
 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 1 de 51

MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB



Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 2 de 51

1. OBJETIVO:

Definir los lineamientos para la implementación del manual institucional de planeación y gestión en cumplimiento al Decreto 1499 del 2017 y demás normas que lo modifiquen.

2. ALCANCE:

Aplica a todos los procesos del Hospital, conforme a los lineamientos definidos en el Manual Institucional de Planeación y Gestión en cumplimiento al Decreto 1499 del 2017 y demás normas que lo modifiquen.

RESPONSABLE:

Comité Institucional de Planeación y Gestión

3. DEFINICIONES:

- MIPG:** El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es un 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.




MARCO DE REFERENCIA PARA:



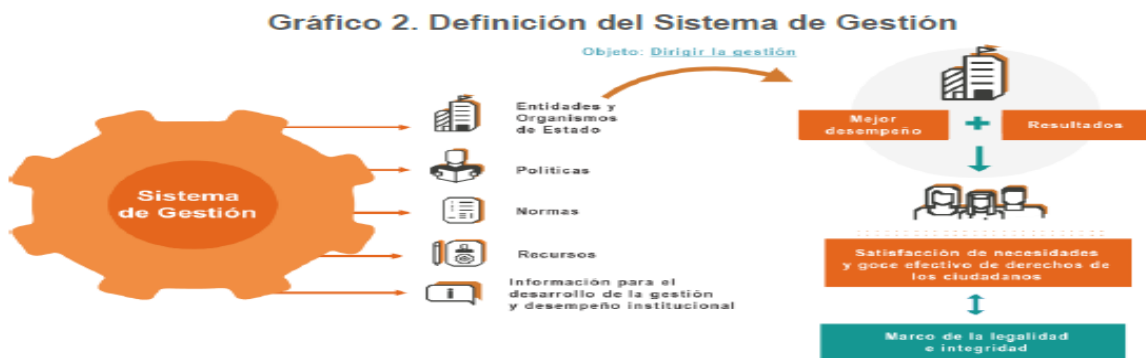
Fuente: Función Pública, 2017

- MECI:** Modelo Estándar de Control Interno.
- Sistema de Gestión:** El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 3 de 51


institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.



Fuente: Función Pública, 2017

- **Comités Institucionales de Gestión y Desempeño:** Creado mediante Resolución 1336 del 14 de Diciembre de 2017, encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal
- **Auditoria interna:** Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y de consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Ayuda a una entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.
- **Control adecuado:** Es el que está presente si la dirección ha planificado y organizado (diseñado) las operaciones de manera tal que proporcionen un aseguramiento razonable de que los objetivos y metas de la organización serán alcanzados de forma eficiente y económica.
- **Control interno:** Un proceso efectuado por la dirección y el resto de personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:
 - Eficacia y eficiencia de las operaciones.
 - Confiabilidad de la información.
 - Cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas que sean aplicables.
- **Control interno eficaz:** El control interno puede considerarse eficaz en cada una de las tres categorías, respectivamente si la dirección tiene seguridad razonable de que:
 - Conoce en qué medida se están alcanzando los objetivos operacionales de la entidad.
 - Los estados financieros públicos se han preparado en forma fiable y se está


Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 4 de 51

haciendo transparente a la hora de rendir cuentas.

- **Efectividad:** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de resultados planificados como en el manejo de recursos utilizados.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Capacidad de producir al máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
- **Evaluación del Sistema de Control Interno:** Actividad desarrollada cuyo objetivo es el de verificarla existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del control interno en el cumplimiento de objetivos de la entidad pública.
- **Gestión:** Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.
- **Gestión de Riesgos:** Un proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar un acontecimiento o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto al alcance de los objetivos de la organización.
- **Indicadores:** Conjunto de Mecanismo necesarios para la evaluación de la gestión en toda la entidad pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de objetivos y metas previstos.
- **Institucionalidad:** Conjunto de instancias que trabajan coordinadamente para establecer las reglas, condiciones, políticas, metodología para que el Modelo funcione y logre los objetivos.
- **Operación:** Conjunto de dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional, que implementadas de manera articulada e intercomunicada permitirán que el modelo funcionen.
- **Medición:** Instrumentos y métodos que permiten medir y valorar la gestión y el desempeño de las entidades públicas.

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

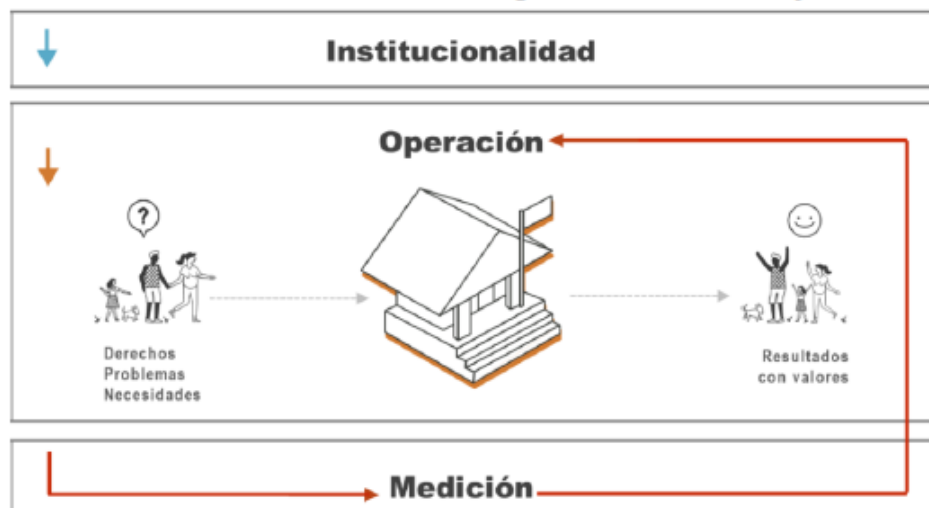
 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 5 de 51

- Plan de Mejoramiento:** Es aquel aspecto que permite el mejoramiento continuo y el cumplimiento y el cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la entidad pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de su misión, objetivos, procesos etc., deben operar la entidad pública para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, en los términos establecidos en la constitución, la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con los diferentes grupos de interés.
- Sistema de Control Interno:** se entiende como el sistema integrado por el esquema de la organización, y es el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la Dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.
- El comité Institucional de Coordinación de Control Interno:** Cumple las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno y de la determinación de las mejoras a que haya lugar.

4. METODOLOGIA:

El modelo Integrado de Planeación y Gestión se integra a partir de la institucionalidad, operación y medición del mismo, así:

Gráfico 4. Funcionamiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG

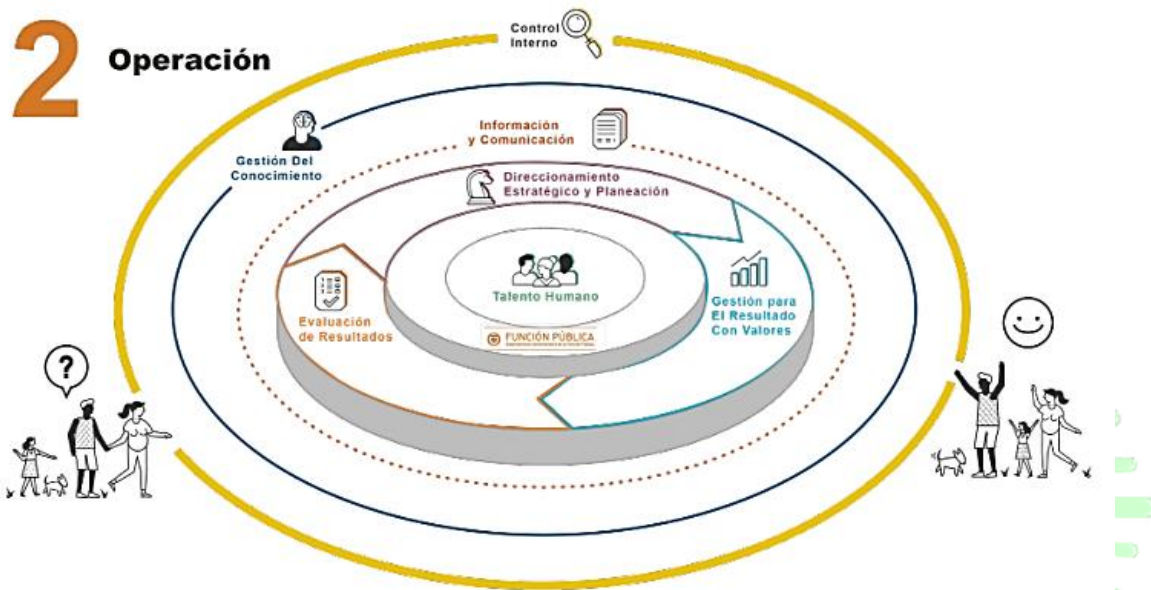


Fuente: Función Pública, 2017

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

La institucionalidad estará definida por los entes reguladores que definen metodología y objetivos del modelo.

Operación: El Hospital San Juan Bautista E.S.E. conforme al Decreto 1499 de 2017, está obligado a implementar el MODELO IMPLEMENTADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG, el cual opera a través de la puesta en marcha de siete (7) dimensiones, entre las cuales se encuentra:



Fuente: Función Pública.

Corazón de MIPG: Primera Dimensión Talento Humano
 Planear: Segunda Dimensión Dirección Estratégico y Planeación
 Hacer: Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado
 Verificar y actuar: Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado
 Séptima Dimensión Control Interno.


Dimensiones transversales: **Quinta Dimensión Información y Comunicación y Sexta Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación.**

Siendo los motores de MIPG, los principios de **Integridad** y la **Legalidad**.

