

# **E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE EN INTERVENCIÓN**

## **OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

### **INFORME DE GESTIÓN**

**VIGENCIA 2013**

**FEBRERO 2014**

En la vigencia 2013 la oficina de Control Interno de Gestión de la E.S.E Hospital San José del Guaviare realizó sus actividades teniendo en cuenta lo establecido en la ley 87 de 1993, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes así:

### **1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2012**

El informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2012, fue presentado al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno y la Contraloría Departamental del Guaviare, teniendo en cuenta las directrices impartida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

### **2. INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2012**

Fue presentado a la Contaduría General de la Nación, de acuerdo a los lineamientos establecidos por este ente de control y a la Contraloría Departamental del Guaviare.

### **3. INFORME SOBRE DERECHO DE AUTOR SOFTWARE**

Presentado en el mes de marzo de 2013 a la Dirección Nacional de Derecho de Autor en la página web [www.derechodeautor.gov.co](http://www.derechodeautor.gov.co)

### **4. INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011, la oficina de control interno realizó y publicó en la página web de la entidad los informes pormenorizados de control interno en los siguientes periodos así:

- **Periodo de noviembre de 2012 a febrero de 2013:** publicado el 12 de marzo de 2013.
- **Periodo de Marzo a junio de 2013:** publicado el 12 de julio de 2013.
- **Periodo de julio a octubre de 2013:** el 12 de noviembre de 2013.

## 5. SEGUIMIENTO OPERACIONALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

Se brindó capacitación por parte de la oficina de Control Interno a los diferentes trabajadores de la entidad, sobre control interno, Modelo Estándar de Control, cultura de autocontrol y administración de riesgos, se entregaron folletos y se fijaron en carteleras frases alusivas sobre estos temas.

La entidad cuenta con el código de ética en el cual está contemplado la plataforma estratégica, misión, visión, valores corporativos, objetivos estratégicos, políticas (calidad, responsabilidad social, salud ocupacional, administración del riesgo).entre otros, documento que es entregado a los funcionarios que ingresan nuevos en la institución.

Los procesos y procedimientos fueron actualizados por cada jefe de área bajo la coordinación de la asesora de Calidad, así mismo se actualizó el mapa de proceso institucional.

Se actualizó el Manual de funciones de la entidad pendiente la aprobación y adopción del mismo, se realizó un estudio de carga laboral.

La entidad cuenta con buzones de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones del cliente externo de cliente externo e interno los cuales se encuentran ubicados en las diferentes áreas, se les da apertura cada 10 días y en comité se analizan los diferentes formatos, se direccionan a los responsables del proceso, se da respuesta a los usuarios y en los casos que se ameriten se formulan los planes de mejoramientos a que haya lugar. Para las quejas internas la oficina de Control Interno de Gestión remite las mismas a los jefes de áreas para el trámite correspondiente.

Teniendo en cuenta los informes de auditorías de los entes externos se formulan los planes de mejoramiento y se hace seguimiento al mismo por parte de la oficina de Control Interno de gestión, asesora de calidad y líder del PAMEC. Igualmente se han formulado planes de mejoramiento funcional e individual, el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento individual lo realiza cada jefe de área.

La entidad cuenta con una base de datos de correspondencias que llega a la gerencia y se le hace seguimiento por parte de la oficina de control interno de gestión.

De acuerdo a lo anterior se recomienda fortalecer el área de control interno de gestión con el fin que se pueda hacer seguimiento más detallado y periódico de cada uno de los elementos del MECI, crear un grupo multidisciplinario de auditoría al interior de la institución que permita evaluar de manera integral los procesos que presenta mayor deficiencia en la institución, trabajar de manera articulada el Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno y mayor operatividad del grupo operativo MECI.

