



La salud
es de todos

Minsalud

MEMORANDO



202015000011113

Bogotá, D.C., 20-01-2020

PARA: Doctor **IVAN DARÍO GONZÁLEZ ORTÍZ**
Ministro de Salud y Protección Social (e)
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Doctora **DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA**
Viceministra de Protección Social
Doctor **GERARDO BURGOS BERANAL**
Secretario General

Gerardo
28 ENE 2020
11:41

DE: JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: INFORME DE GESTIÓN 2019 - OCI

Nos permitimos remitir Informe Ejecutivo de Gestión, que contiene las principales actividades que la Oficina de Control Interno realizó durante la vigencia 2019. La descripción de dichas actividades están enmarcadas dentro de los cinco roles que le han sido asignados normativamente.

Quedamos atentos en caso de que se requiera mayor información.

Cordial saludo,

Sandra Liliana Silva Cordero
SANDRA LILIANA SILVA CORDERO


Anexo: 1 (19 folios)
Elaboró: RocioC.
Revisó/Aprobó: SandraS.

C:\Users\Rcastro\Documents\OFICINA\2020\INFORMEGESTION OCI\PROPUESTA MEMO ENVIO GESTION Docx

Gerardo
Enero 28/2020
11:39
Hoy Gerardo
28/01/2020

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Objetivo del informe	Informar a la Alta Dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, la gestión adelantada por la Oficina de Control Interno durante la vigencia.
Fecha	17 de enero de 2020

Resultados	
Liderazgo Estratégico	
<p>De acuerdo con lo definido en el rol de Liderazgo Estratégico, es importante la creación y fortalecimiento de canales directos de comunicación con el nominador y/o con el representante legal de la entidad y la Alta Dirección de la entidad. En este orden de ideas:</p>	
<p>i. Se ejerció la Secretaría Técnica del Comité de Coordinación de Control Interno durante las cuatro sesiones realizadas en la vigencia:</p>	
FECHA	TEMAS
13/03/2019	Sesión No. 1 Presentación y aprobación del Plan Anual de Auditorias
02/04/2019	Sesión No. 2 Presentación y aprobación de la Política Administración de Riesgos Institucionales
04/06/2019	Sesión No. 3 Auditoria de Interna ISO 18001
22/07/2019	Sesión No. 4 Resultados FURAG
	Resultados Ejecución Plan Anual de Auditorias
	Resultados seguimiento Administración de Riesgos
	Resultados ejecución presupuestal
	Resultados Plan de Mejoramiento CGR
<p>ii. Se participó en comités y otras reuniones estratégicas:</p>	
INSTANCIA	No. SESIONES
Comité de Conciliación (21), fichas estudiadas (543)	20
Comité Asesor de Contratación	25
Comité de Sostenibilidad Contable	2
Comité Sectorial de Gestión y Desempeño	2
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	3
Comités de seguimiento a ejecución presupuestal	7
Seguimiento PQRS	2
Comité de Teletrabajo	6

iii. Con el fin de mejorar las competencias, la jefatura participó en las siguientes capacitaciones:

TEMA	INTENSIDAD (en horas)	LUGAR
Curso Virtual de Inducción Gerentes públicos		DAFP
Buenas prácticas en la gestión de control interno	4	ESAP
Capacitación DIMENSION 7 MIPG	8	ESAP
Capacitación Diligenciamiento Índice de Transparencia	4	Procuraduría General de la Nación
Ekogui	4	Universidad Nacional
Diplomado en innovación y tecnología	80	ESAP
Curso Virtual de Lenguaje Claro	4	DNP
Curso ISO 31000	20	SGS

Enfoque hacia la prevención

Los temas de asesoría y acompañamiento y de fomento de la cultura del control, se desarrollaron a través de las siguientes actividades:

- i. Informes de auditoría y de seguimiento, en los que quedaron consignadas las sugerencias y recomendaciones sobre las que los procesos deben efectuar acciones de mejora.
- ii. Sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, espacios en los que la OCI informó a la Alta Dirección entre otros sobre los siguientes aspectos: a) Plan Anual de Auditorías con enfoque en riesgos; b) Resultados de la ejecución del Plan Anual de Auditorías; c) Observaciones efectuadas producto de la gestión de seguimiento y evaluación contenidas en los informes legales; d) Hallazgos producto del seguimiento a la Administración de Riesgos de Gestión y Corrupción.
- iii. Se rediseñaron los boletines informativos que la Oficina de Control Interno publica en la intranet institucional, los cuales estuvieron enfocados a la interiorización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y de cada uno de sus módulos.
- iv. La Oficina de Control Interno en el marco del rol enfoque hacia la prevención, promovió, como ejercicio de autoevaluación, la aplicación de una encuesta entre los servidores públicos del Ministerio, con el fin de establecer el grado de percepción que se tiene al interior de la entidad sobre el autocontrol e identificar los mecanismos que para el efecto implementan los servidores.

El 30% del total de los servidores de la entidad (1.284), diligenciaron la encuesta (383). Como resultados a destacar figuran:

- Se evidenció que el 78,07% de los encuestados considera que la aplicación del autocontrol es "Muy importante", sin embargo, el 21,67% de los encuestados aunque lo considera importante, no creen que el autocontrol sea una actividad tan importante en el desarrollo de sus actividades diarias en tanto que el 0,26% de los servidores del proceso Gestión de la prestación de servicios en salud, no lo considera importante.
- En relación con la responsabilidad de Autocontrol se observó que el 93,73% de los encuestados, conocen o saben que el autocontrol es responsabilidad de todos. Sin embargo, el 4,18% de los encuestados indicó que ninguno realiza autocontrol, el 1,57% señaló que lo lleva a cabo la Oficina de Control Interno y el 0,52% que es responsabilidad de la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION


- Se evidenció que el 62,14% de los encuestados siempre están pendientes de las posibles desviaciones, así como de realizar los correctivos correspondientes, el 31,33% casi siempre lo hace, un 4,18% casi nunca y el 2,35% nunca lo hace.
 - Se observó que el 80,16% de los encuestados aplica los procedimientos "Siempre", el 17,75% "Casi Siempre", el 1,31% "Casi Nunca" y el 0,78% "Nunca".
 - Como métodos de autocontrol los que más aplican son: Cronogramas, indicadores, planes, procedimientos, cruces de información, aunque el de mayor uso son los procedimientos, seguido de cronogramas e indicadores. De hecho el 96,08% de los servidores encuestados afirman que los procedimientos del proceso del cual hace parte, son coherentes con las actividades que desarrollan.
 - Se observó que el 41,51% de los encuestados indican que el seguimiento al plan de acción se hace de forma "Mensual", el 41,25% de forma "Trimestral", el 12,01% lo hacen "Semanalmente" y el 5,22% restante señala que "No hacen seguimiento".
 - El 58% de los encuestados señala que el líder del proceso "Siempre" se reúne con el equipo de trabajo, el 32% indica que lo hace "Casi Siempre", el 8% "Casi Nunca" lo hace y el 1% "Nunca" lo hace.
 - Se estableció que los Subcomités de Control Interno de Gestión, son considerados por el 51% de los encuestados como un mecanismo que facilita la autoevaluación de los controles, en tanto que el 49% inclinan su respuesta a que no siempre o nunca facilitan la autoevaluación.
 - El 45% de los encuestados señala que se hace seguimiento a los riesgos del proceso, a los indicadores de gestión y a las acciones de los planes de mejoramiento, no obstante el restante 55% asegura que el seguimiento es parcializado. A su vez, el 57% considera que producto de este seguimiento los líderes, "toman decisiones y se formulan acciones de mejora".
- v. En lo corrido del año la Oficina de Control Interno ha ofrecido orientación técnica y recomendaciones sobre los siguientes temas:
- Plan de Mejoramiento de la CGR
 - Rendición de la cuenta fiscal
 - Implementación del Nuevo Modelo de Planeación y Gestión
 - Cumplimiento de acciones de mejora contempladas en el Plan de Mejoramiento.
 - Diligenciamiento formatos rendición de cuenta fiscal.
 - Diligenciamiento formatos rendición contractual.
 - Subcomités Integrados de Gestión Institucional.
 - Formulación de Planes de Mejoramiento producto de auditorías internas.
 - Seguimiento PQRS.

