRUMENTOS DE AUDITORÍA INTERNA

En cumplimiento del Decreto 648 de 19 de abril de 2017⁴, para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, en sesión del 30 de abril de 2018, el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno aprobó la adopción de los siguientes instrumentos de auditoría:

⁴

NOMBRE	CÓDIGO	FECHA DE APROBACIÓN
ESTATUTO DE AUDITORÍA	EV-EG-O-02-01	30-04-2018
CÓDIGO DEL ÉTICA DEL AUDITOR	EV-EG-O-01-01	30-04-2018
CARTA DE REPRESENTACIÓN	Contenido aprobado en Comité.	30-04-2018

1.4. COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

El Plan de Cargos de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte fue adoptado a través del Acuerdo de Junta Directiva 009 de 2017, y está estructurado por 1808 empleos, de los cuales tiene provistos 1172 para un 64.8%, siendo el personal asistencial el 76.3 % y el administrativo el 23.6%.

Por niveles tiene una composición de la siguiente manera: Directivo el 1% del total de empleos, Asesor el 0.3%, Profesional 40.1%, Técnico 6.7%, Asistencial 39.6% y Trabajadores Oficiales 12.3%.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE							
PLAN DE CARGOS - JUNIO 2018							
NIVEL JERARQUICO	Total empleos	Provistos	Vacantes	Asistenciales	Administrativos	Asistenciales	Administrativos
				Provistos	Provistos	Vacantes	Vacantes
DIRECTIVO	18	18	0	6	12	0	0
ASESOR	5	5	0	0	5	0	0
PROFESIONAL	725	506	219	456	50	201	18
TECNICO	122	80	42	42	38	25	17
ASISTENCIAL	716	453	263	360	93	217	46
TRABAJADORES OFICIALES	222	110	112	49	61	24	88
TOTAL	1808	1172	636	913	259	467	169

Fuente: Dirección de Talento Humano - SIDEAP 2018

El último reporte realizado a la OPEC de la Comisión Nacional del Servicio Civil se realizó a septiembre de 2017 con un total de 780 vacantes correspondiente a 121 empleos 24 del nivel asistencial, 72 del nivel profesional y 25 del nivel técnico. A la fecha se registran 636 vacantes.

• **CAPACITACION**

Plan de capacitaciones adoptado mediante Resolución 152 de 2018, elaborado a través de la Guía Metodológica del DASC, publicado en el aplicativo PIC en línea de la plataforma educativa PAO – DASC.

Circular externa 019 del 2018, PIC en línea.

Capacitación Virtual Moodle:

- Se realizaron actividades de inducción y reinducción a 2466 colaboradores de contrato y a 301 funcionarios de planta.
- Capacitación en Sistema Integrado de Gestión Documental SIGA para 128 personas de contrato y 75 de planta.
- Guías de práctica clínica de maternas 394 colaboradores de contrato y 204 funcionarios de planta.
- Curso Integral a Víctimas de Violencia Sexual, para 368 colaboradores de contrato y 179 funcionarios de planta.
- Actividades de socialización a través de correo electrónico para 617 personas.

Capacitación Presencial:

- Se realizaron actividades de capacitación a 4.583 colaboradores de contrato y planta.

No.	TEMA	COBERTURA
1	Accidente de trabajo-forma de reporte	482
2	Análisis de Mortalidad Materna	13
3	Bioseguridad	81
4	Brigada de emergencias	18
5	Brigada de emergencias-Charlas de Seguridad	130
6	Brigada de emergencias-Charlas de Seguridad Industrial	29
7	Buenas Prácticas Clínicas	20
8	Epidemiología: Importancia de eventos de interés en salud pública	7
9	Ergonomía en Puesto de Trabajo - Higiene Postural, Líderes de Autocuidado-Salud	451
10	Ergonomía en puestos de trabajo	58
11	Ergonomía y autocuidado	323
12	Estilos de vida y Trabajo saludable	632
13	Estrategias de seguimiento-sistema de vigilancia epidemiológica para riesgo biomecánica	288
14	Fortalecimiento en conocimiento Sexperto y Salud sexual y reproductiva	24
15	Humanización: Habilidades Blandas, Comunicación-Trabajo en Equipo	93
16	Humanización-Habilidades Blandas (Suba 22 mayo)	72
17	Humanización-Habilidades Blandas-Programación Neurolingüística	18
18	Implementación de TRD y Organización de Archivos	79
19	Lanzamiento Modelo de Atención en Salud	66
20	Metodología de la Investigación	25
21	Portafolio y la Capacidad Instalada Actualizada de Urgencias	66
22	Retoolimentación en Bioseguridad	185
23	Riesgo biológico, definición, prevención, higiene de manos, limpieza y desinfección, uso adecuado de EPP, manejo de residuos, manual de bioseguridad	227
24	Riesgo Ergonómico	129
25	Riesgo psicosocial	665
26	Sensibilización para trabajo seguro y Reporte de incidentes y accidentes de trabajo	130
27	Socialización del Procedimiento de Referencia y Contrareferencia	6
28	Socialización del Programa de Tecnovigilancia y Gestión de la Tecnología	12
29	Socialización del Programa de Tecnovigilancia y Gestión de la Tecnología. 110 colaboradores del PAI (Plan Ampliado de Inmunización)	55
30	Socialización para Reporte de Mortalidades Evitables	2
31	Socialización Resolución 1995 de 1999 – Normas para el Manejo de la Historia Clínica	18
32	Soporte vital Básico	35
33	Taller Actualización Normativa Ley 1712 y 1755	46
34	Verificación condiciones de puestos de trabajo, Higiene Postural, Líderes de Autocuidado-Salud Musculoesquelética- pausas saludables	42
35	Versión de Orfeo	56

