

San José del Guaviare, 30 de enero de 2018

100-102-158-2018

Doctor  
**CESAR AUGUSTO JARAMILLO MARTINEZ**  
Gerente  
E.S.E Hospital San José del Guaviare

Asunto: Informe de Gestión área Control Interno vigencia 2018.

Cordial Saludo Dr. Jaramillo,

De acuerdo al asunto en mención, de manera atenta me permito remitirle en medio físico y magnético el informe de gestión correspondiente al área de Control Interno de Gestión, de la vigencia 2018.

Atentamente,

**LUCEDY TRUJILLO LAZO**  
Jefe Oficina Asesora Control Interno de Gestión.

*“El Hospital Somos Todos”*



## OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

---

*“El hospital somos todos”*

### INFORME DE GESTION 2018 HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE

**LUCEDY TRUJILLO LAZO**

Jefe de Control Interno de Gestión

## OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

*“El Hospital Somos Todos”*



## PRESENTACIÓN

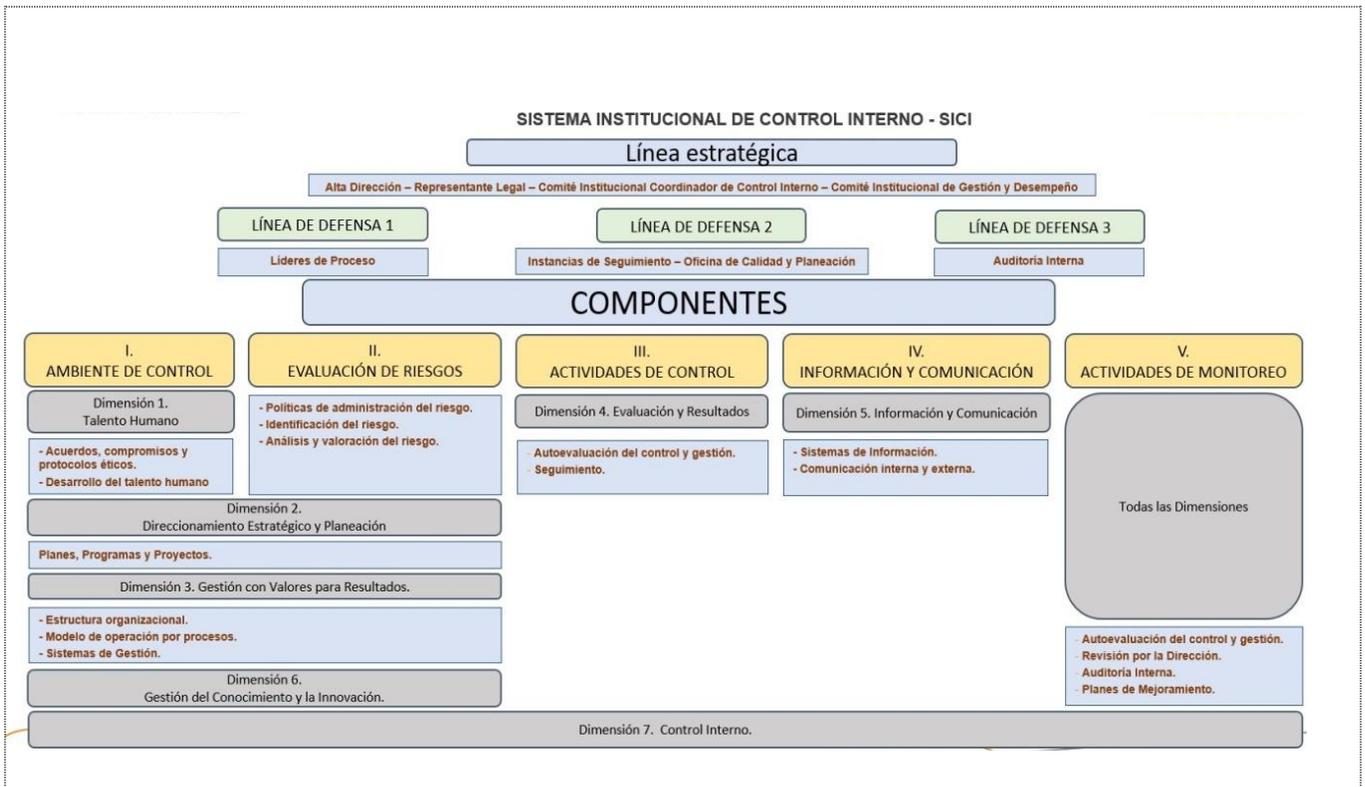
El Sistema Institucional de Control Interno está integrado por “el esquema de conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos, políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad”.