Relación con entes externos de control

En esta línea la Oficina de Control Interno centró su trabajo en tres aspectos:

- i. Seguimiento permanente y actualización de la matriz del Plan de Mejoramiento que se lleva como producto de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República.
- Del total de 74 acciones planteadas se cerraron 11 acciones:

6

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

RESPONSABLES	ACCIONES RETIRADAS POR AUDITORIA CGR VIGENCIA 2018
DIRECCION DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD - SUB DIRECCION FINANCIERA	1
DIRECCION REGULACION DE OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD, RIESGOS LABORALES Y PENSIONES	1
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES	8
SUBDIRECCION FINANCIERA	1
TOTAL	11

- En auditoría financiera sobre la vigencia 2018 fueron levantados 10 nuevos hallazgos sobre los cuales se formularon 31 acciones de mejora por parte de las áreas responsables.

DEPENDENCIA	No. DE ACCIONES
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	3
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN/SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	1
DIRECCIÓN JURÍDICA	7
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS SECTORIALES	1
OFICINA DE CONTROL INTERNO	1
OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL	3
OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL/SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	1
OFICINA GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES	3
OFICINA GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES/SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	1
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	7
UAE-FNE	3
TOTAL	31

- Se evidenció que con antelación al reporte del avance del mismo en el segundo semestre, en el Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes –SIRECI a 31 de diciembre de 2019, no se encontraban acciones vencidas.

Sin embargo, se observó que la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, la UAE Fondo Nacional de Estupeficientes y la Oficina de Promoción Social no han tenido en cuenta el procedimiento denominado "CEVP03 Procedimiento planes de mejoramiento CGR", especialmente en lo relacionado con la remisión de los soportes de cumplimiento de las acciones dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

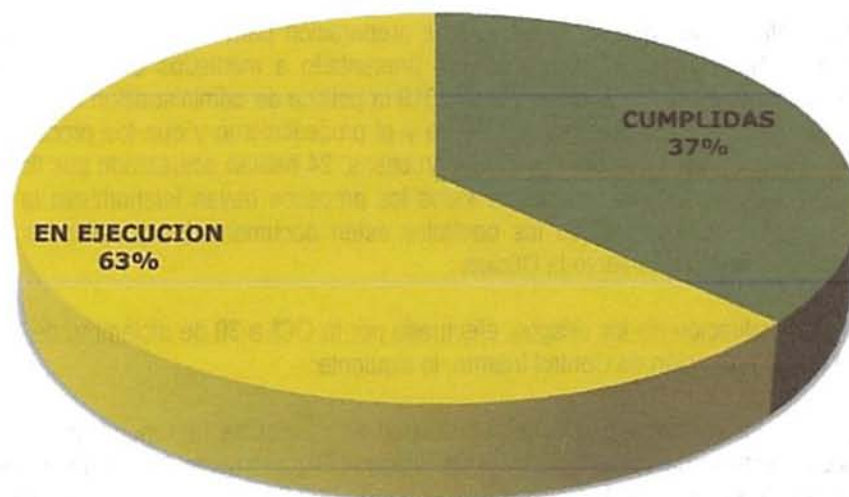
INFORME EJECUTIVO DE GESTION

término de la observancia y/o vencimiento de las acciones establecidas en el Plan, o antes si se da cumplimiento anticipado. O con la remisión de solicitud de reformulación de las acciones con memorando antes de la fecha de vencimiento, previa justificación, razón por la cual mediante correo electrónico y memorandos se ha remitido y socializado dicho procedimiento, con el fin de que se le dé cabal cumplimiento.

- Del total de las 97 acciones planteadas en el plan de mejoramiento presentado a la Contraloría General de la República por el Ministerio de Salud y Protección Social se han cumplido con el 37,1% de las mismas y el 62,9% se encuentran en ejecución puesto que los términos inicialmente planteados no se han vencido o dado que sobre las mismas se ha solicitado su reprogramación:

ESTADO	A JUNIO 30 DE 2019		A 31 DE DICIEMBRE DE 2019	
CUMPLIDAS	23	36.5%	36	37.1%
NO CUMPLIDAS	-	0.0%	-	0.0%
EN EJECUCION	40	63.5%	61	62.9%
TOTAL ACCIONES	63	100.0%	97	100.0%
TOTAL HALLAZGOS	42		43	

PLAN DE MEJORAMIENTO CGR A 31 DE DICIEMBRE DE 2019





- En virtud de los nuevos lineamientos efectuados por la CGR mediante la Circular No. 005 del 11/03/2019, en relación con los hallazgos de la auditoría al Patrimonio Autónomo de remanentes del Instituto de Seguros Sociales en Liquidación –PAR ISS efectuada por el órgano de control en 2017, el Ministerio con radicado No. 201915001068151 del 15 de agosto de 2019 solicitó a la CGR registrar las acciones de mejora a nombre del PAR ISS, teniendo en cuenta que los deberes del fiduciario señalados por el artículo 1234 del Código de Comercio son de carácter indelegable y, por consiguiente, su cumplimiento está asignado únicamente al gestor fiduciario. Adicional, teniendo en cuenta lo estipulado en el párrafo primero de la cláusula vigésima quinta del Contrato No. 015 de 2015 *“la FIDUCIARIA podrá dar por terminado unilateralmente el contrato cuando el FIDEICOMITENTE podrá darlo por terminado unilateralmente cuando el FIDEICOMITENTE actúe o pretenda actuar, incurriendo en una indebida intromisión o coadministración en las actividades, responsabilidades, roles y alcance de la FUDICIARIA, no solamente en lo relativo a su carácter de Vocero y Representante Legal del Patrimonio Autónomo, sino en general a todos sus deberes, obligaciones, derechos y prerrogativas propias de su carácter de Fiduciario y de su propio criterio como experto profesional”*. A la fecha no se ha obtenido respuesta de la CGR.
- ii. Se coordinó la atención de 23 requerimientos efectuados por parte del equipo auditor de la Contraloría General de la República, en el marco los siguientes procesos de auditoría: Gestión Financiera de la vigencia 2018, Cumplimiento Sentencia 302-2017 – Guajira y Cumplimiento Sentencia 357-2017 – Vaupés.
- iii. Se coordinó la atención de un total de 230 requerimientos de información efectuados por parte de la Contraloría General de la República, sobre los siguientes temas entre otros: Apertura de Procesos de Responsabilidad Fiscal, BDUA, Denuncias presentadas por la ciudadanía, Comunicación de Visitas Fiscal – Indagación Preliminar e informe de hallazgos de Auditoría – CGR.

