

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

JEFE DE CONTROL INTERNO

BENAVENTURA ORDUY BURGOS

Período evaluado: 13 de julio de 2019 a 12 de noviembre de 2019

Fecha de elaboración: 12 de noviembre de 2019

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Cancerología, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, procede a publicar en la página web el Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno (MECI), correspondiente al periodo 13 de julio a 12 de noviembre de 2019, precisando que el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 estableció el deber de integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema Único articularse 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.

Es de anotar que la pérdida de vigencia de las disposiciones de los dos Sistemas citados no implica que la Calidad no siga siendo el atributo principal de la Gestión Pública ni que cada uno de los componentes del Modelo no esté dirigido al logro de tal propósito. Por el contrario, MIPG es en sí mismo un Modelo de Gestión de Calidad.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) es el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, según dispone el Decreto 1499 de 2017.

En este contexto, el presente informe se estructura con base en la metodología definida en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, adoptado mediante Decreto 1499 de 2017 y en la actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y Marco General Sistema de Gestión MIPG versión 2, soportado en los 5 Componentes del Modelo COSO/INTOSAI y en la asignación de roles y responsabilidades dentro de las tres líneas de defensa previstas en la séptima (7) Dimensión de MIPG (Control Interno), así:

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

Es importante mencionar que la estructura de la séptima (7°) Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la Gestión del Riesgo y el Control, el cual está a cargo de diversos Servidores Públicos del Instituto, no siendo ésta una tarea exclusiva de las Oficinas de Control Interno:

Línea Estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo.

Primera Línea, conformada por los Gerentes Públicos y los Líderes de Proceso.

Segunda Línea, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (Jefes de Planeación, Supervisores e Interventores de Contratos o Proyectos, Comités de Riesgos donde existan, Comité de Contratación, entre otros).

Tercera Línea, bajo la responsabilidad de la Oficina de Control Interno.

Para mayor ilustración se presenta a continuación tabla que contiene las distintas Líneas de Defensa con sus respectivos responsables, en el Modelo Estándar de Control Interno:

LÍNEA ESTRATÉGICA

- Define el marco general para la gestión del riesgo y el control.
- A cargo de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- Este nivel analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos (objetivos, metas, indicadores).
- En consecuencia tiene la responsabilidad de definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad.

1ª Línea de Defensa	2ª Línea de Defensa	3ª Línea de Defensa
<ul style="list-style-type: none"> • A cargo de los gerentes públicos y líderes de proceso o gerentes operativos de programas y proyectos de la entidad. • Se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos. • Son responsables de implementar acciones correctivas, igualmente detecta las deficiencias de control. 	<ul style="list-style-type: none"> • A cargo de servidores que tienen responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: Jefes de Planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, área financiera, de TIC, entre otros que generen información para el Aseguramiento de la operación. • Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª. Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente. • Ejerce el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares. • Supervisa la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces por parte de la primera línea, y ayuda a los responsables de riesgos a distribuir la información adecuada sobre riesgos a todos los servidores de la entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • A cargo de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces. • Proporciona información sobre la efectividad del SCI., la operación de la Primera y segunda Línea de defensa con un enfoque basado en riesgos. • La función de la auditoría interna, a través de un enfoque basado en el riesgo, proporciona aseguramiento sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control interno a la alta dirección de la entidad, incluidas las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa.

Así las cosas, a continuación, se presentan los resultados con base en los datos del Formulario Único de Reporte Avance a la Gestión (FURAG II) por cada uno de los Componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) actualizado, como producto de la Evaluación del Sistema de Control Interno del Instituto, al igual que el avance del Programa Anual de Auditoría, por el período objeto del presente informe:

1. AMBIENTE DE CONTROL

LÍNEA ESTRATÉGICA: ALTA DIRECCIÓN Y EQUIPO DIRECTIVO

1. **AMBIENTE DE CONTROL:** Con base en el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión (FURAG II), instrumento para evaluar el MECI actualizado en los términos del Decreto 1499 de 2017, el Instituto debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y lineamientos de la alta dirección y del Comité

Institucional de Coordinación de Control Interno, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno.

