***“El Hospital A Su Servicio”***

controlinterno@esehospitalguaviare.gov.co

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

INFORME DE GESTIÓN 2023
CONTROL INTERNO

**PRESENTACIÓN**

La Oficina de Control Interno se concibe como uno de los elementos que componen el Sistema de Control Interno (SCI) de la ESE Hospital San José del Guaviare, que tiene dentro de sus funciones y roles los de asesorar, evaluar, integrar y dinamizar la práctica del control con miras a mejorar la cultura organizacional y la productividad en la Entidad.

En este sentido, se convierte en un “control de controles” ya que su principal tarea consiste precisamente en verificar la efectividad del SCI para contribuir con la adecuada gestión institucional y el logro de los fines y resultados programados en el marco de la misionalidad y las funciones de la ESE Hospital San José del Guaviare.

Es preciso señalar, que la oficina de Control Interno de Gestión, enmarca su gestión en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, adoptado mediante el Decreto 1499 del 11 de septiembre del 2017, el cual está compuesto por siete (7) dimensiones y diecinueve (19) políticas de gestión y desempeño institucional. Particularmente, la efectividad del sistema de control interno se materializa en la dimensión siete (7) denominada Control Interno, la cual están articulada con cinco componentes: ambiente de control, gestión de riesgos, actividades de control, información y comunicación y monitoreo.

El presente informe tiene como propósito de informar los principales logros de la Oficina de Control Interno de Gestión de la ESE Hospital San José del Guaviare, para el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre 2023.

**SISTEMA DE CONTROL INTERNO**



 Fuente: Política de Control Interno

La Entidad cuenta con un sistema de Control Interno adoptado mediante Resolución No 1285 de 2017, y su respectiva política bajo Resolución No 1463 de 2019, como instancias que conforman el esquema de controles de la organización, la gestión del riesgo, la administración de la información, recursos, conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación; sistema que es evaluado semestralmente; para la vigencia 2023, el sistema de Control interno obtuvo un puntaje en el primer semestre de 85% y en el segundo semestre de 75%, la disminución obedece a que los componentes están operando de manera integral, su implementación adoptó nuevas políticas, actividades y acciones de mejora que fortalecieron el modelo, a continuacion se presentan los resultados de cada uno de los componentes del Modelo, en el formato y criterios de acuerdo a lo establecido por el Departamento Administrativo del a Función Pública,

El Componente de Ambiente de Control obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 73%, Evaluación de Riesgos con 82%, se observa un mejor nivel de implementación del Sistema de Control Interno en lo relacionado actividades de Control con 88%. los componentes de la Información y la Comunicación 54% y Monitoreo con 79%; de acuerdo a este resultado, se requiere continuar con el cumplimiento de acciones de mejora en todos los componentes a fin de que el Sistema de Control Interno de Gestiòn de la ESE Hospital San José del Guaviare, funcione acorde con lo que la norma contempla.

**Componente de Ambiente de Control.**

El componente de Ambiente de Control obtuvo un avance final del componente del 12% menos, con respecto al primer semestre de la vigencia evaluada, este resultado obedece a que los resultados,

La entidad ha adoptados políticas para el buen funcionamiento del Sistema de Control Interno, de manera armonizada e integral para minimizar la materialización de los riesgos contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales.

 Se dio cumplimiento a las estrategias establecidas en las políticas de Gestiòn del riesgo, Gobierno Digital, emergencias, Gestiòn de la seguridad de la información, evaluación desempeño laboral, Control Interno, Humanización y Atenciòn al Ciudadano, Gestiòn del Talento Humano, Gestiòn Documental, Transparencia y Acceso a la Informaciòn Pùblica, Integridad, Sistema Integrado de Gestiòn de la Calidad, Austeridad y Racionalización de Costos, Gastos y Eficiencia Administrativa, Seguridad del Paciente.

Se desarrollaron actividades (Caminatas ecológicas), donde se desarrollaron actividades lúdicas enfocados en los valores (Honestidad, Respeto, Puntualidad, confidencialidad, Justicia, Responsabilidad) adoptados en el Código de integridad, el cual fue participativo por los Servidores Públicos y Contratistas de la Entidad.

Se adoptaron las políticas de Gestiòn de Conocimiento y la innovación, Comunicaciones, Planeación Institucional.

 El comité Institucional de Gestión y Desempeño y Comité Institucional de Control Interno son operativos y articulados.