Evaluación de la gestión del riesgo

Riesgos de Gestión.

La Oficina de Control Interno, se encuentra en etapa de preparación para la evaluación de los riesgos de gestión documentados en la vigencia 2019, informe que será presentado a mediados del mes de febrero. Lo anterior teniendo en cuenta que durante el primer trimestre de 2019 la política de administración de riesgos del Ministerio de Salud y Protección Social se actualizó así como la guía y el procedimiento y que los procesos aplicaron la nueva metodología en el segundo trimestre. A julio, de los 27 procesos, 24 habían actualizado sus fichas de riesgos, por lo que se espera que durante el segundo semestre, todos los procesos hayan interiorizado la política, la guía y el procedimiento, actualizado las fichas y que los controles estén documentados y aplicados de manera efectiva. Aspectos sobre los cuales hará seguimiento la Oficina.

De otra parte, sobre la evaluación de los riesgos, efectuada por la OCI a 30 de diciembre de 2018, se le informó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, lo siguiente:

1. Durante 2017 y 2018, las metodologías de administración de riesgos se han modificado en tres oportunidades, como consecuencia de las actualizaciones que ha efectuado el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP a las guías sobre la materia, la transición de la norma ISO 9001:2008 a la versión 2015 y la aplicación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- según el Decreto 1499 de 2017. Situación que no ha

contribuido de una parte, a que los procesos interioricen las directrices y las apliquen adecuadamente y de otra, se logre la estabilización y la madurez que necesita el Sistema de Gestión del Riesgo.¹

2. Para primer semestre de 2018 la Oficina Asesora de Planeación, informa que *en virtud de la transición que se está realizando al Sistema de Gestión de la Calidad, actualizando los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 a la versión 2015 y la aplicación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- según el Decreto 1499 de 2017, se están ajustando las metodologías y que se espera realizar la actualización de la totalidad de estos eventos teniendo como insumo los informes de seguimiento, entre ellos el presentado por la Oficina de Control Interno a diciembre 2017 y los resultados del Contexto Estratégico 2018.* La nueva metodología de Administración de Riesgos y Oportunidades se socializó en junio de 2018 y con ocasión de ella los procesos recibieron la directriz de actualizar las fichas de caracterización. Cuando los procesos iniciaron su aplicación se les indicó que su actualización no era procedente porque el DAFP iba a expedir una nueva metodología en octubre y que se tenía que esperar.

En conclusión, durante la vigencia 2018, los procesos no actualizaron las fichas de caracterización de los mapas de riesgos de gestión, pese a que a junio ya existía una metodología actualizada, aprobada y socializada. Incumpliendo el procedimiento: Administración Integral de Riesgos Institucionales, en cuyo contenido figura como Política de Operación: *El Mapa de Riesgos Institucional debe ser actualizado y publicado en caso de presentarse novedades.*

3. La metodología del DAFP, *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital*, en su versión 4 se expide en octubre de 2018, con el propósito de unificar la metodología existente para la administración del riesgo de gestión y corrupción. Con base en esta metodología la OAPES adelantó el diseño de una herramienta que transcribe la metodología del DAFP a partir de la cual se realizó la actualización de los riesgos de corrupción y el llamado Plan Sectorial de Riesgos de Corrupción. Las metas relacionadas con: *Actualizar los mapas de riesgos de acuerdo con la nueva metodología y documentar los riesgos estratégicos y las oportunidades e incluirlos en el mapa de riesgos y oportunidades institucional, de acuerdo con la metodología propuesta por el DAFP*, no alcanzaron a ser cumplidas por la OAPES.
4. Se observó que los Riesgos de Seguridad de la Información y de Corrupción, no han sido caracterizados por la totalidad de los procesos.
5. Las principales conclusiones de la revisión de los mapas de riesgos fueron:

CRITERIO	RESULTADOS DE EVALUACIÓN
1. Ajustes efectuados por el proceso en atención del informe de la OCI 2017.	Ninguno de los procesos realizó ajustes a los mapas de riesgos a partir del informe de la OCI de 2017.
2. Revisión general del objetivo del proceso.	Los objetivos de los procesos, presentaban debilidades en su estructura, por lo que se sugirió su revisión y ajuste.
3. Análisis del nombre y explicación del riesgo y su coherencia y pertinencia frente al objetivo del proceso.	Se sugiere verificar el nombre y la explicación de los riesgos identificados por los procesos, por cuanto todos no guardan coherencia con las características del objetivo de estos y/o la explicación no agota la forma en que se pueden materializar los riesgos.

¹ Ver informes de autoevaluación consolidados de administración de Riesgos. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Grupo de Desarrollo Organizacional. Vigencias 2017 y 2018. <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Mapa.aspx>



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN

CRETERIO	RESULTADOS DE EVALUACIÓN
4. Verificación de la causas del riesgo.	<p>El ejercicio de causas debe revisarse y fortalecerse.</p> <p>Las descripciones son muy generales.</p> <p>Se identificaron factores que no están relacionados directamente con una posible materialización del riesgo.</p> <p>Se observan factores internos similares a la descripción del riesgo y los factores calificados como externos tienen connotación interna.</p>
5. Análisis frente a la formulación de controles, explicación, documentación y aplicación.	<p>Los controles se deben mejorar en cuanto a su nominación y explicación. La forma en la que están definidos no resulta ser suficiente para determinar cómo operan y se aplican.</p> <p>No son efectivos para contrarrestar las causas identificadas. Existen controles definidos sobre los cuales no se precisa cómo podrían mitigar el riesgo. Los controles no son coherentes con las causas o no guardan relación.</p> <p>Se deben ajustar a la nueva metodología.</p>
6. Verificación de la pertinencia de las acciones de los planes de contingencia	<p>Se evidencia falta de claridad entre la diferenciación de una acción por contingencia y una acción preventiva.</p>

Riesgos de Corrupción

La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales informó que a finales del mes de diciembre del 2018, diez procesos participaron en la actualización de los riesgos de corrupción, el mapa se publicó como parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2019 en versión 1.0. Durante el monitoreo y revisión realizado en el mes de marzo se generó la versión 2.0 y una tercera versión en septiembre de 2019.²

En los seguimientos efectuados por la Oficina de Control Interno se observa que al mes de agosto, no todos los procesos habían actualizado los riesgos de corrupción:

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	OBSERVACIONES DCI PRIMER CUATRIMESTRE	OBSERVACIONES DCI SEGUNDO CUATRIMESTRE
Uso indebido de información privilegiada durante la generación de cruces o extracción de información de las bases de datos de los sistemas de información misionales	<p>El riesgo no es claro ni preciso y no cumple con los parámetros para determinar que es de corrupción. "En la descripción de los riesgos de corrupción deben concurrir TODOS los componentes de su definición: Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado." Se sugiere complementar la descripción teniendo en cuenta la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de la Función Pública de 2018. Se recomienda que se especifique la periodicidad de cada uno de los controles.</p>	<p>Se evidenció que el proceso realizó gestión con relación a las actividades del procedimiento CVSP02 Realización de Cruces y Extracción de Datos para actualizarlo frente a las actividades de control y políticas de operación que deben ser incluidas para acceso a las bases de datos.</p> <p>Se recomienda actualizar el riesgo de acuerdo con la observación del primer cuatrimestre y que se especifique la periodicidad de cada uno de los controles.</p>
Uso indebido de información privilegiada durante la etapa de planeación, selección, verificación y suscripción del contrato, convenio o negocio de naturaleza jurídica contractual para beneficio propio o de un tercero	<p>Se revisó el cumplimiento de las acciones frente a la solidez de los controles y acciones frente a la valoración obtenida con fecha de terminación del 30/03/2019, se evidenció que se unificaron en un solo procedimiento las etapas del proceso de contratación, GCOP04. Se encuentra pendiente de publicación en el sistema integrado. Se sugiere se comijan las fechas de inicio y terminación establecidas para las acciones frente a la valoración obtenida, pues se encuentran señalando 2018 así como actualizar el mapa de riesgos con los cambios</p>	<p>Se evidenció la publicación del procedimiento GCOP04 donde se unificaron en un solo procedimiento las etapas del proceso de contratación. Se sugiere se comijan las fechas de inicio y terminación establecidas para las acciones frente a la valoración obtenida, pues se encuentran señalando 2018.</p> <p>Se recomienda que se actualice el mapa de riesgos con los cambios en los procedimientos y plantear nuevas actividades.</p>
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la etapa contractual y poscontractual para el beneficio privado o de terceros		

² <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/plan-anticorrupcion-atencion-ciudadano-.aspx>



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	OBSERVACIONES OCI PRIMER CUATRIMESTRE	OBSERVACIONES OCI SEGUNDO CUATRIMESTRE
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros al usar los perfiles del aplicativo SIIF	Se recomienda que se amplíen las causas identificadas que pueden generar el riesgo. Se evidenció el nuevo procedimiento GFIP15 Registro creación modificación eliminación usuarios aplicativo SIIF nación el cual se encuentra publicado en el sistema integrado dando cumplimiento a las acciones frente a la solidez de los controles con fecha de finalización del 30/03/2019. Se sugiere que se planteen nuevas acciones frente a la solidez de los controles y frente a la valoración obtenida.	Se evidenció seguimiento del proceso financiero, respecto de los controles establecidos para atacar las causas del riesgo identificado, así como los controles establecidos en el procedimiento GFIP15 Registro creación modificación eliminación usuarios aplicativo SIIF nación, las evidencias se encuentran en el archivo digital y físico de la Subdirección Financiera.
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la regulación de precios de medicamentos	Se sugiere que clarifique la periodicidad de los controles en la ficha del riesgo. La acción "Abrir la Investigación disciplinaria contra el funcionario y/o el operador." la cual se encuentra establecida en las acciones frente a la solidez de los controles, no es competencia de este proceso, por lo que se sugiere replantear la acción.	Se evidenció seguimiento por parte del proceso al riesgo identificado: De acuerdo a las actividades para el control de la probabilidad de materialización del riesgo de corrupción, durante el II cuatrimestre de 2019 se hizo la publicación de mercados relevantes con el cálculo del índice de Herfindahl e Hirschman - HH en la página web del Ministerio para periodo de Consulta pública del 21 de agosto al 16 de septiembre de 2019.
Uso indebido de información privilegiada durante el proceso de exclusiones y ampliación progresiva del plan de beneficios y actualización de la CUPS	La descripción del riesgo, no es clara ni precisa y no cumple con los parámetros para determinar que es de corrupción. Se recomienda realizar el análisis de causas e incluir la totalidad en la ficha del riesgo respectiva y realizar nuevamente el ejercicio de identificación del riesgo de corrupción, teniendo en cuenta las variables a evaluar para el adecuado diseño de los controles que ataquen las causas identificadas y el establecimiento de acciones frente a la solidez de los controles, acciones frente a la valoración obtenida y replanteamiento de las acciones contingencia.	Se encuentra pendiente la actualización del mapa de riesgos de acuerdo con las observaciones del primer cuatrimestre Se verificaron las evidencias de las actividades frente a la probabilidad y al impacto.
Uso indebido de información privilegiada durante el desarrollo de las actividades de solicitud, recepción, consolidación y análisis de información, que sirve como insumo para los cálculos de costos y tarifas	La descripción del riesgo, no es clara ni precisa y no cumple con los parámetros para determinar que es de corrupción. Por lo que se sugiere se complemente la descripción teniendo en cuenta la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de la Función Pública de 2018. Se recomienda realizar el análisis de causas e incluir la totalidad en la ficha del riesgo respectiva y realizar nuevamente el ejercicio de identificación del riesgo de corrupción, teniendo en cuenta las variables a evaluar para el adecuado diseño de los controles que ataquen las causas identificadas y el establecimiento de acciones frente a la solidez de los controles, acciones frente a la valoración obtenida y replanteamiento de las acciones contingencia.	Se encuentra pendiente la actualización del mapa de riesgos de acuerdo con las observaciones del primer cuatrimestre Se verificaron las evidencias de las actividades frente a la probabilidad y al impacto
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros en la priorización de necesidades, asignación de recursos de inversión y funcionamiento para la promoción, participación social en salud en las entidades del sector a nivel territorial	La Oficina de Control Interno sugiere que se especifique la periodicidad de los controles establecidos. Se recomienda realizar las gestiones necesarias para dar cumplimiento a las acciones programadas las cuales se verificarán en el último cuatrimestre según la fecha programada.	La Oficina de Control Interno sugiere nuevamente que se especifique la periodicidad de los controles establecidos. Se recomienda realizar las gestiones necesarias para dar cumplimiento a las acciones programadas las cuales se verificarán en el último cuatrimestre según la fecha programada.



PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	OBSERVACIONES OCI PRIMER CUATRIMESTRE	OBSERVACIONES OCI SEGUNDO CUATRIMESTRE
Desvío de recursos físicos o económicos al alterar información en el registro de novedades, archivos de salida y documentos soporte del sistema de nómina para beneficio propio o un tercero	La Oficina de Control Interno sugiere que se especifique la periodicidad de los controles establecidos. Se evaluará el cumplimiento de las acciones en el último cuatrimestre según lo dispuesto en la ficha del riesgo.	La Oficina de Control Interno sugiere que se especifique la periodicidad de los controles establecidos. Se evaluará el cumplimiento de las acciones en el último cuatrimestre según lo dispuesto en la ficha del riesgo.
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros con el fin de favorecer o perjudicar a funcionarios investigados y/o terceros	Se verificó el cumplimiento de las acciones planteadas con fecha de vencimiento del 28/02/2019, evidenciando la actualización de los procedimientos publicados en el Sistema integrado de gestión de la entidad. Se recomienda establecer la periodicidad de los controles y plantear nuevas acciones frente a la solidez de los controles y frente a la valoración obtenida.	La oficina de Control Interno Disciplinario realiza mensualmente reuniones "subcomités" con cada una de las abogadas en donde se analiza cada proceso disciplinario, para detectar amistades o enemistades que pueden llegar a influir en la toma de una decisión contraria a la Ley" y las quejas que son repartidas. lo anterior, con el fin de establecer si se materializa o no el riesgo mencionado. Teniendo en cuenta que a la fecha no se ha materializado el riesgo mencionado, el proceso establece que no ha habido necesidad de adelantar acción alguna. Se evidenció seguimiento por parte del proceso en Actas de subcomités.
Uso indebido de información privilegiada durante la gestión de la información en la Bodega de Datos	El riesgo no es claro ni preciso y no cumple con los parámetros para determinar que es de corrupción. Por lo que se sugiere se complemente la descripción teniendo en cuenta la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de la Función Pública de 2018. Se recomienda que se revise que todas las causas identificadas estén cubiertas por al menos un control. Una vez verificado el procedimiento IFDP01 no se encuentra actualizado según la acción programada, por lo que se sugiere se re programe la fecha de cumplimiento de la acción y se realicen las gestiones planeadas.	El proceso se encuentra realizando las gestiones para la actualización de los procedimientos e informa que una vez revisado el procedimiento se define que se va a incorporar como política de operación la socialización del código de ética, a los profesionales de la temática de Bodega de Datos de SISPRO, la cual se realizará al inicio de cada contrato. Se incorporará en los procedimientos IFDP01 Creación de Cubos de Información en la Bodega de Datos de SISPRO y IFDP02 Atención a solicitudes de información misional en la bodega de datos de SISPRO. Se recomienda actualizar el riesgo de acuerdo con las observaciones indicadas en el seguimiento del primer cuatrimestre
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros en el análisis, cuantificación de recursos para la estructuración de proyectos o al tramitar solicitudes de necesidades de emergencias y desastres o proyectos, sin el debido registro a través del sistema de Gestión documental del Ministerio	Se evaluará el cumplimiento de las acciones en el último cuatrimestre según lo dispuesto en la ficha del riesgo. Se recomienda que se revaluen las acciones de contingencia que se tienen establecidas para el riesgo y se adicionen teniendo en cuenta que ellas implican la materialización del riesgo.	Se evaluará el cumplimiento de las acciones en el último cuatrimestre según lo dispuesto en la ficha del riesgo. La OCI sugiere describir en las actividades de control frente a la probabilidad, como se verifican las actividades allí descritas.
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante el uso de los perfiles asignados para acceder a las bases de datos de los sistemas de información misionales	La Oficina de Control Interno sugiere que se especifique la periodicidad de los controles establecidos. Se evaluará el cumplimiento de las acciones en el último cuatrimestre según lo dispuesto en la ficha del riesgo.	El proceso se encuentra realizando la gestión para la actualización del procedimiento y tiene un documento preliminar sobre la actualización del Procedimiento SIMP03 Gestión de solicitudes de infraestructura y seguridad para los sistemas de información misionales que contempla actualizaciones para revisión de líder de la temática de Infraestructura y Seguridad de la Información de la OTIC. No se evidencian controles que cubran todas las causas. La Oficina de Control Interno sugiere que se especifique la periodicidad de los controles establecidos. Se evaluará el cumplimiento de las acciones en el último cuatrimestre según lo dispuesto en la ficha del riesgo.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Riesgos de Seguridad de la Información

Durante el mes de Mayo del año 2019 se llevó a cabo la auditoria de certificación ISO 27001:2013, con un alcance sobre 7 de los 27 procesos que se encuentran documentados en el Ministerio. La auditoria arrojó los siguientes hallazgos con respecto a Seguridad y privacidad de la Información:

No conformidades Menores:

NC1: En la determinación de los controles que son necesarios para implementar las opciones escogidas para el tratamiento de riesgos de la seguridad de la información, no se evidenció la comparación de los controles identificados, con los del Anexo A de la ISO 27001:2013.

NC2: El documento "Mejora Continua MACF04 Versión 03", no se encontró diligenciado en gran parte del formato, con respecto a campos que brindan información relevante (fechas, descripciones, entre otros). Asimismo el informe de Auditoria Interna y el Contexto Estratégico SGSI no se encuentran identificados y por ende no controlados por el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la Entidad.

NC3: No se evidencia mecanismos eficaces de restricción del acceso de los funcionarios, a los servicios de red, al retirarse de la Entidad.

NC4: La organización no controla los privilegios acceso a los equipos de cómputo.

NC5: No se evidencia seguridad de equipos y activos fuera de las instalaciones.

NC6: La organización no audita con regularidad la prestación de servicios de los proveedores.

NC7: No se encontraron los mecanismos de generación del aprendizaje obtenido de los incidentes de seguridad de la información.

NCM1: Los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la Entidad, no se encuentran medidos.

NCM2: No se evidencia que la organización realiza evaluación del desempeño de la seguridad de la información y la eficacia del sistema de gestión de la seguridad de la información.

NCM3: En la revisión por la dirección, realizada el día 2019-05-16, no se incluyó la totalidad de las entradas, adicionalmente no se generan conclusiones con respecto a la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

Sobre los resultados la Oficina de Control Interno sugirió:

- La organización debe ajustar y aplicar el proceso de tratamiento de riesgos de la seguridad de la información.
- Se deben implementar los controles mencionados en cada uno de los hallazgos.
- Incluir en el Plan de Tratamiento de Riesgos los controles del Anexo A de la ISO 27001. Se debe tener en cuenta que de acuerdo con el requisito 6.3 de la ISO 27001:2013 estos los controles que atienden el Anexo A de la norma son de obligatorio cumplimiento a menos que en la Declaración de Aplicabilidad se justifiquen controles que son requeridos implementar.
- En la "ASIG01 GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN LOS PROCESOS" en el capítulo 11, sección 11.1 se sugiere incluir una subsección en donde se establezca que para los riesgos de seguridad de la información y de seguridad digital, se debe tomar como punto de partida la implementación de los objetivos de control definidos en el Anexo A de la norma ISO 27001:2013 y posterior a la implementación de

- los controles se implementan los adicionales que la Organización considere necesarios para el logro de los objetivos de seguridad de la información (y del SGSI) y misionales y estratégicos.
- e. Los Objetivos de Seguridad de la Información deben ser comunicados.
 - f. Verificar la existencia de un Plan de tratamiento de riesgos y seguimiento al mismo. Verificar evidencias de la implementación de controles del Anexo A.
 - g. Hacer el listado de los documentos requeridos por la ISO 27001:2013 y verificar cuáles hacen falta para que sean elaborados.
 - h. No se evidencia que la organización realiza evaluación del desempeño de la seguridad de la información y la eficacia del sistema de gestión de la seguridad de la información.
- De acuerdo al Decreto 612 de 2018 (DAFP) artículo 1 las entidades del Estado deben integrar al Plan de Acción el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información; por lo anterior, en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información se debería fijar los mecanismos de seguimiento en particular los indicadores de gestión de dicho plan los cuales serían forman parte del seguimiento y medición del sistema de gestión de seguridad de la información. Adicionalmente se recomienda incluir en el seguimiento y medición los indicadores asociados a gestión de incidentes y a gestión de copias de respaldo entre otros.


Evaluación y seguimiento

La Oficina de Control Interno materializó este rol mediante los informes de auditoría y los de seguimiento y evaluación, así:

- i. Priorizó, planeó y ejecutó Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en sesión efectuada el 13 de marzo de 2019, con la siguiente distribución:³

PROCESOS OBJETO DE AUDITORIA	NIVEL DE PROCESO				AÑO 2019												LÍDERES DE PROCESOS
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Direccionamiento Estratégico Formulación y seguimiento de proyectos de inversión pública	X						X										Oficina de Calidad Grupo de Comunicaciones Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud Dirección de Promoción y Prevención
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud Gestión del Laboratorio Farmacéutico del FNE de los Medicamentos Monopolio del Estado		X					X										Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC	X												X				Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación
Transversalización de Enfoques Diferenciales	X																Oficina de Promoción Social Se aplaza para la vigencia 2020. Decisión avalada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud		X								X							Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.
Desarrollo del Talento Humano en Salud		X														X	Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.

