San José del Guaviare, 18 de enero de 2021

100-102-01-2021

Jefe

**OVEIDA PARRA NOVOA**

Gerente Encargada

E.S.E Hospital San José del Guaviare

San José del Guaviare

Asunto: Informe de Gestión área Control Interno de Gestión - vigencia 2020.

Cordial Saludo Jefe Oveida,

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 2020.

Atentamente,

**LUCEDY TRUJILLO LAZO**

Jefe Oficina Asesora Control Interno de Gestión.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

***“El hospital somos todos”***

**INFORME DE GESTION 2020**

**HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE**

# LUCEDY TRUJILLO LAZO

Jefe de Control Interno de Gestión

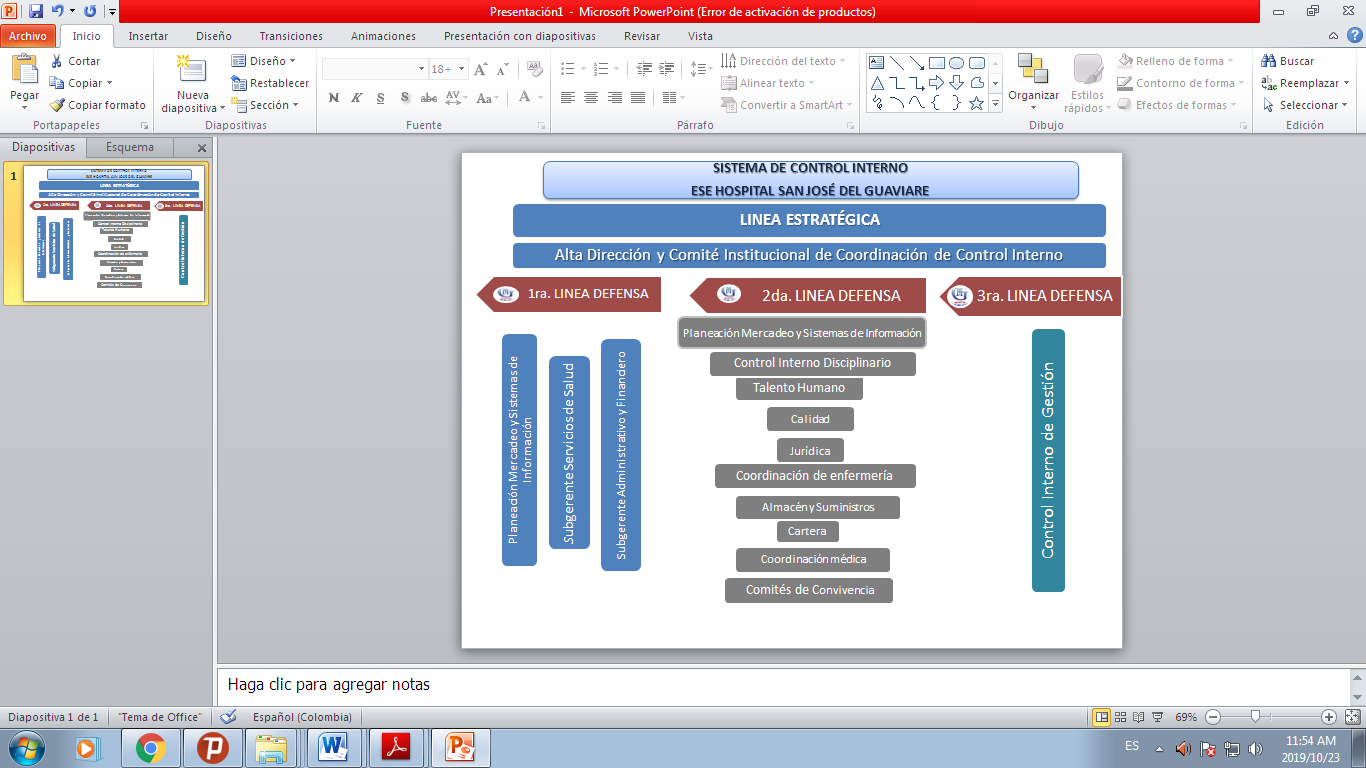
**OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

**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 de Gestión, es la encargada de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles del sistema. 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.

**Sistema de Control Interno** 

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 2020, 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 ocho (8) 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, evaluación de 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 2019.

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).
* 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 2020 - 2021 y la evaluación realizada por parte del área de Planeación al mismo.
* 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 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 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 establecida por el del DAFP.
* La oficina de Control Interno de Gestión realizó evaluación semestral del mapa de riesgos Institucional con 27 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.

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.

El área de Contabilidad documentó procedimiento para realizar conciliaciones entre las áreas.