En este contexto, a continuación, se registra el Cumplimiento y los Aspectos por Mejorar del Componente: Ambiente de Control:

1.1. Cumplimiento de productos y/o elementos mínimos

La Oficina de Control Interno evidenció que el Instituto **CUMPLE** con los siguientes productos y/o elementos mínimos del Componente: Ambiente de Control:

- Compromiso de la alta dirección con la integridad y valores del servicio público
 - Se cuenta con Código de Integridad adoptado mediante Resolución 193 de 2019.
 - Se cuenta con espacios de participación para todos los servidores públicos, contratistas y aliados estratégicos, donde son escuchados por el representante legal y la alta dirección.
 - Se cuenta con un canal de comunicación directo, donde todos los servidores pueden dar a conocer sus opiniones y/o denuncias.
 - Como resultado de la evaluación de clima laboral, se adoptan las medidas para su mejora.

- Definición de lineamientos para el Sistema de Control Interno, por parte de la alta dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en las siguientes materias:
 - Plan de Desarrollo Institucional (PDI) vigencia 2019-2022, aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 0008 de 2019.

 - Planes Operativos Anuales (POAS), alineados con el nuevo Plan de Desarrollo Institucional (PDI)
 - Gestión del Riesgo (Política Institucional de Riesgos).
 - Comunicaciones (internas y externas).
 - Estatuto de Auditoría.
 - Talento Humano.
 - Planeación Estratégica.
 - Productos y Servicios del Instituto.
 - Generación de alertas y recomendaciones al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la mejora de la gestión.

- Aprobación de la Política de Administración de Riesgos establecida por la alta dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la cual contempla:
 - Objetivo alineado con el Plan Estratégico Institucional
 - Alcance
 - Tratamiento de los riesgos
 - Responsable del seguimiento
 - Periodicidad del seguimiento
 - Nivel de aceptación de riesgos
 - Nivel para calificar el impacto
 - Análisis del contexto interno y externo del Instituto

- Cambios significativos del entorno (sectorial, político, social, tecnológico, económico, entre otros).
 - Exposición del Instituto a los riesgos de corrupción y fraude.
 - Riesgos relacionados con corrupción y fraude identificados y controlados adecuadamente.
 - Informes de seguimiento a los riesgos elaborados por la Oficina de Control Interno.
 - Resultados de las evaluaciones llevadas a cabo por el organismo de control.
- Aprobación del Plan Anual de Auditoría por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual contempla los siguientes atributos:
- Objetivo y alcance alineado con la Planeación Estratégica Institucional.
 - Plan de Auditoría basado en riesgos, esto es, centrado en Procesos, Programas o Proyectos críticos de éxito.
 - Plan de Auditoría que incluye los Procesos/Procedimientos a auditar (universo de auditoría) y metodología de priorización.
 - Plan de Auditoría que evidencia el tiempo en el cual se llevará a cabo las auditorías a los distintos Procesos /Procedimientos (Ciclo de Rotación).
 - Plan Anual de Auditoría incluye tanto las auditorías y seguimientos, asesorías y acompañamientos, así como los informes de ley y capacitaciones.
- Asignación de autoridad y responsabilidad por parte de la alta dirección del Instituto para:
- Fortalecer el compromiso institucional por parte de los líderes y sus equipos de trabajo.
 - Orientar y dar claridad en las líneas de reporte.
 - Facilitar el flujo de la información.
 - Facilitar el logro de los objetivos institucionales.
- Políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano adoptadas por la alta dirección para:
- Responder a las competencias requeridas en los servidores para el logro de los objetivos.
 - Permitir atraer, desarrollar y retener al talento humano competente para el logro de los objetivos.
- Verificación en materia de Ambiente de Control por parte de la Oficina de Control Interno, atendiendo:
- Efectividad de los controles previstos por el Instituto para el desarrollo de su gestión.
 - Valores y principios del servicio público son apropiados por parte de los servidores.
 - Seguimiento a la gestión institucional en los Procesos, Programas o Proyectos de forma periódica.
 - Política de Administración del Riesgo, conforme a los lineamientos establecidos en la metodología adoptada por el Instituto.
- Evaluación independiente (Auditoría Interna), identificando que el Instituto:
- Cuenta con Oficina de Control Interno (Dependencia, Jefe y Equipo de Trabajo).
 - Dispone de Jefe y/o Asesor de Control Interno (Adscrito al nivel jerárquico superior).
- Instancia de articulación del Sistema de Control Interno:
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