- **BIENESTAR**

Plan de Bienestar se adoptó mediante Resolución 020 de 2018, los estímulos correspondientes a la vigencia 2016 fueron asignados mediante Resolución 877 del 03 de octubre de 2017, de igual forma en el periodo evaluado se realizaron entre otras las siguientes actividades:

- Reconocimiento a profesiones y oficios de los empleados de la Subred: Se realizó el 22 de junio con la participación 1200 funcionarios.
- Exaltación a los colaboradores en su natalicio (tarjeta virtual y Publicación): Se realizó el envío de la tarjeta virtual diseñada para felicitación en el cumpleaños de cada a todos los funcionarios de planta a partir del mes de abril y OPS y de contrato a partir del mes de mayo a través del correo electrónico que se tiene registrado en la base de datos de la entidad lo que corresponde a 227 personas.
- Ferias de Bienestar con entidades prestadoras de servicios de salud, bancos, cooperativas y otros proveedores de servicios: Son espacios en los cuales se permite el ingreso de entidades como cooperativas, bancos, fondos de pensiones y cesantías, empresas prestadoras de servicios de salud, administradora de riesgos laborales y entidades que faciliten con beneficios a los funcionarios la adquisición de productos o servicios así como la información general o específica relacionada con la seguridad social. Las ferias de servicios se vienen adelantando dos veces por mes en las cuales se da cubrimiento a las sedes principales (USS SIMON BOLIVAR, ENGATIVA, CHAPINERO Y SUBA) adicional a partir del mes de Junio se inició en las sedes intermedias de Fray, Emaús, San Cristóbal.
- Espacio Virtual que permita a los colaboradores ofrecer productos usados en buen estado y nuevos con los demás colaboradores de la Subred. (Implementación virtual): Se trabajó junto a la oficina de comunicaciones la articulación de un espacio virtual que permita a los funcionarios conseguir la información de manera oportuna así como conocer las actividades y procesos que se adelantan en la Dirección de Gestión de Talento Humano.
- Desvinculación Laboral Asistida: Se realizaron actividades de capacitación y sensibilización en temas como futuro pensional, propósito de vida y gestión de certificaciones para reconocimiento de pensión al personal de la entidad que se encuentra a menos de tres años de cumplir su edad de pensión, para los cuales se han realizado los siguientes temas con 60 personas de 94 programadas.
- Fomentar la participación en el reconocimiento "hechos de corazón" - promovida por la SDS: Una de las actividades realizadas como parte del reconocimiento y ejemplo de Humanización en el adecuado ejercicio del liderazgo, manejo de conflictos y comunicación empática, se articuló para el primer semestre la campaña de hechos de corazón liderado por la SDS y la gerencia de la Subred Norte apoyado desde la institución por la Dirección de Talento humano y Comunicaciones y el equipo de Gestores de Humanización que se vincularon a la socialización y campaña de la estrategia " HECHOS DE CORAZON", los cuales motivaron la participación de los funcionarios de la entidad logrando una participación de 84 nominaciones por parte de la subred Norte, que fueron remitidos durante el mes de abril a la SDS.
- Reubicación de puestos de trabajo por recomendaciones medico laborales: Se viene adelantando la revisión de los casos de recomendaciones medico

laborales por parte de la médico del SGSST donde se validan las vigencias de las mismas y se remiten los casos a que haya lugar para mesa de trabajo donde con el jefe o líder y avalados por la dirección respectiva se hacen las reubicaciones si se requiere necesario.

A la fecha se cuenta con 130 casos evaluados y reubicados en los cuales se propende por el bienestar de los colaboradores.

- **Estudio de Cultura Organizacional:** Se realizó la contratación de una empresa consultora con quien se viene adelantando el estudio, a la fecha se cuenta con la aplicación del diagnóstico de la cultura de servicios de la entidad para su análisis y elaboración de informe el cual será presentado en el segundo semestre con la recomendación respectiva. Así mismo se gestionaran las acciones que faciliten la orientación y fortalecimiento de las competencias s de una cultura organizacional orientadas al servicio de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E.

- **NOMINA**

La Subred Norte, a partir del 1 de marzo de 2018 liquida de manera unificada la nómina a través del módulo Hipócrates Versión 7.0, dado que el Sistema de Información Clínica Suite no posee módulo de nómina.

La interface al módulo de contabilidad se hace forma manual, a través de archivos planos hoja de Excel.

A la fecha se encuentran pendientes desarrollos por parte del proveedor del Sistema de Información, el proceso de retención en la fuente y seguridad social – incapacidades, actividades que se realizan manualmente y antes de liquidación definitiva de nómina. Actualmente se realiza una preauditoria al proceso de liquidación.

A junio 30 de 2018 los pagos de nómina, descuentos de nómina y parafiscales se encuentran al día. La política de pagos de nómina, establece pagos quincenales a trabajadores oficiales y pago mensual a funcionarios públicos. Para lo cual se liquidan 3 nominas mensualmente.

La liquidación y pago de seguridad sociales se realiza a través del operador mi planilla.com y el banco a través del cual se realiza las operaciones de nómina es Davivienda.

- **EVALUACION DE LOS SERVIDORES PUBLICOS**

Compromisos Laborales:

Para los 701 funcionarios, se adoptó metodología de evaluación a través de Resolución No. 0050 del 27 de enero de 2018, adicionalmente se conformaron comisiones evaluadoras a través de Resolución 050 de 2017.

