



POR UNA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO

Código de prestador

950010000101

Nit - 832001966-2

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

INFORME DE GESTIÓN OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN VIGENCIA 2015

YESSICA MURILLO PALACIOS
Jefe Asesora Oficina Control Interno de Gestión

ANGELA MARIA DAVID TORRES
Profesional Universitaria de Apoyo CI

FEBRERO DE 2016

INTRODUCCIÓN

El Control Interno de acuerdo a lo determinado en la Ley 87 de 1993, se entiende como el Sistema integrado por el esquema organizacional 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 y objetivos previstos en la ley.

Con el presente informe se da las actividades realizadas por el área de control Interno de Gestión durante la vigencia 2015.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL ÁREA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN VIGENCIA 2015

Durante la vigencia 2015, el área de Control Interno de Gestión realizó las siguientes actividades:

ACOMPañAMIENTO Y ASESORIAS

Se realizó acompañamiento de manera permanente a la Alta Gerencia en las diferentes reuniones realizadas de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San José del Guaviare y se brindó asesorías en temas relacionados con las actividades de control interno tanto a la Alta gerencia como a las áreas que la solicitaron.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

- Se rindió informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno (28 de febrero de cada año vigencia 2014), informe presentado al DAFP y a la Contraloría Departamental del Guaviare.



FACTOR	PUNTAJE 2014	NIVEL
ENTENDIMIENTO DE CONTROL	5,00	INTERMEDIARIO
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	5,5	INTERMEDIARIO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	5,57	INTERMEDIARIO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	5,75	INTERMEDIARIO
SEGUIMIENTO	5,14	INTERMEDIARIO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	54,76%	INTERMEDIARIO

Por favor consultar al instructivo para la interpretación de las calificaciones por componente, las cuales explican las acciones de mejora para cada uno de los factores.

CERTIFICADOS	ESTADO
INFORME VIGENCIA 2010	PRESENTE
INFORME VIGENCIA 2011	PRESENTE
INFORME VIGENCIA 2012	PRESENTE
INFORME VIGENCIA 2013	PRESENTE
INFORME VIGENCIA 2014	PRESENTE

- Elaboración del Informe de Control Interno Contable vigencia 2014 e intermedio vigencia 2014, informe que fue presentado de manera oportuna a la Contaduría General de la Nación y la Contraloría Departamental del Guaviare.
- Elaboración del informe de 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.
- Elaboración y publicación del informe Pormenorizado del Sistema de Control Interno de la entidad, de conformidad a lo establecido en la Ley 1474 de 2011.

FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL

En el proceso de inducción y reinducción se brindó capacitación a los funcionarios que ingresaron nuevo a la institución sobre los siguientes temas: generalidades de la oficina de Control Interno, Modelo Estándar de Control Interno "MECI 2014" y cultura de autocontrol.

Se hizo entrega al área de Planeación y Sistema de Información, de la temática correspondiente para la emisión de un boletín informativo de Autocontrol, el cual está dirigido a los trabajadores de la entidad.

COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGOS

El área de Control Interno de gestión brindó asistencia técnica a las diferentes áreas de la entidad, con el fin que cada Jefe de área o coordinador realizará la actualización de los mismos teniendo en cuenta los procesos de cada una de ellas, así mismo se realizó evaluación de los mismos por parte de los responsables de los procesos y por el área de Control Interno de Gestión.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Se realizó seguimiento y evaluación al Plan de Acción institucional la evaluación del mismo es presentado a los integrantes de la Junta Directiva por parte de la Gerencia.

A 31 de diciembre de 2015 el Plan de Acción Institucional obtuvo un avance de cumplimiento del 96%, obteniendo por componentes los siguientes resultados así:

- Dirección y Gerencia 94%
- Financiera y Administrativa 94%
- Gestión Clínica 100%
- Total de cumplimiento 96%**

 DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE NIT. 832001966-2 CODIGO DE PRESTADOR 95 001 0 000101 PLAN DE ACCION Vigencia: Enero-Diciembre de 2015 Control Interno							
HERRAMIENTA PARA EL MONITOREO, AVANCE Y EVALUACION DEL PLAN ACCIÓN INSTITUCIONAL 2015							
Los usuarios y/o responsables de la gestión de cada uno de los componente del PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL 2015 consignarán los avances de los PLANES OPERATIVOS pertinentes a cada componente, orientando la metodología para su evaluación y consecuente cumplimiento de metas institucionales.							
MATRIZ EVALUADORA							
Total Actividades 17		Total Actividades 16		Total Actividades 10		Total Actividad 43	
POA Dirección y Gerencia		POA Financiera y Administrativa		POA Gestión Clínica Asistencial		TOTAL PLAN DE ACCION	
MES	Avance	MES	Avance	MES	Avance	MES	Avance
Febrero	24%	Febrero	31%	Febrero	40%	Febrero	32%
Marzo	41%	Marzo	38%	Marzo	60%	Marzo	46%
Abril	59%	Abril	38%	Abril	50%	Abril	49%
Mayo	53%	Mayo	38%	Mayo	50%	Mayo	47%
Junio	59%	Junio	69%	Junio	50%	Junio	59%
Julio	53%	Julio	56%	Julio	50%	Julio	53%
Agosto	53%	Agosto	38%	Agosto	70%	Agosto	53%
Septiembre	65%	Septiembre	56%	Septiembre	80%	Septiembre	67%
Octubre	71%	Octubre	38%	Octubre	70%	Octubre	59%
Noviembre	65%	Noviembre	50%	Noviembre	80%	Noviembre	65%
Diciembre	94%	Diciembre	94%	Diciembre	100%	Diciembre	96%

Plan de Gestión de la Gerente

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012 y 0743 del 15 de marzo de 2013, se formuló el Plan de Gestión de la Gerente el cual fue aprobado por la Junta Directiva de la entidad. A continuación se presenta la evaluación realizada del mismo a 31 de diciembre de 2015, obteniendo un puntaje de calificación del 4.4 ubicándola en un rango de calificación **satisfactoria**. Está pendiente la evaluación del mismo por parte de los integrantes de la Junta Directiva de la entidad.

	DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE NIT. 832001966-2 CODIGO DE PRESTADOR 95 001 0 000101 PLAN DE ACCION Vigencia: Marzo-Diciembre de 2015	<i>Control Interno</i>																					
HERRAMIENTA PARA EL MONITOREO, AVANCE Y EVALUACION DEL PLAN DE GESTIÓN ANUAL 2015																							
Los usuarios y/o responsables de la gestión de cada uno de los componente del PLAN DE ACCION 2015 consignarán los avances de los PLANES OPERATIVOS pertinentes a cada componente, orientando la metodología para su evaluación y consecuente cumplimiento de metas institucionales.																							
MATRIZ EVALUADORA																							
PLAN DE GESTION Dirección y Gerencia  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #90ee90;">PERIODO</th> <th style="background-color: #90ee90;">PONDERACION FINAL</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MAR-DIC</td> <td style="text-align: center;">1.00</td> </tr> </table>	PERIODO	PONDERACION FINAL	MAR-DIC	1.00	PLAN DE GESTION Financiera y Administrativa  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #90ee90;">PERIODO</th> <th style="background-color: #90ee90;">PONDERACION FINAL</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MAR-DIC</td> <td style="text-align: center;">1.50</td> </tr> </table>	PERIODO	PONDERACION FINAL	MAR-DIC	1.50	PLAN DE GESTION Gestión Clínica Asistencial  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #90ee90;">PERIODO</th> <th style="background-color: #90ee90;">PUNTAJE FINAL</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MAR-DIC</td> <td style="text-align: center;">1.94</td> </tr> </table>	PERIODO	PUNTAJE FINAL	MAR-DIC	1.94	TOTAL PLAN DE GESTION  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #90ee90;">PERIODO</th> <th style="background-color: #90ee90;">PONDERACION FINAL</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MAR-DIC</td> <td style="text-align: center;">4.4</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d8bfd8;">CRITERIO</td> <td style="background-color: #d8bfd8;">SATISFACTORIA</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d8bfd8;">DEL PLAN DE GESTION</td> <td style="background-color: #d8bfd8;">IGUAL O SUPERIOR AL</td> </tr> </table>	PERIODO	PONDERACION FINAL	MAR-DIC	4.4	CRITERIO	SATISFACTORIA	DEL PLAN DE GESTION	IGUAL O SUPERIOR AL
PERIODO	PONDERACION FINAL																						
MAR-DIC	1.00																						
PERIODO	PONDERACION FINAL																						
MAR-DIC	1.50																						
PERIODO	PUNTAJE FINAL																						
MAR-DIC	1.94																						
PERIODO	PONDERACION FINAL																						
MAR-DIC	4.4																						
CRITERIO	SATISFACTORIA																						
DEL PLAN DE GESTION	IGUAL O SUPERIOR AL																						
ANEXO No. 05 - Resol. 710 de 2012 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #90ee90;">RANGO DE CALIFICACION (0,0-5,0)</th> <th style="background-color: #90ee90;">CRITERIO</th> <th style="background-color: #90ee90;">CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION</th> </tr> <tr> <td style="background-color: #d8bfd8;">PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49</td> <td style="background-color: #d8bfd8;">INSATISFACTORIA</td> <td style="background-color: #d8bfd8;">MENOR 70%</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d8bfd8;">PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0</td> <td style="background-color: #d8bfd8;">SATISFACTORIA</td> <td style="background-color: #d8bfd8;">IGUAL O SUPERIOR AL 70%</td> </tr> </table>				RANGO DE CALIFICACION (0,0-5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION	PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR 70%	PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%											
RANGO DE CALIFICACION (0,0-5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION																					
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR 70%																					
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%																					

COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGOS

- El área de Control Interno de gestión brindó asistencia técnica a las diferentes áreas de la entidad, con el fin que cada Jefe de área o coordinador realizará la actualización de los mismos teniendo en cuenta los procesos de cada una de ellas, así mismo se realizó evaluación de los mismos por parte de los responsables de los proceso y por el área de Control Interno de Gestión.

- Se elaboró y se publicó el Plan Anticorrupción del ciudadano.
- Se actualizó la política antitrámites.

Auditorías Internas

El área de Control Interno de gestión cuenta con un Plan de Auditoria interna, el cual fue a probado por los integrantes del Comité de Coordinación de Control Interno y grupo Directivo MECI, durante la vigencia en mención se realizó auditoria en algunas áreas de la entidad, tales: Talento Humano, Tesorería, Jurídica, Contabilidad, Cartera, Sistemas, Control Interno Disciplinario, entre otras.

A continuación se relacionan algunos hallazgos en el proceso Auditor realizado por el área de Control Interno así:

Facturación

- Se evidenció demora en el proceso de entrega de la facturación al área de radicación de cuentas., teniendo en cuenta que la radicación de la facturación debe realizarse de manera diaria de acuerdo al procedimiento definido.
- Se evidenció que el procedimiento de consulta externa Diagnostico se lleva adecuadamente el proceso de facturación, pero tiene demora en la entrega de facturación a la coordinación de facturación debido a que hay exámenes que deben ser analizados atraves del laboratorio contratado por la ESE de segundo nivel.
- Se evidencia que los facturadores y el personal de admisiones no llevan adecuadamente el libro de ingresos y salidas en el área de urgencias.
- Se evidencia desorden en la A_Z de admisiones ya que reposan autorizaciones de servicio de pacientes que ya no se encuentran en el servicio.
- Facturación consulta externa medios diagnósticos, se le dificulta la impresión de los reportes emitidos por Colcan debido a que la página y la red de internet colapsa.

Contratación:

1. En las carpetas de algunos contratos no se encontró archivadas la lista de chequeo.
2. En algunos contratos se evidenció que se omitió en la imputación presupuestal de los estudios previos el número del certificado de disponibilidad presupuestal
3. Algunos documentos de los contratos se encuentran sin fechas y sin firmas.
4. Se evidenció que en los estudios previos para la realización del contrato de suministro de combustible se quedan cortos en la solicitud de la documentación para certificar su cumplimiento. (vales firmados por el supervisor, relación de vales con sus cantidades y valor).
5. Se encontraron algunos contratos que no reposaba archivada en la carpeta la respectiva acta de liquidación.
6. Demora en la respuesta de oficios internos y externos que llegan al área de jurídica.

Tesorería:

- Se observaron pagos en los cuales no se encontró archivado la Seguridad Social.
- Se evidenció que algunos pagos de estampillas se realizó de manera extemporánea.

Talento Humano

- El procedimiento de legalización de viáticos presenta muchos errores los cuales dificultan realizar un trámite adecuado.
- Se presentan errores en el diligenciamiento de los formatos de evaluación de desempeño y no se encuentran en la totalidad las evaluaciones.
- Se evidenciaron algunos pagos de horas extras las cuales superan el 50% de la remuneración mensual de los funcionarios y adicional quedan pendiente horas extras para ser canceladas en la nómina del siguiente mes.
- En la liquidación Los viáticos no se están incluyendo el pago de parafiscales.