El Control Interno se integra, a través del MECI, como una de las dimensiones del Modelo, constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Adicionalmente, cada dimensión se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

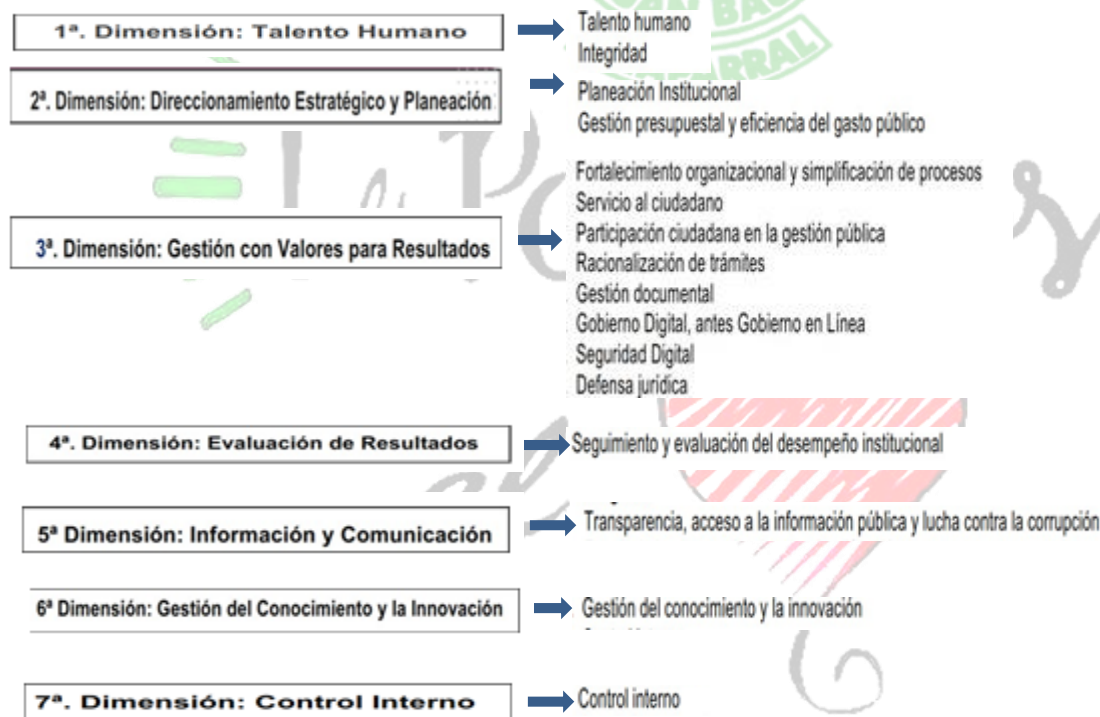
 HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 7 de 51

y Desempeño Institucional, reglamentadas mediante decretos 1499 de 2017 y 1299 de 2018, así:

- | | |
|--|--|
| 1. Planeación Institucional | 9. Racionalización de trámites |
| 2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público | 10. Gestión documental |
| 3. Talento humano | 11. Gobierno digital |
| 4. Integridad | 12. Seguridad digital |
| 5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | 13. Defensa jurídica |
| 6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | 14. Gestión del conocimiento y la innovación |
| 7. Servicio al ciudadano | 15. Control interno |
| 8. Participación ciudadana en la gestión pública | 16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional |
| | 17. Mejora normativa |

Fuente: Función pública, 2017

Cada política de gestión y desempeño Institucional está relacionada con una de las 7 dimensiones que componen el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Institucional, así.




Siendo los motores del MIPG, los valores de integridad y la legalidad.

ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACION

1. ADECUACION DE LA INSTITUCIONALIDAD

- **El Hospital San Juan Bautista E.S.E, como entidad territorial del Orden Departamental, conforme mediante resolución 1336 del 14 de Diciembre de 2017, el**

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 8 de 51

Comité Institucional de Planeación y Gestión, será el encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal.

2. IDENTIFICACION DE LA LINEA BASE DE MIPG

La línea base es el resultado de la medición que se realizó a través del FURAG II, la cual consolido la evaluación de todas las dimensiones del modelo.

3. AUTODIAGNOSTICO

Herramienta de autoevaluación, con el fin de obtener información detallada, oportuna y en tiempo real del estado de implementación de cada política.

4. ADECUACIONES Y AJUSTES PARA LA COMPLETA IMPLEMENTACION

A partir del resultado de la línea base de MIPG, de los informes de auditoría de los entes de control y de la oficina de control interno, la ESE Hospital San Juan Bautista, adecua y ajusta el diseño, desarrollo y mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG", dejando evidencia documental (planes de mejoramientos) de las falencias y fortalezas encontradas, las cuales se deben priorizar para obtener el resultado esperado.

5. DESARROLLO DE LA DIMENSIONES

PRIMERA DIMENSION DEL TALENTO HUMANO

Considerado el activo más importante para la ESE, por ser factor crítico de éxito que facilita la gestión y el logro de los resultados y objetivos.

ALCANCE DE LA DIMENSION

Gestionar adecuadamente el talento humano de la ESE durante el ciclo de vida del servidor (Ingreso, Desarrollo y Retiro) de acuerdo a las herramientas de MIPG.

Para el desarrollo de esta dimensión se deberá tener en cuenta los lineamientos de las políticas de Gestión y Desempeño Institucional, como:

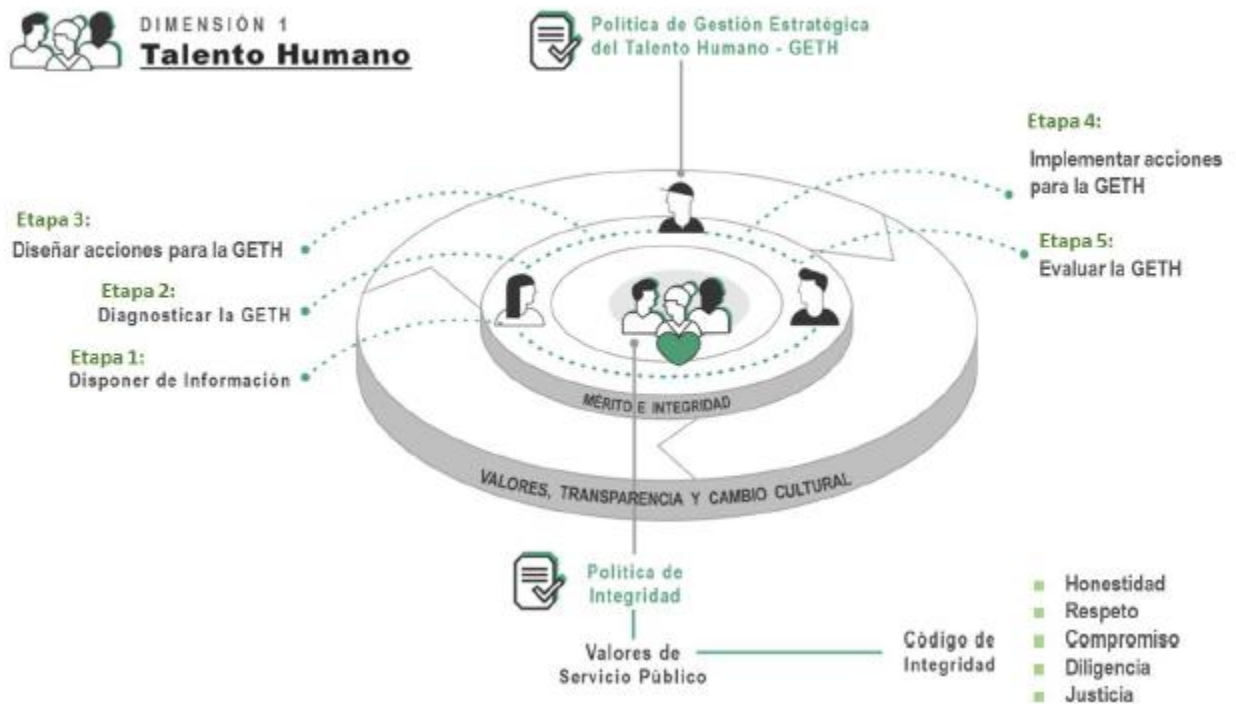
- a. Gestión Estratégica del Talento Humano
- b. Integridad

Con esta dimensión y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir con el

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

objetivo central del MIPG como es “Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principio de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas”.

Gráfico 6. Primera Dimensión: Talento Humano



Fuente Función Pública, 2017

Etapas para el Desarrollo de la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano

1. Disponer de información


Correspondiente al:

- Marco Normativo y direccionamiento estratégico de la ESE.
- Caracterización de los servidores: Antigüedad, Nivel educativo, edad, género, tipo de vinculación, experiencia laboral, entre otros.
- Caracterización de los empleos: Planta de personal, perfiles de los empleos, funciones, naturaleza de los empleos, vacantes.
- Cualquier información adicional que conduzca a la caracterización, intereses y expectativas de los servidores, que permitan identificar requerimientos de capacitación, de bienestar, de seguridad y salud en el trabajo, entre otros.

2. Diagnosticar la Gestión Estratégica del Talento Humano –GETH

Se utilizara la Matriz de GETH, con el fin de identificar el inventario de variables que dan

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 10 de 51

cumplimiento a los lineamientos de la política, calificando el nivel de madurez, los cuales pueden ser:

- Básico Operativo: Cumplimiento básico de los requisitos de la Política GETH
- Transformación: Representa buena gestión estratégica del talento humano, a través de buenas prácticas del mejoramiento continuo
- Consolidación: Nivel óptimo de la Gestión de la Política, cuando se vuelva una parte de la cultura organizacional.