Se dio cumplimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y la matriz de riesgos de corrupción actualizados a la vigencia 2023, y sistematizados en el Software Almera.

De acuerdo al Plan de capacitación se instruyó al personal de planta y contratistas.

Se dio cumplimiento al Plan Anual de Auditoria interna aprobada por el Comité de Coordinación de Control Interno.

**Componente de Evaluación de Riesgos.**

Se cuenta con política y Manual de Gestión de Riesgos actualizada para la ESE Hospital San José del Guaviare.

Se dio cumplimiento a las estrategias de la política de Gestiòn del Riesgo.

Sistematización de mapa de riesgos y tratamiento de controles, con sus respectivas evidencias en el software Almera, supervisado y administrado por el área de Planeación.

El área de Planeación, realiza acompañamiento y asesoramiento personalizado a las áreas para la identificación y tratamiento de los riesgos de corrupción y de gestión.

Seguimiento a la ejecución de actividades de control establecidas para mitigar la materialización de riesgos de corrupción.

Se realizó evaluación y seguimiento a las acciones de control definidas en el Mapa de Riesgos de gestión, Seguridad del paciente y de Corrupción.

Socialización de evaluación de Riesgos al comité de Coordinación de Control Interno y Gestiòn de Desempeño.

La evaluación de los riesgos obtuvo un incremento del 7%, debido a que se establecieron los controles de acuerdo a lo establecido en el manual de riesgos y mejoraron el seguimiento y cumplimiento de los controles.

**Componente de Actividades de Control.**

Se realiza seguimiento al mantenimiento del estado del Sistema de Gestión de la Calidad.

Desarrollo de auditorías y seguimientos a procesos, actividades, planes y programas, por parte de la Oficina de Control Interno y Calidad.

Procesos, procedimientos y objetivos estratégicos con asignación de responsables y segregación de funciones.

Actualización de manual de Funciones y Competencias Laborales de acuerdo al Rediseño Institucional.

Se cuenta con sistema de información parametrizado y controlado por parte de área de Sistemas.

La entidad tiene establecido las líneas de defensa de acuerdo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

La entidad realiza seguimiento a las estrategias establecidos en las políticas adoptadas por la Entidad.

Las actividades de control conservaron el mismo porcentaje de cumplimiento 88%.

**Componente de Información y Comunicación**

Cumplimiento de las Leyes 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción y de Atención al ciudadano) y 1712 de 2014 (Ley de transparencia y acceso a la información pública).

Diligenciamiento de las encuestas de satisfacción del Usuario, de manera digital.

Sistematización de procesos y procedimientos, gestión del riesgo, auditorias y planes de mejoramiento.

Capacitación al personal de la Entidad, por parte del Web Master para uso de medios tecnológicos.

Realización de Comités de P.Q.R.S. y apertura de buzones.

Autorización de servicios, durante la asignación de citas y procedimientos.

Sistemas de información implementados Almera y Dinámica Gerencial.

El componente de información y comunicación con un cumplimiento de 54%.

**Componente de Monitoreo**

Realización de auditorías y seguimientos a procesos y/o actividades, por la Oficina de Control Interno y Calidad, socializadas a la Alta Dirección y líderes de procesos auditados, a fin de suscripción de acciones en planes de mejoramiento.

Seguimiento y evaluación por parte de Alianza de Usuarios, Sistema de Calidad, Servicio de Atención al Usuario y la Oficina de Control Interno, a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias, mediante aplicación de encuesta de satisfacción del servicio de Atención al Usuario.

Informes de seguimiento a los planes de mejoramiento producto de auditorías internas y externas, realizados por la Oficina de Control Interno y Entes de Control.

Apoyo al área de Control Interno en la asignación de personal y atención a las recomendaciones que se generan por parte del Àrea de la misma.

El componente de Monitoreo continua con el mismo avance del 79%.

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:

* 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 desarrollo de la gestión del área de Control Interno, basado en los cinco (5) tópicos, como se describen a continuación.

1. **LIDERAZGO ESTRÁTEGICO**

Se dio continuidad al Comité Institucional de Control Interno, se realizó tres (3) Comités, con la participación de los integrantes donde se realizó: Aprobación del Plan Anual de Auditorías, socialización de los avances de los planes de mejoramiento interno basados en los hallazgos de las auditorías internas y externas, socialización de las acciones del plan de acción de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación MIPG, seguimiento al cumplimiento de los indicadores según Resolución 408 de 2018, Socialización de evaluación de diferentes informes que rinde la oficina de Control Interno de conformidad a los roles de cada una de las líneas de defensa, socialización del evaluación FURAG vigencia 2022.

