

San José del Guaviare, 13 de enero de 2020

100-102-002-2020

Doctora
ROSA EMILIANA MELO LOAIZA
Gerente Encargada
E.S.E Hospital San José del Guaviare

Asunto: Informe de Gestión área Control Interno vigencia 2019.

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 2019.

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)
LUCEDY TRUJILLO LAZO
Jefe Oficina Asesora Control Interno de Gestión.

"El hospital somos todos"

E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

**INFORME DE GESTION
OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
2019**

LUCEDY TRUJILLO LAZO
Jefe Asesora Oficina Control Interno de Gestión

DICIEMBRE DE 2019

"El hospital somos todos"

INFORME DE GESTION CONTROL INTENO DE GESTIÓN

1. INFORME EJECUTIVO DE LA GESTIÓN

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 de Gestión, como elemento Asesor, Evaluador y Dinamizador del Sistema de Control Interno, le corresponde desarrollar los siguientes roles, de acuerdo al decreto 648 de 2017.

- 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 informe de Gestión del área de Control Interno de Gestión, en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de Diciembre de 2019, de acuerdo a los tópicos anteriormente descritos; de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011.

LIDERAZGO ESTRÁTEGICO

Durante la vigencia se realizaron Cuatro (4) Comités de Coordinación de Control Interno, con sus respectivas actas las cuales reposan en la oficina Asesora de Control Interno, liderados por el Jefe de Control Interno de Gestión, donde se aprobaron el Plan Anual de Auditorias, se socializó informes finales de las auditorias y los informes de seguimiento que por ley realiza la oficina de Control Interno para su mejoramiento continuo, y aprobación de la política de Gestión del Riesgo, política de control Interno de conformidad a lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

La oficina de Control Interno, participó en los diferentes Comités Institucionales de Gestión y Desempeño, P.Q.R. S. Mesas técnicas desarrolladas en la institución.

ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

La oficina Asesora de Control Interno de Gestión, en su rol de enfoque hacia la prevención se mantuvo activa.

- Se brindó asesoría a los diferentes jefes o coordinadores de área en Materia de Control Interno de Gestión.
- Acompañamiento a los diferentes Comités como invitado.
- Consolidación de información de informes que la entidad debe presentar a los Entes de Control.
- En el proceso de inducción y reinducción que tiene la entidad se brindó charlas en tema de Control Interno y fomento de la cultura de Autocontrol en los grupos de valor.

"El hospital somos todos"

- Evaluación y seguimiento a los controles establecidos en los riesgos de corrupción y de gestión, identificados en el mapa de calor.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

En la ESE Hospital San José del Guaviare, se aprobaron 22 auditorías por el Comité de Coordinación de Control Interno, para la vigencia 2019, se realizaron 13 Auditorías Internas Integrales con el área de Calidad a los diferentes Procesos, de acuerdo a la metodología adoptada por la entidad propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, basadas conforme a lo establecido en el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito de la autoridad y la responsabilidad de la auditoría, el código de ética de la auditoría interna, y formatos para aplicabilidad durante el desarrollo de las mismas, quedando pendiente por desarrollar 9 auditorías para la vigencia 2020, esto debido a que el equipo auditor es poco y el tiempo apremia.

Auditorías internas Integrales realizadas a procesos, programas y riesgos.

TIPO DE PROCESO	MACROPROCESO	PROCESO	OBJETIVO	ALCANCE	EQUIPO AUDITOR	EJECUTADA
APOYO	GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	FACTURACIÓN	Verificar la liquidación y recaudo de los recursos por venta de servicios de salud	Seguimiento a la trazabilidad de las facturas, pagares y cuentas por Cobrar.	Control Interno de Gestión y Calidad	SI
		ALMACEN Y SUMINISTROS	Verificar la efectividad en el ingreso y distribución de los elementos que ingresan al Almacén y la distribución del mismo. Verificar inventarios por servicios y áreas.	Evaluar el procedimiento de ingreso de suministros a la entidad y la distribución del mismo.	Control Interno de Gestión y Calidad	SI
		ESTADISTICA	Verificar el proceso de recopilación, clasificación de la información de producción de las diferentes áreas, para la elaboración de los informes estadísticos y generación de RIPS	Inspeccionar la aplicación de normatividad, cumplimiento en el envío de la información a gerencia y demás áreas que la requieran.	Control Interno de Gestión y Calidad	SI