Identificado el nivel de madurez de la GETH, se procede a utilizar el formato de plan de acción anexo a la matriz, con el fin de avanzar al siguiente nivel. Cada Plan de la dimensión de talento humano forma parte integral del plan de acción institucional, de acuerdo a las orientaciones de las entidades competentes

Diseñadas las acciones de la GETH a mejorar, se implementan con el fin de fortalecer los aspectos débiles en cada ciclo de vida del servidor público (Ingreso, Desarrollo y Retiro), y así lograr el mejoramiento de la productividad y la satisfacción del servidor público con su trabajo y con la entidad.

La política de Gestión Estratégica de Talento Humano, incluye rutas de creación de valor, cuyo propósito es la generación de valor público a través del fortalecimiento del talento humano, tales como:

1. **Ruta de la Felicidad:** la felicidad nos hace ser más productivos; El Hospital San Juan Bautista en busca de propiciar condiciones de ambientes favorables para sus funcionarios, desarrolla actividades relacionados con temas como Seguridad y Salud en el trabajo, clima organizacional, bienestar e incentivos, promoción y prevención de la salud, ambiente físico, horarios flexibles, inducción y re inducción, mejoramiento individual, que reflejen calidad y eficiencia en su entorno laboral.
2. **Ruta del Crecimiento:** Liderando talento, para el cumplimiento de las metas se requiere el compromiso y liderazgo de las personas, y en ese sentido deben ser conscientes de su rol como formadores y motivadores. La ESE Hospital San Juan Bautista concederá espacios de desarrollo y crecimiento, las cuales estarán relacionadas con las siguientes temáticas: Capacitación, gerencia pública, desarrollo de competencias gerenciales, trabajo en equipo, integridad, clima laboral, inducción y re inducción, cultura organizacional, estilos de dirección, comunicación e integración.
3. **Ruta del Servicio:** Al servicio de los Ciudadanos; Determinada por la calidad de los productos y el servicio que se prestan; La ESE, busca una transformación cultural de sus funcionarios desarrollando temáticas de Capacitación, bienestar, inducción y re inducción, cultura organizacional, evaluación de desempeño, cambio cultural e integridad, con el propósito de lograr el cumplimiento del objetivo institucional.

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 11 de 51

4. **Ruta de la Calidad:** La cultura de hacer las cosas bien, a través de la satisfacción de los usuarios, prestando un servicio con calidad, basado en valores, con una retroalimentación constante y permanente, utilizando todas las vías de la comunicación tanto interna como externa de la Institución.
5. **Ruta del Análisis de Datos:** Conociendo el talento, por la información suministrada en la GETH institucional, se logra impactar en su desarrollo, crecimiento y bienestar, potencializando sus competencias, motivación y compromiso, a través del desarrollo de temáticas de planta de personal, caracterización del talento humano, plan de vacaciones, ley de cuotas, identificación de necesidades, SIGEP.

3. EVALUAR LA GESTION ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO

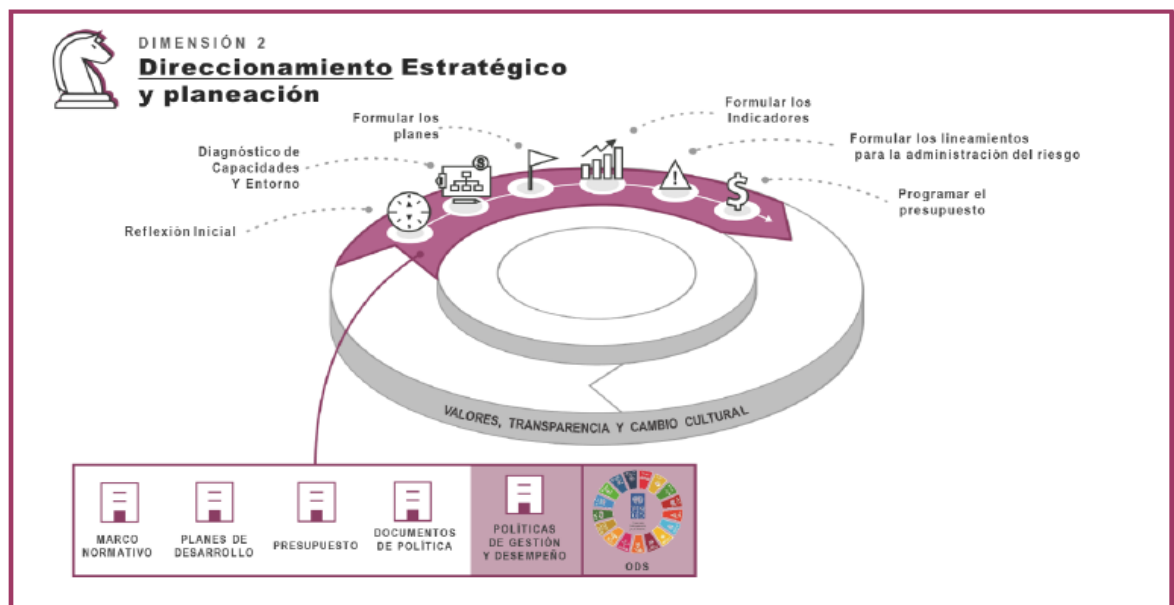
La Gestión Estratégica del Talento Humano, dispondrá de mecanismos de evaluación que permitan medir el impacto de las acciones implementadas. Además de este seguimiento, la gestión se evaluara a través del instrumento de política diseñado para la verificación y medición de la evolución de MIPG: el FURAG.

4. POLITICA DE INTEGRIDAD

Para cumplimiento de esta política el Hospital San Juan Bautista E.S.E, adopta el código de integridad, el cual se socializa con todo el personal de la entidad.

Segunda Dimensión de Direccionamiento estratégico y Planeación

Gráfico 7. Segunda Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación




Elat
Inter

Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Copia controlada

Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 12 de 51

Fuente función pública, 2017

2.1 En esta dimensión el hospital debe determinar:

- Las metas y resultados de productos y servicios - cuánto- con lo que se esperas resolver las necesidades o problemas de un periodo determinado – cuánto. Este proceso de decisión debe realizar en forma participativa, involucrando a los ciudadanos o grupos de interés en el diagnóstico y planeación organizacional.
- Identifican las capacidades con las que se cuentan en términos de recursos, talento humano, procesos y en general, todas las condiciones internas y externa que la caracterizan, para desarrollar su gestión y lograr desempeño acorde a los resultados que se propuso corregir.
- Definir la manera de lograr los resultados, teniendo en cuenta los insumos necesarios, los menores cursos de acción (estrategia, actividades, responsabilidades, plazos y puntos de control), los recurso que requiere (independiente de las fuentes de ingresos), las alianzas y arreglos Institucionales necesarios, la forma en la que se organizará y operará, el talento humano requerido y los indicadores a través de los cuales se llevara el seguimiento, control y evaluación.

Para el desarrollo de esta dimensión se debe tener en cuenta las siguientes políticas:

- Planeación Institucional
- Gestión presupuestal y eficiencia del gato
- Integridad
- Participación ciudadana en la gestión pública

Con esta dimensión y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de la institución para la prestación de los servicios de acuerdo a las necesidades de los usuarios.


ASPECTOS PARA LA IMPLEMENTACION:

1.1 Política de Planeación Institucional

Para definir la política de planeación Institucional se procedió a:

- a. Definir la plataforma estratégica (misión, visión, objetivos) y promover la participación ciudadana
- b. Análisis de la capacidad y entorno.

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 13 de 51

- c. Cumplir los lineamientos previstos en las normas para la formulación de los planes estratégicos.
- d. Formular los planes de acción anual, que están articulados con los planes de que trata el decreto 612 de 2018, en lo siguiente: Objetivos, estrategias, proyectos, metas, acciones, productos, responsables, cronogramas, planes generales de compras que desagreguen los recursos asociados a todas las fuentes de financiación, distribución presupuestal de los proyectos de inversión, indicadores y mapas de riesgos.
- e. Formulación de indicadores de desempeño y medición de resultados
- f. Formular los lineamientos para la gestión del riesgo

2.2 Política de Integridad – Motor de MIPG

La integridad pública consiste en la unión y coordinación de acciones que se desarrollan por parte de tres actores principales, las entidades, los servidores y los ciudadanos.

Gráfico 10. Triángulo de la Integridad



Fuente: Función Pública 2017

La ESE Hospital San Juan Bautista a través del Comité Institucional de Planeación y Gestión, adopto mediante acta el código de integridad.

2.3 Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Publico

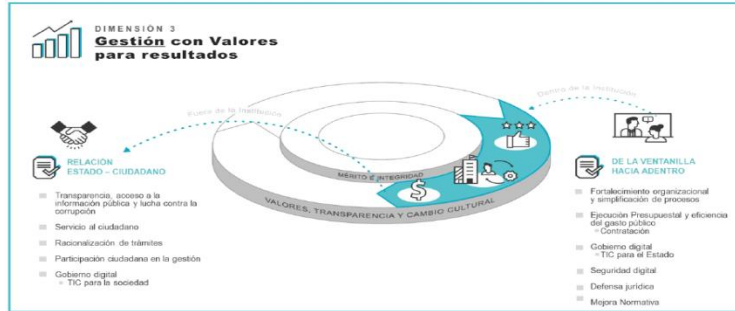
Para la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, se debe:

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

- a. Programar el Presupuesto, de acuerdo a la normatividad vigente.
- b. Alineación de la planeación y el presupuesto (Catalogo de programas y plataforma integrada de inversión.

TERCERA DIMENSION: GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS

Gráfico 11. Tercera Dimensión: Gestión con Valores para el Resultado



Fuente: Función Pública, 2017


Para el desarrollo de esta dimensión se tiene en cuenta dos perspectivas desde la ventanilla hacia adentro y de la ventanilla hacia afuera relación del estado ciudadano, las cuales se definen en las siguientes políticas:

DE LA VENTANILLA HACIA ADENTRO	DE LA VENTANILLA HACIA AFUERA
Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Racionalización de trámites
Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público	Participación ciudadana en la gestión pública
Gobierno digital	Servicio al ciudadano
Seguridad digital	Gobierno digital
Defensa Jurídica	Integridad
Mejora continua	

Con la dimen

Con esta dimensión y la política de integridad que la integran, se cumple con el objetivo de MIPG: “Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelven las necesidades de los ciudadanos” y “Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas”.