³[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=\(\(dcispartof.%22Informes%20de%20auditorias%20OCC1%22\)%20AND%20\(dcddate%3E2019/02/01%20AND%20dcddate%3C2019/12/31\)\)](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof.%22Informes%20de%20auditorias%20OCC1%22)%20AND%20(dcddate%3E2019/02/01%20AND%20dcddate%3C2019/12/31)))

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

PROCESOS OBJETO DE AUDITORIA	NIVEL DE PROCESO				AÑO: 2013												LIDERES DE PROCESOS
	Estrategia	Misional	Apoyos	Evaluación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	X														X		Dirección de Promoción y Prevención
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud Actualización del Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en Salud.	X										X						Oficina de Calidad. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Sistema de Información Financiera - SIF			X												X		Subdirección Financiera
Integración de datos de nuevas fuentes al sistema de gestión de datos, Ciclo de vida y reingeniería de sistemas de información, Gestión para la innovación y adopción de las mejores prácticas de TIC. Administración de sistemas de información (Base de Datos Unica de Afiliados - TIC'S - Contabilidad de los Datos).	X	X	X													X	Proceso transversal de los cuatro procesos responsabilidad de TIC'S.
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud -Emisión de concepto técnico de viabilidad y seguimiento a proyectos de inversión orientados al fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud. Gestión de Proyectos de Inversión	X												X				Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Actuación Especial Contratos Precontractual y Contractual OTIC			X			X											OTIC

ii. Se elaboraron 78 informes con carácter legal, distribuidos así:

INFORMES DE LEY	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	PERIODICIDAD
Informe Ejecutivo del SCI			X										Anual
Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno			X				X				X		Cuatrimstral
Seguimiento Peticiones, Quejas, Redamos y Sugerencias		X					X						Semestral
Evaluación por dependencia a la Gestión del MSPS - FNE	X							X					Semestral
Informe Plan Estratégico Sectorial			X						X				Semestral
Informe de Seguimiento mapa de Riesgos de Corrupción y de Atención al Ciudadano	X				X				X				Cuatrimstral
Informe de Evaluación Contable (Dos Unidades)			X					X					Semestral
Informe Control Interno Contable de las dos unidades / Encuesta de Evaluación CGN		X											Anual
Informe Cuenta Fiscal CGR		X											Anual
Informe Plan de Mejoramiento CGR	X						X						Semestral



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

INFORMES DE LEY	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	PERIODICIDAD
Seguimiento, Verificación y Certificación EKOGUI		X							X				Semestral
Seguimientos Subcomités Integrados de Gestión	X						X						Semestral
Informe Cumplimiento Normas Derechos de Autor			X										Anual
Eventos de sensibilización con enfoque hacia la prevención		X	X	X	X			X		X			Semestral
Informe Cámara de Representantes	X			X			X			X			Trimestral
Informe Sinergia		X									X		Semestral
Informe de Austeridad en el Gasto Público	X			X			X			X			Trimestral
Informe Plan de Acción MSPS		X					X						Semestral
Informe de ejecución presupuestal y rezago presupuestal MSPS y FNE	X			X			X			X			Trimestral
Seguimiento Programa de Gestión Documental y Plan de mejoramiento Archivístico											X		Anual
Seguimiento Contratos				X	X		X						Semestral
Seguimiento Inventarios MSPS - FNE					X						X		Semestral
Informe de Gestión Contractual CGR	X			X					X	X	X	X	Mensual
Informe Ley de Transparencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual
Seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional											X		Anual
Seguimiento a Mecanismos de participación Ciudadana									X				Anual
Seguimiento a Lineamientos TIC'S									X	X			Anual

Herramientas del proceso

Indicadores

El proceso Control y Evaluación de la Gestión, cuenta con dos indicadores de eficacia, que presentaron durante 2019 resultados del 100% de cumplimiento.

Riesgos

El proceso actualizó y caracterizó dos riesgos los cuales presentan las siguientes características:

NOMBRE DEL RIESGO	DESCRIPCION	CLASE	CALIFICACION RIESGO INHERENTE	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL
Inexactitud en el contenido de los informes a cargo de la Oficina Control Interno	Informes con análisis, observaciones, conclusiones y/o hallazgos redactados de manera imprecisa o ambigua que podrían generar dudas o toma de decisiones erróneas.	De gestión	ALTA	BAJA
Incumplimiento legal al no presentar informes en las fechas establecidas en el marco normativo interno y/o externo	Informes no presentados o presentados de forma extemporánea a lo establecido en el marco normativo	De gestión	ALTA	BAJA

En cuanto a los riesgos de seguridad de la información, a cierre de 2019, la Oficina de Control Interno se encontraba en la documentación de los mismos, con el apoyo de la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación OTIC.

Plan de mejora

Por proceso de autoevaluación, la Oficina de Control Interno formuló 17 acciones de mejora que corresponden a 11 hallazgos. Las acciones corresponden a seis correctivas, 10 de carácter preventivo y una corrección. Luego de la evaluación con corte a diciembre de 2019, se cerraron siete hallazgos y se dejaron abiertos 4 que corresponden a las siguientes acciones:

ACCIÓN	EVIDENCIAS O SOPORTES EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
Revisar y ajustar la documentación del proceso Control y Evaluación de la Gestión.	A la fecha no ha sido posible la actualización total de los documentos dado que desde hace 8 meses se envió a la Dirección de Jurídica el proyecto del Estatuto de Auditoría para ser revisado y aprobado. Se recibieron ajustes de la citada Dirección los cuales fueron avalados por la OCL. Se está a la espera de la versión final del documento.
Diseñar y aplicar un instrumento que permita evaluar el desempeño del ejercicio auditor y de los auditores a partir de los requerimientos definidos en las normas.	A la fecha se encuentra publicado en proceso Control y Evaluación de la Gestión - en el link de documentos - el Código del Auditor - https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Paginas/CEV.aspx , se encuentra pendiente en la Oficina Jurídica la revisión y aprobación del Estatuto de Auditoría para dar su respectiva aplicación posterior a ello se diseñará metodología para la evaluación del auditor de la OCL.
Realizar reunión con la Oficina de Planeación/Grupo de Desarrollo Organizacional con el fin de unificar criterios frente al seguimiento y proponer ajustes al sistema de monitoreo y documentos adjuntos.	Se solicitará a la Oficina de Planeación/Grupo de Desarrollo Organizacional programar una reunión 2019, con el fin de construir de manera conjunta las herramientas disponibles en el SIGI para la formulación, seguimiento y evaluación de acciones de mejora.
Socializar los ajustes efectuados al Sistema de Administración de Acciones Preventivas y Correctivas y documentos adjuntos (procedimiento y guía) al grupo de facilitadores y líderes funcionales de los Sistemas de Gestión.	Resultado de la reunión concertada y realizada con OAPES la acción No. 215,13, se socializarán los ajustes efectuados al Sistema de Administración de Acciones Preventivas y Correctivas y documentos adjuntos (procedimiento y guía) al grupo de facilitadores y líderes funcionales de los Sistemas de Gestión.
Diseñar y aplicar metodología de seguimiento a la efectividad de las acciones de los planes de mejora y elaborar respectivo informe	Se encuentra programado en el Plan Operativo de la OCL el informe de seguimiento, Control y evaluación al Plan de mejoramiento institucional respecto a la eficacia de las acciones implementadas para subsanar los diferentes hallazgos que allí se evidencien.
Diseñar y aplicar una metodología que permita un seguimiento periódico de los planes de mejora.	El Subcomité de la OCL, determinó que a partir de la fecha en los informes de seguimiento y control y Auditorías Internas de Gestión incluir un acápite de riesgos, indicadores y plan de mejora institucional cuando haya lugar.