Se realizaron seguimiento en 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 25 de febrero de 2020, del Comité de Coordinación de Control Interno, de aprobó por unanimidad el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2020, 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 | ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA | Verificar el cumplimiento de la norma frente a la manipulación de los alimentos que se le brindan a los pacientes de la ESE Hospital San José del Guaviare. | Evaluar los procesos utilizados para la preparación y distribución de alimentos a los servicios asistenciales. | Control Interno de Gestión- Calidad |
| ALMACEN Y SUMINISTROS | Verificar el procedimiento del material osteosíntesis que allega a la entidad | Evaluar el procedimiento de solicitud, dispensación, manejo y facturación del material osteosíntesis que allega a la entidad. | 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. | Control Interno de Gestión |
| GESTIÓN CLINICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | CONSULTA EXTERNA | 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 | Control Interno de Gestión - Calidad |
| UNIDAD MATERNO INFANTIL | 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 |
| HOSPITALIZADOS |
| LABORATORIO CLINICO |
| SERVICIO TRANSFUCIONAL |
| TERAPIA FISICA |
| TERAPIA RESPIRATORIA |
| EPIDEMIOLOGIA |

Fuente área Control Interno de Gestión.

Mediante Acta No 2 de fecha 03 de marzo de la vigencia 2020, en el Comité de Coordinación de Control Interno, se suspendieron las auditorias por causa de la pandemia mundial COVID- 19, declaró la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19, mediante resolución 385 del 12 de marzo de 2020,

Mediante Acta No 03 de fecha 02 de junio de la vigencia 2020, de Comité de Coordinación de Control Interno se reanudó las auditorías que estaban suspendidas con las siguientes auditorias aprobadas, las cuales se realizarían de forma virtual.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **AREA/SERVICIO** | **OBJETIVO** | **ALCANCE** | **RESPONSABLE** | **CUMPLIDA** |
| 1 | **ALIMENTACION HOSPITALARIA** | Verificar el cumplimiento de la norma frente a la manipulación de los alimentos que se le brindan a los pacientes de la ESE Hospital San José del Guaviare. | Evaluar los procesos utilizados para la preparación y distribución de alimentos a los servicios asistenciales. | CONTROL INTERNO DE GESTIÓN -  CALIDAD | SI |
| 2 | **JURIDICA** | Verificación de aplicabilidad de la normatividad en el proceso contractual | Revisar la aplicación de los procesos precontractual, contractual y pos contractual | CONTROL INTERNO DE GESTIÓN | SI |
| 3 | **ÀRAS ASISTENCIALES** | Verificar el cumplimiento y adherencia de los protocolos para la atención a pacientes durante la emergencia COVID - 19 | Evaluar que el personal que presta los servicios asistenciales cumplan con los protocolos durante la emergencia COVID - 19 | CONTROL INTERNO DE GESTIÓN -  CALIDAD | SI |
| 4 | **AUDITORIA CUENTAS MEDICAS** | Verificar el cumplimiento en la oportunidad de ingreso en la plataforma, oportunidad de respuesta y calidad de respuesta de las glosas. | Evaluar las glosas que allegaron por devolución a la entidad en el primer trimestre de la vigencia 2020 | CONTROL INTERNO DE GESTIÓN | Se realizará en la vigencia 2021 |
| 5 | **GESTION AMBIENTAL** | Verificar el cumplimiento del programa de gestión ambiental | Evaluar las actividades programadas de acuerdo a la política establecida. | CONTROL INTERNO DE GESTIÓN | SI |
| 6 | **SERVICIO FARMACEUTICO** | Realizar verificación al cumplimiento de habilitación de acuerdo a la normatividad vigente aplicable. | La auditoría contempla la revisión de los criterios de los estándares procesos prioritarios, historia clínica y medicamentos del sistema único de habilitación - SUH vigente | CONTROL INTERNO DE GESTIÓN -  CALIDAD | SI |
| 7 | **CONSULTA EXTERNA** | CONTROL INTERNO DE GESTIÓN -  CALIDAD | Se realizará en la vigencia 2021 |

Fuente área Control Interno de Gestión

Las auditorias que no se realizaron fueron por causa de trabajo en casa durante la suspensión del plan de auditorías, y la realización de trabajo de campo de manera virtual, dado que las oficinas no emiten información completa y oportuna.

En la vigencia 2020, se realizaron los siguientes auditorias.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evento** | **Programadas** | **Realizadas** | **Diferencia** | **Porcentaje  cumplimiento** |
| **Auditorias** | 7 | 5 | 2 | 71% |
| **Informes** | 44 | 42 | 2 | 95% |

Las auditorias que no se realizaron serán programadas para la vigencia 2021.