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 15 de 51

3.1 La ventanilla hacia afuera

Con esta perspectiva se revisaran las políticas que debe tener en cuenta el hospital para operar internamente.

3.1.1 Política de gestión presupuestal y del gasto público.

3.1.1.1 Ejecución del presupuesto

De acuerdo con lo programado en el presupuesto la dimensión de direccionamiento estratégico y planeación para una eficiencia ejecución del gasto público se debe ejercer un permanente y efectivo control administrativo de seguimiento y evaluación, facilitando la toma de decisiones y el reporte de informes.

3.1.2 Política de gobierno digital

Promueve el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y comunicación - TIC, permitiendo optimizar la gestión de las entidades, interactuando de manera ágil y coordinada, trabajando en el diseño de políticas, proyectos para dar solución a la problemática y necesidades de los usuarios.

Esta política se va desarrollando con las TIC y la seguridad de la información.

3.1.3. Política de seguridad digital

En el comité institucional de gestión y desempeño se debe articular los recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación de la política. Para ello se debe asignar un responsable de la seguridad de la información del hospital.

3.1.4. Política de defensa jurídica

Para la implantación de esta política se debe tener en cuenta los lineamientos dados por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado "ANDJE".

3.1.5. Política de mejora continua

Los contenidos de esta política es de acuerdo a los lineamientos del Comité técnico para la mejora normativa, la cual fue creado mediante el Acuerdo 05 del Consejo de Gestión y Desempeño Institucional a nivel nacional.

El punto de partida de esta política es la carta de trato digno con esto se visualiza los derechos de los ciudadanos y los medios puestos a disposición de los usuarios.

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

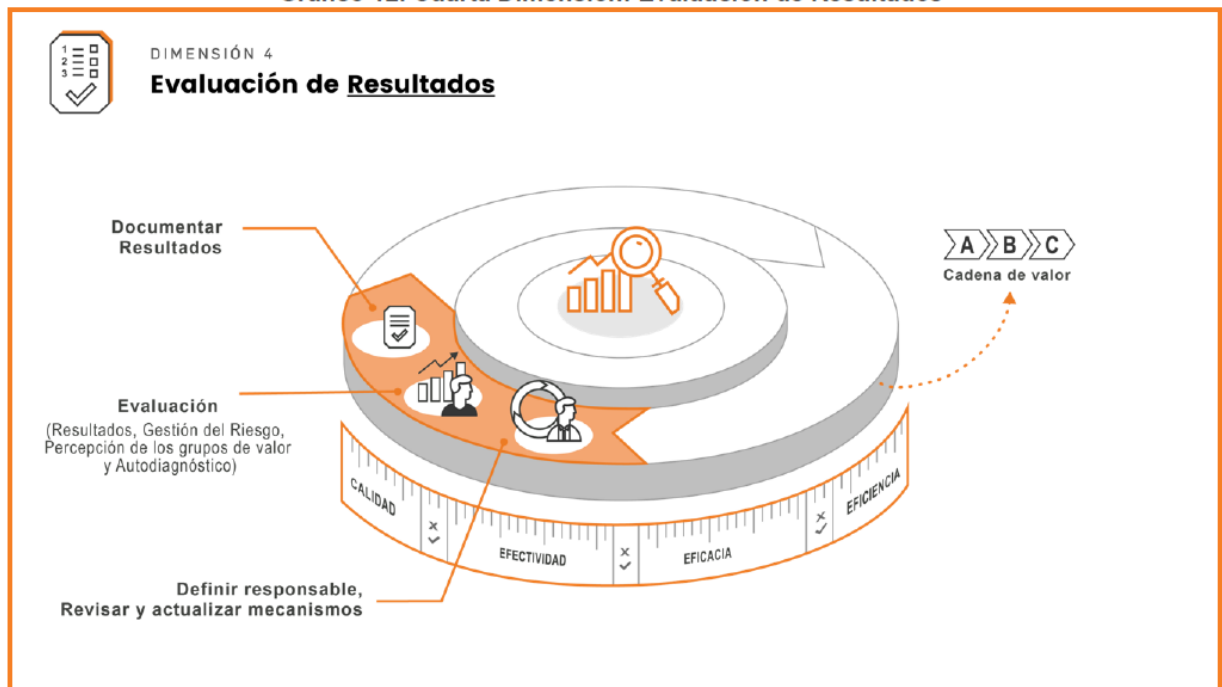
3.2 Relación con el estado ciudadano

Con esta dimensión se mantienen una constancia y fluida interacción con los usuarios de manera transparente y participativa, prestando un buen servicio y garantizando el derecho que ellos tienen como es el de consultar, hacer trámites, interponer quejas o exige cuentas a la entidad.



CUARTA DIMENSION EVALUACION CON RESULTADOS

Gráfico 12. Cuarta Dimensión: Evaluación de Resultados



Fuente: Función pública, 2017


Elaborado por: Asesora de Control Interno

Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Copia controlada

Aprobado por: Comité MIPG

Fecha de Aprobación: : **05/10/2018**

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 17 de 51

Esta dimensión aborda tres perspectivas: La primera guarda relación con los resultados que se obtienen a nivel Institucional, la segunda la meta que se prioriza en el plan de desarrollo y proyectos de inversión, la tercer con la evaluación y seguimiento a los planes de desarrollo.

4.1 Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional

El asesor de planeación del hospital San Juan Bautista ESE, será el responsable de liderar este ejercicio, no obstante los responsables, son los servidores públicos que tienen a su cargo el plan, programa, proyecto o estrategia objeto de seguimiento y evaluación, son estos los que establecen planes de acciones de corrección o prevención de riesgo.

4.2 Evaluación de indicadores

Con estos indicadores se mide la eficiencia, efectividad y calidad de la gestión pública en la consecución de los objetivos priorizados, mediante seguimientos a procesos, planes y programas del hospital.

4.3 Evaluación y seguimiento al Plan de Desarrollo

Estas Evaluaciones permiten al hospital establecer, si se está logrando sus objetivos y metas en los tiempos previstos, con las condiciones de calidad y cantidad y con la optimización de los recursos.


Las evaluaciones y seguimientos deben ser realizadas por los servidores que tienen a su cargo cada proyecto, plan, programa o estrategia en las diferentes etapas de desarrollo, mediante indicadores donde se establece su grado de avance, esta es una herramienta para la toma de decisiones y con base a esta se puede gestionar de forma eficiente y eficaz los recursos, facilitando la rendición de cuentas.

QUINTA DIMENSION INFORMACION Y COMUNICACIÓN



Elaborado Interno
Revisado por Coordinación

MIPG
: 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 18 de 51

Fuente: Función Públicas, 2017

Con esta dimensión se garantiza el flujo de información tanto interna como la externa, que nos permite interactuar con los usuarios, teniendo canales de comunicación como son el WhatsApp, correo electrónico, pagina WEB, cumpliendo con la Ley de transparencia y acceso a la información.

Esta dimensión implica la interacción entre las políticas de gestión y desempeño, las cuales deberán tener en cuenta los siguientes lineamientos:


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

5.1 Política de Gestión Documental

Se busca una mayor eficiencia administrativa en la política de la función archivística, para ello se debe tener en cuenta los siguientes componentes:

- Estratégico son las actividades relacionadas con el diseño, planeación, verificación, mejoramiento y sostenibilidad de la función archivística.
- Administración de archivo son las estrategias organizacionales dirigidas a la planeación, dirección y control de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos, financieros y de talento humano, necesarias para la realización de los procesos de la gestión documental y el funcionamiento del archivo como lo indica la Ley 594 de 2000, en el título IV.
- Documental comprende los procesos como un conjunto de actividades técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por el hospital, desde su origen hasta su destino final, facilitando su utilización y conservación.
- Tecnológico es la administración electrónica de documentos, la seguridad de la información y la interoperabilidad en cumplimiento de las políticas y lineamientos de la gestión documental y administración de archivo.
- Cultural comprende aspectos como la cultura del hospital y de la comunidad, donde se gestiona el conocimiento, el cambio, la participación ciudadana, la protección del medio ambiente y la difusión. Todo ello en el marco del concepto de cultura como “conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan a los grupos humanos y que comprende, más allá de las artes y las letras, modos de vida, derechos humanos, sistemas de valores, tradiciones y creencias.” Ley 397 de 1997. Art. 1

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 19 de 51

num.1.

5.2 Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.

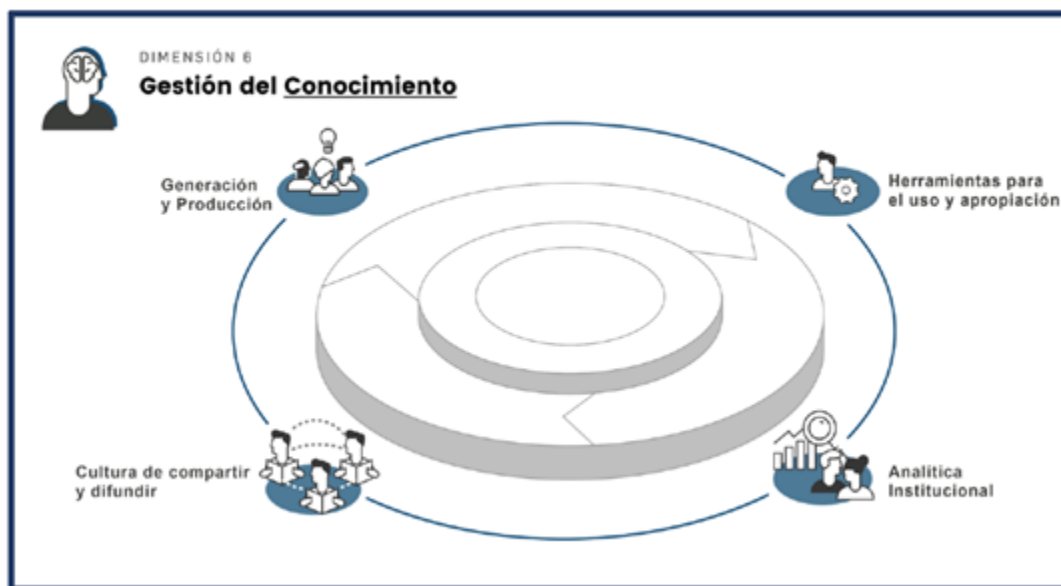
En esta política el hospital viene actualizando los trámites en el sistema único de información de tramites SUIIT.