1.2. Aspectos por Mejorar

La Oficina de Control Interno evidenció los siguientes productos y/o elementos mínimos del Componente Ambiente de Control que son susceptible de mejora:

- Socialización de los valores y principios del servicio público - código de integridad con participación de la alta dirección.
- Evaluación por parte de la alta dirección del cumplimiento de los valores y principios del servicio público, código de integridad en los comités o consejos internos.
- Medición de la efectividad de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano adoptadas por la alta dirección.

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: LÍDERES DE PROCESO

2. **EVALUACIÓN DEL RIESGO:** Con base en el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión (FURAG II), instrumento para evaluar el MECI actualizado en los términos del Decreto 1499 de 2017, el referido Componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del Equipo Directivo y de todos los servidores del Instituto, que permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

En este contexto, a continuación se registra el Cumplimiento y los Aspectos por Mejorar del Componente: Evaluación del Riesgo:

2.1. Cumplimiento de productos y/o elementos mínimos

La Oficina de Control Interno evidenció que el Instituto **CUMPLE** con los siguientes productos y/o elementos mínimos del Componente: Evaluación del Riesgo:

- Para la identificación de riesgos relacionados con fraude y corrupción, el instituto:
 - Analiza las diferentes formas de fraude y corrupción que pueden presentarse.
 - Analiza factores como presiones internas o externas que puedan derivar en actos de corrupción.
 - Analiza situaciones internas que puedan ser indicios de actos de corrupción.
 - Evalúa información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios.
 - Evalúa información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad.
- La alta dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno monitorean:
 - Cambios en el entorno (interno y externo) que pueden afectar la efectividad del Sistema de Control Interno.
 - Estado de los riesgos aceptados (apetito por el riesgo) con el fin de identificar cambios que afecten el funcionamiento de la entidad.
 - Cumplimiento de la Política de Gestión del Riesgo.

- Los líderes de Procesos, Programas o Proyectos efectúan las siguientes actividades:
 - Analizan cambios significativos del entorno (interno o externo) informados por parte de la línea estratégica.
 - Determinan las causas del riesgo teniendo en cuenta el análisis del contexto interno y externo del Instituto.
 - Identifican riesgos para los Proceso, Proyecto o Programa a su cargo.
 - Evalúan el riesgo en los Procesos, Proyectos y Programas a su cargo.
 - Califican la probabilidad y el impacto de acuerdo con las tablas establecidas.
 - Definen el Plan de tratamiento a los riesgos identificados.
 - Definen el responsable del seguimiento a los riesgos para cada Proceso, Proyecto o Programa a su cargo.
 - Realizan seguimiento a los riesgos y lo documenta.
 - Gestionan los riesgos teniendo en cuenta la Política de Gestión del Riesgo definida para los mismos.

- La Oficina Asesora de Planeación y líderes de Proceso/Procedimiento y líderes de otros Sistemas de Gestión, realizan actividades de verificación a la gestión del riesgo.

- Las actividades de verificación de la gestión del riesgo han permitido:
 - Evidenciar que los riesgos identificados afecten realmente lo previsto en la planeación institucional.
 - Monitoreo y evaluación de la exposición al riesgo relacionado con tecnología nueva y emergente.
 - Monitoreo y evaluación del plan de tratamiento a los riesgos identificados.
 - Identificación de los cambios significativos en el entorno que pueden afectar la efectividad del Sistema de Control Interno.

- La Oficina de Control Interno efectuó las siguientes actividades:
 - Evaluó el cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo en todos los niveles del Instituto.
 - Identificó y alertó al Comité de Coordinación de Control Interno de posibles cambios que pueden afectar la evaluación y tratamiento del riesgo.
 - Evaluó y alertó oportunamente sobre cambios que afecten la exposición de la entidad a los riesgos de corrupción y fraude.
 - Evaluó 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.
 - Realizó Informe Seguimiento a los Mapas de Riesgos de los Procesos y evaluación efectividad de controles.