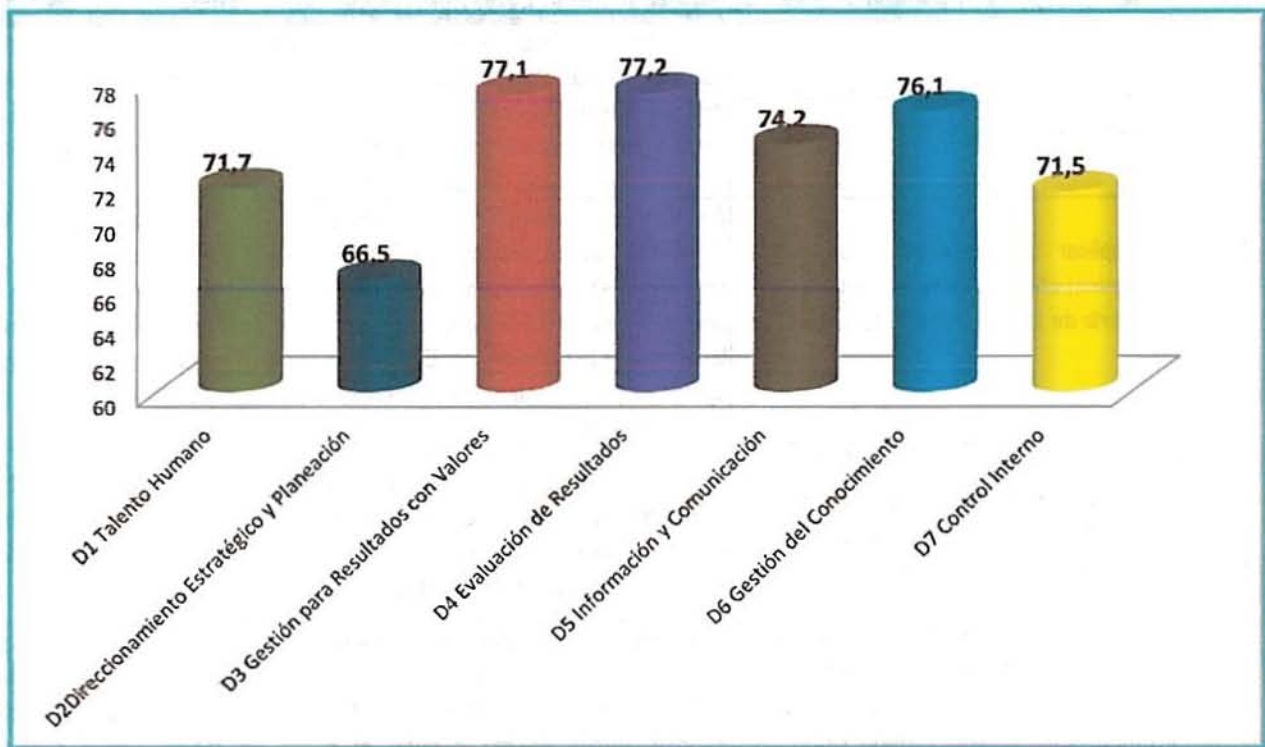


RESULTADOS FURAG

En mayo de 2019, el Departamento Administrativo de la Función Pública, socializó los resultados producto de la aplicación del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, herramienta diseñada por la citada entidad con el fin de medir la gestión y el desempeño, así como el cumplimiento de las políticas en las entidades que están en el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MiPG.

El índice de desempeño fue de 76.2, lo que evidenció una disminución con respecto a la evaluación de la vigencia 2017 que alcanzó 8.61, aunque se debe anotar que la metodología para una y otra vigencia fue diferente.

El comportamiento por Dimensión presentó la siguiente situación:



Las dimensiones que presentaron mayor mengua fueron: D2 Direcccionamiento Estratégico y Planeación, D7 Control Interno y D5 Información y Comunicación, respectivamente.

En tanto que por Política se tuvo el siguiente comportamiento:

POLITICA	CALIFICACIÓN
POLÍTICA 1 Gestión Estratégica del Talento Humano	74,6
POLÍTICA 2 Integridad	64,2
POLÍTICA 3 Planeación Institucional	65,4



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

POLITICA	CALIFICACIÓN
POLÍTICA 4 Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	80,3
POLÍTICA 5 Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	78
POLÍTICA 6 Gobierno Digital	80,4
POLÍTICA 7 Seguridad Digital	71,8
POLÍTICA 8 Defensa Jurídica	61,1
POLÍTICA 9 Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	73,8
POLÍTICA 10 Servicio al ciudadano	72,6
POLÍTICA 11 Racionalización de Trámites	87,9
POLÍTICA 12 Participación Ciudadana en la Gestión Pública	67,6
POLÍTICA 13 Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	77,2
POLÍTICA 14 Gestión Documental	77,6
POLÍTICA 15 Gestión del Conocimiento	76,1
POLÍTICA 16 Control Interno	71,5

DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO

Mide la capacidad de la entidad pública de contar con una serie de elementos clave de la gestión, cuyos controles asociados son evaluados de forma permanente, con niveles de autoridad y responsabilidad definidas a través de las líneas de defensa, orientados a la prevención, control y gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora continua.