Para el cumplimiento de esta política se debe vincular y actualizar las hojas de vida de los servidores públicos en el Sistema de información de gestión de empleo público SIGEP.

Se debe tener un sistema de información documentado, que permita monitorear periódicamente la gestión del hospital y realizar los ajustes necesarios para el alcanzar los resultados esperados.

Lo que se pretende con esta política es asegurar la conservación de la memoria Institucional y la evidencia de la defensa jurídica.

SEXTA DIMENSION GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION




Fuente: Función pública, 2017

Esta dimensión es la interacción entre todas las políticas de la gestión y desempeño tal como:

- **Gestión del conocimiento y la innovación:** Este conocimiento se presenta de manera intangible son las capacidades de las personas, su intelecto, experiencia y su habilidad

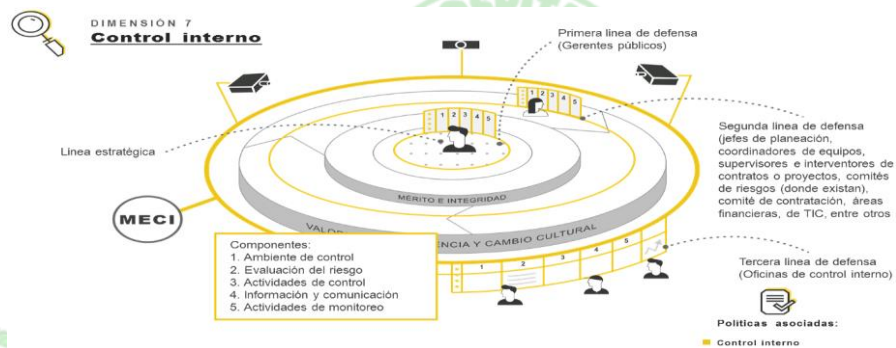
Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 20 de 51

para proponer soluciones. Esto se evidencia en los documentos tales como: Guías, procedimientos, formatos, planes, informes publicaciones en redes sociales entre otros.

El hospital promueve el análisis de la información y la generación de nuevo conocimiento, promoviendo la mejora continua, estableciendo acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.

Séptima Dimensión del MIPG: Control Interno



Fuente: Función Pública, 2017

Para diseñar de manera adecuada y efectiva el MECI en las entidades nacionales y territoriales, se deberán desarrollar las siguientes actividades para cada uno de los componentes mencionados anteriormente:




Esta dimensión corresponde al **Sistema de Control Interno SCI** (previsto en la Ley 87 de 1993), integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. El SCI se opera a través del **Modelo Estándar de Control Interno MECI**.



Fuente: Función Pública, 2017

El sistema de control Interno se desarrolla en cinco componentes:

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 21 de 51

7.1 Ambiente de control

Asegurar un ambiente de Control:

En primer lugar, una entidad 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 los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Para determinar si se cuenta con un adecuado y efectivo ambiente de control, es indispensable que:


- La entidad demuestre el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público
- El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cumpla las funciones de supervisión del desempeño del SCI y de determinación de las mejoras a que haya lugar
- La alta dirección asuma la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos del SCI
- La gestión del talento humano tenga un carácter estratégico, de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad
- Se tengan definidas y asignadas en personas idóneas las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control.

7.2 Fortalecer el ambiente de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG:

El trabajo abordado desde dimensiones como Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados y Talento Humano, es fundamental para materializar un adecuado ambiente de control, de conformidad con las siguientes interacciones:

- 7.2.1 En la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación se establecen las pautas para implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno, como prioridad de la alta dirección. Dado que el direccionamiento estratégico define la ruta organizacional que debe seguir una entidad para lograr sus metas estratégicas, los resultados esperados y en general sus objetivos institucionales, es a partir de la misma que se diseñan los lineamientos que contribuyen a crear un ambiente favorable al control, así como para la administración del riesgo. En esta dimensión se diseñan los controles necesarios para que la planeación y su ejecución se lleven a cabo de manera eficiente, eficaz, efectiva y transparente, logrando una adecuada prestación de los servicios o producción de bienes que le son inherentes.


Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PE-PE-MIPG	Versión: 1
	MODELO INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y GESTION HSJB	Página 22 de 51

- 7.2.2 A partir de la dimensión de Gestión con Valores para Resultados se asegura que la estructura organizacional, los procesos de la cadena de valor y los de apoyo, el uso de los bienes muebles e inmuebles, el suministro de servicios internos, la ejecución presupuestal y la focalización de los recursos, estén en función del cumplimiento de los propósitos de la entidad y de atender lo previsto en la planeación institucional, de forma eficiente.
- 7.2.3 Es necesario que una adecuada GETH asegure que la selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral, se conviertan en herramientas adecuadas para el ejercicio de las funciones y responsabilidades y en condición mínima para facilitar el autocontrol por parte de cada servidor.
- 7.2.4 La adecuada GETH debe igualmente contemplar las directrices para la toma de decisiones frente al talento humano, en especial sobre aquellos aspectos que tienen que ver con su preparación y responsabilidad frente al Sistema de Control Interno, y sobre los parámetros éticos y de integridad que han de regir todas las actuaciones de los servidores públicos.



Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018



 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>		Versión: 2
	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO	

7.3 Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI

Garantizar un adecuado desarrollo de la auditoría interna requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, de la siguiente manera:

OPERATIVIDAD TRES LÍNEAS DE DEFENSA

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


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 procesos o gerentes operativos de programas y proyectos de la entidad • La gestión operacional 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • A cargo de servidores con responsabilidades de monitoreo y evaluación de controles y riesgos: Jefes de planeación, supervisores, interventores, coordinadores de otros sistemas. • Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente 	<ul style="list-style-type: none"> • A cargo de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quién haga sus veces • Proporciona Información sobre la efectividad del SCI., la operación de la 1ª y 2ª Línea de defensa con un enfoque basado en riesgos 

Fuente: Función Pública, 2017

Línea estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- 7.3.1 Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa.
- 7.3.2 Asegurar que los servidores responsables (tanto de la segunda como de la tercera línea de defensa cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias.
- 7.3.3 Aprobar el Plan Anual de Auditoría propuesto por el jefe de control interno o quien haga sus veces, tarea asignada específicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>		Versión: 2
	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO	Página 24 de 51

Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso, a quienes corresponde:

- 7.3.4 Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso.
- 7.3.5 Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad.
- 7.3.6 Deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda.

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

- 7.3.7 Llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno.
- 7.3.8 Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles.
- 7.3.9 Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidas.
- 7.3.10 Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

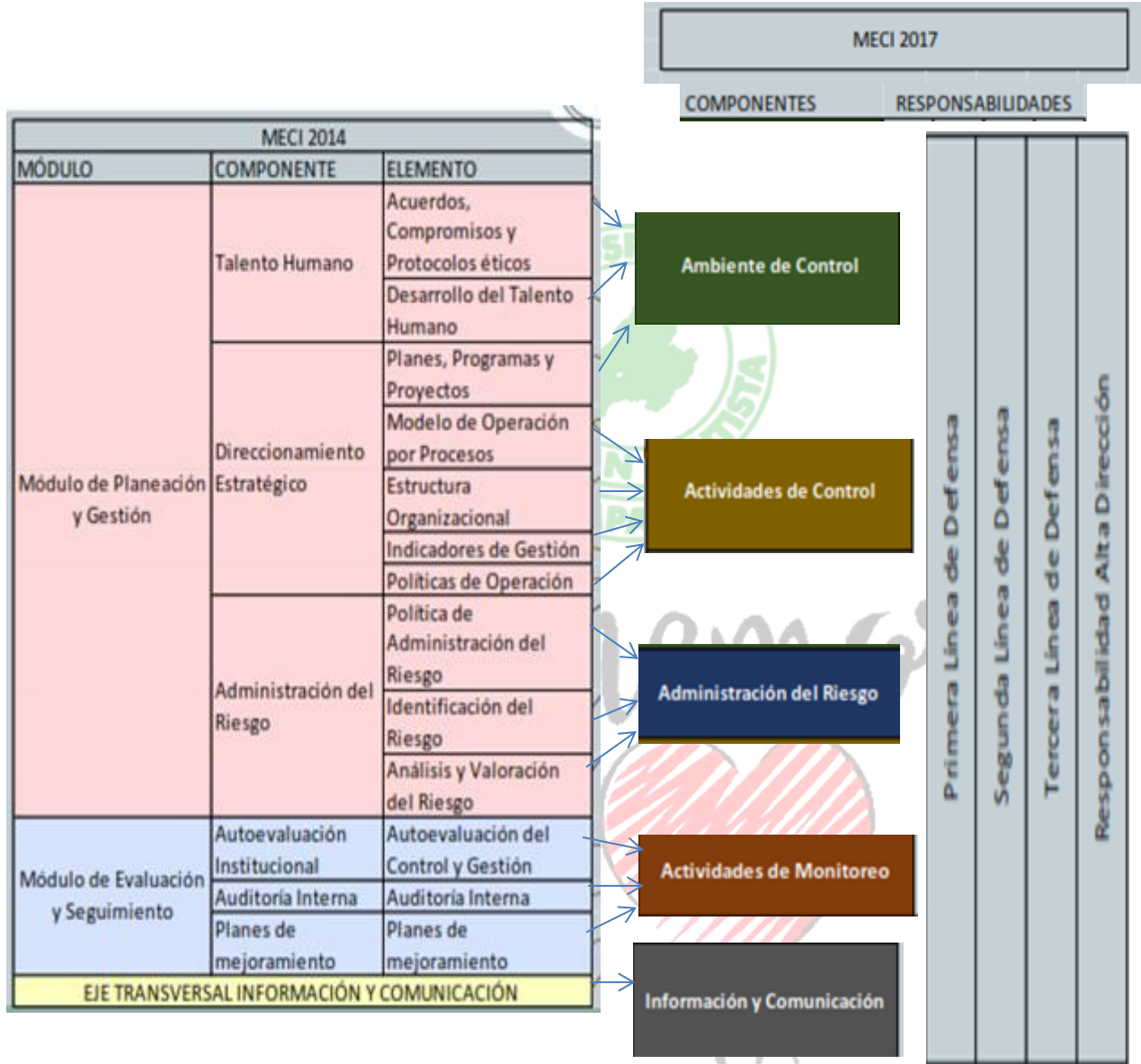
- 7.3.11 Establecer el plan anual de auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos de mayor exposición
- 7.3.12 Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa
- 7.3.13 Evaluar si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional
- 7.3.14 Establecer y mantener un sistema de monitoreado de hallazgos y recomendaciones