"El hospital somos todos"



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

EL HOSPITAL SOMOS TODOS

Código de prestador

95 001 0000101

Nit - 832001966-2

Control Interno de Gestión

		ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA	Verificar el cumplimiento de la prestación del servicio de alimentación hospitalaria.	Evaluar las actividades pactadas para el suministro de alimentación a los pacientes a nivel nutricional y salubridad	Control Interno de Gestión y Calidad	Se realizó seguimiento
		MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	Verificar el debido cumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario en todas sus especialidades, y el cumplimiento al plan financiero.	Evaluar Mantenimiento preventivo y correctivo Biomédico, industrial, infraestructura, tecnología, mueblería de uso hospitalario.	Control Interno de Gestión y Calidad	SI
		GESTION AMBIENTAL	Verificar el cumplimiento del programa de gestión ambiental	Evaluar las actividades programadas de acuerdo a la política establecida.	Control Interno de Gestión - Calidad	SI
	GESTIÓN JURIDICA	JURIDICA Y CONTRATACIÓN	Verificación de aplicabilidad de la normatividad en el proceso contractual.	Revisar la aplicación de los procesos precontractual, contractual y postcontractual.	Control Interno de Gestión	SI
MISIONAL	GESTIÓN CLINICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	URGENCIAS	Realizar verificación al cumplimiento de la capacidad tecnológica y científica en cumplimiento al decreto 1011 de 2006 y resolución 2003 de 2014, 4445 de 1996, 5381 de 2013.	La auditoría contempla la revisión de cada uno de los criterios de los estándares del sistema único de habilitación SUH.	Calidad y Control Interno Gestión	SI
		TRANSPORTE ASISTENCIAL	Realizar verificación en la aplicación de procedimientos y/o intervenciones a las personas que requieran una atención oportuna, con el ánimo de mejorar el estado de salud.	Inspección de la admisión del paciente y egreso del mismo.	Calidad	SI
		CIRUGIA			Calidad	SI
		ESTERILIZACIÓN			Calidad	SI
		IMAGENOLOGIA			Calidad	SI
		SERVICIO FARMACEUTICO			Calidad y Control Interno Gestión	SI
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA			Calidad y Control Interno Gestión	SI

"El hospital somos todos"

PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

Teniendo en cuenta el procedimiento de seguimiento para asegurar cumplimiento de las acciones de mejora y su eficacia, se establecieron planes de mejora, suscrito con cada uno de los líderes de los servicios auditados, a fin de establecer subsanar los hallazgos evidenciados, por Control Interno de Gestión.

Plan de mejoramiento por procesos.

AREAS	TOTAL DE HALLAZGOS	HALLAZGOS SUBSANADOS	HALLAZGOS PENDIENTES POR SUBSANAR	% CUMPLIMIENTO
Servicio de Urgencias	164	74	91	45%
Servicio de Cirugía	108	47	61	41%
Servicio de Esterilización	67	20	40	30%
Área de Facturación	24	10	14	42%
Área de Estadística	22	7	15	32%
Área de Suministros y Almacén	8	0	8	0%
Área de Mantenimiento Hospitalario	23	4	19	17%
Servicio Farmacéutico	14	0	0	0%
Programa de Gestión Ambiental	6	0	6	0%
Área de Referencia y Contrareferencia - Traslado asistencial	148	53	96	36%
Servicio de Imagenología	28	11	17	39%
Jurídica	8	0	8	En proceso de suscripción de P.M

PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONALES.