1. **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), procesos y procedimientos de las diferentes áreas de la entidad.
* 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, reunión con la mesa 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 2023 y evaluación del mismo.
* Asesoría en la formulación de planes de mejoramiento de acuerdo a las auditorías internas y auditorías que se realiza en PAMEC y Auditoria gestión documental, Gestión ambiental.

En el proceso de inducción al personal de planta y contratista que ingresaron a la entidad, se brindó charla en tema de Control Interno, cultura de Autocontrol (Tips y recomendaciones).

1. **EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO**
* Se brindó asistencia técnica al área de Planeación, en tema de relacionado con la identificación de riesgos de gestión y corrupción, con el fin que se establezcan los controles a fin de mitigar los mismos; modificaciones y ajustes a los mismos teniendo en cuenta la metodología establecida por el del DAFP.
* La oficina de Control Interno de Gestión, realizó evaluación semestral del mapa de riesgos Institucional con 34 riesgos identificados, el mapa de riesgos de corrupción de forma cuatrimestral donde se identificaron 14 riesgos, todos basados en los criterios establecidos en manual de gestión del riesgo adoptado por la entidad.
1. **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

# 4.1 Control Interno Contable – Seguimiento.

Durante la vigencia 2023, la Oficina de Control Interno de Gestión, realizó seguimiento a Control interno Contable, el Resultado de la aplicación del cuestionario dispuesto por la Contaduría General de la Nación Resolución 136 de 2016, la E.S.E Hospital San José del Guaviare obtuvo calificación: - 4.88 IGUAL A EFICIENTE, para la vigencia 2022.

De igual forma se realizaron seguimiento a la publicación de los estados financieros de acuerdo a lo establecido en la resolución 3465 de 2015.

# Plan de Auditorías Internas.

Mediante Resolución No 1286 de 2017, se adoptó 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 la adopción del código de Ética junto al Marco internacional para la Práctica Profesional, a fin de dar cumplimiento a lo enmarcado en auditorías internas al sistema de Control Interno.

Mediante acta No 01 de fecha 04 de enero de 2023, del Comité de Coordinación de Control Interno, se aprobó por unanimidad el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2023, el cual de ejecutó de manera integral con el área de Calidad, inicialmente se aprobó el siguiente plan:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MACROPROCESO** | **PROCESO**  | **NORMATIVIDAD** | **ALCANCE** | **EQUIPO AUDITOR** |
|
| GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | GESTIÓN AMBIENTAL | Verificar el cumplimiento del programa de Gestión Ambiental.. | Evaluar las actividades programadas de acuerdo a la política establecida. . | Control Interno de Gestión |
| GESTIÓN TALENTO HUMANO | Verificar el cumplimiento del proceso de Gestión Talento Humano. | Verificar el cumplimiento de las horas Extras liquidadas, durante el primer semestre de la vigencia 2023. | Control Interno de Gestión |
| GESTIÓN JURIDICA |  JURIDICA Y CONTRATACIÓN | Verificación de aplicabilidad de la normatividad en el proceso contractual. | Revisar la aplicación de los procesos precontractual, contractual y poscontratual. Contratos de Suministro de Ferretería y Combustible de la vigencia 2022 | Control Interno de Gestión |
| GESTIÓN CLINICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | SERVICIO FISIOTERAPIA RESPIRATORIA  | Realizar verificación al cumplimiento de habilitación de acuerdo a la normatividad vigente aplicable. | La auditoría contempla la revisión de cada uno de los criterios de los estándares del sistema único de habilitación – SUH.  |  Calidad |
| CIRUGIA | Realizar verificación al cumplimiento de habilitación de acuerdo a la normatividad vigente aplicable. | La auditoría contempla la revisión de cada uno de los criterios de los estándares del sistema único de habilitación – SUH. | Calidad |
| LABORATORIO CLINICO  |

Fuente área Control Interno de Gestión.