- El instituto ha identificado factores que pueden afectar negativamente el cumplimiento de sus objetivos, tales como:
 - Económico
 - Político
 - Social
 - Contable y Financiero
 - Tecnológico
 - Legal
 - Infraestructura
 - Ambiental
 - Talento Humano
 - Procesos

- Comunicación Interna y Externa
- Atención al Ciudadano
- Posibles Actos de Corrupción

2.2. Aspectos por Mejorar

La Oficina de Control Interno evidenció que el siguiente producto y/o elemento mínimo del Componente Evaluación del Riesgo es susceptible de mejora:

- Realizar seguimiento a los riesgos de los contratos e informar las alertas a que haya lugar, por parte de los Supervisores e Interventores.
- Fortalecer en los líderes de Proceso/Procedimiento, responsables de la Gestión del Riesgo, el principio de Autoevaluación frente a la revisión periódica de los controles a los riesgos con el fin de minimizar su materialización.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA: RESPONSABLES DE MONITOREO, EVALUACIÓN DE CONTROLES Y GESTIÓN DE RIESGOS

3. **ACTIVIDADES DE CONTROL:** Con base en el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión (FURAG II), instrumento para evaluar el MECI actualizado en los términos del Decreto 1499 de 2017, es de precisar que este Componente corresponde a acciones determinadas por el Instituto, generalmente expresadas por medio de Políticas de Operación, Procesos y Procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

Las Actividades de Control sirven como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los Procesos. El objetivo de este Componente del MECI es controlar los riesgos identificados.

En este contexto, a continuación, se registra el Cumplimiento del Componente: Actividades de Control:

3.1. Cumplimiento de productos y/o elementos mínimos

La Oficina de Control Interno evidenció que el Instituto **CUMPLE** con los siguientes productos y/o elementos mínimos del Componente: Actividades de Control:

- La Oficina Asesora de Planeación, líderes de Procesos/Procedimientos y líderes de otros Sistemas de Gestión ejecutan las siguientes acciones:
 - Verifican que los controles contribuyan a la mitigación de riesgos hasta niveles aceptables.
 - Verifican que el diseño del control establecido por la primera línea de defensa sea pertinente frente a los riesgos identificados.

- Verifican que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.
 - Verifican el diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos estratégicos o institucionales.
 - Verifican el diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos de fraude y corrupción.
 - Hacen seguimiento a los mapas de riesgo y verifican su actualización de acuerdo con los cambios en la política de riesgos, entornos y niveles de aceptación del riesgo.
 - Como complemento de lo enunciado, el Instituto atendió en septiembre de 2019 sendas visitas de ICONTEC, para recertificación en ISO 9001:2015 y Pre Autoevaluación de Acreditación en Salud.
- La Oficina de Control Interno verifica que los controles estén diseñados teniendo en cuenta los siguientes requisitos:
- Responsable de realizar la actividad de control.
 - Periodicidad para su ejecución.
 - Propósito del control.
 - Descripción de cómo se realiza la actividad de control.
 - Descripción del manejo frente a observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
 - Evidencia de la ejecución del control.
- La Oficina de Control Interno realiza las siguientes acciones:
- Verifica que los controles contribuyan a la mitigación de riesgos hasta niveles aceptables.
 - Verifica que el diseño del control establecido por la primera línea de defensa sea pertinente frente a los riesgos identificados.
 - Verifica que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.
 - Verifica el diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos estratégicos o institucionales.
 - Verifica el diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos de fraude y corrupción.
 - Hace seguimiento a los mapas de riesgo y verifica su actualización de acuerdo con los cambios en la política de riesgos, entornos y niveles de aceptación del riesgo.
- La Oficina de Control Interno en el marco de su Rol de Evaluación y Seguimiento y, en desarrollo del Programa Anual de Auditoría basado en riesgos, realiza las siguientes actividades:
- Evalúa que el diseño del control establecido sea adecuado frente a los riesgos identificados.
 - 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).
 - Evalúa que los mapas de riesgos se encuentren actualizados.
 - Evalúa en coordinación con la segunda línea de defensa la efectividad de los controles.