Durante el cuatrienio, se realizaron auditorias regulares y especiales por parte de la Contraloría Departamental del Guaviare, Supersalud, Procuraduría, en cada una de las vigencias los cuales se suscribieron planes de mejoramiento institucionales donde el seguimiento y avance fueron enviados a cada uno de los Entes evaluadores.

ENTIDAD	NO DE HALLAZGOS	VIGENCIA	ESTADO CUMPLIMIENTO
Procuraduría Regional del Guaviare	27	2018 - 2019	0%
Contraloría Departamental del Guaviare	45	2019	79%
Supersalud	66	2018- 2019	87%

"El hospital somos todos"

Durante la vigencia el área de Control Interno realizó las siguientes actividades de acuerdo al cronograma establecido, algunos informes se encuentran en ejecución dado que el plazo para su realización es en enero de 2020.

ITEM	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	CUMPLIMIENTO VIGENCIA 2019
1	Evaluación plan de acción institucional vigencia	1	1	100%
2	Evaluación POA áreas	2	2	100%
3	Cumplimiento Plan Anual de Auditorias	22	12	100%
4	Informe de quejas usuarios externo semestrales	2	2	100%
5	Informe ejecutivo anual del sistema de control interno	1	1	100%
6	Arqueo de cajas	4	4	100%
7	Informe pormenorizado de control interno	3	3	100%
8	Evaluación del sistema de control interno contable	1	1	100%
9	Informe derecho de autor	1	1	100%
10	Informe de austeridad en el gasto	3	3	100%
11	Evaluación y seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría departamental	4	4	100%
12	Seguimiento comité de Sentencias y conciliaciones	1	1	100%
13	seguimiento a plan anticorrupción y atención al ciudadano	3	3	100%

EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI

Como herramienta para la medición del Sistema de Control Interno, anualmente las Entidades públicas, mediante aplicativo de FURAG, establecido por el Departamento de Función Pública, se emite evaluación del sistema de control interno; los resultados para la anualidad 2019, fue el siguiente:

Resultados FURAG - Vigencia 2018

"El hospital somos todos"



Durante el mes de diciembre de 2019, se realizó evaluación al sistema de Control Interno, mediante aplicativo, FURAG II, pendiente los resultados de la evaluación.

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

La entidad adoptó metodología de gestión del riesgo Versión 2, bajo los criterios del Departamento de la Función Pública, se actualizaron durante cada vigencia los riesgos de corrupción y por procesos, las evaluaciones se realizaron de manera trimestral publicadas en la página web.

TIPOS DE RIESGOS	VIGENCIA 2019
Riesgos por procesos	44
Riesgos por corrupción	14

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 2019.
- 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.
- La entidad aplica el modelo de Control interno de una manera estructurada. Cuenta con sistemas de información y canales de comunicación en operación, ajusta sus procesos con base en la información recolectada interna.
- Posee una política de gestión de riesgos, gestión ambiental,

"El hospital somos todos"

- Realización de auditorías integrales a los procesos y procedimientos que cuenta la entidad, de acuerdo a los riesgos extremos ubicados en el mapa de riesgos identificados por cada una de las áreas de la entidad
- 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 en procesos misionales, apoyo, estratégicos y de evaluación.
- Falta de recursos tecnológicos en procesos asistenciales y administrativos, a fin de garantizar la seguridad informativa y administración de la misma.
- 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 a los grupos de valor de la entidad.

"El hospital somos todos"

- Actualizar mapa de riesgos institucional y de corrupción, establecer los controles a 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 2020, realizar la implementación del sistema del acuerdo 6176 de 10 octubre de 2018, emitida por la Comisión Nacional del Servicio Civil.
- Dar uso al software ALMERA, gestión documental para 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 y reglamento 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,

(ORIGINAL FIRMADO)

LUCEDY TRUJILLO LAZO

Jefe Oficina Asesora Control Interno de Gestión.

"El hospital somos todos"