Se presentó informe de evaluación del desempeño de la vigencia 2017.

Acuerdos de Gestión, se identificó que en la Unidad Documental de Acuerdos de Gestión se encontró evaluación 2017 de los Doctores Clara Prada, Daniel Blanco y Alicia Martínez, se deja constancia que no son susceptible de ser evaluados los doctores Norberto Ruiz Rodríguez y Sandra Bocarejo por fecha de ingreso.

A marzo de 2018 fecha máxima de suscripción de Acuerdos de Gestión 2018, se encuentra en la unidad documental de talento humano los acuerdos de los siguientes gerentes públicos: Clara Prada, Sandra Bocarejo, Diana Carolina Camelo Sánchez, Mauricio Cuberos, Claudia Galán, Álvaro Galvis, Cesar Pérez, María Eugenia Rodríguez, Yaneth Rodríguez, Norberto Ruiz y Fanny Rúgeles.

1.5. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2018

En enero de 2018 se realizó seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2017, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 93.5%, así mismo se verificó el seguimiento y la oportunidad de publicación del primer informe correspondiente al periodo 1 de enero a 30 de abril de 2018, con una calificación del 85% de cumplimiento.

Al evaluar todos los componentes del PAAC 2018, los porcentajes fluctuaron entre 64% y 95 % evidenciándose bajo cumplimiento en el subcomponente de Gestión de Riesgos de Corrupción y Mapa de riesgos, por falta de socialización y falta de monitoreo de los controles en los procesos institucionales, lo cual impacta la primera y segunda línea de Gestión de Riesgos Institucionales.

En el subcomponente de servicio al ciudadano, se obtuvo un índice de satisfacción del 95.2% y en lo relacionado con la capacitación de funcionarios, se evidenciaron debilidades, en cuanto a mecanismos de transparencia y acceso a la información, falencias en el cumplimiento de requisitos normativos de publicación. En resumen la calificación de componentes fue así:

Componentes	%
Gestión de Riesgos de Corrupción	64
Rendición de cuentas	95
Servicio al Ciudadano	95
Mecanismos de transparencia y acceso a la información	88%
Promedio de cumplimiento	85%

Elaboración: Oficina de Control Interno.

Es relevante tener en cuenta que estos informes de seguimiento regulares generan un valor agregado a las funciones que adelanta la O.C.I al interior de la Subred, con el propósito de convertir la Oficina en un componente dinamizador de la organización y un soporte estratégico para la toma de decisiones, por lo que estos informes se envían a los responsables de los procesos, a la Dirección General de la Entidad y se publican en la página web, para conocimiento de la ciudadanía.

2. ADMINISTRACION DEL RIESGO.

En desarrollo de este rol, la Oficina de Control Interno hace seguimientos periódicos a las acciones preventivas y correctivas de los mapas de riesgos, a fin de establecer el grado de cumplimiento de los mismos. Se generan informes de seguimiento en los que se señalan oportunidades de mejora.

Durante la vigencia 2018, se ha hecho seguimiento al mapa de riesgos de anticorrupción elaborado durante el año 2017 en un trabajo conjunto de la Oficina de Desarrollo Institucional y los demás procesos de la Subred. Producto de esta actividad, se evidenciaron fallas estructurales sobre el proceso de formulación, aprobación y divulgación del Mapa de Riesgos de Corrupción de la Subred, ya que no se ajusta a la metodología que para ello ha establecido la entidad competente.

Se verificó que existe un instrumento sobre el cual ha venido trabajando la Subred basado en la metodología general de mapa de riesgos, que presenta debilidades en su normalización y publicación, es decir la matriz del Mapa de Riesgos de Corrupción a la fecha de corte no tiene diligenciados los seguimientos trimestrales realizados, no está debidamente normalizada, presenta inconsistencias con las fechas de inicio y terminación de actividades por lo que no cumple lo establecido en el parágrafo 1°, literal g artículo 9 de la Ley 1712 de 2014.

En el marco del seguimiento la oficina de Control Interno recomendó lo siguiente:

- Adoptar la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Optimizar el procedimiento de monitoreo, ya que se presentan deficiencias en la gestión y los resultados de los procesos, por cuanto algunas acciones de control y/o preventivas propuestas, no permiten prevenir, mitigar o trasladar de manera eficaz los riesgos.
- Establecer mecanismos de medición de las acciones fijadas en el mapa de riesgos 2018, ya que en el Plan Operativo Anual para la vigencia no se mide su cumplimiento.
- Se recomienda mejorar los canales de socialización y/o actualización del Mapa de

Riesgos.

- No se identifican riesgos de corrupción asociados a la razón de ser de la entidad, es decir el proceso misional.

Durante el mes de junio se desarrollaron mesas de trabajo con los líderes y quipos técnicos de los procesos para:

- Socializar la política
- Revisar el avance y cierre de los controles formulados frente a los riesgos identificados y valorados en el periodo abril 2017 a marzo 2018.
- Actualización y ajuste de los riesgos por cada uno de los procesos, una vez apropiado la gestión y administración de riesgos a nivel institucional. El análisis de los avances del primer ejercicio institucional de riesgos permitió el tratamiento de los riesgos (eliminar, transferir, asumir, etc), producto de esta labor es el nuevo mapa de riesgos institucional que se presentará a comité directivo para su aprobación.

2.1. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES PARA MITIGAR LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS

Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:

La Subred integrada de Servicios de Salud Norte, desde la adopción de su direccionamiento estratégico Acuerdo 022 de 2016, Artículo 4 literal E, definió y adoptó la política de Gestión y Administración de Riesgos, así mismo, a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se asumió la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno el cual opera con la periodicidad establecida en cabeza de la Gerencia de la Subred.