- Algunas actividades no se dio cumplimiento a las actividades programadas en el comité de bienestar social y estímulos.
- No se está realizando de manera oportuna y adecuada el proceso de verificación de títulos del personal que ingresa nuevo a la institución.

Contabilidad

1. Algunas cuentas que llegan al área contable les hace falta en las actas de inicio las fechas, al igual que las cuentas de cobro. adicional algunos documentos como las actas de liquidación presentan errores en su diligenciamiento, como fechas, valores liquidados.
2. La cuenta avance 1420 presenta saldos de vigencias 2002,2009, 2012 a las cuales no se les ha intervenido con la celeridad que se requiere para su depuración.

Cartera:

- Se evidenció demora en el proceso de entrega de la facturación al área de radicación de cuentas, teniendo en cuenta que la radicación de la facturación debe realizarse de manera diaria de acuerdo al procedimiento definido.
- Se evidenció en algunos casos de las notas crédito pagos, no se encuentran debidamente firmados por los responsables del proceso.
- Se evidenció en algunos casos las notas crédito de glosa aceptada no se encuentran debidamente firmados por los responsables del proceso.
- Se evidenció demora en el proceso de contestación de glosa de acuerdo a la base que tiene el área de cartera.

SEGUIMIENTO OPERACIONALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.

Se realizó evaluación del Sistema de Control Interno, donde se detectaron las siguientes debilidades, Fortalezas y se formularon recomendaciones, así:

FORTALEZAS

- Compromiso de la Alta gerencia en el fortalecimiento del sistema de Control Interno de la entidad.
- Creación del cargo de Control Interno Gestión en la Planta de personal de la entidad.
- El área de Control Interno de Gestión cuenta con un profesional de apoyo (Contadora) vinculada mediante orden de prestación de servicios.
- Actualización del Software integral "Dinámica Gerencial Hospitalaria".
- Creación de la ventanilla única de correspondencia.
- Actualización de la página web de la entidad.
- Avances en la implementación de la Estrategia Gobierno en Línea.
- Elaboración y publicación de manera oportuna de los informes Pormenorizados del sistema de control interno.

DEBILIDADES

- No existe integralidad entre el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Control Interno.
- Algunos elementos del MECI se encuentran sin actualizar.
- 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.
- No se cuenta con una matriz que permita medir de manera periódica los diferentes riesgos de los procesos.

RECOMENDACIONES

- Actualizar el Código de ética y la evaluación del mismo.
- Aprobar, socializar y aplicar el Manual de Inducción y reintucción.
- Actualización de la estructura orgánica.
- Llevar a cabo por parte de los integrantes de la Junta Directiva el proceso de evaluación del Plan de Gestión de la Gerente vigencia 2015.
- Implementación de un software que permita realizar la autoevaluación de los mapas de riesgos al interior de la institución.
- Entregar de manera oportuna la información solicitada por el área de Control Interno de Gestión.
- Continuar con la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI, de acuerdo con lo establecido en el decreto 943 de 2014.
- Designar a una persona diferente al área de Control Interno para que realice de algunos productos mininos que exige el sistema y que a la fecha aún continúan desactualizado.
- Integrar los diferentes sistemas que existen al interior de la entidad, pero conservando la función de evaluador independiente que tiene la oficina de Control Interno de Gestión, de acuerdo a lo establecido en la Ley 87 de 1993.
- 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 Ley 1712 de 2014 de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y el Decreto 103 del 30 de Junio de 2015.
- Elaborar y aplicar el programa de Gestión Documental al interior de la institución.
- Capacitar al personal del área de Control Interno de Gestión en relación a la actualización de los elementos y productos del MECI.
- Llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas de la vigencia 2015.

- Diseñar un instrumento o adquirir un software que permita realizar seguimiento y evaluación a los diferentes riesgos de la entidad.
- Actualizar antes del 31 de marzo de 2016, el Mapa Anticorrupción de la entidad.
- Actualizar la estructura orgánica de la empresa.
- Definir y socializar los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de la entidad.

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.

PARTICIPACIÓN EN COMITÉS

Durante la vigencia 2015 se participó en reunión de Junta Directiva, comité Gerencial, calidad, costos, 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

Proyectó/Digitó: Yessica Murillo