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA: RESPONSABLES DE MONITOREO, EVALUACIÓN DE CONTROLES Y GESTIÓN DE RIESGOS

- 4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:** Con base en el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión (FURAG II), instrumento para evaluar el MECI actualizado en los términos del Decreto 1499 de 2017, resulta importante mencionar que la comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas. Este componente permite utilizar la información de manera adecuada, y comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos.

Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos, dentro y en el entorno de cada entidad, 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 y grupos de interés.

En este contexto, a continuación, se registra el Cumplimiento del Componente: Información y Comunicación:

4.1. Cumplimiento de productos y/o elementos mínimos

La Oficina de Control Interno evidenció que el Instituto **CUMPLE** con los siguientes productos y/o elementos mínimos del Componente: Información y Comunicación:

- La alta dirección en materia de información y comunicación clave para el Sistema de Control Interno, verifica:
 - Disponibilidad, integridad, confiabilidad y seguridad de la información requerida para llevar a cabo las responsabilidades de control interno.
 - Mecanismos de comunicación interna y externa que facilitan el ejercicio del control interno.
- Los líderes de Procesos/Procedimientos, Programas o Proyectos, en materia de información y comunicación clave para el Sistema de Control Interno:
 - Cumplen con las políticas y lineamientos para generar y comunicar la información que facilite las acciones de control institucional.
 - Comunican la información relevante de manera oportuna, confiable y segura.
 - Utilizan los mecanismos de comunicación definidos por el Instituto para interactuar con los Grupos de Valor y Entes de Control.
- Los líderes de Proceso/Procedimiento, en materia de información y comunicación clave para el Sistema de Control Interno:
 - Verifican que la información del Sistema de Control Interno sea accesible, clara, oportuna, confiable, íntegra y segura.
 - Verifican que la información respalde el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales.
 - Verifican que la información fluya por medio de los canales establecidos.
 - Comunican a la alta dirección y a los distintos niveles los eventos de información y comunicación que pueden afectar el funcionamiento del control interno.
- La Oficina de Control Interno en materia de información y comunicación clave para el Sistema de Control Interno, evalúa:
 - Efectividad de los mecanismos de información interna y externa.
 - Disponibilidad de la información para el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno.
 - Confiabilidad de la información para el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno.
 - Integridad de la información para el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno.
 - Seguridad de la información para el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno.

- La Oficina de Control Interno en materia de información y comunicación clave para el Sistema de Control Interno, hace recomendaciones para la mejora o implementación de nuevos controles y salvaguardas al respecto.

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: OFICINA DE CONTROL INTERNO

5. **ACTIVIDADES DE MONITOREO:** Con base en el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión (FURAG II), instrumento para evaluar el MECI actualizado en los términos del Decreto 1499 de 2017, el propósito de este Componente es que el Instituto realice seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.

Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o mediante evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento del Instituto.

En este contexto, a continuación, se registra el Cumplimiento del Componente: Actividades de Monitoreo:

5.1. SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno evidenció que el Instituto **CUMPLE** con los siguientes productos y/o elementos mínimos del Componente: Actividades de Monitoreo:

- La Dirección General y el Comité Institucional de Control Interno:
 - Verifican que se estén llevando a cabo por parte de los líderes de los Procesos, Programas o Proyectos, autoevaluaciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
 - Verifican que se estén llevando a cabo por parte de Oficina Planeación, líderes de Procesos/Procedimientos los seguimientos que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
 - Verifican que se estén llevando a cabo las evaluaciones independientes definidas en el Programa Anual de Auditoría.
 - Determinan el estado del Sistema de Control Interno a partir del resultado de las evaluaciones y define los ajustes o modificaciones a que haya lugar.
 - Verifican que los ajustes y modificaciones se implementen de manera oportuna y den solución a las deficiencias detectadas.
- La Oficina Asesora de Planeación y líderes de Procesos/Procedimientos verifican:
 - Exposición al riesgo, acorde con los lineamientos de la política institucional. Cumplimiento legal y regulatorio.
 - Logro de los objetivos estratégicos o institucionales.