En este sentido, el Comité sesionó de manera ordinaria el 29 de enero de 2018 y extraordinariamente el 30 de abril de 2018 con el fin de evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad, donde se retroalimentó a la Alta Dirección en el monitoreo y efectividad en la gestión de los riesgos de la subred.

No obstante, se requiere fortalecer el seguimiento al monitoreo en la gestión de los riesgos, fortalecer y optimizar la aplicación de los controles Primera Línea de Defensa.

La Oficina de Control Interno, ha manifestado la necesidad de aplicar estándares internacionales para la identificación y redacción de los controles, así como la revisión y actualización de los mapas de riesgos de acuerdo con las situaciones observadas, con el fin de garantizar la NO materialización de riesgos, que pudiesen afectar negativamente el logro de las metas y objetivos institucionales.

Se recomienda, mayor participación de la primera Línea de Defensa en el monitoreo de los riesgos de las dependencias a cargo.

2.2. MAPA DE RIESGOS 2018

Se realizó seguimiento al Mapa de Riesgos Anticorrupción correspondiente al periodo de 1 de enero a 30 de abril de 2018, se identificó que la entidad no ha cumplido los parámetros de construcción establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, presentando oportunidades de mejora en su construcción, socialización y publicación, según las fechas y procedimientos establecidos en la metodología vigente.

La herramienta actualmente utilizada corresponde a la aprobada para la vigencia 2017, y difiere parcialmente de la metodología DAFP vigente, al verificar la matriz del Mapa de Riesgos de Corrupción 2017 publicada en la Web de la Subred a la fecha del seguimiento, se encontró que no han sido diligenciados los resultados de los monitoreos realizados, no está normalizada y codificada por la oficina de gestión documental, y presenta diferencias en los esquemas de calificación como en las variables de medición de probabilidad e impacto con lo establecido por la DAFP, generando riesgos de distorsión del análisis; se identificó que la entidad se encuentra en proceso de análisis, evaluación y del Mapa de Riesgos vigente.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

La Subred Norte mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 007 de 2017 aprobó su Manual de Procesos y Procedimientos, al verificar la Intranet en la página Web de la Subred Norte (<http://www2.subrednorte.gov.co/intranetsrn/index.php/gestion-de-calidad/control-documental>) se evidenció la documentación y publicación de los procedimientos.

La E.S.E. tiene establecidos los espacios y escenarios de autoevaluación suficientes para garantizar el cumplimiento de los procedimientos y a partir allí mitigar riesgos, seguimiento a indicadores, aplicación de controles entre otros instrumentos de captura y procesamiento de información, como por ejemplo las encuestas de Satisfacción a los Ciudadanos, que durante el primer trimestre de 2018 se encuestaron 2808 ciudadanos, obteniéndose información fundamental en la atención y donde se obtuvo un índice de satisfacción del usuario del 95.2%.

SISTEMAS DE CALIDAD:

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Durante el primer trimestre de 2018 se realizó el cierre de ciclo de mejora Institucional 2017, mediante un ejercicio de aprendizaje (Estrategia de Hilos mágicos).

Se da inicio bajo la metodología del Sistema Único de Acreditación el segundo ciclo de preparación para la acreditación institucional, avanzando en las etapas de capacitación, autoevaluación con calificación cualitativa y cuantitativa, priorización bajo esquema de Riesgo Costo Volumen, formulación de planes de mejoramiento.

Se presentó al auditorio los resultados de cumplimiento de planes de mejora SUA por grupos de estándares, en forma cualitativa y cuantitativa, con cumplimiento general del 91.5%, frente a los planes alimentadores generados de las auditorías internas y externas se obtuvo un cumplimiento del 86.1%.

HILOS MÁGICOS

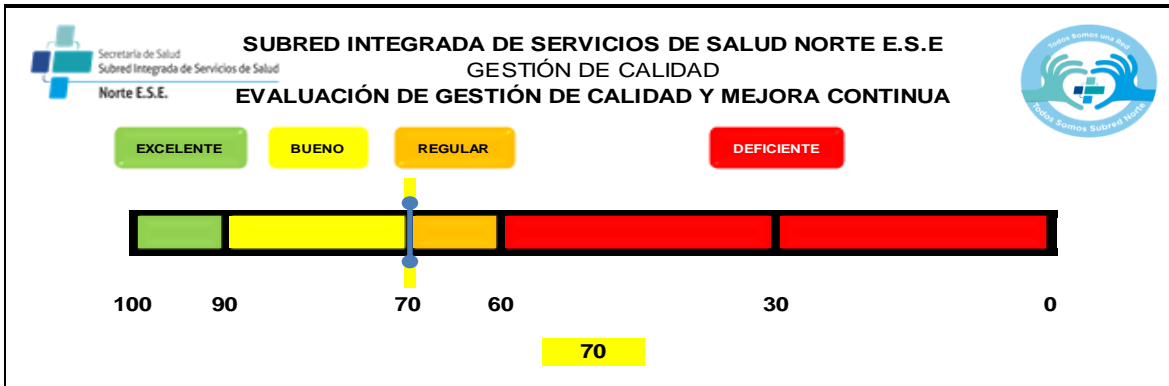
La Oficina de Calidad, desarrollo el cierre de ciclo de mejoramiento con un enfoque sistémico y consolidar la presentación de resultados mediante la herramienta integradora "Hilos Mágicos", para lo cual se diseñó una matriz que cruza los estándares del Sistema Único de Acreditación con los avances realizados en otras ejercicios como desarrollo de planes de mejora alimentadores generados de auditorías externas e internas, desarrollo de comités, desarrollo de POAS, desarrollo de Matriz de Riesgos, Programa de Gestión clínica Excelente y Segura, evaluación de políticas institucionales, la voz del usuario y su familia; permitiendo una visión sistémica, encontrando que el resultado de estos hilos mágicos proporcionó diferentes perspectivas de análisis, integralidad y globalidad, para el avance en los procesos de mejora institucional. Se evidenciaron en este ejercicio aspectos a fortalecer como:

- Proceso de divulgación y apropiación del plan estratégico
- Programas de Humanización, Gestión clínica excelente y segura, gestión del riesgo farmacovigilancia y tecnovigilancia
- Fortalecimiento de clima organizacional y proceso de transformación cultural
- Monitoreo y análisis de tendencias de indicadores para toma decisiones
- Plan y estrategias de comunicación
- Unificación del sistema de información de historia clínica y calidad de los registros y concluir el proceso de documentación clínica y socialización
- Manejo seguro del ambiente físico
- Referenciación Competitiva y Comparativa

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Para el seguimiento de las políticas Institucionales la oficina de Calidad diseño el formato de operativización de políticas y la herramienta para consolidar su medición y análisis, estableciendo sobre un 100% la ponderación, destacando con mayor % la satisfacción del usuario como eje central y la política de Calidad y mejora continua, como eje articulador de la prestación de servicio con niveles superiores de calidad.

El resultado general se presenta en la siguiente grafica



Fuente: Informe Sistemas de Calidad Subred Norte

Se obtuvo un cumplimiento del 70%, en el análisis se evidenció la necesidad del ajuste del formato de operativización y redefinición de indicadores.

PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)

El PAMEC Institucional está alineado al Sistema Único de Acreditación. Sin embargo se cuentan con planes de mejoramiento alimentadores generados de las auditorías externas, auto evaluaciones, monitoreos, evaluaciones de protocolo de Londres de eventos, de gestión clínica excelente y segura. Estos planes se realizan monitoreos y alertas mensuales para su cumplimiento y se mantienen semaforizados en Completo, Atrasado y en desarrollo.

CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORA 2018		
	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE
GENERALES	79,60%	34,80%
COVE	97,56%	91,39%
TOTAL	88,58%	63,10%

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (SGSI).

- Se cuenta con el documento AP-GI-PL-02-01 plan de gestión de seguridad de la información.
- Creación del Comité de Seguridad de la Información para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, mediante Resolución 285 de 2018.
- Elaboración del cronograma de actividades para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, para la vigencia 2018.

- Autodiagnóstico de Gestión Política de Gobierno Digital (MIPG | Modelo Integrado de Planeación y Gestión) de la Función Pública, con una calificación total de 58/100.
- Se continuó con el proceso de la Implementación de la Historia Clínica digital, con el despliegue en las unidades de Engativá y Simón Bolívar, realizando entrenamiento y acompañamiento al personal asistencial en los puestos de trabajo. Historia Clínica de Consulta Externa se encuentra implementada.
- Capacitación usuarios en el manejo de la herramienta de mesa de ayuda, para lo cual a 30 de junio de 2018 se han registrado 6470 incidencias y resueltas 6290, para un 99 % de resolución de las mismas, relacionadas con TICS.
- Se cuenta con el documento AP-GI-O-09-01 plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones-PETIC.

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL (SGA).

Gestión Ambiental: En el primer semestre del año 2018 se desarrollaron estrategias para el cumplimiento del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA como:

- Divulgar estrategias de Uso eficiente de Agua y Energía
- Medición de adherencias del PIGA
- Seguimiento a la generación de residuos y consumos de agua y energía
- Elaboración del plan de movilidad sostenible y desarrollo de jornadas del día sin carro con entrega de incentivos
- Renaturalización de espacios
- Ejecución de actividades para conceptos higiénico sanitarios
- Recepción y acompañamiento a auditorías realizadas por entes de control
- Desarrollo de las actividades en el plan de acción-PIGA.

SISTEMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ejecución Actividades Subsistema de Seguridad y Salud en el Trabajo: En el marco del subsistema de seguridad y salud en el trabajo se desarrollaron actividades en los siguientes ejes de intervención: Medicina Preventiva y del trabajo, Higiene y Seguridad Industrial, SGSST y COPAST, logrando ejecutar 216 actividades para un nivel de cumplimiento del 42% en el primer semestre de 2018.

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL (SIGA).

Se da cumplimiento a lo definido por el Decreto 2609 de 2012, y el Decreto 1080 de 2015, mediante la Resolución 152 de 2017, estableciendo sus componentes, y de igual forma el modelo de operación del SIGA, que permite realizar el despliegue de los diferentes elementos del mismo.

Así mismo, según sesión del 12 de mayo de 2018 en el cual el Comité Interno de Archivo se aprobó la modificación del plan de trabajo archivístico, no obstante a los ajustes realizados al SIGA, se observa un nivel de cumplimiento del 73.3%.



SISTEMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL I (SRS).

La Subred Norte cuenta con la política de responsabilidad Social que reza: “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. se compromete a desarrollar una gestión socialmente responsable, soportada en sus principios y valores, que contribuya a mejorar el impacto social, económico y ambiental en sus diferentes grupos de interés”, cuyo objetivo es “Promover una gestión socialmente responsable de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. que contribuya a mejorar el impacto social, económico y ambiental en sus diferentes grupos de interés”.