7.4 Matriz de implementación y seguimiento

A continuación se describen cada una de las actividades que darán cuenta de la implementación y seguimiento al MECI propuesto para el periodo 2018, cabe anotar que la estructura cumple con los lineamientos trazados en cada uno de los 5 componentes que trazan en nuevo MECI:

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

7.5 PLAN DE IMPLEMENTACION MECI 2018



1. COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

1.1. SUBCOMPONENTE: ASEGURAR UN AMBIENTE DE CONTROL

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cumpla las funciones de supervisión del desempeño del SCI y de determinación de las mejoras a que haya lugar.</p> <p>La alta dirección asuma la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos del SCI.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Revisar la resolución por la cual se estableció el Comité de Coordinación de Control Interno de tal manera que sean aplicadas en las instancias correspondientes. Garantizar que en las actas de dicho comité se evidencie el cumplimiento de las funciones establecidas. 	<ol style="list-style-type: none"> Resolución por la cual se estableció el comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Actas de Comité de Coordinación Institucional de Control Interno 	Oficina de Control Interno	Jefes de Oficinas	Enero 2018
<p>La gestión del talento humano tenga un carácter estratégico, de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad</p>	<ol style="list-style-type: none"> Realizar la Autoevaluación de Talento Humano. Revisar la Estrategia de Talento Humano y hacer ajustes correspondientes en documentos y formatos del proceso de tal manera que se cumpla el aspecto mínimo de implementación. Divulgar cambios aplicados en caso que sean necesarios y dejar evidencia de dicha divulgación. Reportar cambios documentales a Calidad para actualizarlos en el SIG 	<ol style="list-style-type: none"> Autoevaluación del Talento Humano Documentos y formatos actualizados en Sistema de Gestión 	Profesional Universitario área de Gestión del Recurso Humano	Profesional Universitaria Área de Recurso Humano	Diciembre 2018

Elaborado por: Asesora de Control Interno

Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Copia controlada

Aprobado por: Comité MIPG

Fecha de Aprobación: : **05/10/2018**



<p>Están definidas y asignadas en personas idóneas las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar y realizar despliegue del Plan de capacitaciones institucional. 2. Revisar los perfiles y Manual de funciones y validar este aspecto mínimo de implementación. 3. Realizar ajustes correspondientes en caso de ser necesario y divulgarlos al personal involucrado. 4. Enviar a calidad posibles modificaciones para actualizar en el sistema de gestión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Capacitaciones Institucional. 2. Manual de funciones ajustados o verificados según aplique. 	<p>Profesional Universitario Gestión del Recurso Humano</p>	<p>Profesional Universitario Área de Recurso Humano</p>	<p>Marzo 2018 Plan de capacitaciones institucional. Diciembre 2018 las demás actividades</p>
---	---	---	---	---	--



<p>Elaborado por: Asesora de Control Interno</p>	<p>Copia controlada</p>	<p>Aprobado por: Comité MIPG</p>
<p>Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p>		<p>Fecha de Aprobación: : 05/10/2018</p>

**1.2. SUBCOMPONENTE: FORTALECER EL AMBIENTE DE CONTROL A PARTIR DEL DESARROLLO DE LAS OTRAS DIMENSIONES DE MIPG**

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
En la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación se establecen las pautas para implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno, como prioridad de la alta dirección. Dado que el direccionamiento estratégico define la ruta organizacional que debe seguir una entidad para lograr sus metas estratégicas, los resultados esperados y en general sus objetivos institucionales, es a partir de la misma que se diseñan los lineamientos que contribuyen a crear un ambiente favorable al control, así como para la administración del riesgo. En esta dimensión se diseñan los controles necesarios para que la planeación y su ejecución se lleven a cabo de manera eficiente, eficaz, efectiva y transparente, logrando una adecuada prestación de los servicios o producción de bienes que le son inherentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir resultados del FURAG emitido por el DAFP donde se establece línea base para iniciar implementación del MIPG. 2. Realizar el autodiagnóstico en el proceso de Gestión Estratégica quien está a cargo de la Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación. 3. Establecer lineamientos claros dentro de la Plataforma estratégica que permita dar cumplimiento al tema de control y de riesgos (los riesgos deben tener alcance a todos los riesgos Institucionales comprendidos dentro de los Sistemas aplicables al MIPG.) 4. Actualizar los documentos que sean necesarios del proceso de Gestión Estratégica y formalizarlos ante el SIG 5. Divulgar cambios a las partes interesadas y dejar evidencia de dicha divulgación. 	Actualización de documentos del proceso de Gestión Estratégica en el SIG en caso que así lo requiera.	Asesor de Planeación	Asesor de Planeación	Diciembre 2018

Elaborado por: Asesora de Control Interno

Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Copia controlada

Aprobado por: Comité MIPG

Fecha de Aprobación: : 05/10/2018



<p>A partir de la dimensión de Gestión con Valores para Resultados se asegura que la estructura organizacional, los procesos de la cadena de valor y los de apoyo, el uso de los bienes muebles e inmuebles, el suministro de servicios internos, la ejecución presupuestal y la focalización de los recursos, estén en función del cumplimiento de los propósitos de la entidad y de atender lo previsto en la planeación institucional, de forma eficiente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar los procesos del Mapa de procesos y validar que queden articulados con los lineamientos propuestos en el ítem anterior de acuerdo a los aspectos mínimos requeridos por el MIPG. 2. Realizar ajustes en caso que apliquen y formalizarlos ante el SIG. 3. Realizar divulgación de cambios aplicados en caso que aplique y dejar la evidencia correspondiente. 	<p>Validación de procesos.</p> <p>Seguimiento a al Plan de Acción Anual 2018.</p>	<p>Oficina de Planeación y Calidad Lideres de Proceso</p>	<p>Asesor de Planeación y Líder de Calidad</p>	<p>Diciembre 2018</p>
---	--	---	---	--	-----------------------



Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018



Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>Es necesario que una adecuada GETH asegure que la selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral, se conviertan en herramientas adecuadas para el ejercicio de las funciones y responsabilidades y en condición mínima para facilitar el autocontrol por parte de cada servidor.</p>	1. Revisar los documentos que enmarca éste ítem (La selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral) acatando lineamientos definidos por el MIPG. De tal manera que se realicen los ajustes documentales correspondientes.	Documento de selección actualizado en el SIG.	Profesional Universitaria Área del Talento Humano - Encargada de Salud y Seguridad en el Trabajo	Profesional Universitario Gestión de Talento Humano	Marzo 2018 Plan de capacitaciones y Plan de bienestar
	2. Legalizar cambios ante el SIG.	Documento de capacitación actualizado en el SIG.			
	3. Divulgar cambios a todos las partes interesadas y dejar evidencia de dicha divulgación.	Documento de evaluación del desempeño actualizado en el SIG.			
	4. Formalizar el Plan de capacitaciones institucional y asegurar su despliegue y desarrollo.	Plan de capacitaciones formalizado y ejecutado.			
	5. Formalizar el Plan de bienestar institucional y asegurar su despliegue y desarrollo.	Plan de bienestar formalizado y ejecutado.			
4. Realizar evaluación de desempeño.	Plan de trabajo propuesto para el 2018 derivado del SG-SST.	Febrero de 2018 evaluaciones de desempeño			
5. Continuidad en la implementación del SG-SST acorde a requisitos legales vigentes.					