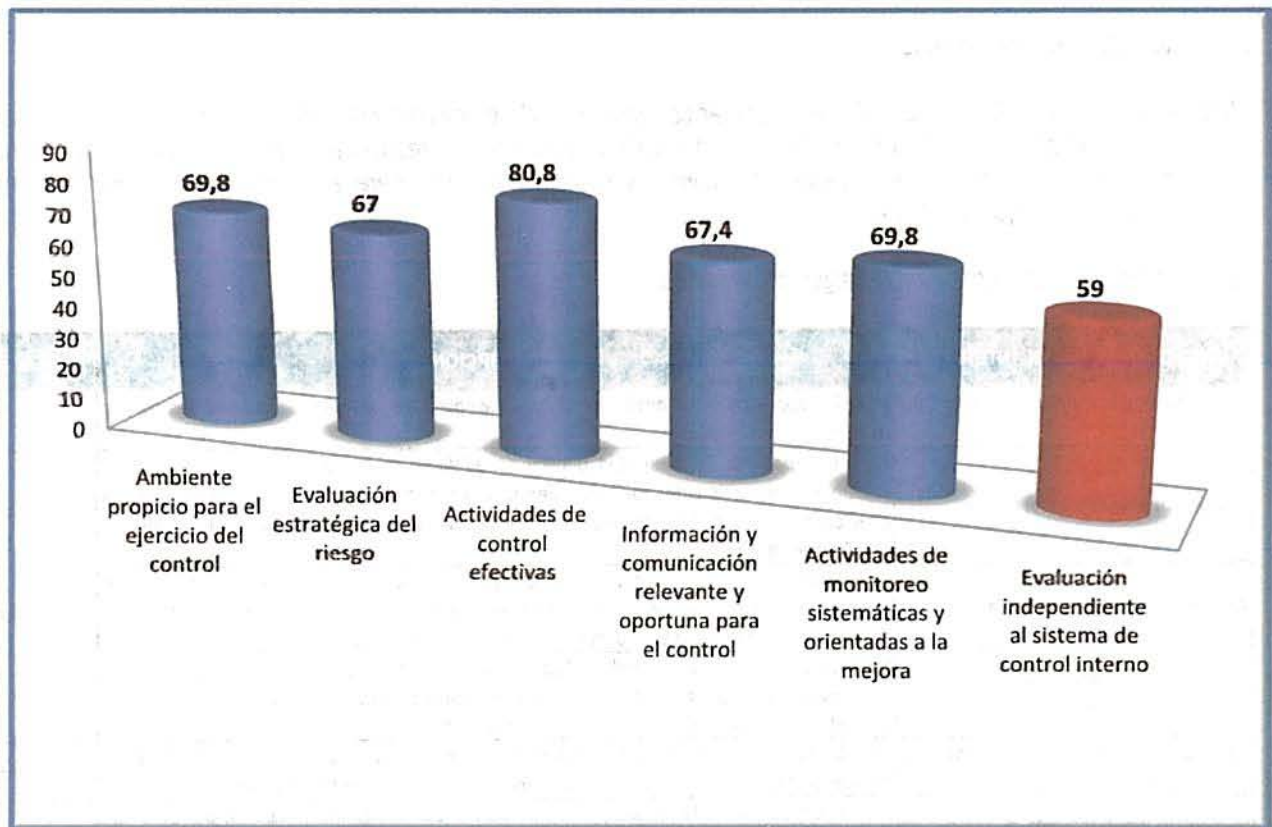
La medición fue desagregada en los siguientes índices:

INDICE DE CONTROL INTERNO	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
Ambiente propicio para el ejercicio del control	Mide la capacidad de la entidad pública de asegurar de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno	69,8
Evaluación estratégica del riesgo	Mide la capacidad de la entidad pública de adelantar un ejercicio bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, para identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales	67
Actividades de control efectivas	Mide la capacidad de la entidad pública de definir y desarrollar actividades de control que contribuyan a mitigar los riesgos hasta niveles aceptables, para la consecución de los objetivos institucionales y el desarrollo adecuado de los procesos	80,8
Información y comunicación relevante y oportuna para el control	Mide la capacidad de la entidad pública de evaluar las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de la entidad, que permitan el adecuado ejercicio del control	67,4
Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	Mide la capacidad de la entidad pública de llevar a cabo una evaluación en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías).	69,8
Evaluación independiente al sistema de control interno	Mide la capacidad de la entidad pública de valorar de manera independiente por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, la efectividad del sistema institucional de control interno	59

INDICE DE CONTROL INTERNO	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
Institucionalidad (esquema líneas de defensa) adecuada para la efectividad del control interno	Mide la capacidad de la entidad pública de disponer de las instancias y responsables (líneas de defensa) adecuados para la implementación del sistema de control interno institucional, de acuerdo con las capacidades organizacionales y con el marco normativo vigente	71,3
Línea Estratégica	Mide la capacidad de la entidad pública de cumplir las responsabilidades asignadas a la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno, en la gestión del riesgo y del control en la entidad	72,3
Primera Línea de Defensa	Mide la capacidad de la entidad pública de cumplir las responsabilidades asignadas a los líderes de proceso y gerentes públicos, en la gestión del riesgo y del control en la entidad	69,2
Segunda Línea de Defensa	Mide la capacidad de la entidad pública de cumplir las responsabilidades asignadas a las oficinas de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos donde aplique, en la gestión del riesgo y del control en la entidad	80,9
Tercera Línea de Defensa	Mide la capacidad de la entidad pública de cumplir las responsabilidades asignadas a las oficinas de control interno o quien haga sus veces, en la gestión del riesgo y del control en la entidad	61,5

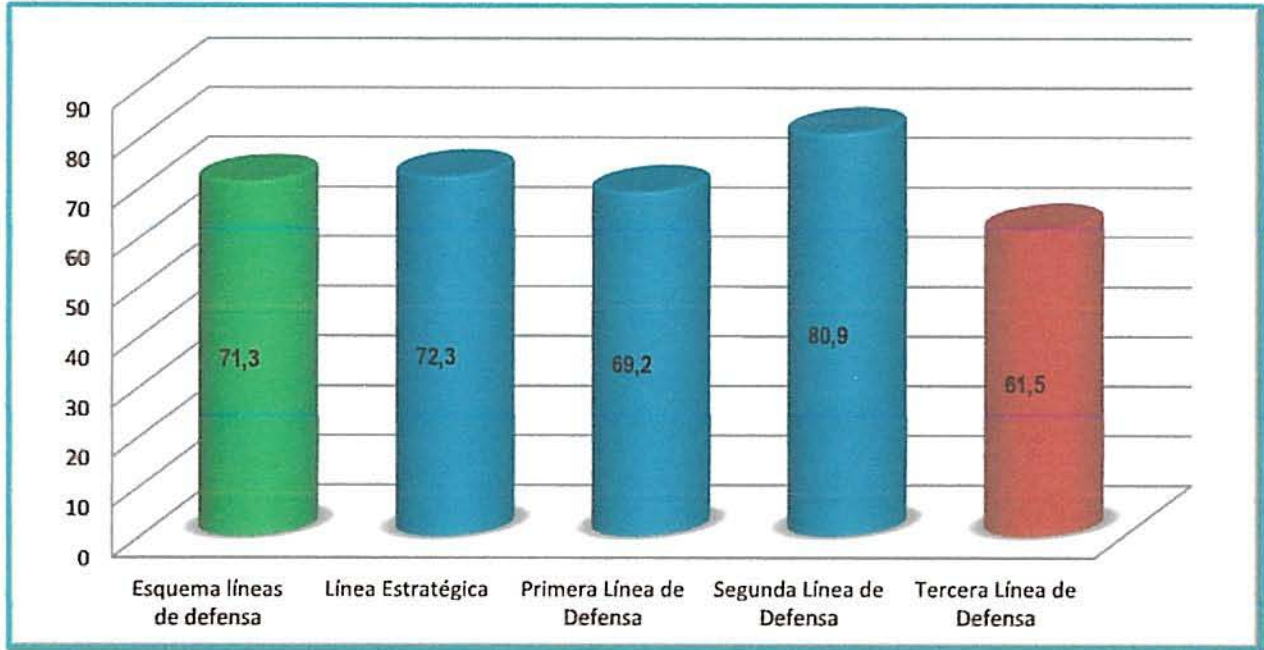
Índices que arrojaron los siguientes resultados:

A nivel de los componentes del MECI se tiene:





A nivel del esquema de las líneas de defensa:



Considerando los resultados de FURAG en cuanto a evaluación independiente y tercera línea de defensa, la Oficina de Control Interno formuló Plan de Mejoramiento. Luego de la evaluación con corte a diciembre de 2019, se cerraron siete hallazgos y se dejaron abiertos 4 con seis acciones que se reprogramarán para terminar durante el primer trimestre de 2020.

Sandra Liliana Silva Cordero
Jefe Oficina de Control Interno