Dentro de las líneas de intervención se encuentran: Gestión Ambiental, Gobernanza de la Entidad, Derechos Humanos, Prácticas Laborales, Transparencia y Anticorrupción, Atención y Servicio a la Ciudadanía.

3.1. CONTROL A LOS PLANES OPERATIVOS DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2018

La Subred Norte publicó el seguimiento realizado al Plan Operativo Anual I Trimestre de 2018 así:

- Formular e implementar un modelo de atención integral que dé respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población. 90% de Cumplimiento.

- Impactar positivamente la satisfacción del cliente interno, externo y sus familias a través de un modelo de atención integral. 97% de Cumplimiento.
- Lograr equilibrio operacional de la ESE de manera sostenible. 99% de Cumplimiento.

Adicionalmente al seguimiento se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se realizó plan de mejoramiento POA 2018.
- Durante el mes de junio se realizó mesas de seguimiento conjunta a las metas POA entre la Gerencia, Desarrollo Institucional y las diferentes áreas para conocer el estado de avance en que se encontraban las mismas.
- Se realizó socialización y seguimiento del plan de acción durante el comité de gerencia llevado a cabo el día 30 de abril del 2018.

3.2. OPORTUNIDAD EN EL TRÁMITE DE LOS DERECHOS DE PETICIÓN Y OTRAS SOLICITUDES.

La Subred cuenta con seis (6) canales de atención a través de los cuales se pueden recibir las peticiones de los usuarios. El total de peticiones en el I Trimestre año 2018 es de 1655 recibidas a través de los diferentes canales de atención evidenciando principalmente la utilización de los 71 buzones de sugerencias ubicados en las salas de espera de hospitalización, urgencias y consulta externa de las diferentes Unidades de Atención.

Atendiendo a la tipología de las peticiones recibidas, se encuentra en las cinco principales tipologías, que el mayor número corresponde a 706 Reclamos, seguido de 470 Derechos de Petición de Interés Particular, 147 Quejas, 124 Derechos de Petición de Interés General, 83 Felicitaciones.

El Sistema Distrital de Quejas y Soluciones – SDQS – Bogotá Te Escucha, es utilizado por los ciudadanos y entidades distritales, lo que permite que se ingresen diversas peticiones que para el caso de las quejas, solo 88 manifestaciones corresponden a fallas de calidez, las demás se relacionan con GD-F-07-01 temas de salud pública donde se solicita la intervención de la entidad en inspección, vigilancia y control, como también con reclamos en la prestación de los servicios por parte de la entidad, por dificultades administrativas.

Sobre este particular se informa que la totalidad de las peticiones fueron respondidas dentro de los términos legales lo cual será objeto de evaluación de la Oficina de Control Interno.

3.3. PAA - PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2018

En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión ordinaria del 29 de enero de 2018, se aprobó el PAA - Plan Anual de Auditorías 2018.

El plan consignó las actividades a desarrollarse durante la vigencia 2018, acorde con los recursos disponibles como son:

- Elaboración de informes determinados por ley.
- Auditorías internas basadas en riesgos.
- Acciones de Asesoría y Acompañamiento.
- Auditorías Especiales
- Acciones de Fomento de la Cultura del Autocontrol.

En el PAA 2018 de la Subred se programaron las siguientes auditorías:

- Gestión de Urgencias. (Finalizada).
- Gestión Financiera - Cartera y Facturación. (En curso).
- Talento Humano. (En curso).
- Sistemas de Información – HIS-. (En curso).
- Recursos Físicos. (En curso).
- Gestión Contractual. (Programada).

Así mismo, se establecieron seguimientos periódicos a determinados aspectos establecidos en la normatividad vigente y presenta los informes correspondientes. Se relacionan a continuación los informes presentados en lo corrido de la vigencia:

- Evaluación por Dependencias.
- Control Interno Contable.
- Cumplimiento de normas en materia de derechos de autor.
- Pormenorizado de Control Interno.
- Austeridad en el gasto (IV Trimestre 2017 y I Trimestre 2018)
- Cumplimiento Directiva 003 de 2013.
- Evaluación al cumplimiento del PAAC.
- Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción.

3.4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL

Teniendo en cuenta la importancia que el desarrollo de este rol tiene para la Subred, la Oficina de Control Interno ha realizado algunas actividades al interior de su equipo de trabajo tendientes de un lado a capacitar en temas relacionados con roles de control interno, funciones de la oficina, auditorías, así como en la implementación del MIPG. En tal virtud, en sesión de trabajo de 30 de abril de 2018 se dictó capacitación a todos los integrantes de la Oficina de Control Interno en temas propios de la Oficina.

De igual manera, en conjunto con el proceso de Talento Humano, se está estructurando una capacitación virtual a funcionarios contratistas administrativos de la Subred, relacionado con roles de la OCI, actividades de autocontrol y riesgos, el cual se desarrollará en el segundo semestre de la vigencia.