La oficina de control interno, es la encargada de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles. Para ello, asesoran a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Mediante decreto 648 de 2017, enmarca los cinco roles en las funciones de la oficina Asesora de Control Interno: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y, relación con entes externos de control; la nueva estructura del nuevo Modelo Estándar de Control Interno – MECI, en busca nuevas prácticas de control, con la asignación de responsabilidades y roles de los servidores de la entidad; con el fin que todos los avances y dificultades del sistema, se lleven a cabo de acuerdo con las normas, metas y objetivos institucionales trazados.

*“El Hospital Somos Todos”*





El Sistema de Control Interno es un instrumento que busca facilitar que la gestión administrativa de las entidades y organismo del Estado logren el cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos de acuerdo con la normatividad y políticas de Estado. En este orden de ideas a la oficina de Control Interno como elemento Asesor, Evaluador y Dinamizador del Sistema de Control Interno le corresponde desarrollar los siguientes roles:

- Liderazgo estratégico
- Enfoque hacia la Prevención
- Evaluación de la gestión del riesgo
- Evaluación y seguimiento
- Relación con los entes externos de control

De acuerdo a lo anterior se presenta el informe de Gestión del área de Control Interno de Gestión de la vigencia 2018, de acuerdo a los tópicos anteriormente descritos así:

## 1. LIDERAZGO ESTRÁTEGICO

Se dio continuidad al Comité de Coordinación de Control Interno, se reunió el Comité para la vigencia evaluada tres (3) Comités, con la participación de los integrantes donde se



“El Hospital Somos Todos”

realizó: socialización de los roles de control Interno Decreto 648 de 2017, Modelo Integrado de Planeación MIPG con los roles de cada una de las líneas de defensa, se aprobó el Plan anual de auditorías para la vigencia 2018, socialización de la evaluación de los planes de acción, aprobación de las política de Gestión del riesgo.

## 2. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

- Se brindó asesoría a los diferentes jefes o coordinadores de área en Materia de Control Interno, formulación de planes de acción de MIPG, Administración del Riesgo y elaboración del Mapa de Riesgos (Corrupción, gestión y Sistemas de información).
- Participación en Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité de Quejas, Reclamos y Felicitaciones, Comité de Coordinación de Control Interno, comité de Sentencias y Conciliación, Mesa de trabajo de Inventario, reunión con el área financiera donde se establecieron nuevamente las fechas para realizar el cierre presupuestal de manera oportuna, Planeación donde se dieron las recomendaciones para ajustes al Plan de Acción Institucional a para la vigencia 2018 y 2019 y la evaluación realizada por parte del área de Planeación al mismo.
- Reunión con los Jefes de Enfermería del Servicio de Hospitalizados para la socialización y seguimiento en la devolución de medicamentos y dispositivos médicos.
- Asesoría en la formulación de planes de mejoramiento de acuerdo a las auditorías internas que realiza PAMEC y Auditoria concurrente y control Interno de Gestión.

En el proceso de inducción y re inducción que tiene la entidad se brindó charla en tema de Control Interno, cultura de Autocontrol, socialización Decreto 648 de 2017, en conjunto con el área de Control Interno Disciplinario.

## 3. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

- Se brindó asistencia charla y asistencia técnica al área de Planeación, Mercadeo y sistemas de Información en tema de relacionado con mapa de riesgo de gestión y mapa de riesgos de corrupción, con el fin que realizarán modificaciones y ajustes a los mismos teniendo en cuenta la metodología del DAFP.
- La oficina de Control Interno de Gestión se encuentra en proceso de Consolidación y actualización del Mapa de Riesgos Institucional, teniendo en cuenta los ajustes realizados por los Jefes o Coordinadores de áreas a los mapas de gestión y de corrupción de cada proceso o áreas y las evaluaciones de los mismos.



*“El Hospital Somos Todos”*

Se inició el proceso de seguimiento y evaluación a los diferentes riesgos de gestión y de corrupción en el periodo comprendido enero a diciembre en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

## 4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 4.1 Control Interno Contable – Seguimiento.

Entre las actividades realizadas están las siguientes:

Se vienen registrando avances en: Fortalecer el tema de las políticas contables en cuanto a su socialización, publicación, codificación, normalización, seguimiento y verificación de cumplimiento.

Documentar procedimiento para realizar conciliaciones.

Garantizar la contabilización de los hechos económicos en el mismo periodo contable.

### 4.2 Plan de Auditorías Internas.

Mediante Resolución No 1286 de 2017, “Por medio de la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la E.S.E. Hospital San José del Guaviare”, así mismo adopción del código de Ética junto al Marco internacional para la Práctica Profesional.