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
La adecuada GETH debe igualmente Contemplar las Directrices para la toma de decisiones frente al talento humano, en especial sobre aquellos aspectos que tienen que ver con su preparación y responsabilidad frente al Sistema de Control Interno, y sobre los parámetros éticos y de integridad que han de regir todas las Actuaciones de los servidores públicos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar las directrices que establece el MIPG en la materia y ajustar los documentos que así lo requieran. 2. Adoptar el Código de Integridad de la Función Pública. 3. Formalizar documento en el Sistema Documental y dejar evidencia de la divulgación de los mismos. 	Documentos ajustados y actualizado y en la Pagina WEB.	Profesional Universiatrio Gestión del Recurso Humano	Profesional Universitario de Recurso Humano	<p>La adopción de Condigo de integridad en el mes de Julio de 2018.</p> <p>Las otras acciones hasta Diciembre de 2018</p>

1.3. **SUBCOMPONENTE: ASIGNAR LAS RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON LAS LÍNEAS DE DEFENSA DEL MECI**

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Garantizar un adecuado ambiente de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente. 2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes. 3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG. 4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno. 	<p>Resolución actualizada y divulgada.</p> <p>Informes derivados de la Oficina de Control Interno frente al cumplimiento a responsabilidades del MECI.</p>	<p>Asesor de Planeación y Calidad</p> <p>Asesor de Control Interno</p>	Asesor de Planeación	Diciembre 2018



1.4. SUBCOMPONENTE: ASEGURAR LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ENTIDAD

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>Es un proceso continuo que fluye por toda la entidad:</p> <p>Es llevado a cabo por todos los servidores de la entidad</p> <p>Se aplica en el establecimiento de la estrategia</p> <p>- Está diseñado para identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad.</p> <p>- Está orientado al logro de las metas estratégicas, los resultados esperados y en general de los objetivos de la entidad. Los objetivos deben ser definidos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados.</p> <p>Brindar atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sistemas que configuran la gestión del instituto y los lineamientos definidos en el MIPG. 2. Socializar la política a todas las partes interesadas. 3. Publicar la política en página web. 4. Suministrar capacitación a los responsables de proceso frente a riesgos teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el MIPG. 5. Reestructurar la herramienta para definir riesgos y articularla con los Sistemas que también requieran “identificar factores de riesgos” para su posterior seguimiento, de lo cual se deberá dejar la evidencia correspondiente. 	<p>Política de riesgos revisada.</p> <p>Herramienta para definir riesgos y formalizarla ante el SIG</p> <p>Seguimientos respectivos de Mapas de riesgos.</p> <p>Informes de seguimiento al riesgos elaborados por la Oficina de Control Interno.</p>	<p>Asesor de Planeación y Calidad</p> <p>Asesor de Control Interno</p>	<p>Asesor de Planeación y Calidad</p>	<p>Diciembre 2018</p>


Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurarse que dentro de los riesgos que se definan se incluya el riesgo de fraude y los controles que se determinen para evitar su materialización y en caso que se materialice mitigar su impacto. 2. Disponer del mapa de riesgos en el SIG como fuente de consulta para quienes controlan los riesgos dentro de cada proceso. 	Mapa de riesgo actualizado y legalizado ante el SIG	Asesor de Oficina de Planeación	Asesor de Oficina de Planeación.	Septiembre de 2018
Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de esta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de esta dimensión.	Asesor de Planeación Asesora de Control Interno	Asesor de Oficina de Planeación.	Diciembre de 2018
Se debe dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.					

2.2 SUBCOMPONENTE: FORTALECER LA GESTIÓN DEL RIESGO A PARTIR DEL DESARROLLO DE LAS OTRAS DIMENSIONES DE MIPG

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>En la dimensión de Direccionamiento Estratégico y la Planeación, el representante legal y la alta dirección deben definir los lineamientos para la administración del riesgo de la entidad; el equipo directivo debe identificar aquellos riesgos que impidan el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas.</p> <p>La política para la gestión del riesgo se constituye en una política de operación para la entidad, por lo que la misma es aplicable a todos los procesos, proyectos y programas especiales. Para su definición se requiere contar con una visión sistémica y estratégica de las operaciones, se debe analizar los principales factores internos y externos acorde con el entorno de la entidad, los riesgos a nivel estratégico y su evaluación, aspectos que dan línea a toda la entidad en la identificación de los riesgos a todos los niveles.</p>	<p>Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de ésta dimensión.</p>	<p>Aplican los productos descritos en el primer ítem de ésta dimensión.</p>	<p>Asesor de Planeación</p>	<p>Asesor de Planeación</p>	<p>Diciembre 2018</p>

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4		Versión: 2
	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO	Página 35 de 51

2.3 SUBCOMPONENTE: ASIGNAR LAS RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON LAS LÍNEAS DE DEFENSA DEL MECI

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Garantizar una adecuada gestión del riesgo requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de ésta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de ésta dimensión.	Asesor de Oficina de Planeación	Asesor de Oficina de Planeación	Diciembre 2018



Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

3. COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

3.1 SUBCOMPONENTE: DISEÑAR Y LLEVAR A CABO LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DEL RIESGO EN LA ENTIDAD

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos	<ol style="list-style-type: none"> Asignar responsables de cada línea de acción y control de los procesos. Dejar evidencia de las decisiones que se toman en actas de comités primarios, comités y demás escenarios donde se gestan acciones para mitigar riesgos. Realizar campaña a cargo de la Oficina de Control Interno en relación a riesgos y al autocontrol. 	<p>Actas de comités, comités Institucionales.</p> <p>Piezas derivadas de la campaña.</p>	Líder de los procesos.	Todos los enlaces asignados por procesos.	Diciembre 2018
Definir controles en materia de TIC.	<ol style="list-style-type: none"> Revisar que dentro del mapa de riesgos del proceso de Administrativo, estén definidos los riesgos inherentes al tema y controles eficaces. (TIC) Actualizar los documentos de Gestión de TICS de tal manera que se registren los controles establecidos acorde a cada metodología estandarizada mediante planes, procedimientos e instructivos. (si es necesario) Realizar divulgación a las partes involucradas y dejar evidencia de dicha divulgación. 	<p>Mapa de riesgos Administrativos con la Gestión de TICS actualizado</p> <p>Plan de contingencia de TICS formalizado</p>	<p>Profesional Universitario Área Administrativa y Financiera, Encargado de Área de Sistemas.</p>	Profesional Universitario Área Administrativa y Financiera,	Diciembre 2018
Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.	<ol style="list-style-type: none"> Revisar las caracterizaciones de los procesos y actualizar las políticas de operación acorde a nuevos lineamientos del MIPG. Socializar cambios aplicados en Comités correspondientes. Dejar evidencia en actas. 	Caracterizaciones actualizadas y formalizadas ante el SIG	Responsables de proceso	Enlaces asignados a cada proceso	Diciembre 2018

3.2. SUBCOMPONENTE: FORTALECER EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL A PARTIR DEL DESARROLLO DE LAS OTRAS DIMENSIONES DE MIPG

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>En el marco estratégico (Direccionamiento Estratégico y Planeación) se constituye en el andamiaje sobre el cual se desarrolla de la gestión de la entidad, en la medida en que traza la hoja de ruta para la ejecución de las acciones a cargo de toda la entidad, y es determinante para encaminarla al logro de los objetivos, metas, programas y proyectos institucionales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir resultados del FURAG emitido por el DAFP donde se establece línea base para iniciar implementación del MIPG. 2. Realizar el autodiagnóstico en el proceso de Gestión Estratégica quien está a cargo de la Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación. 3. Establecer lineamientos claros dentro de la Plataforma estratégica que permita dar cumplimiento al tema de control y de riesgos (los riesgos deben tener alcance a todos los riesgos Institucionales comprendidos dentro de los Sistemas aplicables al MIPG. 4. Actualizar los documentos que sean necesarios del proceso de Gestión Estratégica y formalizarlos ante el SIG 5. Divulgar cambios a las partes interesadas y dejar evidencia de dicha divulgación. 	<p>Actualización de documentos en el SIG en caso que así lo requiera del proceso de Gestión Estratégica y demás procesos que apliquen</p>	<p>Responsables de proceso</p>	<p>Enlaces de calidad asignados en cada proceso</p>	<p>Diciembre 2018</p>

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
De otra parte, en cada uno de los aspectos de la dimensión de gestión para resultados, los responsables deberán adoptar mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, la eficacia y la eficiencia operacional de la entidad y la corrección oportuna de las deficiencias. La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación y se comprueba por medio de la auditoría interna.	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de esta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de esta dimensión.	Responsables de proceso	Asesor de planeación	Diciembre 2018
Para asegurar que el personal de la entidad transite por ese mismo camino, la alta dirección de la entidad le corresponde hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de los controles, por parte de los responsables de la gestión. De la misma forma, de los medios, mecanismos y procedimientos de control que aseguren que sus competencias se ejerzan y las actividades se llevan a cabo eficaz y eficientemente para la obtención de los resultados pretendidos.	<ol style="list-style-type: none"> Realizar comités dentro de cada Proceso y dejar evidencia de los controles y de las decisiones que se toman con relación a los resultados del proceso. Ejecutar la Revisión por la dirección dando alcance a las entradas requeridas por los diferentes Sistemas del MIPG, de tal manera que se tomen decisiones a nivel directivo y se asignen los recursos necesarios para alcanzar de manera eficaz los resultados. Dejar evidencia. 	<p>Actas de comités.</p> <p>Acta de Revisión por la Gerencia</p>	Responsables de proceso	Asesor de planeación	Diciembre 2018

3.3. SUBCOMPONENTE: ASIGNAR LAS RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON LAS LÍNEAS DE DEFENSA DEL MECI

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>Garantizar un adecuado desarrollo de actividades de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente. 2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes. 3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG. 4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno. 	<p>Resolución actualizada y divulgada.</p> <p>Informes derivados de la Oficina de Control Interno frente al cumplimiento a responsabilidad es del MECI.</p>	<p>Jefe Oficina de Planeación y Calidad</p> <p>Jefe de Control Interno</p>	<p>Carlos Hernández – Jefe Oficina de Planeación y Calidad</p>	<p>Diciembre 2018</p>

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

4. COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 SUBCOMPONENTE: CONTROL A LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	1. Ajustar los módulos de sistema de información	Módulos Operando con ajustes solicitados	Sistemas de Información	Encargado de Sistemas de Información	Diciembre - 2018
Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	1. Realizar comités institucionales.	Actas de Comités institucionales.	Lideres de procesos responsables	Lideres de procesos responsables	Diciembre 2018
Comunicarse con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.	2. Comunicar a todas las partes interesadas información institucional y su desempeño. 3. Dejar evidencias de las decisiones tomadas en actas.	Publicaciones de página web.			