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 RENDICIÓN DE CUENTAS

La Subred Norte realizó procedimiento de rendición de cuentas, la audiencia fue llevada a cabo el 20 de marzo de 2018, para ello se detalla a continuación las actividades realizadas:

- El equipo de rendición de cuentas en un esfuerzo conjunto realizó reuniones y mesas de trabajo en torno a la preparación de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2017, celebrada el 20 de marzo de 2018 en el auditorio principal de la Universidad del Bosque, con el fin de informar públicamente sobre la gestión realizada y garantizar a la ciudadanía el acceso a la información.
- Se realizó, publicó y distribuyó el informe de rendición de cuentas, en el cual se proporcionó la información mínima institucional obligatoria y la información de interés para los ciudadanos. Publicado en página web de acuerdo con la Ley 1712 de transparencia y acceso a la información. <http://www.subrednorte.gov.co/?q=content/rendici%C3%B3n-cuentas-subred-norte-ese>
- Se realizó el foro presencial el día 27 de febrero en la USS Fray Bartolomé con el fin de identificar información relevante y de interés para nuestros usuarios, con mesas de trabajo sobre temas específicos, en la que participaron los referentes de las diferentes organizaciones sociales.
- Se definió la estrategia de comunicación para promover la participación en la audiencia y se generó campaña de expectativa a través de redes sociales.
- Se enviaron invitaciones personales a los líderes de las diferentes organizaciones sociales.
- Durante la audiencia se realizó intervención por parte de los ciudadanos a través de una persona delegada por la comunidad.
- El mecanismo de participación de los asistentes se llevó a cabo mediante la formulación de preguntas a través de un formato diseñado para tal fin, algunas de las preguntas fueron respondidas por los directivos y la gerente a través de selección aleatoria. A las demás preguntas se les dio respuesta de manera escrita. Documento publicado en pagina web. <http://www.subrednorte.gov.co/?q=content/rendici%C3%B3n-cuentas-subred-norte-ese>
- Partiendo del formato de calificación del evento diligenciado por los asistentes, se realizó la evaluación del proceso de rendición de cuentas y se socializaron los resultados en pagina web.

<http://www.subrednorte.gov.co/?q=content/rendici%C3%B3n-cuentas-subred-norte-ese>

- En lo corrido de esta vigencia también se realizaron espacios de dialogo con la ciudadanía, El día 20 de abril de 2018 se llevó a cabo el primer conversatorio de la Gerencia con las organizaciones sociales de la Subred Norte, en este escenario hicieron presencia los líderes de las 12 organizaciones sociales en salud y la Gerencia presento los avances de la incorporación del modelo de salud. Los asistentes y la Gerencia se propusieron otro encuentro para el seguimiento a las acciones que mejoran la prestación de los servicios de salud.
- De igual manera, se adelantó capacitación mediante el aplicativo MOODLE en los temas de 1. Rendición de Cuentas 2. Formas de realizar la rendición de cuentas 3. Medios para realizar la rendición de cuentas a un total de 498 funcionarios.
- Se creó link de rendición de cuentas en la página de inicio de la web, para tener acceso fácil, rápido y directo a los documentos de la audiencia.

4.2 INFORMACIÓN DOCUMENTAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Para el trámite de la correspondencia de la OCI, se cuenta con usuarios en el aplicativo ORFEO para cada uno de los miembros del equipo de trabajo, y con un perfil de Administrador a cargo del Jefe de Oficina de Control Interno.

Se tiene un control adicional por parte de la Auxiliar Administrativa de la Oficina para la trazabilidad de las comunicaciones oficiales de la OCI.

El procedimiento del archivo documental en esta dependencia, concluye cuando se ha dado respuesta a las solicitudes o requerimientos y se archiva tanto en las carpetas de archivo de gestión (físicas), en la que reposan los comunicados originales con su debida respuesta y soportes, como en el aplicativo ORFEO con los lineamientos sobre las TRD del proceso Gestión Documental.

4.3 PUBLICACIONES

La Oficina de Control Interno, en desarrollo de los postulados de la Ley 1712 de 2014⁵, publica en la página web de la Subred todos los informes de seguimiento y de auditoría que elabora, dentro del módulo de (Reportes Control Interno <http://www.subrednorte.gov.co/?q=transparencia/control/reportes-control-interno>).

Para lo anterior, una vez se finaliza el informe correspondiente, se firma por parte del Jefe de la Oficina y se remite a comunicaciones solicitando su publicación y realizando seguimiento a las diferentes publicaciones en la página web a fin de determinar que todos los informes que elabora esta dependencia se encuentren incluidos.

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

⁵ Ley 1712 de 2014 "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones"
Dirección: Calle 66 No. 15-41
Código postal: 111221

5.1 SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PREVISTAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO DERIVADO DE LA AUDITORÍA DE CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C.

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y la de Control Interno, adelantaron actividad conjunta con el propósito de hacer seguimiento al avance de acciones dentro del plan de mejoramiento presentado a la Contraloría de Bogotá y de obtener los soportes de cumplimiento de las acciones que en su momentos plantearon las USS antes del proceso de fusión y que en su momento no fueron evaluadas por este órgano de control, por lo que aún se mantienen vigentes.

Esta actividad se desarrolló por medio de mesas de trabajo con las diferentes dependencias responsables de las acciones; de lo actuado, se levantaron actas de trabajo con la determinación de compromisos de presentación de soportes pendientes por parte de los responsables.

Los planes de mejoramiento verificados que están suscritos con la Contraloría de Bogotá, están clasificados de la siguiente manera:

- Informe Auditoria Regular de la Contraloría de Bogotá - Período Auditado 2016. Este plan de mejoramiento presento un total de 48 acciones. De la verificación realizada se soportaron 27 acciones dando un cumplimiento del 56%, de lo anterior quedan 21 acciones abiertas. Es de aclarar que de estas 21 acciones pendientes tienen fechas de cierre hasta el 31 de diciembre del presente año.
- Planes de Mejoramiento - Informes Auditorias de la Contraloría de Bogotá - a Hospitales vigencias anteriores. Este plan de mejoramiento presento un total de 114 acciones de las cuales se verificación 99 acciones con sus respectivos soportes dando un cumplimiento del 87%, de lo anterior quedan pendiente 15 acciones abiertas.