TIPO DE PROCESO	MACROPROCESO	PROCESO	ENFOQUE	AUDITORIA	EQUIPO AUDITOR	EJECUTADA
APOYO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE RECURSOS FINANCIEROS	SUMINISTROS Y ALMACEN	AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN	Verificar la efectividad en el ingreso y distribución de los elementos que ingresan al Almacén.	Control Interno de Gestión	NO
		GESTION DE TESORERIA	BASADA EN RIESGOS-CORRUPCION	Recepción, confrontación y consignación de efectivo diario de los facturadores. Póliza global de recursos para responsables de cajas menores	Control Interno de Gestión	SI
		PRESUPUESTO	AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN	Verificación de aplicabilidad de la normatividad en el proceso presupuestal.	Control Interno de Gestión	SI



“El Hospital Somos Todos”

		CARTERA	AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN	Verificar la efectividad en los procesos y procedimientos	Control Interno de Gestión	SI
		FACTURACION	BASADA EN RIESGOS-CORRUPCION	LIQUIDACIÓN, VERIFICACIÓN Y RECAUDO DE RECURSOS POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD (FACTURACIÓN)	Control Interno de Gestión	SI
MISIONAL	GESTIÓN Y ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS (FARMACIA)	AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN	Verificación de aplicabilidad de los procesos y procedimientos en la gestión diagnóstico terapéutico.	Control Interno de Gestión	SI
APOYO	GESTIÓN JURIDICA	GESTIÓN JURIDICA Y CONTRATACIÓN	BASADA EN RIESGOS-CORRUPCION	Verificación de aplicabilidad de la normatividad en el proceso contractual.	Control Interno de Gestión	SI
ESTRATÉGICO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	ESTADISTICA	AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN	Verificación en los procesos y procedimientos del área de Estadística	Control Interno de Gestión	NO

Evento	Programadas	Realizadas	Diferencia	Porcentaje cumplimiento
<b>Auditorias</b>	7	5	2	71%
<b>Informes</b>	44	39	5	89%

Las auditorias que no se realizaron serán programadas para la vigencia 2019.

- Tres (3). Informes de austeridad en el gasto de tres trimestres de la vigencia 2018 Vs 2017. (Planta de personal, contratación de prestación de servicios, gastos de personal, impresos y publicaciones, viáticos y gastos de viaje, servicio de energía, servicio de acueducto y alcantarillado, líneas telefónicas fijas y móviles.)
- Evaluación y seguimiento a SIGEP.
- Informes de PQR`S del primer semestre Vigencia 2017 y primer y segundo semestre vigencia 2018.

“El Hospital Somos Todos”



- Cuatro (4). Seguimiento al plan de mejoramiento contraloría IV trimestre 2017 y 3 trimestres Vigencia 2018.
- (6) Seguimientos a cajas menores y cajas de facturación
- (4).seguimiento al SECOP y SIA Observa.
- Tres (3). Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Uno (1). Seguimiento Derechos de Autor.
- Uno (1). Seguimiento a la Rendición de la Cuenta Consolidada Vigencia 2017.
- Tres (3). Informe pormenorizado del sistema de Control Interno.
- Una (1) Evaluación al sistema de control interno.
- Uno (1). Seguimiento a Estrategia Anti tramites.
- Cuatro (4). seguimientos a los planes de mejoramiento internos suscritos vigencia 2018.
- Dos (2). Seguimientos y evaluación al plan de acción institucional I y II semestre vigencia 2018.
- Un (1). Seguimiento Comité de Sentencias y Conciliaciones.

Los informes faltantes se encuentran en proceso de construcción debido a que la información no ha sido enviada por motivos de cierre presupuestal de la vigencia 2018.

Los informes se encuentran publicados en la página web de la institución.

### 4.3 Planes de Mejoramiento Institucionales.

Durante este periodo se realizó acompañamiento a todos los grupos de mejoramiento de servicios asistenciales, área de talento humano; área de sistemas, área de jurídica. A nivel transversal se trabajaron en los grupos las siguientes actividades: se realizó seguimiento a las oportunidades de mejora del plan institucional, se trabajó en la consolidación del informe de la visita complementaria de la Secretaria de Salud en habilitación y acreditación y se realizó el ejercicio de revisión de fuentes de mejora, agrupación por afinidad, priorización, análisis causal y definición de acciones de mejora conforme a lo establecido en el modelo de mejoramiento institucional.