## **6. REUNIONES DEL COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO Y GRUPO DIRECTIVO MECI**

El comité de Coordinación de Control Interno y grupo Directivo MECI durante la vigencia 2013 realizó siete (7) reuniones en donde se trataron temas relacionados con el Modelo y el cumplimiento de los objetivos institucionales, la cual esta consignadas en las siguientes actas así:

- Acta N° 001 del 15 de marzo de 2013
- Acta N° 002 del 29 de abril de 2013
- Acta N° 003 del 10 de mayo de 2013
- Acta N° 004 del 29 de mayo de 2013
- Acta N° 005 del 19 de junio de 2013
- Acta N° 006 del 20 de septiembre de 2013
- Acta N° 007 del 20 de diciembre de 2013

## **7. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL**

El Plan Operativo Institucional fue elaborado en coordinación con la Agente Especial Interventora y los jefes de cada área teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Supersalud como: Desarrollo del Talento Humano, Fortalecimiento Institucional, Componente Jurídico, Componente Administrativo entre otros; el seguimiento y evaluación del mismo se realizó de manera mensual con cada uno de los líderes de los diferentes procesos, obteniendo un porcentaje de cumplimiento a 31 de diciembre de 2013 del 75%.

<b>COMPONENTES</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO DICIEMBRE DE 2013</b>
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	58%
DESARROLLO FINANCIERO	73%
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	60%
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD	78%
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	75%
JURÍDICO	80%
ADMINISTRATIVO	94%
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	85%
<b>TOTAL</b>	<b>75,38%</b>

Teniendo en cuenta lo anterior la entidad debe continuar y culminar el proceso de conciliación con las diferentes EPS, fondos de pensiones, ARL y Fondos de Cesantías por Situado Fiscal de las vigencias 1998-2001 y por sistema general de participación vigencias 2002-2012, ejecutar en su totalidad el Plan de Bienestar Social, capacitación e incentivos, agotar todas las instancias que permita culminar el proceso de liquidación definitiva del Contrato Interadministrativo Operación Caprecom, continuar con estrategias de mercadeo que permita aumentar la demanda de la población para la prestación de servicios de salud ofertando nuevos servicios de salud a las EPS-s del Departamento como subespecialidades de dermatología, urología, psiquiatría, oftalmología, radiología y cardiología.

### **8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAVIARE**

Se realizó seguimiento y evaluación a los Planes de Mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental del Guaviare, los cuales fueron remitidos de manera oportuna en la Plataforma SIA del ente en mención.

## **9. EVALUACIÓN A LOS PLANES OPERATIVOS DE LAS ÁREAS**

Se realizó seguimiento y evaluación a los planes operativos de las áreas entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: Tesorería, archivo, facturación, cartera, contabilidad, presupuesto, Laboratorio Clínico, trabajo Social, sistemas, farmacia, terapia física.

## **10. EJECUCIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS**

Se realizó arqueo de caja donde se verificó el dinero encontrado en efectivo y se confrontó con los diferentes soportes y lo reportado por el sistema "Dinámica Gerencial", se realizó al azar auditoría a la contratación donde verificó los documentos soportes de contratación de acuerdo a los requisitos establecidos en el manual de contratación de la institución, se auditaron al azar las áreas contables, administrativas y financiera de la entidad donde se evidenció que aún continua el déficit presupuestal de la entidad siendo los compromisos son mayores que los ingresos, falta la actualización del Manual de Contratación, del Software Dinámica Gerencial y los activos fijos de la entidad; así mismo se deben diseñar estrategias que permitan recuperar la cartera mayor a 120 días y depuración de la misma.

## **11. PARTICIPACIÓN EN COMITÉS**

Durante la vigencia 2013 se participó en comité gerencial, calidad, costos, eventos adversos, sostenibilidad contable, inventarios, quejas, reclamos cliente externo, comité de coordinación de control interno y grupo directivo Meci.

Atentamente,

**YESSICA MURILLO PALACIOS**

Oficina de Control Interno de Gestión



**CONCIENCIA SOCIAL Y GERENCIA TECNICA**

*Código de prestador*

950010000101

Nit - 832001966-2

**CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

---

---

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza

TEL: (98) 5840045 – 5840168 FAX: 5840531 – 5841243

[www.saludguaviare.gov.co](http://www.saludguaviare.gov.co)

[esehsjg@axesat.net](mailto:esehsjg@axesat.net)