- Confiabilidad de la información financiera y no financiera.
 - Adecuada formulación de los planes de mejoramiento.
 - Avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones, seguimientos y auditorías.
- La Oficina de Control Interno realiza las siguientes acciones:
- Establece y ejecuta el Programa Anual de Auditoría basado en riesgos.
 - Verifica el funcionamiento de los Componentes de Control Interno.
 - Informa las deficiencias de forma oportuna a las partes responsables de aplicar las medidas correctivas (Línea estratégica, primera y segunda línea de defensa).
- La Oficina de Control Interno elabora Programa Anual de Auditoría con base en:
- Riesgos identificados en el Instituto.
 - Procesos/Procedimientos de mayor exposición a riesgos.
 - Resultados de auditorías anteriores.
 - Resultados de las auditorías de entes externos.
 - Procesos/Procedimientos que no han sido auditados.
- La Oficina de Control Interno evalúa:
- Aspectos que no estén cubiertos por otras acciones de seguimiento o monitoreo y los incluye en el Programa Anual de Auditorías.
 - Efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos.
- La Oficina de Control Interno evalúa mediante Seguimientos, Informes de Ley y Auditorías Internas Combinadas:
- La Gestión Institucional.
 - El Sistema de Control Interno.
- Como complemento a lo indicado, a continuación, se detalla la gestión de la Oficina de Control Interno en el período objeto del presente informe:

Se realizó Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y generó el Acta respectiva, donde se registra los temas tratados entre los que se destaca: Informes de ley y Seguimientos Oficina Control Interno; Avance Auditorías Internas Combinadas 2019; Modificación Programa Anual de Auditoría 2019; Propuesta contratar Auditorías Internas Combinadas 2020; Proyecto Resolución conformación y funciones Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Proyecto Resolución actualización Política de Riesgos.

- Informe Consolidado de las 50 Auditorías Internas Combinadas (ISO 9001:2015; NTCGP 1000:2009; NTCISO/IEC 27001:2013; Seguimientos Sistema Único de Habilitación y Acreditación; Seguimiento Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofarmacia.
- Informe Seguimiento al Programa Anual de Auditoría Interna, vigencia 2019.
- Informe de Seguimiento al cargue de los datos en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público "SIGEP".

- Ejecución de las actividades previstas en el Proyecto de Aprendizaje en Equipo (PAE): Autocontrol con Enfoque hacia la Prevención.
- Informe seguimiento y evaluación sobre la ejecución y avance de los Planes Operativos Anuales (POA), por Dependencias.
- Informe de Seguimiento y Cierre a los Planes de Mejora del Instituto.
- Informe Seguimiento de las Obligaciones Legales de los Usuarios del Sistema de Información Litigiosa del Estado e-KOGUI.
- Informe de Seguimiento a la Ejecución Presupuestal.
- Informe Seguimiento a la Relación de Acreencias a favor del Instituto.
- Informe Seguimiento a la Implementación de Hallazgos (Incumplimientos y Observaciones) evidenciados en las Auditorías Internas Combinadas del Instituto.
- Informe Seguimiento al Avance del Plan Estratégico Sectorial en lo atinente al Instituto.
- Informe de Seguimiento a la Austeridad en el Gasto Público.
- Informe Seguimiento y Evaluación sobre el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Informe Seguimiento a la Implementación del SARLAFT (Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo).
- Informe Seguimiento al Plan de Acción derivado del Autodiagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Informe de Seguimiento y Reporte Archivo General de la Nación del avance y cumplimiento del Plan de Mejoramiento Archivístico (PMA).
- Boletín virtual orientado hacia la sensibilización sobre la Cultura del Autocontrol en el Instituto.
- Informe Seguimiento Quejas, Sugerencias y Reclamos (PQRS) del Instituto.
- Realización de seguimiento al avance del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Informe de Seguimiento a la Gestión Contractual.
- Informe de Seguimiento a la Publicación de la Información definida en la Ley 1712 de 2014. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Aspectos por Mejorar

Fortalecer el Grupo de Auditores Internos mediante contratación como consecuencia de la imposibilidad de disponer del número suficiente de estos para realizar las Auditorías Internas Combinadas previstas en el Programa Anual de Auditoría.