*“El Hospital Somos Todos”*

Para la vigencia evaluada, se tiene un total de 03 Planes de mejoramiento Institucionales, así:

ENTIDAD	NUMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
Contraloría Departamental	35	97%
Supersalud	66	85%
Procuraduría	En proceso de formulación	0%

### 4.3 Plan de Mejoramiento Auditorías Internas.

De acuerdo a las auditorías realizadas por el área de Calidad, Auditoria Concurrente y Control Interno de Gestión, se cuenta con los siguientes planes de mejoramiento:

TIPO DE PROCESO	PROCESO	EQUIPO AUDITOR	NUMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
APOYO	GESTION DE TESORERIA	Control Interno de Gestión	10	100%
MISIONAL	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS( FARMACIA)	Control Interno de Gestión	13	46%
APOYO	GESTIÓN JURIDICA Y CONTRATACIÓN	Control Interno de Gestión	6	14%

## 5. RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS

La Contraloría Departamental del Guaviare, realizó Auditoria Especial para la vigencia 2017, a los procesos de Gestión Administrativa, Gestión Contractual, se suscribió plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos evidenciados por el ente auditor.

La entidad dio cumplimiento en los términos establecidos para el envío de los diferentes informes (Planes de mejoramiento, Cuenta consolidada y Rendición de información de la contratación), solicitados por el ente auditor.

Secretaria de salud Departamental, realiza visita a los servicios Consulta Externa, el cual se realizaran planes de mejora.

*“El Hospital Somos Todos”*



## I. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.

### Modelo Estándar de Control Interno MECI

- Se dio cumplimiento en la realización de informes Pormenorizado de Control Interno de la E.S.E Hospital San José del Guaviare en los periodos comprendidos entre julio a octubre de 2018.
- Fortalecimiento en el seguimiento de los planes de acción del proceso del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

### FORTALEZAS

- Buena disposición por parte de la Alta Gerencia, para el cumplimiento a los requisitos del Sistema de Control Interno.
- Elaboración y publicación de manera oportuna de los informes Pormenorizados del sistema de control interno.
- Adopción y socialización Mapa de procesos y procedimientos.
- Presentación de informes de forma oportuna a los entes externos de Control.

### DEBILIDADES

- Implementación del programa de gestión documental, actualización de las tablas de retención documental desactualizadas, socializar planes de acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Demora en muchas ocasiones por parte de algunas áreas en el suministro oportuno de la información solicitada por el área de Control Interno de Gestión.
- Mapa de Riesgo Institucional desactualizado, riesgos que se encuentren en zona de riesgo alta y extrema.
- Incumplimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento interno, bajo interés por parte de los líderes de áreas.
- Incumplimiento a la Ley 524 de 2000.
- Ausencia de puntos de control de cada proceso.



*“El Hospital Somos Todos”*

- Falta de recursos tecnológicos.
- Falta de políticas de manejo para el Sistema de Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información, Modelo de Seguridad Privacidad de información, Control, Monitoreo y Evaluación del SGSI.

## RECOMENDACIONES

- Dar cumplimiento a las metas establecidas en el plan de gestión – acción, para esta anualidad.
- Implementación del sistema de gestión documental de acuerdo a lo establecido en la ley 524 de 2000.
- Dar cumplimiento a los planes de acción, para desarrollar en esta vigencia, establecidos en el Modelo Integrado de planeación y Gestión MIPG; socializarlos ante los servidores y contratistas de la entidad.
- Actualizar mapa de riesgo institucional y de corrupción, con los riesgos calificados en zona Alta y Extrema, basados en la política de la gestión del riesgo.
- Realizar reinducción de procesos y procedimientos a los Servidores Públicos y contratistas de la Entidad.
- Actualización de la estructura orgánica, componente estratégico de la entidad.
- Implementación de un software que permita realizar la autoevaluación de los mapas de riesgos de gestión y de corrupción al interior de la institución.
- Dar cumplimiento de manera oportuna a la publicación en la página web de la entidad de la información solicitada de acuerdo a lo establecido en la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la Información y la Estrategia Gobierno en Línea.
- Capacitar al personal del área de Control Interno de Gestión en temas de evaluación de la gestión del Riesgo, MIPG, Sarlaf.
- Evaluar a los Servidores Públicos de acuerdo a lo establecido en la resolución No 0168 de febrero de 2017; “Evaluaciones de gestión del desempeño”, y para la vigencia 2019, realizar la implementación del sistema del acuerdo 6176 de 10 octubre de 2018 emitida por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

*“El Hospital Somos Todos”*



- Implementar software para sistema de gestión documental, a fin de realizar la radicación, distribución, seguimiento en las respuestas de cada una de las solicitudes que allegan a la entidad.
- Continuar con los comités de Conciliación y Defensa Judicial de conformidad con lo establecido en el manual del mismo, realizar seguimiento a las citaciones de defensa judicial.
- Entregar de manera oportuna la información solicitada por el área de Control Interno de Gestión.

Atentamente,

**LUCEDY TRUJILLO LAZO**

Jefe Oficina Asesora Control Interno de Gestión.

*“El Hospital Somos Todos”*