* Tres (3). Informes de austeridad en el gasto de tres trimestres de la vigencia 2020 Vs 2019. (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 2020 y segundo semestre vigencia 2019.
* Cuatro (4). Seguimiento al plan de mejoramiento contraloría IV trimestre 2019 y 3 trimestres Vigencia 2020.
* (9) Seguimientos entre a cajas menores (Subgerencia Administrativa y Financiera y Almacén) y cajas del área de Facturación
* (3).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 2019.
* Dos (2). 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 vigencias 2019 y 2020.
* Dos (2). Seguimientos y evaluación al plan de acción institucional I y II semestre vigencia 2020.
* Un (1). Seguimiento Comité de Sentencias y Conciliaciones.
* Se realizo seguimiento y acompañamiento de

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 2020.

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.

Para la vigencia 2020, se suscribió plan de mejoramiento con la Contraloría Departamental del Guaviare, resultado de la auditora Regular de la Vigencia 2018, con el siguiente cumplimiento, cabe resaltar que el último avance se presenta el 18 de enero de 2021.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTIDAD** | **NUMERO DE ACTIVIDADES** | **PORCENTAJE CUMPLIMIENTO** |
| Contraloría Departamental | 35 | 97% |

# Plan de Mejoramiento Auditorías Internas.

En la vigencia 2019, se realizaron 12 auditorías internas por ende se suscribieron 11 planes de mejoramiento, sin embargo durante la vigencia evaluada no se dio cumplimiento en un 100% por su múltiples acciones de mejora a fin de subsanar durante la vigencia 2020, de igual forma durante la anualidad evaluada se desarrollaron auditorías por el área de Calidad, Auditoria Concurrente y Control Interno de Gestión, se cuenta con los siguientes planes de mejoramiento y su avance de cumplimiento.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS INTERNAS 2019** | | | |  | **AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO** | | | |
| **ITEM** | **PROCESOS AUDITADOS** | **FECHA DE APERTURA** | **AUDITORÍAS CON PLAN DE MEJORAMIENTO** | **N° DE HALLAZGOS** | **ACCIONES DE MEJORA** | **ACCIONES CON AVANCE** | **ACCIONES CON CUMPLIMIENTO** | **% DE AVANCE P.M** |
| 1 | Imagenología | 14/02/2019 | SI | 30 | 30 | 3 | 22 | 77% |
| 2 | Urgencias | 25/02/2019 | SI | 70 | 76 | 21 | 51 | 83% |
| 3 | Cirugía | 11/03/2019 | SI | 63 | 64 | 23 | 36 | 77% |
| 4 | Esterilización | 19/03/2019 | SI | 43 | 52 | 9 | 37 | 95% |
| 5 | Almacén | 26/03/2019 | SI | 8 | 8 | 1 | 7 | 88% |
| 6 | Referencia y Traslado Asistencial | 25/04/2019 | SI | 70 | 70 | 58 | 12 | 81% |
| 7 | Mantenimiento Hospitalario | 18/05/2019 | SI | 22 | 22 | 16 | 6 | 56% |
| 8 | Facturación | 2/07/2019 | SI | 24 | 24 | 15 | 9 | 59% |
| 9 | Gestión Ambiental | 23/09/2019 | SI | 5 | 5 | 0 | 5 | 100% |
| 10 | Jurídica | 18/1172019 | NO | 8 | NO HA PRESENTADO PLAN DE MEJORAMIENTO | | | |
| 11 | Estadística | 8/04/2019 | SI | 19 | 18 | 2 | 7 | 41% |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS INTERNAS 2020** | | | |  | **AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO** | | | |
| **ITEM** | **PROCESOS AUDITADOS** | **FECHA DE APERTURA** | **AUDITORÍAS CON PLAN DE MEJORAMIENTO** | **N° DE HALLAZGOS** | **ACCIONES DE MEJORA** | **ACCIONES CON AVANCE** | **ACCIONES CON CUMPLIMIENTO** | **% DE AVANCE P.M** |
| 1 | Gestión Ambiental | 23/09/2019 | SI | 3 | 3 | 0 | 3 | 100% |
| 2 | Alimentación |  | SI |  | 15 | 1 | 14 | 93% |
| 3 | Servicio Farmacéutico | 18/08/2020 | SI | 9 | 9 |  | 3 | 33% |
| 4 | Jurídica | 3/07/2020 | NO | 8 | NO HA PRESENTADO PLAN DE MEJORAMIENTO | | | |

Fuente Área Control Interno de Gestión

# RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS

La Contraloría Departamental del Guaviare, realizó Auditoria Especial para la vigencia 2019, 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 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 enero a julio publicado en la página web de la institución; en proceso de elaboración de julio a diciembre de 2020.
* 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, 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.

# 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.
* 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,

**LUCEDY TRUJILLO LAZO**

Jefe Oficina Asesora Control Interno de Gestión.