Mayor adherencia a la implementación de Planes de Mejoramiento en la totalidad de los Procesos /Procedimientos con el fin de mantener los estándares mínimos de Habilitación y avanzar hacia la Acreditación en Salud.

Verificar que las acciones de mejora respondan a los incumplimientos y observaciones registradas en los Informes de Auditoría Interna Combinada, así como en los Informes de Ley y de Seguimiento realizados por la Oficina de Control Interno.

Verificar que las acciones de mejora se gestionen por parte de los responsables en el tiempo programado.

Verificar que las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de los resultados.

Verificar que las acciones de mejora se cierren oportunamente con el fin de asegurar la efectividad del Sistema de Gestión Institucional y el Sistema de Control Interno.

Estado General del Sistema de Control Interno

Con fundamento en los resultados del Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión (FURAG II), generados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en cada Componente del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), así como los aspectos por mejorar que se describen en el presente informe, los resultados de las Auditorías Internas Combinadas, Informes de Ley y Seguidimientos realizados por la Oficina de Control Interno, se concluye que el índice Sistema de Control Interno del Instituto continua siendo **SATISFACTORIO**.

Recomendaciones

Determinar con base en FURAG II las desviaciones en los distintos Componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) e implementar la mejora continua, con el fin de fortalecer el Sistema de Control Interno institucional, el cual se articula con el Sistema de Gestión (MIPG).

Implementar estrategias que permitan avanzar y fortalecer el grado de consecución de los Productos Mínimos y Aspectos por Mejorar antes mencionados, así como incorporar buenas prácticas de control para los siguientes elementos:

- Establecer esquema de asignación de responsabilidades y roles para la Gestión del Riesgo y el control de acuerdo con las Líneas de Defensa del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Monitorear permanentemente los avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), con base en el instrumento de Diagnóstico y Planes de Acción previsto por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Así mismo, implementar estrategias que permitan fortalecer y apropiar en los servidores públicos, contratista y aliados estratégicos del Instituto, los principios del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Fortalecer la Gestión Estratégica del Talento Humano (Planeación, Ingreso, Desarrollo y Retiro del Servidor Público), como eje central del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), factor fundamental para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Promover la Participación Ciudadana hacia el dialogo público, haciendo uso de tecnologías de información y comunicación, organizar ferias ciudadanas y demás estrategias que fortalezcan la relación ciudadano-usuario-paciente y familiares con el Instituto.
- Implementar mejora continua para cada uno de los hallazgos (Incumplimientos y Observaciones), registradas en el Informe de Seguimiento a PQRS, con corte al primer semestre de 2019.

- Implementar oportunamente la mejora continua frente a los hallazgos (Incumplimientos y Observaciones) evidenciados en el Informe de Auditoría sobre ISO 27001:2013, Seguridad de la Información.
- Generar cambio cultural organizacional orientado a la Integridad, Legalidad y principios del BOTOSS.
- Fortalecer las estrategias de comunicación tendientes al despliegue e implementación del Código de Integridad, en la totalidad de dependencias y/o Grupos de trabajo del Instituto.
- Avanzar hacia la cultura del Control Preventivo, lo cual implica orientar el trabajo cotidiano y acciones tendientes a prevenir o evitar problemas previstos, tomando precauciones o medidas por adelantado para evitar daños, errores, riesgos y peligros.

Así mismo, participar en los talleres y actividades lideradas por la Oficina de Control Interno, relacionadas con Autocontrol, Autoevaluación y Herramientas para definir, validar, implementar y hacer seguimiento a los controles establecidos en los Procesos /Procedimientos institucionales, al igual los controles para mitigar los riesgos.

- Avanzar y fortalecer la adherencia sobre la importancia y valor agregado de las Auditorías Internas Combinadas basadas en riesgos, su impacto en la mejora continua y en el cumplimiento de los objetivos, metas y estrategias institucionales.
- Avanzar hacia la adherencia total en los Procesos/Procedimientos de la implantación de los Planes de Mejoramiento con el propósito de lograr la Acreditación en Salud y consecuentemente la certificación como Hospital Universitario.


BUENAVENTURA ORDUY BURGOS
Jefe Oficina Control Interno