En conclusión, el total del plan de mejoramiento de la Contraloría de Bogotá es de 162 acciones de las cuales se cumplieron 126 acciones con sus respectivos soportes dando un cumplimiento del 78%, quedando pendiente un 22% por soportar que corresponden a 36 acciones por cerrar.

CÓDIGO	ENTIDAD	ACCIONES TOTALES	ACCIONES CON SOPORTES	ACCIONES POR CERRAR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
426	SUBRED	48	27	21	56%
415	USAQUÉN	11	8	3	73%
413	CHAPINERO	9	7	2	78%
407	ENGATIVÁ	24	24	0	100%
403	SIMÓN BOLÍVAR	48	40	8	83%
414	SUBA	22	20	2	91%
TOTAL		162	126	36	78%

RESUMEN PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORÍA

ENTIDAD	ACCIONES TOTALES	ACCIONES CON SOPORTES	ACCIONES POR CERRAR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
A) SUBRED NORTE	48	27	21	56%
B) HOSPITALES	114	99	15	87%
TOTAL	162	126	36	78%

Fuente: Oficina de Desarrollo Institucional - Control Interno Subred Norte

5.2 PLANES DE MEJORAMIENTO CON LA VEEDURÍA DISTRITAL

En el período comprendido entre diciembre de 2017 a abril de 2018, la Veeduría Distrital adelantó una serie de visitas a las 4 subredes sobre temas relacionados con el Sistema de Control Interno, pagos a terceros y compra de medicamentos y por cada una de ellas se radicó el informe correspondiente y se elaboró el correspondiente plan de mejora.

Estos planes de mejoramiento se encuentran en ejecución y la OCI adelantará el correspondiente seguimiento en los 10 primeros días hábiles del mes de julio y los avances se deberán reportar a la Secretaría de Salud como cabeza del sector y a la Veeduría Distrital.

5.3 INFORME ANUAL DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2017

Se elaboró en cumplimiento de la Resolución No. 193 del 5 de mayo de 2016, y para la vigencia 2017 se obtuvo una calificación de fue de 4.29 correspondiente al nivel EFICIENTE. Este informe fue debidamente presentado a través del CHIP, Secretaría de Hacienda Distrital – Bogotá Consolida y a la Contraloría de Bogotá, D.C., a través de SIVICOF. Entre tanto se generan las siguientes recomendaciones:

- Dar cumplimiento a la Resolución No. 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación, incorporando el procedimiento para la evaluación del control interno contable.
- Liquidar contratos y convenios, con el propósito de sanear información contable, liberar saldos y la cancelación de cuentas bancarias, y así disminuir el alto número de cuentas bancarias que tiene la entidad.
- Socializar y aplicar los procedimientos incluidos en control documental e interiorizar y aplicar las políticas contables e institucionales, de tal forma que las áreas se hagan partícipes, adaptándolas al desarrollo de las actividades.
- Con relación a la Gestión del Riesgo, se recomienda identificar y reforzar los

controles que permitan mitigar, prevenir o neutralizar la ocurrencia de hechos que puedan afectar el proceso contable y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- Continuar con las gestiones administrativas para depurar la información reflejada en los estados financieros, de forma que cumplan las características fundamentales de relevancia y representación fiel de la realidad económica de la entidad.

5.4 **FURAG II**

El Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional en abril de 2018 comunicó los resultados del Informe de Gestión y Desempeño Institucional, con base en la medición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG realizada en noviembre de 2017. En este sentido, la Subred Integrada de Servicios de Salud obtuvo una calificación general de 68.2 en el desempeño institucional, ubicándose en el tercer quintil⁶.

En relación con los Índices de Control Interno en los componentes de Ambiente de Control obtuvo un resultado de 72.7 (IV Quintil), Gestión del Riesgo 68.6 (III Quintil) y Actividades de Control 71.3 (III Quintil).

En el marco del informe, el Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional planteó una serie de recomendaciones enfocadas en generar acciones dentro de los siguientes factores, relevantes para fortalecer el sistema de control interno en la entidad:

- Compromiso de la alta dirección con el sistema de control interno
- Seguimiento a la gestión del riesgo por parte de la oficina de planeación.
- Monitoreo a los controles de los riesgos.
- Utilidad de la política de administración de riesgos para determinar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto.
- Gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información conforme a la metodología planteada por la entidad.

5.5 **MONITOREO DE LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS**

Esta Oficina⁷ considera que el Sistema de Control Interno de la Subred Norte no se encuentra en un estado óptimo y no tiene un nivel de madurez satisfactorio, situación

⁶ 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).

⁷

normal siendo una entidad que lleva poco más de dos años de vida jurídica, no obstante se evidencia un esfuerzo creciente por el desarrollo de actividades encaminadas a implementar y mejorar los elementos necesarios para alcanzar un estado avanzado del Sistema, adecuándose rápidamente a los cambios normativos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a fin de lograr su implementación y sostenimiento a largo plazo.

Por una Bogotá Mejor para Todos,

INFORME ORIGINAL FIRMADO.

CARLOS FERNANDO REY RIVEROS

Jefe Oficina de Control Interno

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	JUAN F. ORTEGA	Profesional U. Control Interno	
Proyectado por	JUAN F. ORTEGA	Profesional U. Control Interno	
Revisado por	CARLOS FERNANDO REY RIVEROS.	Jefe Oficina Control Interno.	
Aprobado por:	CARLOS FERNANDO REY RIVEROS.	Jefe Oficina Control Interno.	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para la firma.			