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

4.2. **SUBCOMPONENTE: ASIGNAR LAS RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON LAS LÍNEAS DE DEFENSA DEL MECI**

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Garantizar un adecuado desarrollo del control de la información y la comunicación requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, así como de mecanismos para la prevención y evaluación de éste.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente. 2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes. 3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG. 4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno y socializarlo con la alta Dirección. 	<p>Resolución actualizada y divulgada.</p> <p>Informes derivados de la Oficina de Control Interno frente al cumplimiento a responsabilidad es del MECI.</p>	<p>Asesor de Planeación y calidad</p> <p>Asesora de Control Interno</p>	Asesor de planeación	Diciembre 2018

5. COMPONENTE: MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA

5.1 SUBCOMPONENTE: IMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN CONTINUA EN LA ENTIDAD

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Desarrollar las evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar cumplimiento al Plan de Auditoria Interna anual 2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoria Integral liderada por el área de Calidad. 3. Realizar comités institucionales. 4. Ejecutar la Revisión por la Gerencia. 5. Comunicar a todas las partes interesadas información institucional y su desempeño. 6. Dejar evidencias de las decisiones tomadas en actas. 7. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales. 	<p>Actas de cada reunión.</p> <p>Publicaciones de página web.</p> <p>Publicaciones en medios internos</p> <p>Informes de la Oficina de control Interno</p>	<p>Responsables de proceso</p> <p>Asesora de control Interno</p>	<p>Enlaces de asignados en cada proceso</p>	<p>Diciembre 2018</p>



Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.	<ol style="list-style-type: none">1. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento del MECI de tal manera que se documenten las acciones de mejora a las que haya lugar2. Hacer entrega de los informes generados al Gerente como representante legal.3. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento institucional aplicable al periodo de tal manera que se evidencie el grado de avance en la gestión.4. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento derivado de la Revisión por la Gerencia.	<p>Informes de auditorías aplicables Plan de auditoria anual de Control Interno.</p> <p>Seguimiento Plan de mejoramiento institucional.</p> <p>Plan de mejoramiento derivado de la Gerencia.</p>	<p>Asesor de Planeación</p> <p>Asesor de Control Interno</p>	Asesor de Planeación	Diciembre 2018

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018



Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.	<ol style="list-style-type: none">1. Realizar seguimiento al Plan de Acción Anual.2. Realizar seguimiento a los planes operativos.3. Realizar de manera trimestral la publicación de seguimiento a los planes anteriores en página web.4. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento institucional aplicable al periodo de tal manera que se evidencie el grado de avance en la gestión.5. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento derivado de la Revisión por la Dirección.	<p>Plan de Acción Anual actualizado.</p> <p>Planes operativos.</p> <p>Plan de mejoramiento institucional actualizado.</p> <p>Plan de mejoramiento derivado de la Revisión por la Dirección actualizado.</p>	<p>Asesor de Planeación</p> <p>Asesora de Control Interno.</p>	Asesor de Planeación	Diciembre 2018

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018



Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>En ese orden de ideas se busca que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se convierte, entonces, la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.</p> <p>La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participa los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación. Toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Realizar comités2. Dejar actas donde se evidencien decisiones.	Actas de comités	Responsables de proceso	Enlaces asignados en cada proceso	Diciembre 2018

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>En todo caso, deben tener en cuenta que la coordinación de las auditorías (cualquiera que sea su ámbito) está en cabeza del Asesor de control interno o quien hace sus veces en cada entidad, con el apoyo de los líderes de cada uno de los sistemas de gestión que tengan implementados.</p> <p>En segundo lugar, las evaluaciones independientes se llevan a cabo de forma periódica, por parte de la oficina de control interno o quien haga sus veces a través de la auditoría interna de gestión. Estas evaluaciones permiten determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva. Las evaluaciones, independientes a los componentes varían en alcance y frecuencia, dependiendo de la importancia del riesgo, de la respuesta al riesgo y de los resultados de las evaluaciones continuas o autoevaluación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno. 2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoría Integral liderada por el área de Calidad. 	<p>Informes de auditorías derivados de la Oficina de control Interno.</p> <p>Informes de auditorías derivados del área de Calidad.</p>	<p>Asesor de Planeación</p> <p>Líder de calidad</p> <p>Asesor de control Interno</p>	<p>Asesor de Planeación</p>	<p>Diciembre 2018</p>

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018



PEC-CI-M1

Versión: 3

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO

Página 47 de 51

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>La auditoría se constituye en “una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno”</p> <p>La auditoría es una herramienta de realimentación del SCI y de MIPG que analiza las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, lo cual influye en los resultados y operaciones propuestas en la entidad.</p> <p>La actividad de auditoría interna debe realimentar a las entidades en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos promoviendo la mejora continua. Así mismo, para formarse una opinión sobre la adecuación y eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control -y de esta manera emitir juicios de valor- las oficinas de control interno deben basarse en las evidencias obtenidas en el ejercicio de auditoría.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar cumplimiento al Plan de auditoria anual de Control Interno. 2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoria Integral liderada por el área de Calidad. 3. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales. 	<p>Informes de auditorías derivados de la Oficina de control Interno.</p> <p>Informes de auditorías derivado del área de Calidad.</p>	<p>Asesor de Planeación.</p> <p>Líder de Calidad</p> <p>Asesor de la Oficina de control Interno</p>	<p>Asesor de Planeación.</p>	<p>Diciembre 2018</p>

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018



PEC-CI-M1

Versión: 3

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO

Página 48 de 51

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
La oficina de control interno debe elaborar <u>un plan de auditoría anualmente y seleccione los proyectos, procesos y actividades a ser auditados basados en un enfoque de riesgos documentado</u> , alineados con los objetivos y prioridades de la entidad, y desarrolle adecuados procedimientos para obtener suficiente evidencia para evaluar el diseño y la eficacia de los procesos de control en los diferentes procesos y actividades de la entidad. Este plan debe ser flexible de manera que puedan efectuarse ajustes durante el año, como consecuencia de cambios en las estrategias de la dirección, condiciones externas, áreas de mayor riesgo o modificación a los objetivos de la entidad.	<ol style="list-style-type: none">1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.2. Elaborar por parte de la Oficina de Control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.	Informes de auditorías derivados de la Oficina de control Interno.	Asesora de la Oficina de control Interno	Asesor de Control Interno	Diciembre 2018

Elaborado por: Asesora de Control Interno

Copia controlada

Aprobado por: Comité MIPG

Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Fecha de Aprobación: : **05/10/2018**



PEC-CI-M1


Versión: 3

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO

Página 49 de 51

Aspectos de implementación	Acciones	Producto	Área Responsable	Enlace de Planeación y Calidad Responsable	Fecha de implementación
<p>De otra parte, en desarrollo del rol de evaluación y seguimiento, el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar la evaluación del control interno contable con criterio de independencia y objetividad, teniendo en cuenta los lineamientos que, para el efecto, establezca la Contaduría General de la Nación.</p> <p>El Informe Anual de Evaluación del Control Interno Contable se efectúa en cada vigencia con corte al 31 de diciembre de cada periodo contable, y se presenta mediante el diligenciamiento y reporte del formulario por medio del cual se hacen las valoraciones cuantitativa y cualitativa.</p> <p>Garantizar un adecuado desarrollo de la auditoria interna requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar cumplimiento al Plan de auditoria anual de Control Interno. 2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoria Integral liderada por el área de Planeación y Calidad. 3. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente. 4. Socializar los cambios en las instancias correspondientes. 5. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG. 6. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno. 	<p>Informes de auditorías derivados de la Oficina de control Interno.</p> <p>Informes de auditorías derivados del área de Planeación y Calidad.</p>	<p>Asesor de Planeación y Líder de Calidad</p> <p>Jefe de la Oficina de control Interno</p>	<p>Asesor de Planeación</p>	<p>Diciembre 2018.</p>

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PEC-CI-M1	Versión: 3
	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO	Página 50 de 51

7. Atributos de calidad a tener en la Dimensión


Los siguientes atributos de calidad permitirán a la entidad asegurar la adecuada implementación y desarrollo de un Sistema de Control Interno:

- Estándares de conducta y de integridad que direccionan el quehacer institucional.
- Niveles de autoridad y responsabilidad apropiadas que facilitan la consecución de los objetivos institucionales.
- Servidores alineados con los objetivos de la entidad, que dan valor agregado en desarrollo de sus funciones.
- Análisis del entorno institucional que permite la identificación de los riesgos y sus posibles causas.
- Riesgos identificados y gestionados que permiten asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- Controles diseñados, que aseguran la gestión de los procesos.
- Actividades de control establecidas que permiten mitigación de los riesgos a niveles aceptables.
- Información comunicada a nivel interno y externo que facilita la gestión de la entidad
- Auditoría interna que genera valor agregado a la entidad
- Auditoría interna que asegura la calidad de su proceso auditor

REGISTROS:

- Programa de capacitación.
- Programa de bienestar.
- Programa de Inducción y re inducción
- Evaluación de desempeño.
- Evaluación de acuerdos de gestión.
- Mapa de riesgos por procesos.
- Programa de auditorías integrales
- Plan de auditoría anual de Control Interno
- Informes de auditoría interna integrales

Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PEC-CI-M1	Versión: 3
	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA MANUAL MODELO ESTANDAR CONTROL INTERNO	Página 51 de 51

- Evidencias sobre despliegue de campaña liderada por calidad y control interno 2018.
- Evidencias al cumplimiento de la Estrategia de Gobierno en línea.



Elaborado por: Asesora de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		Fecha de Aprobación: : 05/10/2018