Las auditorias se realizaron en un 100%,

En la vigencia 2023, se realizaron los siguientes auditorias.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Evento** | **Programadas**  | **Realizadas** | **Porcentaje cumplimiento**  |
| **Auditorias**  | 3 | 3 | 100% |
| **Informes** | 32 | 32 | 100% |

* Tres (3). Informes de austeridad en el gasto de tres trimestres de la vigencia 2023 Vs 2022. (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.)
* Uno (1) Evaluación y seguimiento a SIGEP.
* Dos (2) Informes de PQR`S del primer semestre Vigencia 2023 y segundo semestre vigencia 2022.
* Cuatro (4). Seguimientos al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría IV trimestre 2022 y 3 trimestres Vigencia 2023.
* Cinco (5) Seguimientos entre a cajas menores (Subgerencia Administrativa y Financiera y Almacén) y cajas del área de Facturación
* Dos (2) Seguimientos 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 2022.
* Dos (2). Informes pormenorizados del sistema de Control Interno.
* Uno (1) Informe de Gestión de Control Interno.
* Cuatro (4). seguimientos a los planes de mejoramiento internos suscritas en la vigencia 2023.
* Cuatro (4). Seguimientos y evaluación al plan de acción institucional vigencia 2023.
* Uno (1). Seguimiento Comité de Sentencias y Conciliaciones.
* Se realizó seguimiento Cuadro de turno área asistencial.

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 2023.

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 jurídica. A nivel transversal se trabajaron en los grupos las siguientes actividades

Para la vigencia 2023, se suscribió plan de mejoramiento con la Contraloría Departamental del Guaviare, resultado de la auditora Regular de la Vigencia 2022, se suscribió plan de mejoramiento con la Secretaria de Salud Departamental, sobre la priorización de actividades a mejorar, de los indicadores de salud y Financiero CAMEL. A continuación, se relaciona el avance a 31 de diciembre de 2023.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTIDAD** | **NUMERO DE ACTIVIDADES** | **PORCENTAJE CUMPLIMIENTO** |
| Contraloría Departamental | 1 | 50% |
| Secretaria de Salud Departamental  | 12 | 46% |

# Plan de Mejoramiento Auditorías Internas.

En la vigencia 2023, se realizaron 3 auditorías internas y se suscribieron 03 planes de mejoramiento, sin embargo, durante la vigencia evaluada el cumplimiento fue parcial un 100% por sus múltiples acciones de mejora a fin de subsanar, de igual forma durante la anualidad evaluada desarrollaron auditorías por el área de Calidad, Auditoria Concurrente y Control Interno de Gestión.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **NUMERO DE ACTIVIDADES** | **PORCENTAJE CUMPLIMIENTO** |
| JURIDICA | 4 | 0% |
| GESTIÓN DOCUMENTAL  | *6* | 100% |
| GESTIÓN AMBIENTAL | 4 | 75% |
| TALENTO HUMANO | 4 | Suscripción diciembre |

1. **RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS**

La Contraloría Departamental del Guaviare, realizó Auditoria de la vigencia 2022, 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.

La Secretaria de Salud Departamental, realiza visita a los servicios Consulta Externa, el cual se realizaron planes de mejora el área de Calidad realiza seguimiento y acompañamiento de los mismos.

# 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, de manera semestral, publicado en la página web de la institución.
* 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.
* Presentación de informes de forma oportuna a los Entes Externos de Control.
* Elaboración, adopción y socialización de políticas de conformidad con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, aprobación de políticas: de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Mejora Normativa, Gestión de Información Estadística, Racionalización de trámites.
* Realización de rediseño institucional, donde se aprobó mediante Ordenanza 485 de 2022, la nueva estructura y se define la escala salarial.

**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**.**
* Debilidad en establecer los controles para mitigar los riesgos de Mapa de Riesgo Institucional y de Corrupción, que se encuentren en zona de riesgo alta y extrema.
* Incumplimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento (Jurídica).
* Incumplimiento a la Ley 524 de 2000.
* Ausencia de puntos de control de cada proceso.
* Falta de recursos tecnológicos.

# 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.
* Implementar software para sistema de gestión documental, a fin de realizar la radicación, distribución, seguimiento en las respuestas de cada una de las solicitudes y peticiones 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 las áreas a fin de consolidar y realizar informes a los diferentes Entes de Control, Junta Directiva y demás órganos que lo solicitan.
* Implementar un sistema de gestión de contratación sistematizado a fin de mitigar el riesgo en los controles.
* Dar cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en los planes de mejoramiento.

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

**LUCEDY TRUJILLO LAZO**

Jefe Oficina Control Interno de Gestión.